



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Photovoice como técnica dinamizadora en trabajo social:
Proyecto de intervención desde el trabajo social con personas afectadas por
trastornos de la conducta alimentaria.

Photovoice as a dynamical technic in social work:
Social work intervention for people with an eating behavior disorder.

Autor:

M^a Giselle Mitlej Pérez-Tierra

Director:

Francisco Galán Calvo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Zaragoza, Junio 2018

RESUMEN

Este trabajo Fin de Grado muestra el proceso de desarrollo de un proyecto de intervención social con carácter cualitativo y participativo, cuenta con una primera fase de investigación, en este caso de fuentes secundarias, sobre la salud mental, los trastornos de la conducta alimentaria y la técnica del *photovoice*. Se pretende mostrar la posible interrelación entre todo ello y el trabajo social, área profesional desde la que se desarrolla el proyecto de intervención diseñado en la segunda fase “A través de aquellos ojos” y el proyecto piloto desarrollado en la tercera fase.

El objetivo principal de este documento es mostrar la técnica del *photovoice* como una herramienta de utilidad para el trabajo social y su posible aplicación como apoyo en la intervención con personas con trastorno de la conducta alimentaria, con el fin último de ser un elemento valioso en el proceso de conseguir una mejoría en la calidad de vida de aquellas personas afectadas.

- **PALABRAS CLAVE:** *Photovoice*, salud mental, enfermedad mental, trastorno de la conducta alimentaria, trabajo social.

SUMMARY

This Final Degree project shows the process of developing a social intervention project with qualitative and participatory nature, has a first phase of research, in this case secondary sources, about mental health, eating behavior disorders and the photovoice technique. It is intended to show the possible interrelation between all this and social work, professional area from which the intervention project designed in the second phase is developed, "Through those eyes", and the pilot project developed in the third phase.

The main objective of this document is to show the photovoice technique as a useful tool for social work and its possible application as support in the intervention with people with eating disorder and with the ultimate goal of being a valuable element in the process of achieving an improvement in the quality of life of those affected.

- **KEYS WORD:** Photovoice, mental health, mental illness, eating behavior disorder, social work.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 5
2. FUNDAMENTACIÓN.....	Pág. 6
3. MARCO TEÓRICO.....	Pág. 10
3.1 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL.....	Pág. 10
3.1.1 DEFINICIÓN TCA.....	Pág. 12
3.1.2 CLASIFICACIÓN TCA.....	Pág. 13
3.1.3 FACTORES DE LOS TCA.....	Pág. 14
3.1.4 PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS TCA.....	Pág. 16
3.2. ¿QUÉ ES EL PHOTOVOICE?	Pág. 19
3.2.1. HISTORIA FOTOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA.....	Pág. 19
3.2.2 DEFINICIÓN PHOTOVOICE.....	Pág. 21
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	Pág. 25
4.1 PROYECTO DE INTERVENCIÓN “A TRAVES DE SUS OJOS”	Pág. 25
4.1.1 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	Pág. 25
4.1.2 HIPÓTESIS.....	Pág. 25
4.1.3 METODOLOGÍA.....	Pág. 26
4.1.4 DESARROLLO DE LA HERRAMIENTA DEL PHOTOVOICE COMO ACTIVIDAD.....	Pág. 28
4.1.5 CRONOGRAMA.....	Pág. 31
4.1.6 FUENTES DE FINANCIACIÓN Y RECURSOS.....	Pág. 33
4.1.7 EVALUACIÓN	Pág. 33
4.2 DISEÑO PROYECTO PILOTO	Pág. 37
5. CONCLUSIONES	Pág. 39

6. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 41
7. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	Pág. 45
8. ANEXOS	Pág. 46
8.1 ANEXO 1. ENCUESTA.....	Pág. 46
8.2 ANEXO 2. DIARIO DE CAMPO PROYECTO PILOTO	Pág. 51

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento es el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza, donde se demuestran conocimientos, capacidades y aptitudes adquiridas durante el estudio del grado.

Corresponde a la modalidad de diseño de proyecto de intervención social ya que se pretende dar a conocer la técnica del *photovoice* y mostrar a través de un diseño de proyecto social su posible aplicación con la intervención con personas con trastorno de la alimentación desde el trabajo social. Para llevar a cabo el proyecto es necesario una fase previa de investigación, en este caso de fuentes secundarias, tanto sobre el *photovoice* como del objeto de aplicación de dicha técnica, los trastornos de conducta alimentaria.

¿Qué es el *photovoice*? ¿Cómo surge? ¿Cómo se aplica dicha técnica? ¿Qué objetivos tiene? ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Cómo se puede ayudar a las personas con trastorno de la conducta alimentaria a través del *photovoice*? A todo ello se pretende dar respuesta con el siguiente trabajo para poder llegar a la parte del diseño de intervención con unas nociones básicas y poder entender mejor el motivo del proyecto, así como la relación entre dicha técnica, el objeto de intervención y el trabajo social.

El *photovoice* es una técnica de investigación acción participativa que ha experimentado una creciente popularidad en la metodología de las ciencias sociales gracias a la aparición de nuevas tecnologías y posibilidades de comunicación social, como la fotografía digital y las redes sociales en Internet.

Se ha elegido como objeto de la intervención con *photovoice* a personas afectadas por trastornos de la conducta alimentaria debido a que han adquirido en las últimas décadas una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Se trata de patologías donde intervienen diversos factores, genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales, viéndose afectados mayoritariamente niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

El documento recoge una primera fase de investigación necesaria para recopilar datos que conforman el marco teórico, imprescindible para conocer tanto la técnica a emplear y el objeto central del proyecto, una segunda fase que consiste en el diseño del proyecto de intervención social “A través de aquellos ojos” y para finalizar, una tercera parte que recoge el diseño de un proyecto piloto del proyecto original.

2. FUNDAMENTACIÓN

"Los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general."
(OMS,2004)

Mediante este trabajo se pretende mostrar la técnica del *photovoice* como una herramienta de utilidad a emplear desde el trabajo social y diseñar un proyecto de intervención social con el objetivo de ayudar a personas afectadas por una enfermedad mental, en concreto por un trastorno de la conducta alimentaria, a exteriorizar a través de la fotografía emociones y sentimientos, a analizar, a comprender, a interpretar y trasformar los problemas reales que les surgen en el día a día debido a consecuencias de dicha patología, dicho en otras palabras se busca favorecer la mejoría de su calidad de vida. Además de todo lo anterior, a través del *photovoice* el profesional puede tener acceso al mundo de los participantes y mirar a través de sus ojos, lo que facilita un acercamiento y un mayor conocimiento de las personas afectadas por trastornos de la conducta alimentaria que ayudará a poder proporcionarles una intervención posterior que respondan a sus necesidades reales.

Otro aspecto a destacar que apoya el por qué utilizar esta técnica, es su capacidad de fomentar el diálogo crítico y el conocimiento sobre cuestiones importantes a través de la discusión en grupos, grandes o pequeños, donde los participantes con el apoyo de las fotografías tomadas pueden abrirse y expresar ante los demás las debilidades, fortalezas y obstáculos con los que se han topado.

Se pretende dar a conocer el *photovoice* como una herramienta de ayuda para el tratamiento de algunos de los síntomas presentes en los trastornos de alimentación, como la alexitimia "falta de palabras para expresar las emociones propias", introducido por Sifneos (1973) o simplemente dificultades concretas a mostrar sentimientos, exteriorizar emociones, problemas con el autocontrol o aislamiento social, entre otras.

Como señalaba Bruch (1985), los pacientes con anorexia experimentan sus emociones con desconcierto y generalmente son incapaces de describirlas y reconocerlas. Por otro lado, los pacientes con bulimia nerviosa muchas de las veces recurren a los atracones y purgas como respuesta al estrés, existiendo gran dificultad para relacionar sus conductas con sus desencadenantes emocionales. En estos casos es necesario que se ofrezca tratamiento psicológico que estimule la expresión de sentimientos (Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993).

Mediante este proyecto se muestra que con esta técnica se puede ofrecer un medio y un espacio para que los participantes se paren a reflexionar cada vez que alguna emoción les invada, sea tanto buena como mala, en el lugar y momento que sea, que a través de una cámara capturen lo que sus propios ojos están viendo, puedan sentirse seguros de mostrarlo a los demás y romper barreras que se crean en sus mentes impidiéndoles, en muchos casos, llevar vidas funcionales.

Al pararse a reflexionar deben de hacerse preguntas a ellos mismos, para las cuales, en muchos casos saben la respuesta, aunque su propia enfermedad decida por ellos que prefiere bloquearlas para mantener el orden del trastorno. Se deben obligar a analizar, a procesar toda la información que vayan descubriendo sobre su propia enfermedad para poder encontrar, por si mismos, la solución a sus problemas.

A día de hoy, todavía no se ha descubierto ni pastillas mágicas, ni profesionales que puedan eliminar por completo un TCA en un periodo breve de tiempo; es necesario que la propia persona sea quien luche, trabaje y encuentre la solución de su cura. Por todo ello, la mayor ayuda que se les puede ofrecer a todas las personas que sufren un TCA es proporcionarles el mayor abanico de herramientas posibles para que puedan utilizarlas para alcanzar el objetivo final, su bienestar y así volver a sentirse libres y seguros de ellos mismos.

Recalcar que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multifactoriales muy graves, como ya se ha mencionado, que producen no sólo consecuencias físicas, si no que quedan dañadas cada área de la vida de la persona, por ello ¿qué mejor profesión que el trabajo social para involucrarse en el intento de mejora de la calidad de vida de estas personas?

Como aclaración que apoye el uso del *photovoice* con personas afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria desde el trabajo social, decir que el trabajo social es definido como:

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”

(Comité Ejecutivo de la Federación internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, 2014)

Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social, se busca favorecer el desarrollo de vínculos humanos saludables y fomentar cambios sociales que deriven en un mayor bienestar para las personas, actuando sobre ciertos factores relacionados a las interacciones de los individuos con el entorno.

Las palabras mejoría, bienestar, apoderamiento, libertad, participación, comunidad y social son palabras clave, tanto para el *photovoice* como para el trabajo social.

El “Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España. 2016”, publicado por SALUD MENTAL ESPAÑA, visibiliza algunas de las principales vulneraciones de los derechos humanos que sufren las personas con trastorno mental.

SALUD MENTAL ESPAÑA (2016) a través de este informe denuncia que “todavía se sigue de manera general ignorando la diversidad de la persona como ser humano sujeto de derechos y digna de un trato humano”. Además de las esterilizaciones forzosas, medida lesiva para la integridad personal, repreuba que se sigan “aplicando dispositivos de contención y aislamiento antes de valorar la aplicación de alternativas menos lesivas de los derechos de las personas, como la atención en unidades abiertas basadas en un modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental”.

Destaca los siguientes derechos humanos: derecho a la igualdad y no discriminación, a la seguridad y protección en situaciones de riesgo y emergencias, a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles (internamientos no voluntarios), a la protección de la integridad personal (vulneraciones como esterilizaciones y contenciones forzosas), a la libertad y seguridad, a la salud y al empleo.

Como anteriormente mencionado, para el trabajo social los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales, por ello desde esta área profesional se puede seguir luchando por el cumplimiento de todos los derechos humanos expuestos por Salud Mental España en su informe, y conseguir cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de aquellas personas con enfermedad mental que a día de hoy todavía sufren una cierta vulnerabilidad de sus derechos humanos.

El colectivo de personas con enfermedad mental en España, en concreto con trastorno de la alimentación, forman parte de la comunidad y para favorecer su inclusión en ella en el mayor grado posible se necesitan de medios que les ayuden con sus dificultades personales, derivados en muchas ocasiones de la propia sociedad. Existen factores interpersonales y sociales concretos que pueden favorecer a la aparición de los trastornos de alimentación (todos los factores se mencionan más adelante):

-Factores interpersonales:

- Relaciones personales y familiares problemáticas
- Dificultad para expresar sentimientos y emociones
- Haber sido ridiculizado basado en su talla o peso
- Historia de abuso físico o sexual

-Factores sociales:

- Presiones culturales que glorifican la “delgadez” y le dan un valor a obtener un “cuerpo perfecto”
- Definiciones muy concretas de belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras.
- Normas culturales que valorizan a la gente en base a su apariencia física y no a sus cualidades y virtudes internas.

Si se ha comprendido todo lo mencionado anteriormente se puede llegar a observar una vinculación especial entre trabajo social y la técnica del *photovoice*; haciendo un breve resumen decir que , desde trabajo social se busca el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas, y desde la técnica del *photovoice* se pretende ayudar en el empoderamiento de las personas, que los participantes recopilen información valiosa sobre sus propias necesidades, sus preferencias y sobre su propio proceso de pensamiento, con el fin último de producir un cambio social sobre aquello que produce un malestar colectivo.

La técnica de *photovoice* empleado desde la profesión del trabajo social, nos ofrece una oportunidad para ayudar a un colectivo concreto de la población, en la mejorara de su calidad de vida.

No se puede encontrar una única solución general que ayude a todo y a todos a la vez, por ello, poco a poco se pueden ir mejorando situaciones que producen un cierto malestar en colectivos concretos desde los diferentes ámbitos profesionales.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, OMS, estima que los desórdenes mentales y neurológicos afectan en el mundo a unos 700 millones de personas, la mayoría de las cuales no cuentan con la atención psicosanitaria adecuada. (Organización Mundial de la Salud, OMS)¹

El colectivo objeto de este proyecto son las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria, pero antes de hablar de dichos trastornos y para poder entender bien lo que son, es necesario hacer una breve explicación de lo que es la salud mental y las enfermedades mentales.

La salud mental es más que la simple ausencia de trastornos mentales, se define como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (OMS, 2004).

Existe un Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020 desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. El plan está enfocado desde el punto de vista de la totalidad del ciclo de vida, pretende alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal y hace hincapié en la importancia de la prevención.

Se fijan cuatro objetivos principales:

- 1) Liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental.
- 2) Prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad.
- 3) Aplicación de estrategias de promoción y prevención
- 4) Fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

¹ Dato extraído del Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020

En este plan de acción (2013 – 2020), la expresión «trastornos mentales» se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo.

Los trastornos mentales son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas. Sin embargo, todos ellos suelen caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales que se alejan de lo establecido como normales.

Según la OMS en sus datos sobre salud mental, se indica que los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo (cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad).

Cada año se suicidan más de 800.000 personas, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan, el 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios.

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes y suponen una carga sustancial para la salud pública. Están asociados a pobreza, marginación y desventaja social.

La competencia de la prestación de servicios relacionados con salud mental corresponde a la atención especializada, esta es aquella que atiende los procesos que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria en Hospitales y Centros Médicos de Especialidades.

En la información general del Servicio Aragonés de salud se indica lo siguiente:

“Entendemos por caso psiquiátrico todos aquellos grados de deterioro de tipo psicológico (emocional, cognitivo o comportamental) que precisan atención especializada por un profesional de salud mental, tanto si quien lo padece es consciente de necesitarlo y acude voluntariamente, como si es el entorno el que lo solicita, motivado por el malestar generado en la comunidad.”

Esta atención la definimos como integral porque no sólo se encarga de prestar cuidados al que ya está enfermo, sino que además asume las funciones de prevención, promoción de la salud y rehabilitación de las posibles discapacidades que se originen.

Es, además, una atención global, en la que se combinan recursos sanitarios, educativos, sociales, laborales y judiciales, y en comunidad, por cuanto que se procura no separar al enfermo de su entorno salvo en situaciones excepcionales.

Se define como red asistencial, compuesta por varios niveles de atención y diferentes dispositivos, en cuyo centro está el ciudadano, de forma que cuando sea necesario el paciente se vea atendido a lo largo de toda la evolución de su enfermedad sin perder la continuidad.

Los encargados de llevarla a cabo son los equipos multidisciplinares, compuestos por profesionales que varían en titulación y número dependiendo del tipo de dispositivo. Generalmente cuentan con psiquiatra, psicólogo y enfermera, aunque también pueden integrarlos profesionales como los trabajadores sociales, auxiliares de Enfermería, terapeutas ocupacionales, monitores de taller, auxiliares administrativos, etc.”²

3.1.1 DEFINICIÓN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La intención de la anterior explicación sobre salud mental y enfermedad mental, es intentar acercarnos a los trastornos de la conducta de alimentación y así poder entenderlos de una manera más fácil, ya que como se ha mencionado anteriormente son el objeto de la intervención.

La guía de prevención de la conducta alimentaria y sobrepeso (2012) indica que los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de enfermedades en las que la persona enferma presenta una alteración en la forma de comer (por exceso o por defecto). Esta es la manifestación más visible de la enfermedad, pero en el fondo esas personas sienten una gran insatisfacción consigo mismas y con su imagen corporal.

Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial, pueden poner en peligro la vida, además de otras importantes consecuencias que hacen tener a la persona que lo sufre grandes complicaciones para llevar una vida adecuada y saludable.

²Información extraída de la Página web del Servicio Aragonés de Salud.
http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento#section2

3.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE-10,1992)) y Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) incluyen entre los trastornos de la conducta alimentaria tres grandes categorías. Dos son trastornos específicos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y la tercera gran categoría se denomina Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE, según DSM-IV) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10), aquí se incluyen los casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa, pero en los que sí existe una alteración de la conducta alimentaria.

En la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) encontramos explicadas las categorías mencionadas anteriormente.

La Anorexia Nerviosa(AN) es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). Las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas, a pesar de la pérdida de peso progresiva. Presentan una distorsión de la imagen corporal, preocupación extrema por la dieta, la figura y el peso y conductas de evitación hacia la comida como acción compensatoria para contrarrestar lo que se haya podido ingerir. Dichos comportamientos pueden conllevar riesgos vitales.

La Bulimia Nerviosa (BN) es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones, en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimentos en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Para compensar los efectos de la sobreingesta recurren a vómitos autoinducidos y a otros medios de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura. En este tipo de TCA no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La BN suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas

cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente, pero sin conductas compensatorias.

Según Carolina, L. G., & Janet, T. (2011) la BN es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos, después de trastornos alimentarios no especificados. Su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2% en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre 15,7 y 18,1 años.

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido comúnmente como DSM-V³, en la clasificación de “Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingestión de Alimentos” se incluye: Pica, Rumiación, Trastorno de restricción/evitación de la alimentación, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracones, Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados (por ejemplo, anorexia nerviosa atípica y el síndrome del comedor nocturno) y el Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

3.1.2 FACTORES DE LOS TCA

Existen factores concretos que pueden contribuir a la aparición de los trastornos de alimentación, Vandereycken y Noordenbos (2000) expone la idea de que el riesgo para desarrollar una patología alimentaria es resultado de la interacción tanto de factores de riesgo específicos como generales. Así que la probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio será mayor si aumenta la interacción de los factores de riesgo.

Según Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012) los factores reconocidos como de riesgo son:

-Factores psicológicos:

- Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez
- Sentimientos de insuficiencia o falta de control de su vida
- La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal

³ Los cambios del DSM-5 implican una mayor precisión en la clasificación de las categorías diagnósticas, desde la perspectiva clínica e investigación.

- Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta
- Baja auto-estima y el afecto negativo
- Depresión, ansiedad, enojo y soledad

-Factores interpersonales:

- Relaciones personales y familiares problemáticas
- Dificultad para expresar sentimientos y emociones
- Haber sido ridiculizado basado en su talla o peso
- Historia de abuso físico o sexual

-Factores socio-culturales:

- Presiones socio-culturales sobre el peso
- La influencia de los medios de comunicación
- Definiciones muy concretas de belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras
- Normas culturales que valorizan a la gente en base a su apariencia física y no a sus cualidades y virtudes internas
- Los aspectos transculturales

-Factores biológicos:

- La genética
- El papel de la pubertad
- El sobrepeso y la obesidad

En la actualidad todavía se sigue investigando sobre las posibles causas bioquímicas o biológicas de los trastornos alimenticios. En algunos individuos con trastornos alimenticios, se ha encontrado que ciertas substancias químicas del cerebro (llamadas neurotransmisores) que controlan el hambre, el apetito y la digestión se encuentran desbalanceados. El significado exacto y las implicaciones de estos desbalances aún

se encuentran en investigación, pero nos indican que la genética contribuye de manera significativa en los trastornos alimenticios.

3.1.4 PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUNTA ALIMENTARIA

En cuanto a los problemas psicológicos y psiquiátricos asociados a los TCA, en el artículo “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo” de Carolina, L. G., & Janet, T, encontramos la siguiente información. Entre los problemas psicológicos se encuentran el aislamiento social y conflictos familiares, dificultades para fortalecer el autoconcepto, autoestima, autonomía y capacidad para intimidad. En otras palabras, la aparición de un TCA durante la adolescencia puede interferir en el logro de las tareas propias de esta etapa.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes ligados a la Anorexia Nerviosa (AN) son la depresión, trastornos de ansiedad y, en particular, obsesivo-compulsivos. La depresión puede ser vista como una consecuencia de la desnutrición más que un desorden precedente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos se tienden a presentar en forma independiente de la AN y muchas veces la preceden. Conductas impulsivas tales como autoagresiones y abuso de sustancias también se han descrito frecuentemente asociadas a AN. En términos de rasgos de personalidad, los más comunes son los rasgos obsesivo-compulsivos y limítrofes. Finalmente, algunos desórdenes del desarrollo también se han encontrado presentes en adolescentes con AN, especialmente síndromes del espectro autista.

Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) también son comunes. En las adolescentes principalmente se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndrome por déficit atencional con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas impulsivas, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, autoagresiones e intentos de suicidio. La BN tipo purgativa ha sido también asociada a conductas adictivas.

En la ya mencionada Guía Práctica de Trastornos de la Alimentación encontramos la siguiente serie de datos basados en estudios de dos fases realizados en España (Tablas 1 y 2). La población de mayor riesgo son mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años; se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE. En total, se estaría hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27 a 0,9021-29.

Diversos estudios de incidencia de los TCA que se han publicado en América del Norte y en Europa presentan un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970.

Imagen 1 y 2

Tabla 1. Estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

Estudio	N	Edad (años)	AN (%)	BN %	TCANE %	TCA %
Madrid, 1997²⁴ Morandé G y Casas J.	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza, 1998²⁶ Ruiz P et al.	2.193	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra, 2000²⁷ Pérez-Gaspar M et al.	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Reus, 2008²⁹ Olesti M et al.	551	12-21	0,9	2,9	5,3	9,1

Tabla 2. Estudios sobre prevalencia de TCA en varones y mujeres adolescentes en España

Estudio	N	Edad (años)	AN (%)	BN %	TCANE %	TCA %
Madrid, 1999²⁵ Morandé G et al.	1.314	15	0,00 a 0,69	0,36 a 1,24	0,54 a 2,76	3,04 4,70 0,90
Valencia, 2003²¹ Rojo L et al.	544	12-18	0,00 a 0,45	0,00 a 0,41	0,77 a 4,71	2,91 5,56 0,77
Ciudad Real, 2005²² Rodríguez-Cano T et al.	1.766	12-15	0,00 a 0,17	0,00 a 1,38	0,60 a 4,86	3,71 6,41 0,60
Osona (Barcelona), 2006²⁸ Arrufat F	2.280	14-16	0,00 a 0,35	0,09 a 0,44	0,18 a 2,70	1,90 3,49 0,27
Madrid, 2007²³ Peláez MA et al.	1.545	12-21	0,00 a 0,33	0,16 a 2,29	0,48 a 2,72	3,43 5,34 0,64

Notas:

¹N= 2.188 altas debidas aAN, registradas durante los años 2003 y 2004 en 156 áreas de salud de 15 comunidades autónomas.

Rosa Behar (2010) en su artículo “Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad” nombra a Rymaszewska (2007), quien señala que la severidad de los síntomas psicopatológicos en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es el factor más significativo para determinar el grado de funcionamiento social. La ansiedad social, que muchas veces llega a transformarse en una verdadera fobia social, con la persistente evitación del contacto interpersonal; la alexitimia, dificultad para identificar y expresar sentimientos y sensaciones corporales que puede llevar al aislamiento; y la falta de asertividad, que se traduce en un deterioro de las habilidades para confrontar eventos sociales, son condiciones que interfieren significativamente en el curso, en el pronóstico y consecuentemente en el funcionamiento psicosocial de los TCA.

Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2003) señalan que la evitación social y los trastornos de ansiedad son rasgos importantes y habituales en la presentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y pueden generar un impacto negativo, tanto en su adaptación social como laboral. La cronicidad es el riesgo principal de los TCA, en términos no sólo de complicaciones médicas, que a veces son letales, sino también debido a las consecuencias sociales que estos trastornos generan.

Por todo esto, es de suma importancia la atención y el tratamiento temprano de los trastornos de alimentación, sobre todo en adolescentes, ya que pueden llegar a afectar al normal desarrollo psicosocial.

También a mencionar los datos aportados en el artículo “Trastornos de la Conducta Alimentaria” de Nilo Lambruschini y Rosaura Leis en el que se indica que la importancia y la relevancia sanitaria y social de los trastornos de la conducta alimentaria, representados por la anorexia nerviosa y la bulimia, así como por las manifestaciones intermedias o trastornos de la conducta alimentaria atípicos, ha ido en aumento en los dos últimos decenios, debido al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud del adolescente.

Los datos de interés a resaltar, expuestos en dicho artículo, son los siguientes: en los últimos 15 años el número de pacientes se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes. En España, en estos años ha pasado de ser una patología poco frecuente a cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Hoy, entre el 1% y el 2% de niñas adolescentes padecen anorexia, aumentando el porcentaje hasta el 2-4% en la conducta bulímica. Además, se puede afirmar que una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años "piensa" que su peso es elevado.

3.2 ¿QUÉ ES EL PHOTOVOICE?

3.2.1 HISTORIA DE LA FOTOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA

En el artículo “La fotografía como instrumento terapéutico en salud mental” de Óscar Martínez Azumendi (2009) se expone la historia del empleo de la fotografía en el área de la psiquiatría.

Los primeros desarrollos y búsqueda de utilidad para la fotografía en el campo psiquiátrico, inspirados por las teorías fisiognómicas, tuvieron que ver con el deseo de mostrar y describir la enfermedad mental desde su apariencia y presentación externa.

Seguidamente las imágenes fueron también tomadas con fines documentales, no solo de tipo testimonial, sino que otras muchas veces lo fueron como medio de denuncia de las terribles situaciones en que se encontraban las instituciones. Sin embargo, no fue hasta bien entrado el S. XX cuando se vio la utilidad potencial que la fotografía podría tener como medio terapéutico y diagnóstico de forma más amplia.

Generalmente se suele citar a Diamond, miembro fundador en 1853 de la Sociedad Fotográfica de Londres, como el padre de la fotografía psiquiátrica (Gilman, 1976), con la que había empezado a experimentar poco después de que Talbot diera a conocer sus descubrimientos en 1839. Fue entre 1848 y 1858 cuando, uniendo su profesión médica y su afición fotográfica, retrató a diversos pacientes con el fin de ilustrar los diferentes tipos de locura, convencido de que podía deducirse a través de la expresión facial de los enfermos su diagnóstico, de acuerdo a las corrientes fisiognómicas de aquel entonces.

En 1856, dio una conferencia en la Royal Society, donde describió con entusiasmo la utilidad de la fotografía defendiendo tres posibles funciones en relación con el tratamiento de los enfermos mentales: 1) El registro del aspecto externo con ánimo descriptivo y diagnóstico, 2) Medio ideal de identificación y recuerdo en caso de necesitarse una readmisión; 3) Presentados sus propios retratos a los pacientes, estos recibirían una auto-imagen muy precisa, lo que ayudaría al tratamiento. En relación con esta última funcionalidad, precursora sin duda de la actual fototerapia. (Diamond, 1856).

En aquellos años pioneros, existieron otras experiencias relacionadas con la fotografía, la técnica fotográfica se fue extendiendo con cierta rapidez y despertó el interés general de los psiquiatras de la época. Legrand du Saulle (Legrand du Salle, 1863), en 1863, presentó una sesión a la sociedad médico psicológica francesa donde explicó que en el estudio de las enfermedades mentales la fotografía podría servir de utilidad para las mediciones fisiognómicas, constatación de los cambios clínicos observables en la evolución de la enfermedad.

También en el manicomio de Sant Boi de Llobregat (Barcelona) se utilizó la fotografía como terapia.

Años después, con el nombre de “Photodrame” (Castro, 1973-1974), se desarrolló un proyecto en el que el terapeuta tomaba más de 120 instantáneas del paciente en cualquier postura o actitud que él mismo sugiriera para, después, ser discutidas en común.

Este tipo de fotografías, basadas en el retrato del propio paciente, es el fundamento de una primera fase en su aplicación práctica en el campo terapéutico, para poco más tarde pasar el protagonismo activo a la hora de apretar el disparador de la cámara a los propios pacientes.

En la siguiente imagen se muestra las posibles áreas de intersección entre fotografía y psiquiatría.

Imagen 3

1. Los contenidos de las propias imágenes fotográficas y la utilidad o propósito con la que fueron tomadas. Es decir, una perspectiva dirigida hacia el propio objeto fotográfico en sí mismo, sus características y circunstancias contextuales.
 - 1.1 La fotografía descriptiva y clasificatoria.
 - 1.2 La fotografía narrativo - documental.
 - 1.3 La fotografía denuncia.
 - 1.4 La fotografía testimonio.
 - 1.5 La Fotografía publicitaria y propagandística.
 - 1.6 La fotografía ambiental y arquitectónica.
 - 1.7 La fotografía artística.
 - 1.8 Las fotos del entorno doméstico.
 - 1.9 Miscelánea.
2. La finalidad buscada por parte de los sujetos, que bien toman la foto, la alteran de diversos modos, o la preparan para ser utilizada como herramienta para alcanzar diferentes fines en el ámbito psiquiátrico o psicológico.
 - 2.1 La fotografía utilizada en el proceso diagnóstico en salud mental.
 - 2.2 La fotografía utilizada como instrumento terapéutico.
 - 2.3 La fotografía resultante de orientaciones ocupacionales en el campo de la salud mental o de estrategias dirigidas a la superación individual.
 - 2.4 La fotografía como sublimación de impulsos individuales. Fotógrafos profesionales con una enfermedad mental.
 - 2.5 La fotografía como sublimación de impulsos individuales. Fotógrafos marginales y “Outsiders”.
 - 2.6 La fotografía como sublimación de impulsos individuales. “Psiquifotógrafos” (Fotógrafos aficionados entre los profesionales de la salud mental).

Fuente: Martínez Azumendi, Oscar. 2009.

La aparición de nuevas tecnologías y posibilidades de comunicación social, tales como la fotografía digital y las redes sociales en Internet, han supuesto un incremento en la popularidad de estas prácticas inimaginable solo hace un par de décadas. Ahora pueden compartirse con gran facilidad e inmediatez no sólo los trabajos realizados, sino acompañarlos de una explicación escrita de las motivaciones y logros personales conseguidos con los mismos, añadiendo así nuevas potencialidades a estas prácticas que difícilmente pudieron aventurarse cuando empezaron las primeras experiencias con la fototerapia.

Como ejemplo, menos dirigidos específicamente a objetivos estrictamente terapéuticos, vienen de la mano de movimientos que podemos encuadrar como “Fotografía de Acción Social” o “Fotografía Participativa”.

Llegados a este punto es donde ya se puede hablar del *Photovoice*, como una herramienta utilizada a día de hoy.

3.2.2 DEFINICIÓN DEL PHOTOVOICE

Photovoice es una técnica utilizada en la investigación-acción participativa y en el análisis de necesidades en múltiples disciplinas. Este tipo de investigación parte del principio que defiende que el desarrollo de la investigación acción-participativa permite que los participantes recopilen información valiosa sobre sus propias necesidades, sus preferencias y sobre su propio proceso de pensamiento.

Se entiende Investigación Acción Participativa (IAP) “como un modelo participativo de intervención social que parte de la premisa de que las personas con las que se trabaja deben estar presentes activamente en todo el proceso de la intervención e incluso, que las decisiones sobre cuáles acciones tomar en conjunto para la solución de determinadas problemáticas deben ser mayoritariamente tomadas por esas personas.” (Martínez, M. M. 2004).

El aspecto fundamental que diferencia la metodología de Investigación Acción participativa de otras formas de intervención social es, como se ha mencionado, que promueve que las personas afectadas por los problemas participen tanto en su definición como en su solución a través de la acción social organizada.

Actualmente se define como una alternativa válida para promocionar cambios sociales que aumenten la calidad de vida de ciertos colectivos, sobre todo de aquellas personas que se encuentran en riesgo de exclusión social, económica o cultural.

En la investigación con *photovoice*, mediante la generación de fotografías u otras imágenes, se consigue que los participantes capturaren sus pensamientos y necesidades.

Surgió en la década de los 80 de manos de Caroline Wang, profesora norteamericana de la Universidad de Michigan especializada en cuestiones de educación para la salud, y Mary Ann Burris de la Fundación Ford. La definieron como una metodología de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal (Wang y Burris, 1994, 1997)

El *photovoice* se sostiene en los principios de la fotografía documental basada en la comunidad, en la teoría feminista y, sobre todo en la teoría de la educación liberadora de Paulo Freire (Borges-Cancel, María T. & Colón-Colón, Marcilyn)

- a) La metodología de Freire implica la selección y el uso de fotografías y bocetos como facilitadores para alentar el diálogo (Freire, 1970). *Photovoice* asume el compromiso de fomento social, de búsqueda del cambio a través del diálogo; sin embargo, utiliza imágenes que los participantes realizan y seleccionan ellos mismos y por lo tanto, les permite expresar directamente la realidad de su vida cotidiana (Wang, 2003).
- b) *Photovoice* se basa en la teoría feminista, que da voz a los que, por lo general, no tienen acceso a los políticos en un esfuerzo por abrir un diálogo a fin de promover un cambio social positivo (Wang y Burris, 1997; Wang y Redwood-Jones, 2001).
- c) La fotografía documental ha sido utilizada en muchos sentidos. Existe una tradición reciente dentro de este género entre los fotógrafos de una comunidad que persigue fomentar que ciudadanos en desventaja muestren su realidad a través de imágenes visuales con el fin de catalizar cambios sociales (Wang y Burris, 1997; Wang y Redwood-Jones, 2001). Sin embargo, a diferencia de *Photovoice*, el enfoque no contiene una metodología explícita para promover críticamente el diálogo entre los participantes y las partes interesadas con el fin de traducir esa reflexión en acción social.

La fotografía como práctica basada en la producción de conocimiento tiene tres objetivos principales:

- (1) Permitir a las personas identificar y reflejar las fortalezas y las preocupaciones de su comunidad.
- (2) Fomentar el diálogo crítico y el conocimiento sobre cuestiones importantes a través de la discusión en grupos grandes y pequeños de fotografías.
- (3) Promover el cambio social.

Los elementos clave del *Photovoice* son el proceso de conocimiento crítico sobre las necesidades de su contexto, la reflexión sobre las dificultades en alcanzar dichas necesidades y el deseo de transformación social y política.

Según Gracia Escalante y Marta de la Iglesia Martínez, en su artículo “Comunicándonos a través de la fotografía”, la principal finalidad de esta metodología es:

- (1) Facilitar que los participantes se documenten y reflexionen acerca de lo que les preocupa sobre su comunidad y las fortalezas que la misma posee.
- (2) Fomentar el diálogo crítico, acerca de asuntos individuales y comunitarios a través de grupos de discusión, sobre las fotografías.
- (3) Informar y ejercer influencia sobre agentes de política pública (Wang, 1999: 185).

Photovoice promueve que los investigadores puedan tener acceso al mundo de los participantes a través de sus ojos, con una mínima interferencia en cómo se genera este punto de vista. La palabra expresiva se relaciona con el externalizar sentimientos internos. A través de unas imágenes no sólo se evidencia una patología, sino también los recursos y las posibilidades de cambio. Existe la satisfacción de poder crear algo y tener un sentido de dominio sobre el problema, moldearlo. (Nelson & Christensen, 2009).

Han sido muchos los proyectos de investigación abordados a partir de esta técnica. M.^a Isabel Doval, en su artículo “La voz de sus ojos: la participación de los escolares mediante Fotovoz” hace una revisión de la literatura que nos permite ver que hasta la fecha esta técnica se ha empleado en tres grandes áreas:

- La acción social, abordando temáticas como la falta de vivienda, la inmigración, los adolescentes, la tercera edad, las poblaciones desfavorecidas, estrategias para el cambio en la comunidad y las mujeres sin hogar.
- La salud, concretamente en temáticas como la alimentación, el alzheimer, la salud de las mujeres, el bienestar del niño, la salud materno-infantil y la salud mental.
- La educación, abordando temáticas como la educación en general, particularmente en estrategias de enseñanza y aprendizaje (con técnica *photovoice*), discapacidad educativa e intelectual, autismo, la educación en orfanatos, el derecho a la educación, coeducación y educación inclusiva, educación universitaria, percepción de los espacios escolares y alfabetización.

Por todo lo anteriormente mencionado se puede describir el *photovoice* como el proceso por el cual la gente puede identificar, representar y mejorar su comunidad. A través de una fotografía se analiza, comprende, interpreta y trasforman los problemas reales que afectan a una comunidad en particular.

Los temas retratados en las imágenes muestran cuestiones éticas, emocionales y subjetivas sobre el momento de la vida de quien toma la foto, inclusive genera un distanciamiento del cotidiano, trayendo la representación de la realidad vivida, sobre la cual tiene pocas oportunidades o posibilidad de reflexionar. Así se crea una abertura para que las emociones y sentimientos cotidianos puedan ser percibidos y compartidos de una manera original espontánea. (Melleiro y Rosa, 2005).

La utilización de la fotografía parte de la idea que la imagen es un gran método de comunicación para personas con mayores dificultades de lectura o escritura en las que los procesos de diálogo, entrevista y conversación pueden suponer un obstáculo para expresar plenamente sus opiniones. Por otra parte, la utilización de un método creativo genera un proceso más emocional y simbólico tanto, un proceso de

interacción social, tanto para la recogida de la información como para la presentación final de los resultados y el intento de generar transformación social.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

4.1 PROYECTO DE INTERVENCIÓN “A TRAVÉS DE AQUELLOS OJOS”

4.2.1 -OBJETIVOS

-OBJETIVO GENERAL:

-Favorecer la mejoría de la calidad de vida de las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria mediante el *photovoice*.

-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Ofrecer una técnica para exteriorizar sentimientos y emociones.

-Favorecer a la mejora de la capacidad crítica de los participantes.

-Facilitar el empoderamiento de los participantes en su desarrollo personal.

-Ofrecer un espacio para poder analizar problemas cotidianos y los miembros del grupo se sientan libres de poder expresar pensamientos.

-Entrenar la capacidad de la autoexpresión emocional.

-Realizar un trabajo de búsqueda de fortalezas y debilidades de cada participante.

-Analizar los resultados de la puesta en práctica de esta técnica.

- Presentar la técnica del *Photovoice* como una herramienta de utilidad que permita ayudar a personas con trastorno de la conducta alimentaria desde la profesión de Trabajo social.

4.1.2 HIPÓTESIS

Con el uso de la herramienta del *photovoice* se mejora la capacidad de exteriorizar emociones y sentimientos en personas que sufren trastorno de la conducta alimentaria y favorece el empoderamiento y conocimiento de su enfermedad.

4.1.3-METODOLOGÍA

En la metodología de un proyecto se recoge el conjunto de los procedimientos para la planificación y gestión de todos los componentes del mismo.

El presente documento posee un carácter cualitativo y participativo; la intervención se fundamenta en el empleo de un dispositivo instrumental propio de la investigación cualitativa, esta es la investigación acción participativa (IAP), el *photovoice*, cuya ejecución necesita del uso de varias técnicas, tales como: entrevistas, grupos focales, observación directa y encuestas.

Dado que la metodología del *Photovoice* forma parte de tradición de la Investigación Acción Participativa, el organizador del proyecto no asume el rol de conductor de la investigación, sino de facilitador, distanciado parcialmente de los grupos de participantes. Así se consigue dar la prioridad a las perspectivas de los mismos participantes.

El papel del facilitador implica ayudar a un grupo a adquirir nuevas maneras de pensar y analizar sus propias situaciones.

Las siguientes recomendaciones las encontramos en el MANUAL DEL FACILITADOR, Base para la Facilitación de Procesos Grupales (2012):

-El facilitador debe introducir las reglas que regirán el trabajo grupal. Es recomendable que en la definición de las reglas el facilitador involucre a los participantes.

-El facilitador no es un jefe que ordena que es lo que se debe hacer, o un director que sabe siempre cuál es el camino a seguir, no es un maestro que lo sabe todo, no es dueño de la verdad (recordemos que cada uno de nosotros es un observador distinto). Pero sí es quien tiene toda la autoridad para moderar en el grupo. La autoridad puede ser atribuida transparentemente, sin necesidad de explicitarlo.

-El facilitador es un especialista en mejorar la comunicación humana. Moviliza los conocimientos que poseen los participantes, a través de preguntas o trabajos grupales. Las preguntas deben ser abiertas y no cerradas. Es decir, las preguntas no pueden tener como respuestas posibles un SI o un NO; sino que deben ser preguntas que inviten a explayarse y abran conversaciones.

-Uno de los aspectos más complejos, es el rol que adopta el facilitador, ya que se pueden dar situaciones donde el facilitador también sea un actor opinante. Si este es el caso, el facilitador deberá utilizar responsablemente su posición para plantear sus ideas cuando lo estime conveniente, evitando imponerlas al resto de los participantes. Idealmente el facilitador debe cumplir sólo ese rol, debiendo reservar sus opiniones.

Para el desarrollo del proyecto de intervención se ha seguido una serie de pasos, los cuales han sido:

-Fase de observación: Observar la realidad social nos lleva a poder definir el objetivo y la necesidad del proyecto. En este caso desde un primer momento el objeto del proyecto se tenía claro, así que se empezó directamente a pensar en todos los problemas que sufren las personas con TCA hasta dar con la necesidad concreta sobre la que dirigir el proyecto.

-Fase de clasificación y diagnóstico: En esta parte se ha llevado a cabo la parte de investigación, las fuentes utilizadas para esta parte son fundamentalmente bibliográficas. En primer lugar, se procedió a resumir los puntos a considerar dentro de este trabajo, para posteriormente, realizar una revisión de la literatura sobre cada tema de interés y seleccionar la bibliografía más relevante bajo criterios de adecuación y calidad del contenido.

Tras conocer con detalle la situación de las personas que sufren TCA, llegar al diagnóstico del problema a día de hoy, y elegir la necesidad concreta sobre la que se quiere, se decidió la herramienta a utilizar para ello.

De nuevo comenzó una fase de investigación con el objetivo de conocer la historia del *photovoice*, y encontrar la relación entre los beneficios que aporta su empleo y la necesidad que se pretende cubrir con el proyecto.

Toda esta parte de investigación comprende el marco teórico y parte de la fundamentación del proyecto, donde se enlaza el objeto del proyecto (los trastornos de alimentación), el problema concreto (dificultad de exteriorizar sentimientos y pensamientos), la herramienta a utilizar para cubrir la necesidad detectada (*photovoice*), y el ámbito profesional donde llevarlo a cabo (el trabajo social). Tras darle un sentido de unión a todo ello, se fundamenta el por qué llevar a cabo el proyecto.

-Fase pre-intervención (planificación): Una vez se tiene claro el objeto del proyecto, su situación actual, el problema sobre el que se quiere actuar, la herramienta a utilizar y el ámbito profesional desde donde se va a actuar, comienza esta etapa.

En esta fase se realiza todo el diseño del proyecto, donde se establece el objetivo general, los objetivos específicos, las actividades a realizar, los recursos tanto materiales como humanos con los que se podrá contar para llevar a cabo el proyecto y la temporalización del mismo.

-Fase de intervención: Se lleva a cabo todo lo realizado en la fase de planificación. Para llevar a la práctica este proyecto se necesita de aprobación de parte de la junta directiva de la asociación elegida donde realizarlo, en este caso La Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA). Una vez aprobado el proyecto, se hace una reunión con los profesionales de dicha asociación para explicar con todo detalle los objetivos y las actividades a realizar y hablar de todo lo

necesario para empezar cuanto antes el proyecto. Una vez todo claro, se empieza con la ejecución explicada en el apartado de actividades.

-Fase post-intervención (evaluación): En esta fase es donde se realiza la evaluación del proyecto, analizamos el proceso y los resultados para poder extraer las conclusiones.

En este proyecto además de los resultados obtenidos a través de la observación directa del trabajador social, se emplea el cuestionario como técnica para la evaluación, para conocer las percepciones de los participantes respecto a la actividad realizada (*photovoice*) y así poder comprobar en qué grado se han cumplido los objetivos marcados con anterioridad y conocer el impacto de este ejercicio sobre ellos.

Se detecta fallos y se identifica puntos fuertes que llevará a una mejora y una posible continuidad del proyecto.

La selección de la muestra para este proyecto de intervención se estable entre 15 y 20 personas con edades comprendidas entre 18 y 35 años.

La selección se hace entre los pacientes de la Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA), ya que la primera puesta en práctica se realiza desde dicha asociación, con proyección de futuro de tener la posibilidad de poder realizarlo desde otras entidades e instituciones.

El trabajador social valorará entre sus pacientes quien ha llegado a un punto de la recuperación adecuado para poder participar en este proyecto de intervención, debe ser una herramienta de ayuda y no de empeoramiento o bloqueo.

Se realizan unas primeras entrevistas individuales con los pacientes para proponer, valorar y obtener su afirmación o negación a participar, ya que es una actividad de carácter completamente voluntaria.

4.1.4 DESARROLLO DE LA HERRAMIENTA DEL PHOTVOICE COMO ACTIVIDAD

La intervención cuenta como una sola actividad, llamada *photovoice*, formada por tres partes diferenciadas, estas son:

1- Puesta en marcha, actividad de acercamiento al *photovoice* donde se realiza las siguientes tareas:

– Se recluta un grupo de participantes afectados por trastornos de la alimentación para realizar el *photovoice*.

Se elige a un grupo de 15 o 20 personas, afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria, siendo indiferente la tipología del trastorno que presente. Valorando que todas estén a un nivel similar en el tratamiento y control de la enfermedad.

- Presentar la metodología y los objetivos a los participantes.

Se explica en que consiste, los objetivos y finalidad del proyecto, para que puedan valorar si quieren formar parte de él o no.

- Realizar consentimiento informado.

La participación en este proyecto será de manera anónima y voluntaria.

- Establecer entre los miembros del grupo un tema y la pregunta (o preguntas) que van a guiar la recogida de fotografías.

Los participantes deben de estar presentes activamente en todo el proceso de la intervención, ya que se trata de una investigación acción participativa. El tema en este caso va dirigido a reflejar en las fotografías momentos, cosas, lugares, etc. que a los participantes les provoque algún sentimiento o pensamiento relacionado con su enfermedad. Ellos mismos decidirán lo que quieren reflejar en esas imágenes.

- Componer la logística para realizar fotografías (medios a emplear).

Se establecerá con el grupo las herramientas a usar, en este caso cámaras fotográficas del tipo que sea o teléfonos móviles. No se piden fotos profesionales tan solo imágenes personales que reflejen lo que sus ojos estaban viendo en el momento de disparar la foto.

2- Actividad de ejecución.

- Dar tiempo a las personas que participan para que puedan realizar las fotografías.

El tiempo para realizar las fotografías será de diez días, desde el momento que se junta el grupo en la primera sesión donde se habrá explicado los anteriores pasos.

3- Puesta en común. Esta es la parte de la actividad que se repite periódicamente.

- Realizar un encuentro con el grupo para dialogar entorno a las fotografías tomadas por los participantes.

A los 10 días se junta el grupo en el mismo lugar donde se hizo la primera reunión en un formato similar a un grupo focal, entrevista informal grupal.

“Una pauta típica de grupo focal tiene la forma de un cuestionario abierto o de un temario. Para ello, descompone la acción objeto en múltiples dimensiones constituyentes. En conjunto, tales preguntas modelan una experiencia, al construir un conglomerado de posiciones de observación que, ocupadas por los participantes, posibilitan su reproducción testimonial del sentido típico de la acción. Es de señalarse que, en este caso, lo que ocurre es análogo a lo que pasa en una entrevista individual directiva.” (Cerón, M. C. 2006).

En este momento se inicia un proceso de reflexión y diálogo con las fotografías utilizando un cuestionario modelo SHOWED.

Imagen 4

Table 1 SHOWED
<ol style="list-style-type: none">1. What do you <i>See</i> here?2. What is really <i>Happening</i> here?3. How does this relate to <i>Our</i> lives?4. <i>Why</i> does this concern, situation, strength exist?5. How can we become <i>Empowered</i> through our new understanding?6. What can we <i>Do</i>?

Fuente: Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., Cowan, C. A., Bardhoshi, G., & Pula, S. (2009).

Esta parte es un elemento fundamental en la técnica del *Photovoice*: enlazar la mirada de la fotografía con las respuestas que el grupo da a cada una de las preguntas del SHOWED para cada una de las imágenes.

Chávez-Baray, S. M explica lo siguiente, el cuestionario SHOWED consiste en cinco preguntas que están dirigidas a la reflexión, fomentando el pensamiento crítico mediante el diálogo y reflexión; consistiendo en una secuencia de preguntas que van de a) preguntas descriptivas concretas a b) preguntas de nivel personal y emocional, para pasar a c) preguntas analíticas sobre la raíz de la problemática y posteriormente continuar con d) preguntas de un proceso de presentación del problema, finalizando con e) preguntas enfocadas en la solución del problema. El uso de la pregunta sistemática a cada nivel, conduce a un acercamiento profundo y a una acción concreta.

Preguntas contenidas en el formato de técnica SHOWED:

1. ¿Qué ve aquí?
2. ¿Qué está pasando aquí (realmente)?
3. ¿Cómo se relaciona esto con nuestras vidas?

4. ¿Para qué existe esta situación, problema o fortaleza?

5. ¿Qué podemos hacer nosotros al respecto?

Esta actividad se realiza de forma periódica, una vez al mes, al acabar cada día de grupo focal se propondrá un nuevo tema que guiará las fotografías para el siguiente grupo focal, hasta que el profesional observe que se han alcanzado los objetivos propuestos para este proyecto.

Existirá la posibilidad de un trabajo posterior a este proyecto de planificar y crear con los participantes una plataforma online, donde publicar de manera anónima el trabajo realizado en las sesiones y compartir con la comunidad las fotografías, reflexiones, los problemas encontrados, malestares generales y conclusiones obtenidas. De este modo se produce un acercamiento de la sociedad al problema en concreto tratado a través del *photovoice*, pudiendo llegar a concienciar a los demás sobre dicho problema y conseguir un cambio social.

4.1.5 –CRONOGRAMA

El desarrollo de proyecto abarca un periodo de varios meses, a considerar por los resultados que se vayan obteniendo.

En el primer mes se lleva a cabo la fase de estudio e investigación, en el segundo mes se diseña el proyecto de intervención y se contacta con la asociación que va a colaborar en su realización, llegados a este punto se comienza la fase de puesta en marcha y ejecución de la intervención.

-Fase ejecución:

Primera semana: El comienzo de la puesta en práctica del proyecto es con la reunión de los profesionales de la Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA), para comentar todo lo redactado anteriormente.

En esta parte tras la reunión de los profesionales se convoca a los participantes seleccionados con anterioridad, para explicar en qué consiste, los objetivos y finalidad del proyecto. Se llega a un tema en común, por parte de los participantes, que dirigirán la temática de las fotografías.

Segunda y tercera semana: Se dará un margen de 14 días para la realización de las fotografías y las reflexiones, tras este tiempo se convoca la segunda reunión donde se lleva a cabo la puesta en común bajo el formato de grupo focal.

Cuarta semana: Tras esta reunión se recoge toda la información, fotografías y reflexiones de los participantes para analizar y obtener los resultados y conclusiones de la puesta en práctica de la técnica del *photovoice*.

Se citará al grupo una vez cada mes para realizar de nuevo el ejercicio de *photovoice*, la puesta en común de las fotografías y reflexiones hasta que el profesional tenga lo necesario para valorar en qué grado se cumplen los objetivos del proyecto. Se da por finalizado cuando los participantes han conseguido lo expuesto en dichos objetivos o si por el contrario se observa un estancamiento del proceso que no lleva a ningún lado o hasta que los participantes decidan abandonar el proyecto.

Se reparte una encuesta a los participantes al final cada actividad de *photovoice* para recoger información, obtener resultados y así poder evaluar el cumplimiento o no de los objetivos marcados.

Durante el proceso de intervención los participantes podrán dar su opinión de manera libre, todas las quejas se recogerán para ayudar en las modificaciones del proyecto con el fin de mejorarlo.

	1º MES	2º MES	3º MES	3º MES	3º MES	3º MES
			1º SEMANA	2º SEMANA	3º SEMANA	4º SEMANA
Estudio e investigación.						
Diseño del proyecto de intervención.						
Reunión con los profesionales.						
Convocar a los participantes y explicar pasos a seguir.						
Tiempo a los participantes para realización de las fotografías y redacción.						
Grupo focal.						
Recogida de datos y análisis de resultados de la encuesta.						

4.1.6 PRESUPUESTO, RECURSOS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

- Presupuesto: El costo del desarrollo del proyecto de intervención es mínimo debido a que los recursos materiales (como el lugar y gastos de mantenimiento) los cede la entidad colaboradora y los demás son propios de los participantes.

El costo del trabajador social será de transporte y del salario por horas. El total de horas de trabajo en el primer y segundo mes son 20 y el tercer mes de 12 horas, a 40euros/hora.

Un total de 1.280 euros para cubrir el salario del profesional de los 3 meses que dura el proyecto.

- Recursos humanos: Necesario para el desarrollo del proyecto es la figura de un profesional de trabajo social especializado en salud mental, que hará a su vez de facilitador de la comunicación en las reuniones.
- Recursos materiales: Materiales que los propios participantes ya disponen, cámaras o teléfonos móviles con cámara, un ordenador desde donde harán el relato y se imprimirán las fotografías o en su defecto, se puede llevar los relatos a mano en folios y las fotos impresas en tienda de fotografía. También es necesario una sala con sillas donde se reúne el grupo, cedida por la asociación sin ningún coste adicional y un ordenador para el trabajador social.
- Financiación: Se desarrolla en la Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA) por ello se incluirá en las subvenciones que recibe al tratarse de una asociación sin ánimo de lucro.

Se incluirá dentro de su programa de actividades y se destina una pequeña parte económica para su realización y cubrir el coste del salario del trabajador social encargado de llevar a cabo el proyecto de intervención (40 euros la hora).

4.1.7 –EVALUACIÓN

La validez se caracteriza porque un instrumento debe medir lo que se pretende medir (Kerlinger y Lee, 2002).

Siempre se ha debe tener en cuenta que sin un diagnóstico acertado no se puede llevar a cabo una intervención eficaz y por lo tanto la evaluación tampoco será fiable; y que si la evaluación se realiza de manera insuficiente es posible que tanto el proceso de diagnóstico como el de intervención sean también erróneos.

Según Muñiz y Fonseca-Pedrero (2012) para la evaluación de una variable psicológica y fortalecimiento personal es necesario recoger muestras de conducta de forma fiable, obtener resultados y evidencias de validez que permitan tomar decisiones sólidas.

Más aún, si la evaluación se realiza en una variable psicológica que impacta directamente en las esferas personal, académica y laboral de las personas, la relevancia es aún mayor. Este es el caso que se da con la sintomatología ansiosa.

Lo que se pretende conseguir con este proyecto, es iniciar un proceso de autoconocimiento, de empoderamiento, de crecimiento personal, acercar a los participantes un poco más a su problema y a la realidad. Al excavar en su interior y sacar todo lo que guarden al exterior, servirá para liberarse de aquello que les producen un cierto malestar, ansiedad o estrés. Los pensamientos, sentimientos y preocupaciones que se guardan para ellos solos por miedo a que los demás conozcan y por evitar sentirse vulnerables al abrirse a los demás, afectando en su funcionalidad en el día a día, aspecto psicosocial, es lo que se busca conocer como profesionales de trabajo social.

Desde el trabajo social se pretende ayudarles en el proceso de autoconocimiento, acompañarles en el proceso de liberación de su enfermedad, proporcionarles herramientas y habilidades sociales que favorezcan su vuelta a la realidad y a la sociedad, escuchar todo aquello que tengan que decir, facilitarles un espacio seguro donde puedan comunicarse e intentar ayudarles a conseguir un mayor bienestar psicosocial. En la mayoría de los casos, como se ha expuesto anteriormente, cada área de la vida de la persona queda afectada por la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria, el trabajador social intervendrá en el aspecto social.

Cuantificar resultados de este proceso es prácticamente imposible. Cuando se trata de factores psicológicos, habilidades sociales, crecimiento y fortalecimiento personal, como se ha mencionado anteriormente se debe analizar las conductas.

Se busca obtener resultados que muestren una mejoría en la persona participante respecto a su trastorno de la conducta alimentaria y fundamentar o no el empleo de la técnica de *photovoice* como herramienta útil a la hora de intervenir desde el trabajo social ante dichos problemas.

Para conseguir dichos resultados y poder evaluar el cumplimiento de los objetivos del proyecto nos basamos en la percepción de los participantes, se emplearán las siguientes técnicas cualitativas:

-Entrevistas no estructuradas: En el artículo de Nelly López e Irma Sandoval (2006) se puede encontrar técnicas usadas para la investigación cualitativa, en la que se encuentra la entrevista, entendida como una conversación entre dos o más personas, la comunicación interpersonal entre investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el tema propuesto. Como

técnica de recolección va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre, en ambos casos se recurre a una guía que puede ser un formulario o esquema de cuestiones que han de orientar la conversación.

En este caso se emplea la entrevista no estructurada, más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Se elaboran preguntas antes de realizar la entrevista, pero pueden ser modificadas el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características de los sujetos de estudio.

Dentro de la entrevista no estructurada se ha elegido la entrevista enfocada, es decir, una entrevista en profundidad, pero dirigida a una situación concreta y a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente para haber tomado parte de la situación o experiencia definida. A diferencia de la entrevista a profundidad, en la enfocada no revive toda la vida, si no la reconstrucción de una experiencia personal concreta. El entrevistador conoce de antemano directa o indirectamente, esta situación con los elementos, procesos y estructura y la ha analizado sistemáticamente.

-Encuesta de satisfacción: Para Trespalacios, Vázquez y Bello (2005), las encuestas son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo. Cuando la encuesta es escrita se suele hacer uso del instrumento del cuestionario, el cual consiste en un documento con un listado de preguntas, las cuales se les hacen a las personas a encuestar

Como indica Carina Rey Martín (2000) la opinión de los usuarios sobre la satisfacción o insatisfacción, deriva directamente de la calidad de un servicio, de sus características o de la información que le proporciona y constituye una información muy importante acerca del éxito o fracaso del sistema para cubrir sus expectativas. No es suficiente con que el sistema funcione, es necesario que el servicio que se presta sea satisfactorio para el usuario y que éste así lo perciba.

Por ello se ha elegido la encuesta de satisfacción, la satisfacción de los participantes es uno de los pilares fundamentales para poder evaluar si se ha cumplido con los objetivos de este proyecto.

-Observación participante: En la técnica de observación participante, la comunidad (en este caso los participantes en el proyecto) aceptan la presencia del investigador entre ellos como uno más, como persona y no solamente como investigador. El observador participante no puede esperar controlar todos los elementos de la investigación y debe llegar a un acuerdo tácito de “dejarse llevar por la corriente” incluso si

la situación no se desarrolla con arreglo a un diseño de investigación cuidadosamente preparado. El observador participante procede a la tarea de recoger datos. (Angrosino, M., 2012)

El trabajador social de este proyecto, durante las reuniones de grupo focal, adopta el rol de facilitador, tan sólo ayuda en la comunicación, guía sin dirigir. Los propios participantes deciden el tema a tratar en las fotografías y durante la reunión se dan unas pautas con preguntas que se deberían responder (explicado en el apartado de actividades) y los usuarios participan con su propio orden cumpliendo con dichas pautas, mientras que el trabajador social recoge información para la posterior evaluación.

La evaluación se realiza después de la intervención, pero durante el proceso cualquier participante podrá ofrecernos su valoración para ir modificando aspectos que nos ayuden a conseguir el objetivo general.

A través de la información obtenida con la observación, las encuestas de satisfacción y las entrevistas no estructuradas obtenemos las percepciones de los participantes para llegar a conclusiones que muestren si se han alcanzado los objetivos del proyecto de intervención y verificar la efectividad o no, del uso de la técnica del *photovoice* como herramienta para ayudar en el tratamiento de las personas con trastorno de la alimentación desde el trabajo social.

4.2 PROYECTO PILOTO

Para comprobar que la posible puesta en marcha del proyecto de intervención “A través de aquellos ojos” está preparado y ajustado lo máximo posible, se diseña (posteriormente al proyecto original) y se realiza (antes del proyecto original) un proyecto piloto.

Un ejercicio a escala reducida cuyo objetivo es analizar los pasos a seguir y corregir fallos que puedan presentarse y se hayan pasado por alto a la hora del ejercicio de diseño del proyecto.

A continuación, se expone las diferencias entre ambos proyectos, dado que el proyecto piloto surge a partir de proyecto “A través de aquellos ojos” toda la base teórica, metodología y actividades son compartidas, tan sólo varían los objetivos, la hipótesis, la muestra y la temporalización.

Estas diferencias son las que se presentan en este apartado del documento, además de la evaluación que aun siendo empleadas las mismas técnicas son adaptadas.

OBJETIVO GENERAL:

-Detectar si hay fallos o no para corregirlos a través del proyecto piloto antes de ejecutar el proyecto “A través de aquellos ojos”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Analizar los pasos realizados para comprobar su eficacia.

-Obtener percepciones y opiniones de los participantes que nos guíen en la ejecución del proyecto “A través de aquellos ojos”.

HIPÓTESIS

Al realizar el proyecto a escala reducida comprobamos que lo diseñado está preparado para su puesta en marcha.

MUESTRA

La muestra se constituye por cuatro participantes voluntarios, pacientes de la Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA), entidad colaboradora donde se llevará a cabo el proyecto original.

TEMPORALIDAD

El proyecto piloto se realiza en un periodo muy breve de tiempo, un ejercicio adaptado para realizarlo en una semana.

Tras proponer a cuatro usuarios participar en el proyecto y obtener su consentimiento, la trabajadora social se reúne con el grupo para explicar que es el *photovoice*, sus objetivos, metas, y pasos a seguir. También se explica que es este proyecto piloto y su fin.

Se decide un tema que guiará las fotografías de los participantes, estos son quienes tienen el poder de decisión en este punto.

Se deja un margen de 4 días para realizar las fotografías con sus respectivas reflexiones y se vuelve a reunir el grupo con modalidad de grupo focal.

En ese momento la trabajadora social con un rol de facilitador, se encarga de favorecer la comunicación y participación, de observar, analizar y recoger datos que serán de utilidad a la hora de decidir junto con los resultados de la evaluación si es pertinente realizar modificaciones en el proyecto original.

EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto piloto consiste en una recogida de datos cualitativos para conocer las opiniones y percepciones de los participantes y así, poder valorarlas y decidir si corregir o no algún aspecto del proyecto “A través de aquellos ojos”.

Se emplea como técnicas de evaluación las mismas que en el proyecto original adaptadas, desarrolladas en el ANEXO 1.

5.CONCLUSIONES

La técnica del *photovoice* empleada como una herramienta desde el trabajo social, permite al profesional acercarse a los pensamientos y emociones que las personas guardan en su interior.

Con el *photovoice* se une la imagen que los ojos ven con la voz del pensamiento, al focalizar esta valiosa herramienta en un problema concreto, abrimos una ventana por la cual se puede ver el interior de quien participa, en este caso de las personas con trastorno de la conducta alimentaria

El objeto de la intervención son las personas con trastorno de la conducta alimentaria(TCA), un grave problema de salud mental cuya manifestación más visible es una alteración en la forma de comer, por exceso o por defecto, de la persona enferma, encontrando el origen en una gran insatisfacción consigo misma y con su imagen corporal.

Los TCA se desencadenan por las razones mencionadas anteriormente, provocando una gran variedad de consecuencias tanto físicas, psicológicas y en el funcionamiento psicosocial que dificultad el tener una vida saludable y adecuada e incluso ponerla en grave peligro.

Es sobre la alexitimia, dificultad para identificar y expresar sentimientos y sensaciones corporales que puede llevar al aislamiento, donde el proyecto de intervención diseñado pretende actuar con el empleo del *photovoice*.

Dichas dificultades de reconocimiento y regulación emocional, pueden ser mejoradas a través de la intervención propuesta.

Muchas veces vemos cosas y observamos situaciones que generan en nuestra mente una serie de emociones y sentimientos y a menudo comentamos con nuestros seres cercanos aquello que nos ha llamado la atención, nos ha alegrado, entrustecido, preocupado o enfurecido. Pero aquellas personas que sufren de alexitimia derivado de un trastorno de la conducta alimentaria los reprimen, no pueden expresar esos sentimientos y pensamientos que llevan dentro o incluso son incapaces de identificarlos y ello les lleva sentir ansiedad y a recurrir a actos que alimentan este trastorno, como puede ser el no comer, atracones o cualquier otro hábito insano, como modo de desconexión.

Uno de los riesgos principales de los TCA son la cronicidad, en términos no sólo de complicaciones médicas, que a veces son letales, sino también debido a las consecuencias sociales que estos trastornos generan. Por ellos, es importante la atención y el tratamiento temprano de los trastornos de alimentación, sobre todo en adolescentes, ya que pueden llegar a afectar al normal desarrollo psicosocial.

La población de mayor riesgo son mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años; según los datos de los estudios nombrados en la investigación los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados son los que cuentan con una prevalencia mayor (2,76% al 5,3) , seguido por la Bulimia Nerviosa y por la Anorexia Nerviosa respectivamente. En total, se estaría hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1%al 6,41%.

En el caso de varones adolescentes, a pesar de los escasos estudios existentes, se ha obtenido una prevalencia de 0% para la Anorexia Nerviosa, del 0% al 0,36% para la Bulimia Nerviosa y del 0,18% al 0,77% para los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados, con una prevalencia total de 0,27 a 0,9021%.

En los diversos estudios de incidencia de los TCA que se han publicado en América del Norte y en Europa presentan un aumento en la incidencia año tras años, esto quiere decir que seguirá en aumento si no se consigue mejorar la prevención, atención temprana y el proceso de intervención con estos pacientes.

Por todo lo anterior expuesto, desarrollar un proyecto de intervención que permita al profesional acercarse al mundo de las personas con trastorno de la conducta alimentaria podría ser de gran utilidad para ayudar en la calidad de vida de todas esas personas que padecen en silencio, que son incapaces de exteriorizar lo que sienten y piensan, que sufren de ansiedad y aislamiento social y cuyo funcionamiento psicosocial se deteriora poco a poco.

El profesional adecuado para dirigir el proyecto diseñado empleando la herramienta del *photovoice* con personas con trastorno de la conducta alimentaria es el Trabajador social.

El trabajo social es una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas, todo lo que estas personas afectadas necesitan en sus vidas para poder mejorar y alejarse de la enfermedad.

Dado que no se ha podido llevar a cabo la puesta en marcha del proyecto piloto aun contando con el consentimiento y el apoyo de la Junta directiva de La Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ARBADA), no se cuenta con datos que puedan comprobar el logro de los objetivos marcados en el proyecto piloto ni obtener información y percepciones de los participantes que nos acerquen a las metas del proyecto “A través de aquello ojos”

En el ANEXO 2 se adjunta el diario de campo del proyecto piloto.

“Si no controlas tus habilidades emocionales, si no eres capaz de controlar tus emociones estresantes, si no puedes tener empatía y relaciones afectivas, entonces no importa lo inteligente que seas, no vas a llegar muy lejos” (Daniel Goleman, 2012)

6. BIBLIOGRAFÍA

- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- American Psychiatric Association. 1994 DSM-IV-TR. (text revision in may 2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: 539- 550.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 0-0.
- Borges-Cancel, M.T., & Colón-Colón, M. (2014). El uso de photovoice como herramienta pedagógica para promover procesos de apoderamiento, participación, movilización y acción social en los estudiantes. Caracas, Venezuela: Universidad Simón Bolívar
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In; D. Garner, P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 7-19). New York: Guilford Press.
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97
- Cerón, M. C. (2006). Metodologías de la investigación social. *Santiago de Chile: LOM ediciones*, Pag.278.
- Chávez-Baray, S. M. ,2014. Empoderamiento de mujeres mexicanas migrantes en Estados unidos que sobrevivieron la violencia doméstica. *SALUD*, 146.
- Cloutier, K. (2016). Photoethnography in Community-Based Participatory Research. In: *Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research*, 1st ed. New York: Leonard A. Jason, David S. Glenwick, pp.283-291
- Colegio de Trabajadores Sociales, Código de Ética Profesional, SJ. 1969
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960#bib0200>
- Doval, M.I., Martinez-Figueira, M.E., Raposo, M. (2013). La voz de sus ojos: La participación de los escolares mediante FotoVoz. *Revista de Investigación en Educación*, 11(3), 150-171.
- Escalante Ruiz, G. y De la Iglesia Martínez, M. (2013). Comunicándonos a través de la fotografía. *Trabajo Social Hoy* 70, pp. 97-108.

- España, C. S. M. (2017). Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2016
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo"(STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547.
- Freire, P. (2000). *Pedagogy of the Oppressed* (original work published 1970). New York: Continuum.
- GDS, Abril 2004. Sigmund Freud y la psiquiatría . Revista Creces. Recuperado en 2017 de la web: <http://www.creeses.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2066&tc=3&nc=5&art=1667>
- Godart ,N., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet P. (2003). Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients. *Encephale*, 29, 2, 149-560.
- Gómez del Barrio, J. A., Gaite, L., Carral, L., Herrero, C., & Vázquez, J. (2012). Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. *Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria*
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., Cowan, C. A., Bardhoshi, G., & Pula, S. (2009). Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review. *American journal of health behavior*, 33(6), 686-698.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del Comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4a ed.). México DF: McGraw Hill.
- López, N., & Sandoval, I. (2006). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa.
- Martín, C. R. (2000). La satisfacción del usuario: un concepto en alza. In *Anales de documentación* (Vol. 3, pp. 139-153).
- Martínez Azumendi, Oscar. 2009. La fotografía como instrumento terapéutico en salud mental. N°17, May 2016, pág. 68
- Martínez, M. M. (2004). La investigación acción participativa. Introducción a la psicología comunitaria, 135-165.

- Melleiro, M.M. y Rosa Gualda, D.M. (2005). La fotovoz como estrategia para la recolección de datos en una investigación etnográfica. *Ciencia y Enfermería*XI(1), pp. 51-57.
- Morgan, M. Y., Vardell, R., Lower, J.K., Kinter-Duffy, V., Ibarra, L.C., & Cecil-Dyrkacz, J.E. (2010). Empowering women through Photovoice: Women of La Carpio, Costa Rica. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 5(1), 31-44.
- Organización Mundial de la Salud , Datos y cifras. 10 Datos sobre la salud mental. Recuperado en 2017 de la web: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html
- Organización mundial de la salud , Plan de Acción sobre Salud mental, 2013-2020. Pág 06. Recuperado 2018 de la página web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_sp.pdf?ua=1
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Promoción de la salud mental. Recuperado de la web: -
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry*. 2005;20(2):173-8
- Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. 2003. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord.*;34(3):281-91.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 1, 54-58.
- Servicio Argones de Salus. Recuperado de la web:
http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento#section2
- Tapia Jopia, Carlos, 2012. Manual del facilitador, Base para la Facilitación de Procesos Grupales. Centro de estudios sociales, Buen Pastor 765. El Llano. Coquimbo. CHILE. Pag 1-3

-Trespalacios Gutiérrez, J. A., Bello Acebrón, L., & Vázquez Casielles, R. (2005). *Investigación de mercados: Métodos de recogida y análisis de la información para la toma de decisiones en marketing*. Thomson,.

-Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). La etiología de los trastornos alimentarios En: Vandereycken, W., Noordenbos, G. (Eds.), La prevención de los trastornos alimentarios (pp.: 25-28). Barcelona: Ediciones Granica, S.A.

-VOCES FOTOGRÁFICAS: EL USO DE LA IMAGEN EN PROYECTOS DE COMUNICACIÓN Y DESARROLLO EN EL SUR DE BOLIVIA Photo-Voices: The Use of the Photographic Image in Communication and Development Projects in the South of Bolivia Mónica Eliana García Gil*1 Gregory P. Spira , Revisado: 10 de marzo de 2008

-Wang, C. C. (1999). Photovoice: A participatory action research strategy applied to women`s health. *Journal of Women`s Health*, 8(2), 185-192

-Wang, C. C., y Burris, M. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education y Behavior*, 24, 369-387.

-World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

7. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- Imagen 1: Estudio sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España.....Pág. 16
- Imagen 2: Estudio sobre prevalencia de TCA en varones adolescentes en España.....Pág. 17
- Imagen 3: Áreas de intersección entre fotografía y psiquiatría.....Pág. 20
- Imagen 4: Cuestionario modelo SHOWEDPág. 30