



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y
LA IDENTIDAD DE GÉNERO, LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LOS MANDATOS
SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA.**

***ABORDAJE DESDE LA TERAPIA GESTALT A PARTIR DE TRES CASOS
CLÍNICOS”***

ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA

GONZALEZ HERRERA, Constanza Eugenia.

SAN JUAN

2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y
LA IDENTIDAD DE GÉNERO, LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LOS MANDATOS
SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA**

***ABORDAJE DESDE LA TERAPIA GESTALT A PARTIR DE TRES CASOS
CLÍNICOS”***

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA

GONZALEZ HERRERA, Constanza Eugenia

DIRECTOR: Mag. Sonia Gimenes Bawden

TUTOR ACADÉMICO: Mag. Paula Brozina

SAN JUAN

2025

INDICE

AGRADECIMIENTOS	7
PREFACIO	8
CAPÍTULO I	9
1.1 Trastorno de la conducta alimentaria	9
<i>1.1.1 Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>	11
1.2 Anorexia Nerviosa	14
<i>1.2.1 Concepto</i>	14
<i>1.2.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5</i>	14
<i>1.2.3 Características diagnósticas</i>	16
<i>1.2.4 Características asociadas que apoyan el diagnóstico</i>	17
<i>1.2.5 Prevalencia</i>	19
<i>1.2.6 Desarrollo y curso</i>	19
1.3 Bulimia Nerviosa	20
<i>1.3.1 Concepto</i>	20
<i>1.3.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5</i>	20
<i>1.3.3 Características diagnósticas</i>	22
<i>1.3.4 Características asociadas que apoyan el diagnóstico</i>	25
<i>1.3.5 Prevalencia</i>	25
<i>1.3.6 Desarrollo y curso</i>	26
1.4 Trastorno Alimentario No Especificado	27

1.4.1	<i>Concepto</i>	27
1.4.2	<i>Criterios diagn3sticos seg3n el DSM-5</i>	27
1.5	Introducci3n a la Terapia Gest3ltica para el abordaje de TCA	27
1.5.1	<i>Raices hist3ricas de la Terapia Gest3ltica</i>	27
1.5.2	<i>Conceptos</i>	29
1.5.2.1	<i>Holismo</i>	29
1.5.2.2	<i>Autorregulaci3n organ3smica</i>	30
1.5.2.3	<i>Ciclo de la experiencia</i>	31
1.5.2.4	<i>Aqu3 y Ahora</i>	34
1.6	Trastorno de la conducta alimentaria desde la Teor3a Gest3ltica	35
1.7	Adolescencia	38
1.7.1	<i>Definiciones</i>	38
1.7.2	<i>Cambios durante la adolescencia e inicios de la pubertad</i>	41
1.7.3	<i>Construcci3n de la identidad</i>	46
1.8	Sexualidad.....	49
1.8.1	<i>Orientaci3n sexual</i>	50
1.8.2	<i>Rol de G3nero</i>	51
1.8.3	<i>Identidad sexual e Identidad de G3nero</i>	51
1.8.4	<i>Trastorno de la Conducta Alimentaria y roles de g3nero</i>	53
1.8.5	<i>Estr3s minoritario</i>	55
1.9	Abordajes de los Trastornos de Conducta Alimentaria	56

CAPÍTULO II.....	61
2.1 Materiales y métodos.....	61
2.2 Institución Sol de Abril.....	62
2.3 Fases de Intervención.....	65
2.4 Técnicas de recolección de información.....	69
2.5 Técnicas de intervención.....	69
2.6 Descripción de los pacientes.....	70
2.7 Intervenciones.....	71
2.7.1 <i>Primer encuentro</i>	72
2.7.2 <i>Segundo encuentro</i>	73
2.7.3 <i>Tercer encuentro</i>	75
CAPÍTULO III.....	77
3.1 Resultados.....	77
3.2.1 <i>Descripción de los resultados del primer encuentro</i>	77
3.2.2 <i>Descripción de los resultados del segundo encuentro</i>	90
3.2.3 <i>Descripción de los resultados del tercer encuentro</i>	100
3.3 Resultado respecto a las prácticas pre profesionales supervisadas.....	114
3.4 Análisis de los resultados.....	116
3.4.1 <i>Relación entre el TCA y la Identidad de Género.</i>	117
3.4.2 <i>Relación entre el TCA y la orientación sexual.</i>	124
3.4.3 <i>Relación entre el TCA y los mandatos sociales.</i>	127

CAPÍTULO IV.....	139
4.1 Discusión y Conclusiones Generales	139
4.2 Propuestas	141
REFERENCIAS.....	144
ANEXOS	150
ANEXO I: Modelo de la primera intervención - Protocolo de entrevista Inicial	150
ANEXO II: Modelo de la segunda intervención – Dialogando con la imagen del espejo	151
ANEXO III: Modelo de la tercera intervención - HTP.....	155
ANEXO IV: Resultados citados del primer encuentro – Entrevista Inicial.....	157
ANEXO V: Resultados citados del segundo encuentro – Dialogando con la imagen del espejo	176
ANEXO VI: Resultados tercer encuentro – HTP y Carta a si mismo	183

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad, por brindar el espacio para que pueda estudiar y formarme en lo que tanto me gusta.

A mi tutora académica, por orientarme en la realización del Trabajo Integrador Final.

A la Institución Sol de Abril y a su Directora quien me posibilitó realizar mis prácticas allí, por su dedicación, entrega y compromiso.

A sus profesionales, por su calidez y vocación.

A los pacientes con los que trabajé, por permitirme ser parte de sus procesos.

A mis papás, porque son quienes me dieron los valores para ser quien soy y quienes me enseñaron que con esfuerzo y constancia puedo lograr todo lo que me proponga.

Gracias por acompañarme en cada uno de mis pasos.

A mi hermano, que me apoya y ayuda siempre.

A mis abuelos, que con sus ejemplos me motivan a querer superarme día a día.

A mis tíos, primos y amigas de la vida, por acompañarme a lo largo de toda la trayectoria.

A mis amigas de la facultad, quienes con sus debates interminables me impulsaron a querer conocer más acerca de esta hermosa profesión y que lograron que este trayecto se transformara en una etapa tan enriquecedora como inolvidable.

A Dios, por estar conmigo en todo momento, por posibilitarme vivir esta etapa, por mis amigos y por mi familia.

PREFACIO

El presente trabajo corresponde al Trabajo Integrador Final del Plan de Prácticas Profesionales Supervisadas, perteneciente a la carrera de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Filosofía y Humanidades, en la Universidad Católica de Cuyo.

Lo que motivó a la elección de dicha investigación fue rotar por diversas áreas de la institución Sol de Abril, entre las que se encuentran psicología, psiquiatría, nutrición y clínica, además de participar de entrevistas de admisión. Allí se pudo conocer acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tipos, prevalencia, sintomatología, desarrollo y curso del mismo. Durante las prácticas se observó la presencia de pacientes que compartían, además del trastorno alimentario, otras características. Debido a esto se hipotetizó una posible relación entre el Trastorno de la Conducta Alimentaria y un probable malestar interpersonal o intrapsíquico, el cual podría estar ligado a un conflicto en relación a la identidad de género, orientación sexual o mandatos sociales. Aquí el trastorno sería entendido como un síntoma mediante el cual se busca dar a conocer otra problemática, primando el actuar ante la palabra.

Se trabajó con tres adolescentes de 16 años, entre ellos una mujer homosexual, un varón homosexual y un varón trans bisexual. Con ellos se aplicaron diversas técnicas y herramientas con el fin de indagar acerca de su autopercepción, autoimagen, conflictos en torno a la identidad u orientación sexual, relaciones interpersonales y su posible relación con el TCA.

CAPÍTULO I

Se comenzará explicando a qué se hace referencia al hablar de Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), historia, concepto, tipologías, criterios diagnósticos, prevalencia, desarrollo y curso. Se dará una introducción a la Terapia Gestáltica, teoría en la que se encuentran fundamentadas las intervenciones llevadas a cabo. Posteriormente se introducirá el concepto de Adolescencia, los cambios que allí transcurren y la conformación de la identidad. Además, se explorará acerca de la sexualidad en esta etapa vital, se explicarán y diferenciarán conceptos como orientación sexual, rol de género, identidad de sexo e identidad de género. Llegando al final se indagará acerca de una posible relación entre los TCA y roles de género, introduciendo el concepto de estrés minoritario. Para concluir se hará una descripción de la clínica Sol de Abril, en donde se llevó a cabo dicho trabajo.

1.1 Trastorno de la conducta alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo de afecciones en las cuales las creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal se acompañan de conductas que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes. Suelen presentarse de manera simultánea con otras condiciones psiquiátricas y médicas, como los trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, fobia social, déficit de atención/hiperactividad, trastorno negativista desafiante, abuso de sustancias, consumo de alcohol. Las mismas afectan a personas de diversas edades, aunque su prevalencia es mayor en adolescentes y jóvenes.

Son enfermedades complejas que requieren ser analizadas desde una concepción holística e integrada, siendo su etiología multifactorial. Como indican Castillo García y

García Cruz (2019), los síntomas de los TCA, aquello más evidente y que más fácilmente podemos ver cómo es la pérdida de peso, los atracones, las dietas, el control de calorías, no son más que la punta de un iceberg. A nuestra vista solo se presenta la capa más externa de la enfermedad, al acercarse y conocer en profundidad las capas más internas de estos trastornos se toma conciencia de que hay muchos aspectos claves que desde fuera no se ven fácilmente. Siguiendo esta mirada se puede hablar del TCA como síntoma, llevando a la pregunta de qué es lo que metafóricamente se está manifestando a través de esta enfermedad. Como indica Sonia Gimenes Bawden, el síntoma esconde algo, lo evita, y a su vez esto que se evita se intensifica y perpetua.

Su origen biopsicosocial explica la necesidad de abordar estas patologías desde un enfoque multidimensional, atendiendo a los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que están actuando a favor de la conducta problema (Cabrera Artiles, 2022). Como indica Calvo (2010) “Los pacientes presentan alteraciones del comer que repercuten de forma grave en su salud, pero su comprensión completa requiere considerarlos el resultado de problemas psicológicos y relacionales profundos insertados en una sociedad volcada en el cuerpo” (Pérez Rodríguez & García Babiano, 2019, p. 3).

El DSM-5 refiere que los Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos son una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Dentro de los mismos se encuentran la pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones. Los criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones conforman un esquema de clasificación mutuamente excluyente, es

decir, que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. Sin embargo, el trastorno de pica podría establecerse en presencia de cualquier otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Por otro lado, se excluye a la obesidad dentro de esta categoría diagnóstica y como trastorno mental. Se considera a esta última como el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo, con a su vez, diversos factores intervinientes (genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales). A pesar de esto se sabe de la relación entre la obesidad y otros trastornos mentales.

1.1.1 Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El ser humano, como animal racional, presenta instintos primarios como es el hambre que surge de la necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y a su vez, el placer. Por otro lado, la sexualidad es otro impulso primario, promovida por la necesidad de perpetuar la especie y obtener placer. El hecho de comer ha tenido desde antiguamente una connotación social, siendo la comida un medio para encontrarse con otras personas para compartir conocimientos y experiencias, propiciando la relación y empatía.

A su vez, actualmente en nuestra sociedad la atención a la comida y a la dieta es cada vez mayor. El siglo XX ha sido denominado el siglo de la delgadez debido a la asociación entre un cuerpo flaco como símbolo de la belleza, llevando a la idealización del cuerpo delgado. Esto comienza luego de la Primera Guerra Mundial, teniendo su auge en los años sesenta. La delgadez ha sido asociada desde entonces a la elegancia, prestigio, juventud, poder, aceptación social y perfección (Pérez Rodríguez & García Babiano, 2019).

Los trastornos alimentarios existen desde tiempos bíblicos, pero su prevalencia era desconocida hasta hace relativamente poco tiempo. En muchos casos, el sentido fenomenológico de la enfermedad era la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en

consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad; un sentido de la existencia marcado por la penitencia, el sacrificio y también la productividad intelectual y artística. A través de la restricción y de la purga se conseguía la pérdida de rastro de feminidad.

El médico inglés Richard Morton fue el primer autor en describir con detalle y precisión el cuadro de Anorexia Nerviosa. Denomina a la enfermedad “consunción nerviosa”, describiéndola como pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, atribuyéndola a la tristeza y preocupaciones. Desde la psicología Freud, Abraham, Fenichel y M. Klein consideraron a la Anorexia Nerviosa una neurosis, relacionándola con la histeria en un primer momento y luego con la melancolía.

Al hacer un recorrido histórico, en el año 1858 el médico Louis-Victor Marcé escribió una nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias que se caracterizaba por el rechazo de los alimentos. Luego en el año 1864, W. Gull denominó apepsia histérica, nombrándolo más tarde como perversión del yo. Charles Lasegue es quien coloca el término anorexia histérica.

En cuanto a la etiopatogenia del trastorno ha ido variando a lo largo del tiempo. Autores como W. Gull y Lasegue consideraban que el origen estaba relacionado a una alteración del sistema nervioso. El último autor, y otros como Samuel Fenwick, consideraba que existían factores de origen sociocultural que podrían incidir en la anorexia nerviosa. Posteriormente, durante el siglo XX otros autores continúan realizando hipótesis acerca de la etiología, entre ellos Simmonds que estableció como causa de la anorexia nerviosa una disfunción hipofisaria denominada caquexia hipofisaria. Para P. Janet, en 1920, se trataba de alteraciones psicológicas profundas, distinguiendo así la anorexia primaria de la secundaria.

Luego hacia los años treinta autores psicoanalíticos reafirmaron el origen psicogénico. Desde los años cincuenta, a partir de una revolución conceptual y metodológica, se llegó a la conclusión que el origen de la anorexia nerviosa es psicosociobiológico. (Pérez Rodríguez & García Babiano, 2019).

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se concluyó que la enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad, que el conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria, y, que la etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

La Bulimia es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico. Las primeras referencias médicas son del año 1708, siendo en los últimos cincuenta años cuando se incrementó y profundizó su estudio. Cabe aclarar que las conductas de purga, la ingesta abusiva y descontrolada se conoce desde tiempos remotos. Ya en la civilización romana se utilizaba el vómito y otras formas de purga como forma de vaciar el contenido gástrico para continuar con la ingesta masiva y descontrolada de alimentos.

El síndrome de Bulimia Nerviosa fue definido por Russell en 1979, apareciendo los primeros casos tras la Segunda Guerra Mundial. En los años sesenta se lo reconoció como un síndrome distinto a la anorexia nerviosa, aunque Russell lo definía como una variante de la misma.

Actualmente los Trastornos de la Conducta Alimentaria son entendidos como trastornos en los que la conducta alimentaria se encuentra alterada, pero en donde ejerce gran influencia los intentos que el paciente hace para controlar su peso y su cuerpo (Pérez Rodríguez & García Babiano, 2019). El aumento de la frecuencia en la adolescencia tardía hizo que se eliminara esta categoría de inicio en la infancia, recibiendo así en el DSM-5 el nombre de Trastornos de la conducta alimentaria y de ingesta de alimentos. La anorexia

nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, a pesar de que son categorías diagnósticas diferenciadas, no es extraño que se alternen en la misma persona a lo largo de la vida, presentando muchas características en común.

1.2 Anorexia Nerviosa

1.2.1 Concepto

Se considera a la Anorexia Nerviosa como un síndrome psiquiátrico que se manifiesta mediante la pérdida de peso de manera voluntaria y que condiciona una serie de alteraciones orgánicas. Una de sus características es el intenso temor a ganar peso, teniendo como consecuencia una alteración de la imagen corporal. Siguiendo el Manual de Codificación CIE-10 la AN es un trastorno mental del comportamiento, en donde el sujeto se impone permanecer en un peso por debajo del límite máximo y en donde existe un gran temor por engordar o por la flacidez de las formas corporales.

También se la define como un modelo de malnutrición energético-proteica, de instauración lenta y progresiva y con escasa o nula repercusión analítica, en donde el organismo realiza un proceso de adaptación (Ortolá Lorente, 2023). Al realizar una valoración nutricional se evidencia disminución de los parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, masa grasa y muscular, déficit del pliegue tricípital y de la circunferencia del brazo). Se debe considerar el peso actual del sujeto en relación con la media del peso de la población de referencia, estando generalmente ellos en un peso inferior al percentil 3 para la edad en al menos dos medidas distintas en un periodo de 2 a 3 meses.

1.2.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del

desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificaciones:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado

Se especifica además el grado de gravedad actual según el IMC:

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m²

1.2.3 Características diagnósticas

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El Criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (inferior al mínimo normal o, en los niños y los adolescentes, inferior al mínimo esperado). El índice de masa corporal es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura y de la edad. Para determinar si se cumple el Criterio A, los clínicos deberían considerar las guías numéricas disponibles además de la constitución física del individuo, los antecedentes referentes al peso y cualquier posible alteración fisiológica. Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar (Criterio 13). El mismo no se alivia por lo general con la pérdida de peso, si no que la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer ni admitir este miedo. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el Criterio B se pueden usar las conclusiones a

las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que serían indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo. La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas en estos individuos (Criterio C). Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas, pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están "demasiado gordos". Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". La autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve como un logro impresionante y un signo de extraordinaria auto disciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición. Extraña vez se quejan de la pérdida de peso en sí y no suelen buscar ayuda por su cuenta, en estos casos se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o directamente lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

1.2.4 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La semi-hambre de la anorexia nerviosa y los comportamientos de purga que a veces se asocian a la misma pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza importante para la vida. El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a

la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la amenorrea, y son frecuentes las anomalías de las constantes vitales. Aunque la mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no lo son del todo. Comportamientos tales como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales; sin embargo, algunos individuos con anorexia nerviosa no muestran anomalías en las pruebas de laboratorio. Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo. Debido a que estas características también se observan en las personas que no presentan anorexia nerviosa pero que están bastante desnutridas, se puede deducir que muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semi-hambre, aunque también podrían ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor. Los síntomas obsesivo-compulsivos, estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa están preocupados con pensamientos sobre la comida. Otras características que a veces se asocian a la anorexia nerviosa son la preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia, un fuerte deseo de controlar lo que les rodea, el pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada y una contención excesiva de la expresión emocional. En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restringido, los que presentan el tipo con atracones /purgas tienen niveles superiores de impulsividad y son más propensos a abusar del alcohol y de otras drogas. Un subgrupo de individuos con anorexia nerviosa presenta niveles excesivos de actividad física. El aumento de la actividad física a menudo precede al inicio del trastorno y, en el curso del

trastorno, la actividad aumentada acelera la pérdida de peso. Durante el tratamiento, la actividad excesiva puede ser difícil de controlar y por lo tanto pone en riesgo la recuperación del peso.

1.2.5 Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1.

1.2.6 Desarrollo y curso

La anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como negar el “miedo a estar gordo”. En los individuos de más edad es más probable que la enfermedad tenga una mayor duración, y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. Los clínicos no deberían excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial basándose únicamente en la mayor edad del individuo.

Muchas personas tienen un período de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios para diagnosticar el trastorno. Algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio; algunos

muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría ser necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa presenta una remisión a los 5 años del comienzo. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5 % por década. La muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio.

1.3 Bulimia Nerviosa

1.3.1 Concepto

Siguiendo el Manual de Codificación CIE-10 la Bulimia Nerviosa es la presencia de episodios de ingesta excesiva de alimentos, la cual se acompaña de una elevada preocupación por el peso corporal. Esto lleva a la persona a tomar medidas que le permitan reducir esa ganancia de peso a partir de un comportamiento compensatorio.

Su detección se complejiza al no haber malnutrición. Algunos signos para tener en cuenta en estos pacientes son la deshidratación y desequilibrios electrolíticos en pacientes que recurren a purgas, el signo de Russell que se caracteriza por la presencia de callosidades en el dorso de las manos por introducir las mismas a la boca, alteraciones dentales como pérdida del esmalte dental y diarreas por uso de laxantes o diuréticos (Ortolá Lorente, 2023).

1.3.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la

que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

- Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

1.3.3 Características diagnósticas

Hay tres características principales de la bulimia nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). El contexto en el cual se produce la cantidad de alimentos que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante la comida de una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno, por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas

cantidades durante el día no se consideraría un atracón. La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para poder considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos describen características disociativas durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control relacionado con los atracones puede no ser absoluto. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos declaran que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que presentan pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar. El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que en otras circunstancias evitarían. Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas, produciéndose los atracones generalmente a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia. Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir

el aumento de peso, conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas (Criterio B). Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente. Entre los efectos inmediatos de este último se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Los individuos con bulimia nerviosa pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentra el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso, siendo raro el empleo de jarabe de ipecacuana. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos. En casos excepcionales también se pueden utilizar otros métodos compensatorios. Pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso. El ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas. Las personas con bulimia nerviosa le conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para determinar su autoestima (Criterio D). Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

1.3.4 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso. El trastorno se produce, aunque es infrecuente, en personas obesas. Entre los atracones, los individuos con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, "de régimen", y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón.

Las irregularidades menstruales o la amenorrea se producen a menudo en las mujeres con bulimia nerviosa; no está claro si dichas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones del peso, con las deficiencias nutricionales o con el malestar emocional. Las alteraciones hidroelectrolíticas que se producen por los comportamientos de purga son a veces lo suficientemente graves como para constituir problemas médicamente importantes. Entre las complicaciones raras, aunque potencialmente mortales, se incluyen los desgarros esofágicos, la perforación gástrica y las arritmias cardíacas. Los individuos que abusan de los laxantes de manera crónica pueden desarrollar una dependencia de su uso para estimular los movimientos intestinales.

1.3.5 Prevalencia

La prevalencia a doce meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5 %. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Poco se sabe sobre la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en los hombres, aunque ésta es mucho menos común en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1.

1.3.6 Desarrollo y curso

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa. Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo. Se ha comunicado un riesgo significativamente alto de mortalidad (por suicidio y por todas las causas) en los individuos con bulimia nerviosa. La TBM (tasa bruta de mortalidad) de la bulimia nerviosa es cercana al 2 % por década. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15 %). Los individuos que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos. Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones, pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado. El diagnóstico debería basarse en la presentación clínica actual (los 3 meses anteriores).

1.4 Trastorno Alimentario No Especificado

1.4.1 Concepto

Los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados son formas atípicas de presentación de los TCA, cuya frecuencia y prevalencia se ha incrementado. Se utiliza este diagnóstico en casos en donde el trastorno no cumple con los criterios establecidos en alguna de las categorías específicas de la conducta alimentaria.

1.4.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

1.5 Introducción a la Terapia Gestáltica para el abordaje de TCA

1.5.1 Raíces históricas de la Terapia Gestáltica

La Terapia Gestalt es un enfoque que pertenece a la corriente humanista-experiencial o Tercera Fuerza, que aparece a mediados del siglo pasado como reacción a las otras corrientes psicoterapéuticas imperantes: el Psicoanálisis y el Conductismo. Sus principales referentes son Fritz S. Perls y su esposa, Laura Posner. Se considera que el momento formal

de nacimiento de la Terapia Gestalt fue en el año 1951 con la publicación del libro “*Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Human Personality*”, de Fritz Perls, Paul Goodman y Ralf Hefferline. Luego fueron creándose instituciones encargadas de la formación y de la oferta de psicoterapia desde este enfoque. En el año 1952 fue creado el primer instituto Gestáltico, el cual se encargaba de la investigación y entrenamiento de terapeutas en Nueva York. El siguiente año, en la ciudad de Cleveland, se fundó otra institución similar. Mientras Perls se encargaba de difundir la Terapia Gestalt, Laura y otros discípulos se encargaban de manejar las instituciones, empezando a producir la segunda generación de terapeutas gestálticos.

Alrededor de los años sesenta, la Terapia Gestalt llegó al nivel de maduración con el que adquirió presencia en los escenarios académicos y científicos, participando de congresos, entrando a universidades y contando con cada vez una mayor cantidad de instituciones de formación y de salud, en donde un mayor número de terapeutas aprendían, practicaban y difundían este modelo psicoterapéutico.

En América Latina, diversos autores se encargaron de difundir esta terapia, en Chile algunos fueron Claudio Naranjo, Adriana Schnake y Francisco Huneus. En Argentina, Schnake y Huneus se encargaron de introducir la terapia dictando talleres en provincias como Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Posteriormente la Asociación Gestáltica de Buenos Aires (AGBA) se fundó en 1980 y el Instituto Gestáltico de Córdoba (IGC) inició su actividad en el año 1983, siendo fundado en 1992. Además, se creó en el año 1982 la Escuela de Formación en Gestalt y se inauguró en 1988 el Servicio de Asistencia a la Comunidad, en donde toda persona que lo requería podía disponer de un tratamiento gestáltico.

Durante la dictadura militar la Terapia Gestalt era entendida como una práctica que supone una cosmovisión apoyada en el énfasis en la experiencia, la libertad y la convivencia

como principios organizativos de la transmisión, en fuerte contraste con la realidad política de nuestro país en ese tiempo. Se reunían en pequeños grupos para aprender Gestalt a través de la experiencia que implica la expresión de emociones, la conexión con el cuerpo y la aceptación de las diferencias. El eje estaba puesto en elaborar duelos, la violencia, la flexibilidad, el miedo y el odio. Se buscaba desmilitarizar a las personas, crear experimentos para percibir matices, refinar el darse cuenta para desmontar la visión jerárquica y disciplinaria del orden militar.

Etimológicamente la palabra Gestalt es de origen alemán, “Gestalt”. No presenta una traducción exacta al castellano, pero puede traducirse como “conformación”, “forma”, “figura” o “configuración”. Sin embargo, Köhler define Gestalt como entidad individual, concreta y característica, que existe por separado y que tiene una forma o estructura como uno de sus atributos. Una Gestalt será entonces una unidad que se percibe con características propias, con un sentido propio, que a su vez está relacionado con su entorno, con otras gestalts.

1.5.2 Conceptos

1.5.2.1 Holismo.

Entre los aportes de la Terapia Gestáltica se encuentra la visión holística del ser humano, la cual integra todas sus dimensiones - emocional, intelectual, espiritual, fisiológica y social - e incluye a su vez la relación de la persona con el entorno. Como objetivos terapéuticos presenta la integración de todas las partes de la persona, incluyendo las negadas y alienadas, y la satisfacción del ciclo de necesidades, en el que se pone de manifiesto cuál es la percepción emergente en cada momento y qué condiciona su realidad. Mientras mejor pueda el sujeto integrar los aspectos de su persona y del mundo que lo rodea, mejor va a ser su concepción del mundo, teniendo así una mirada más amplia, objetiva y real del mismo.

El hombre, tal como menciona Perls citado por Giovanetti Ramírez (2021), tiene dos niveles de actividad. Por un lado, el pensar, denominado Actividad Mental. Este se encarga del manejo de símbolos, abstracciones y del aprendizaje. Es la más subjetiva y abstracta, facilitando nuestra relación con el mundo. La fantasía permite anticipar eventos, construir teorías, resolver problemas de forma eficiente y a su vez, ahorrar energía, tiempo y trabajo físico. En un segundo nivel se encuentra la Actividad Corporal, en donde hay un mayor gasto de energía ya que las actividades son físicas. El organismo reacciona y actúa. A medida que la intensidad sea menor, la misma se convierte en mental y a medida que va aumentando se convierte en física. El ser humano se mueve en un continuo de actividad mental y física que le permiten estar integralmente en contacto con la naturaleza que ya se muestra unificada o integrada en sí misma (Burga, 1981 citado por Giovanetti Ramírez, 2021).

1.5.2.2 Autorregulación orgánica.

Desde esta teoría se propone el ciclo de autorregulación orgánica. Como seres humanos se tiende a la regularidad, el orden, la simplicidad y a la simetría, dándole así sentido a la vida. Existe una tendencia a la homeostasis y al equilibrio, a partir de un impulso interno que dirige al individuo hacia el darse cuenta de la necesidad de cambio. Mientras la persona sea más consciente de su desequilibrio, más rápido comenzará el proceso de cambio o de autorregulación. El mismo es un proceso dinámico en el que en cada momento hace figura la necesidad más importante, que desaparece cuando queda satisfecha, pasando a formar parte del fondo, y dejando espacio para que surja otra.

La autorregulación lleva a la salud, al orden u homeostasis, las cuales implican bienestar vital, aunque en muchas ocasiones generan una sensación de malestar o inconformidad. Se podría decir que es la capacidad del organismo de satisfacer sus necesidades y de mantener por sí solo el equilibrio. Mientras mayor sea la capacidad de

cubrir las necesidades por sí solo, mayor será el grado de madurez que habrá alcanzado. (Giovanetti Ramírez, 2021).

Por otro lado, se propone el concepto de enfermedad desde esta mirada haciendo alusión a la autointerrupción del crecimiento y de los procesos que permitan al individuo darse cuenta y desarrollar sus potencialidades.

El proceso de autorregulación orgánica se centra en dos fases, por un lado, el darse cuenta y por otro, el entrar en contacto con el ambiente de forma efectiva. El objetivo es que el sujeto logre el “darse cuenta” de manera integral (física, emocional y mental) y el “contacto” con aquello que debe ser atendido, siendo el terapeuta un facilitador de este proceso. Para lograr la autorregulación es necesario desarrollar un “continuum de conciencia”. El mismo es el proceso mediante el cual se está abierto a todo lo que rodea y sucede en el momento presente, desde los elementos más externos, pasando por zonas intermedias como la imaginación, los pensamientos y recuerdos. Al llegar a la consciencia se puede focalizar la atención en el problema, convirtiendo a este en Gestalt. La salud solo se alcanza por este proceso de autorregulación orgánica que incluye un trabajo a nivel mental, sensorial, emocional y social, dándose en el aquí y ahora.

1.5.2.3 Ciclo de la experiencia.

El organismo atraviesa un proceso de contacto y retirada con el ambiente que cuenta con diversas fases en donde el individuo se hace consciente de la realidad y posteriormente se aleja con mecanismos de defensa para lograr así integrarla. Es decir, el ciclo de la experiencia representa un proceso dinámico y fluctuante de las necesidades del organismo, que nacen, se desarrollan y posteriormente son satisfechas por la persona, dando paso al reposo y a la aparición de una nueva necesidad, en donde se repite el ciclo. Este proceso se encuentra

dividido en siete fases, siendo la experiencia una totalidad compuesta por las mismas. Los elementos que conforman el proceso se irán transformando a medida que este avance.

1°- Sensibilización: activación de sentimientos y sensaciones. En esta fase inicial surge un interés, una necesidad, una sensación o impulso que orienta y organiza al organismo para así movilizarse. El grado de consciencia de las mismas estará relacionado con la capacidad de responder en mayor o menor medida. El mecanismo de defensa predominante en esta fase es la desensibilización, caracterizado por la incapacidad o dificultad de la persona en percibir cómo se siente y, por lo tanto, poder expresar y describir sus emociones y pensamientos, imposibilitando el contacto con la emoción.

2° - Toma de Conciencia: darse cuenta. De la emoción mencionada en la fase anterior surge una “figura”, a la cual se le da “forma”. Al hablar de toma de conciencia, desde la Gestalt se hace alusión a un proceso que involucra el nivel físico, emocional, conductual y espiritual; entonces desde esta mirada la toma de conciencia sería no solo el proceso sino el resultado del mismo. El mecanismo de defensa presente en esta fase sería la introyección, en donde el organismo asume la realidad del otro, ya sean sus proyectos, ideas o necesidades.

3° - Excitación y movilización de la energía. Una vez que la figura se identificó, se produce la movilización de energía hacia esa Gestalt. En esta fase puede suceder que el organismo presente cierta resistencia, lo cual recibe el nombre de proyección, siendo este el mecanismo de defensa que puede presentarse en este momento. La proyección es el mecanismo de defensa por el cual uno deja de movilizarse internamente para asociar la necesidad de movilización al de fuera, dejando de estar la persona en contacto con su realidad y dando como resultado una Gestalt inconclusa. (Giovanetti Ramírez, 2021).

4° - Acción y encuentro. En esta fase el organismo va a movilizarse para satisfacer su necesidad, pudiendo presentarse como mecanismo de defensa la retroflexión. Dicho

mecanismo consiste en que el individuo deja de movilizarse hacia afuera para dirigir su mirada hacia dentro, lo cual lleva a que no se logre saciar la necesidad a través del contacto con el entorno.

5° - Interacción y contacto pleno. A partir del encuentro en la fase anterior surgen las emociones, las cuales pueden ser agradables o desagradables. La persona, a partir del contacto con la figura, puede presentar una sensación de separación o de inseparabilidad. En esta fase el mecanismo de defensa que puede presentarse es la deflexión, es decir, el organismo evita dirigirse a la necesidad por medio de evasiones, distracciones, activismos.

6° - Retirada y reposo del organismo. Una vez que la necesidad fue satisfecha, el individuo regresa al estado de reposo. Cuando vuelve a aparecer una figura a través de las sensaciones físicas, el proceso inicia nuevamente. En esta fase de reposo el individuo podrá identificar si el contacto ha sido enriquecedor, o si por el contrario fue tóxico. La buena conformación de la Gestalt hará que el individuo se sienta completo. El mecanismo de defensa que puede presentarse es el egotismo, el cual impide que la gestalt se cierre correctamente, provocando que el individuo se ensimisme y se crezca, inhibiendo la espontaneidad y alterando el contacto con la realidad.

7° - Diferenciación, cierre y retirada. El individuo logra relajarse, sintiéndose completo, con la idea de figura clara y con un interés disminuido; encontrándose más equilibrado. Esto da lugar al vacío fértil, es decir, a nuevas posibilidades y gestales a partir de la calma, creatividad y apertura. Se denomina vacío porque, aunque se esté a la espera de nuevas movilizaciones, el individuo todavía no está preparado para volver a movilizarse (Giovanetti Ramírez, 2021). Este reposo es fundamental ya que posibilita el progreso y crecimiento, siendo esta “nada” el comienzo de nuevas gestales.

Esto sucede siempre y cuando el sujeto logre identificar la necesidad orgánica. Cuando este ciclo se ve interrumpido da lugar a una gestalt inconclusa, repitiendo un patrón de respuestas relacionado con la necesidad que no fue satisfecha. La misma interfiere en el presente e impide que la persona reaccione de forma flexible y adaptada a su entorno. En el caso de los TCA se vuelve más complejo dicho ciclo por la falta de conciencia del mismo. (Castillo Garcia & García Cruz, 2019).

1.5.2.4 Aquí y Ahora.

Otro concepto fundamental que se propone desde esta mirada es el de aquí y ahora, poniendo de manifiesto el carácter experiencial y fenomenológico de la terapia, siendo el aquí y ahora donde se produce la experiencia. El pasado y el futuro se actualiza en el momento presente, siendo en este dónde se tiene potestad para actuar.

La metodología que se propone es vivencial, facilitando de esta manera que la persona entre en contacto con su experiencia en el momento presente. Se hace hincapié en la toma de responsabilidad personal, siendo uno de los pilares de esta terapia, junto con el aquí y ahora y el darse cuenta. Como indica Ayala León (2014), el darse cuenta es “el proceso de restauración de la salud, entendiendo que la neurosis es un oscurecimiento de la capacidad del percibir”. El mismo favorece la autorregulación orgánica sin interrupciones que deriven en gestalts inconclusas que llevan a la persona a hacer cierres en falso, impidiendo así alcanzar la maduración personal. Este tipo de terapia se centra en el paradigma de la acción que enfatiza la necesidad de crecimiento, maduración y bienestar a través del darse cuenta (Giovanetti Ramírez, 2021).

1.6 Trastorno de la conducta alimentaria desde la Teoría Gestáltica

Desde la Teoría Gestáltica, Castillo Garcia y García Cruz (2019) refieren a los TCA como adicción, entendiendo a la misma como un proceso cíclico y repetitivo con relación a todas las conductas que surgen al tener un TCA. Las personas adictas tienen dificultad no solo a satisfacer sus necesidades básicas, sino también en comprender las dificultades que han surgido de las experiencias traumáticas no resueltas y las acciones limitadas para establecer un contacto, impidiendo la satisfacción de dichas necesidades. Los comportamientos adictivos generan malestar significativo en la persona con anorexia, siendo el deseo por adelgazar el factor principal de la movilización de energía, quedando así la Gestalt inconclusa ya que se produce una fijación que se mantiene entre el contacto y el pos contacto.

Melody, citado por Giraldo y Cuervo (2009), menciona que los comportamientos adictivos son una relación tóxica con cualquier persona, cosas o experiencias que desequilibre el estado de ánimo, provocando complicaciones en todas las esferas de la salud. (Castillo Garcia & García Cruz, 2019).

La adicción es vista como un medio de auto interrupción de la energía, en el cual la persona se desvía del reconocimiento de lo que siente y de lo que está viviendo en su presente, lo que conlleva a una negación de sus sentimientos, vivencias y la dificultad de auto reconocerse. La persona necesita de algo tan fuerte que le permita alejarse de su realidad. En el caso de las personas con anorexia no logran conectarse con el cumplimiento de la satisfacción de sus necesidades reales, generando que la experiencia quede inconclusa por la fijación con las conductas adictivas, que representan para ellas la única fuente de satisfacción. A su vez es una patología adictiva porque engancha a la persona a perseguir un ideal que difícilmente es alcanzado, dirigiendo toda su energía hacia el adelgazamiento, las dietas o el ejercicio excesivo.

El ciclo de la experiencia en personas con anorexia inicia con una necesidad confusa, que impide un contacto real con la experiencia y que desencadena resistencias y bloqueos que impiden el cierre de la Gestalt. La persona queda sumergida en un proceso de repetición en el intento de poder satisfacer lo aún no logrado, buscando soluciones alternativas irreales y poco saludables.

Cuando una persona tiene hambre y decide no comer falla el contacto, así como el pos contacto, es decir, las fases finales que dan cierre al ciclo. Los pacientes con Anorexia ubican su necesidad en el ideal de adelgazar, lo que podría cumplirse dejando de comer, cerrando de esta manera la Gestalt. Cuando las personas tienen hambre y no se alimentan, le impiden al cuerpo conectarse con sus sensaciones reales, bloqueando de manera inmediata el flujo energético de la necesidad de comida, provocando una desensibilización, lo que a su vez refleja un introyecto erróneo, dando paso a que realice acciones que generen una retroflexión en sus aparentes necesidades, es decir, conductas adictivas: no comer, ejercicio excesivo, control de calorías en función de devolverse a sí mismo aquello que no se permite decir al otro.

Para la terapia Gestalt se considera que la aparición de somatizaciones son formas de retroflexión que la persona experimenta. Se trata de daños orgánicos que la persona se inflige a sí misma, en vez de responder ante el entorno exigente que abrumba. Las personas con TCA se destruyen a sí mismas por medio de conductas compulsivas, que le impiden el flujo continuo de energía para cerrar el ciclo de sus necesidades. Los beneficios que la persona obtiene son ficticios e irreales, dado que es una forma de evitar enfrentarse con sus conflictos internos, sus emociones y que son causantes de los enfrentamientos entre la persona y el medio. Dejar de comer resulta menos amenazante, le permite al paciente no responsabilizarse de sus acciones.

Todas las necesidades, tanto las primarias (hambre, sueño, supervivencia, deseo sexual) como las secundarias (necesidades de realización y éxito) se ejecutan a través del contacto con la misma. Las vivencias personales son aquellas que determinan la forma en cómo la persona se va a enfrentar al mundo, con qué será capaz de contactar y qué tipo de contacto establecerá con la necesidad o con el mundo exterior.

Como ya se mencionó al inicio, los TCA tienen un origen multicausal, es decir, la familia, la educación, la escolarización y las amistades juegan un papel fundamental en el surgimiento del trastorno. Si la persona se ha desarrollado en un ambiente conflictivo, en donde prevalecen sentimientos negativos (dolor, tristeza, frustración) es difícil que la misma pueda contactar con sus necesidades y sentimientos reales. Esto provoca en ella una deflexión, es decir, la persona reacciona evadiendo la situación, desviando sus acciones hacia otros caminos. Esto la protege de experimentar sentimientos negativos que le generan malestar psíquico.

Cuando existe una restricción alimentaria, en pacientes con anorexia, principalmente en etapas más crónicas, implica suprimir la necesidad de hambre quedando el ciclo de la experiencia bloqueado desde el inicio ya que la persona no contacta con la sensación, en algunos casos ni siquiera es consciente de que tiene hambre o, en otros casos, evade la necesidad orgánica con el fin de no engordar y poder adelgazar. En las personas anoréxicas aquellos sentimientos negativos y reprimidos se convierten en enfermedad, autocastigo o eliminación del alimento. Son emociones que se eliminan a través de la restricción de comida.

Roeser y Votsmeier afirman que “las experiencias traumáticas no elaboradas y las funciones limitadas para establecer contacto, impiden la satisfacción de estas necesidades elementales. El proceso homeostático de la autorregulación orgánica es interrumpido

continuamente, la necesidad no es satisfecha y la forma no es cerrada” (Castillo Garcia & García Cruz, 2019).

1.7 Adolescencia

1.7.1 Definiciones

Al hablar de TCA en la adolescencia resulta pertinente definir dicho concepto. La adolescencia es un periodo en el continuo del desarrollo humano que delimita socialmente la transición de la infancia a la edad adulta y que se distingue por las múltiples transformaciones a nivel físico, neuroquímico, cognitivo, emocional y conductual. Es una etapa en sí misma, y no una mera transición entre una etapa y la otra. A su vez, es un periodo en donde las exigencias del entorno cambian y en donde las necesidades de la persona son otras; hay mayor interacción con los pares, mayor autopercepción, desarrollo de habilidades y competencias, la construcción de la propia identidad y de valores vitales, como la decisión acerca de la trayectoria profesional (Neufeld, 2025).

A lo largo de los años se ha ido modificando la noción de adolescencia. Autores como Stanley Hall (1904), citado por Pease, Guillén, De La Torre-Bueno, Urbano, Aranibar y Rengifo (2019), entendían a la adolescencia como un periodo de sufrimiento, de tormenta y estrés. Adolescencia designa adolecer, padecer o doler. Actualmente sigue existiendo una mirada negativa de la adolescencia, asociándose con conducta delincuencia o etapa de riesgo. Al adolescente, a su vez, se lo mira a partir de lo que le “falta” para ser adulto, como seres dominados por las hormonas, sin control de las emociones, en guerra constante con los padres y llevados por mal camino por sus pares. Posteriormente se fue complejizando la visión y se fueron planteando ciertos determinismos y reduccionismos biologicistas.

Otros autores explican a la adolescencia como un hecho psicosociológico no necesariamente universal y que no adopta en todas las culturas el patrón de características que

adopta en la nuestra (Palacios, 2014, p. 437). Siguiendo esta mirada, Nasio define a la adolescencia como un pasaje obligado, atormentado y delicado; pero también creativo que se extiende desde el final de la infancia hasta las puertas de la madurez (Hayes, 2020)

El término Adolescencia etimológicamente viene del participio latino *adulescens*, señalado como adultos, es decir, “el que está creciendo” o “está por desarrollarse”, quien está haciéndose adulto (Almario, 2014 citado por Fernández Guayana, 2020). Desde esta mirada se puede definir a la adolescencia como un proceso de transición cuyos límites cronológicos son difíciles de establecer. Algunos autores como Papalia, Feldman y Martorell (2012) indican que dura entre los 11 y 19 años, Erik Erikson (1994) refiere que es desde los 13 años hasta los 21 años y Scabini (1997) la establece como prolongada (Fernández Guayana, 2020). Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) consideran que es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, distinguiendo la etapa inicial (10-14 años) y la etapa final (15-19 años). Como indica Neufeld (2025) la Asamblea General de las Naciones Unidas utilizó el término de juventud para referirse a los ciudadanos de 15 a 24 años.

Arminda Aberastury, citada por Hayes (2020), menciona que durante la adolescencia se dan una serie de duelos ya que este periodo implica dar por finalizada la niñez. Entre ellos se encuentra el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la infancia en sí misma y sus identificaciones y el duelo por el vínculo con los padres. Esto lleva al adolescente a buscar una nueva identidad que aún no está configurada. La autora menciona que solo cuando el adolescente es capaz de aceptar de forma simultánea sus aspectos de niño y de adulto, puede comenzar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza así a surgir una nueva identidad (Hayes, 2020).

Actualmente resulta conveniente hablar de “Las Adolescencias” como menciona Liliana Passarotti (2020), ya que hay tantos modelos como sujetos adolescentes existen. Se

busca poder pensarlos y entenderlos desde ellos y ellas mismas, dejando de trasladar las teorías para sacar conclusiones acerca de si están lejos o cerca de lo que se considera “deseable” para la realidad en donde el modelo fue creado (Pease et al., 2019).

Se encuentran en un tiempo de cambio, de encuentros y desencuentros, que conllevan desorganización psíquica; es decir, todo se encuentra confuso, fuera de lugar. Como indica Sigmund Freud, citado por Liliana Passarotti (2020), el desasimiento de la autoridad de los padres y la desinversión del mundo infantil son procesos tan imprescindibles como difíciles, en donde es necesaria la presencia de una autoridad parental para que puedan llevarse a cabo. Si en la adolescencia no existen adultos fuertes alrededor de los jóvenes, que los contengan y toleren los embates pulsionales que aparecen, llevará a que se sientan abandonados y solos.

Susana Brignoni (2012), menciona que el adulto referente debe privarse de llenar su falta de entendimiento con su propio saber. El adulto debe estar al lado, acompañar, es decir, ni por delante como “voz de la experiencia”, ni por detrás ausentándose.

El cuerpo se ofrece desde inicios de la vida como una vía de comunicación y lenguaje, materializando el límite entre el adentro y el afuera; es la zona de frontera y el lugar de encuentro entre estos dos mundos, siendo un lugar de expresión e intercambio de afectos o de las fallas de estos. Muchas veces sucede que los adolescentes a modo de restituir los vínculos perdidos y volver a sentirse escuchados, acompañados, valorados se encadenan a grupos delictivos, se aferran a sustancias o conductas que les permita dejar de sentirse solos y desamparados. Es como una manera de desmentir el abandono de los adultos que los dejaron y aún debían protegerlos.

En la adolescencia el actuar es una característica, como lo es el juego en la infancia o la comunicación en la adultez. Las razones por las cuales un adolescente se autolesiona conllevan significación inconsciente, siendo en muchos casos no vivida como tal, sino que

sobrelleva un momento de calma, liberación y hasta placer. Estas autolesiones son envolturas de sufrimiento (Lemma, 2010 citado por Flechner, 2020, p. 260).

Nasio, citado por Hayes (2020), afirma que:

Si el adolescente no habla, no es porque no quiere comunicar, sino porque no sabe identificar lo que siente y mucho menos verbalizarlo. Es así como se ve lanzado a actuar más que a hablar y que su malestar se traduce más por medio de sus actos que de las palabras. Su sufrimiento, confusamente sentido, in formulable y, en una palabra, inconsciente, está más expresado mediante comportamientos impulsivos que conscientemente vivido y puesto en palabras. (Nasio, citado por Hayes, 2020).

1.7.2 Cambios durante la adolescencia e inicios de la pubertad

El inicio de la adolescencia se encuentra marcado por cambios puberales. Algo que caracteriza a esta etapa son los cambios significativos a nivel cerebral, cognitivo, emocional y social; presentándose algunos de forma simultánea o en un breve periodo de tiempo. Uno de los principales desafíos para el adolescente es aprender a gestionar todos estos cambios (Pease et al., 2019).

Palacios (2014) habla de “cultura adolescente”, caracterizada por modas, hábitos, estilos de vida, valores y por empezar a tener inquietudes que dejan de ser la de los niños y pasan a estar más cerca de la de los adultos. En algunas sociedades el comienzo de la pubertad y los cambios físicos va acompañado con ritos. Al hablar de pubertad se hace referencia al conjunto de cambios físicos en donde el cuerpo infantil se transforma en el de un adulto con capacidad para la reproducción. (Palacios, Marchesi, & Coll, 2014, p 436).

Los cambios que se producen en relación al físico tienen a su vez repercusiones psicológicas. En la pubertad el hipotálamo envía señales a la hipófisis o glándula pituitaria para que ésta comience a secretar hormonas gonadotróficas. Estas hormonas estimulan el

desarrollo y la producción de las gónadas sexuales (ovarios y testículos), que empezarán a producir hormonas sexuales. La testosterona en los varones, y, la progesterona y estrógenos en las chicas son grandes responsables de los cambios físicos que van a empezar a darse (Yaques, 2024). El momento en que el hipotálamo pone en funcionamiento esta maquinaria endocrina está determinado por el peso corporal o por la proporción de grasa en relación al peso. Es por esto que en las chicas con un bajo peso la menarquia suele retrasarse o la menstruación detenerse hasta recuperar el peso acorde para sus características.

Como indica Palacios (2014), en los varones la primera manifestación de los cambios es el aumento del tamaño de los testículos, aparición de vello púbico, crecimiento del pene y cambio de voz. Aparecen las primeras eyaculaciones, aumenta la grasa en el pelo y rostro, aparece el acné; todo esto como consecuencia de la mayor secreción de andrógenos. El cuerpo del varón se vuelve más delgado, anguloso y musculoso. Por otro lado, en las chicas el desarrollo mamario es la primera manifestación visible de la pubertad, se redondean las caderas y comienza a aparecer vello púbico. El estirón en ellas se da dos años previos al de los varones. También se ensancha la pelvis y aumenta la proporción de grasa corporal. La primera menstruación es uno de los últimos eventos en la secuencia de los cambios, ocurriendo alrededor de los 12 años. A partir de este momento, hasta los 15/16 años continúa el crecimiento y maduración del cuerpo femenino. El crecimiento en ellas es asincrónico, es decir suele haber falta de armonía y uniformidad, siendo algunas partes del cuerpo demasiado grandes o pequeñas en comparación con el resto (Palacios, Marchesi, & Coll, 2014, p 443-444).

Estos cambios tienen indiscutiblemente un gran impacto a nivel psicológico, afectando la forma de pensar, de sentir y de actuar. La conmoción que produce el cambio corporal nos acerca a síntomas psicopatológicos que aparecen a lo largo de este tránsito de la

vida. La mayoría de los efectos psicológicos de la pubertad parecieran estar mediados por factores sociales y psicológicos (Palacios, 2014, citado por Yaques, 2024).

Las transformaciones del cuerpo son vividas con una sensación de extrañeza sin lograr un dominio de él: la menarca, caracteres sexuales secundarios, crecimiento mamario; todas estas son realidades que se imponen y que generan diferentes efectos en cada adolescente. Mientras que en los varones la pubertad supone un aumento de masa muscular y mayor habilidad física, en las mujeres se observa un aumento de grasa corporal, lo cual no es acorde con el estereotipo de belleza femenino asociado con la delgadez. En nuestra sociedad, la delgadez es sinónimo no solo de belleza, sino de éxito social. Esto puede tener grandes impactos en la alimentación, provocando Trastornos Alimentarios como la Anorexia o Bulimia (Yaques, 2024).

La pregunta que surge es qué sucede cuando estos cambios y la conformación del self (yo) no coinciden con los deseos y expectativas que el adolescente tiene acerca de su cuerpo o con los mandatos que ha ido introyectando acerca del cómo debería ser. Es decir, las preguntas ¿cómo soy?, ¿cómo me gustaría ser? y ¿cómo debería ser? empiezan a entrelazarse, generando una auto percepción y evaluación de sí mismo a partir de las respuestas a estos cuestionamientos y a la coincidencia o no del ideal con la realidad.

Tal como indica Craig (2001) los adolescentes se sorprenden, avergüenzan y tienen inseguridad, comparándose con otros y revisando su autoimagen frecuentemente, evaluando de manera continua su cuerpo cambiante (Siancas Castillo, 2018). Los adolescentes pertenecen a un grupo marginal, siendo por momentos muy intolerante ante la desviación. Muchos de ellos son muy sensibles a su aspecto físico, lo que les hace sentir mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen no corresponde a los hermosos ideales que ven en los modelos masivos. El interés de los hombres está puesto en la fuerza física, siendo lo más importante para ellos la estatura y los músculos. Sucede lo contrario en las mujeres, a ellas les

preocupa ser demasiado gordas o altas, enfocándose principalmente en el peso. Cuando esta actitud se lleva a extremos puede ocasionar Trastornos Alimentarios (Craig, 2009).

En los pacientes con TCA existe una incongruencia respecto a su imagen corporal; desde lo que piensan y sienten generando distorsión que se manifiesta mediante el trastorno. Estas experiencias forman parte de un ideal que va ligado a las necesidades expuestas por la sociedad o por las necesidades propias del yo, teniendo como consecuencia una imagen distorsionada de su corporalidad. El cuerpo es aquel puente de contacto con el mundo exterior, desde él la persona experimenta lo que está en su interior que conforma sus necesidades. Los pacientes con estas patologías entienden por necesidades aquellas que son creadas por los demás, buscando una constante aprobación, la cual no representa lo que en realidad quieren ser. Si estas necesidades no son atendidas por el sujeto, el organismo enferma, teniendo como resultado una serie de pensamientos que gritan a través del cuerpo y que son evidenciados por medio de los síntomas.

En relación a la anorexia nerviosa y bulimia, Craig (2009) afirma que no se ha encontrado una causa específica, pero que muchas son víctimas de la obsesión de la cultura moderna por la esbeltez y de la importancia que concede el atractivo femenino. Constantemente reciben mensajes de que la gente delgada es hermosa y de que los obesos son repugnantes, temiendo ser feas y no deseables. Sumado a esto, las presiones familiares no ayudan, sino que empeoran las cosas. En relación a lo recién mencionado y siguiendo a Bronfenbrenner (1977), no se puede comprender el desarrollo humano sin tener en cuenta la influencia que tienen los contextos en donde los individuos se desenvuelven, como también la influencia de los mismos hacia los contextos (Pease et al., 2019). Desde esta mirada se puede entender al desarrollo como aquellos cambios perdurables en las formas en la que los individuos perciben el entorno y en cómo interactúan con él.

El ser humano crece y se desarrolla bajo el afecto y aceptación que recibe de sus familiares y amigos, lo cual le ofrece un ajuste y estabilidad psicológica. La persona empieza a seleccionar las experiencias personales con las condiciones de valor expuestas por los demás, en la búsqueda constante de la necesidad que le genera la autoestima positiva en sí misma. Esto genera como consecuencia una distorsión en la percepción, provocando una incongruencia entre el concepto del yo y la experiencia real, que lo hace vulnerable a la ansiedad, determinando cierto grado de desajuste y, como compensación, la aparición de conductas defensivas (Haudiquet, 2012 citado por Córdoba Gañant, 2020). Acá el origen del TCA estará en función de los ideales, ideales físicos que van generando en la persona una fuerte fijación en las conductas compulsivas y compensatorias para el cumplimiento del mandato del Yo.

La mirada del otro juega un importante papel. Por su condición subjetivante, actúa como base constitutiva del ser que para desarrollarse necesita verse y probarse a través del Otro; primero será la madre, luego el mundo. Este ser que hoy está en proceso de construcción de su propia identidad, es un ser que mira como nunca antes había mirado y que al mismo tiempo es mirado como nunca antes. La mirada del Otro es hoy más amenazante, por lo intrusiva y exigente. A su vez, este Otro es condición de posibilidad, convirtiendo al sujeto en objeto visto. La identificación se podría considerar un imprescindible en la construcción de la identidad. Su configuración se va diseñando por medio de un proceso de identificaciones que el sujeto realiza desde los primeros años de vida y se delinea en su historia en relación con los otros. No se puede eludir la impronta social en la subjetividad. Sartre menciona que nos reconocemos tal como somos porque sabemos que el otro nos está mirando (Vázquez y Fernández Mouján, 2016).

Sumado a esto, la sociedad actual presenta nuevos escenarios en relación al declive de las instituciones, el mercado, la imagen como factor determinante de la obtención de logros o

su inevitable contrapartida: no ser, y la inmediatez como modalidad. La consigna de la época es vivir en “busca de la excelencia” como camino obligado para el éxito. La imagen en sí misma ha cobrado un valor determinante ya que el mercado impone un modelo de belleza, ingrediente necesario para lograr el éxito.

Paula Sibilia (2008) expresa:

Si no se muestra, si no aparece a la vista de todos y los otros no lo ven, entonces de poco sirve tener lo que sea... En esta cultura de las apariencias cada vez más, hay que aparecer para ser. Si nadie ve algo, es muy probable que ese algo no exista (Vázquez y Fernández Mouján, 2016, p. 12).

1.7.3 Construcción de la identidad

Tal como menciona Erikson, citado por Cárdenas Loor, Betancourt Zambrano, Carrión Auria y Baquedano (2025), el desafío principal que presentan los adolescentes es la búsqueda de la identidad. Es un proceso que implica explorar roles sociales, sexuales y vocacionales. A su vez, es una etapa en donde experimentan transformaciones hormonales y neurológicas que influyen en el comportamiento, emociones y relaciones interpersonales.

El concepto de identidad se encuentra estrechamente vinculado con el de autoconcepto; aunque el primero es un fenómeno psicológico bastante complejo de naturaleza psicosocial mientras que el último hace referencia en gran medida al desarrollo cognitivo (Palacios, 2014). El sujeto debe experimentar un sentimiento de integridad personal, con el fin de que sus acciones y decisiones sean coherentes entre sí y conformen un estilo propio que lo definan a sí mismo y que a su vez, sea reconocido por los demás. Otra característica es que este estilo debe perdurar, es decir, tener cierta estabilidad a lo largo del tiempo y a través de distintas situaciones. Esta identidad se va conformando dentro de un contexto social determinado, en donde el sujeto va a ir posicionándose en diversos roles. La identidad incluye las normas de los grupos en donde el adolescente se integra, los valores que

va interiorizando, su ideología personal y los compromisos que asume. A su vez, las experiencias del pasado sirven para dar significado al presente y como directriz para la conducta futura. Como indica Palacios (2014), la identidad es una estructura u organización interna construida por el sujeto que agrupa todas aquellas características que definen su forma de ser.

En el modelo de Desarrollo Psicosocial de Erikson, mencionado por Hikal Carreón (2023), el adolescente atraviesa por un estadio denominado Identidad vs Confusión de roles. En dicha etapa el individuo debe construir su identidad a partir de las percepciones de sí mismo y de las relaciones con los demás. Representa un momento de prueba importante, ya que el sujeto debe determinar aquello que es único y especial respecto a sí mismo, descubrir quién es, cuáles son sus habilidades y qué tipo de labores podrían desarrollar mejor el resto de su vida (Martinez Ocaña, 2018 citado por Hikal Carreón, 2023). A su vez, implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional y una ideología personal definida que incluya valores propios, es decir, una identidad moral. Es decir, implica un proceso de búsqueda activa, distinguiendo entre quien se es y quien se desea ser, reconociendo tanto potencialidades como limitaciones. Se debe considerar que esto sucede al mismo tiempo que se van dando una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales, lo cual lo hace más difícil para algunos.

Erikson denomina a este momento de búsqueda y dudas “moratoria o espera” en donde el adolescente intenta encontrar su lugar en la sociedad. Marcia (1993), tomando a Erikson, consideró que la formación de la identidad podría entenderse considerando el entrecruzamiento de dos dimensiones: la exploración y el compromiso. Propuso cuatro estadios o momentos en el desarrollo de la identidad: difusión, delegación o hipoteca, moratoria y consecución de la identidad (Noriega y Medina, 2012 citados por Méndez, Sosa

& Losada, 2023). El primer estadio de la identidad difusa o difusión es en la que el adolescente no ha iniciado un proceso de exploración ni se ha comprometido con ninguna idea acerca de su identidad. El segundo momento es el de la identidad hipotecada, en donde el adolescente se ha comprometido, pero con roles y valores aprendidos en la infancia, sin haber pasado por la exploración. El estadio siguiente es el de la identidad moratoria, en donde el individuo explora de forma activa, pero aún sin adquirir ningún compromiso claro. El último es la identidad alcanzada o logro, en donde el adolescente luego de haber explorado logró asumir compromisos estables y congruentes con su etapa actual. Se estima que se llega a este último estadio alrededor de los 18 años, aunque no siempre es alcanzada. Marcia deja claro que la moratoria es imprescindible para conseguir el desarrollo de la identidad (Bazo Santos, 2018 citado por Méndez, Sosa & Losada, 2023).

El estado de difusión es el que resulta más desadaptativo y se encuentra en mayor medida ligado a trastornos psicológicos, presentando altos niveles de ansiedad, síntomas depresivos y baja autoestima. En sus relaciones sociales se muestran conformistas e influenciables, eluden problemas y situaciones conflictivas. Aquellos con una identidad hipotecada tienen rasgos positivos y negativos, entre ellos alta autoestima, baja ansiedad y escaso consumo de drogas. A su vez suelen ser muy obedientes y dependientes de sus padres, mostrándose conformistas. Los adolescentes en el estadio de moratoria presentan baja autoestima y elevada ansiedad, pero por otro lado más favorable, tienen actitudes sociales flexibles, conducta prosocial y orientación hacia la información. Por último, aquellos que han logrado la identidad se muestran más maduros y autónomos. Presentan mucha autoestima y confianza en sí mismos, escasa ansiedad y un estado emocional favorable. Sus relaciones se basan en la cooperación y apoyo a los demás, orientación hacia la información y compromisos asumidos (Palacios, 2014).

Otra de las características principales de esta etapa es la minimización de la dependencia en los adultos y un desvío hacia el grupo de pares, adquiriendo estos últimos mayor relevancia y ayudando a la conformación de la identidad. El adolescente se va a ir separando de manera progresiva de su familia de origen, lo cual conlleva conflicto o rebeldía en algunos casos, pero no supone necesariamente conflictos graves. Como parte del proceso se espera que vaya estableciendo lazos cada vez más profundos con personas de su misma edad. Para ello es fundamental que la familia facilite este proceso, permitiendo así que los hijos consoliden una identidad propia y se hagan independientes (Gaete, 2015). Las relaciones con los pares, como indica Gaete (2015), además de facilitar la progresiva autonomía, cumple la función de contribuir al bienestar y desarrollo psicosocial de los jóvenes; influyendo en el proceso de búsqueda y consolidación de la identidad, ampliando la perspectiva de las costumbres y normas sociales y brindando el contexto para el ejercicio de destrezas y la satisfacción de necesidades interpersonales como la intimidad, validación mutua y pareja. A su vez, contribuye y protege al individuo de desarrollar problemas psicológicos.

1.8 Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos,

políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Rodríguez, 2015, p. 15).

La misma es construida, aprendida, regulada y moldeada culturalmente, lo que la hace modificable. Cada cultura somete a la sexualidad a un sistema de reglas, prohibiciones y valores que la enmarcan (Rodríguez, 2015).

Históricamente, en la década de los setenta se llegó al clímax de la revolución sexual, siendo esta mucho más abierta a una amplia gama de actividades sexuales, entre ellas la homosexualidad. En la década de los ochenta la revolución sexual empieza a perder fuerzas, retornando a actitudes más conservadoras en relación al sexo. Aumenta la homofobia, lo cual parece relacionarse con el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, principalmente el SIDA.

1.8.1 Orientación sexual

Un aspecto fundamental de la sexualidad es la orientación sexual, definiéndose como el deseo sexual o erótico-afectivo orientado hacia mujeres, hombres o ambos.

Tradicionalmente presenta diversas categorías, entre ellas se encuentra la bisexualidad que refiere a la atracción erótica y/o afectiva por otras personas sin importar el sexo. Por otro lado, está la heterosexualidad, la cual hace alusión a la atracción erótica y/o afectiva hacia personas de sexo distinto al que se identifica como propio. Por último, se encuentra la homosexualidad, la cual es la atracción erótica y/o afectiva hacia personas del mismo sexo

Socialmente se ha privilegiado a la heterosexualidad como la única forma normal o válida de relacionarse afectiva y sexualmente. Por muchos años la homosexualidad, lesbianismo, bisexualidad o transexualidad han sido consideradas como enfermedades y hasta penalizadas. (Solá García, 2020, p. 8)

Muchos jóvenes tienen una o más experiencias homosexuales en los primeros años de la adolescencia, aunque las mismas no determinan la futura orientación sexual. La preferencia

sexual no es algo que se elija, Charlotte Patterson cita pruebas en favor de las causas biológicas y ambientales. En relación al ambiente intervienen factores históricos y culturales, como también el abuso sexual. Los factores biológicos juegan un papel muy importante también.

1.8.2 Rol de Género

El género, por otro lado, refiere a los atributos que social, histórica, cultural y políticamente fueron asignados hacia el hombre y la mujer. Es decir, son aquellas características que la sociedad y la cultura identifican como masculinas o femeninas que abarcan funciones, actitudes, formas de hablar, pensar, sentir o relacionarse. Son una serie de roles, creencias y comportamientos que cada cultura potencia o inhibe en los hombres y mujeres siguiendo un constructo social. A su vez, estas características definen oportunidades, recursos, derechos, formas de sentir, de pensar y modos de relacionarse de las personas. (Solá García, 2020, p. 14). Socialmente los géneros son dos, el masculino o el femenino, existiendo estereotipos para cada uno de ellos.

Lo primero que vemos de las personas, es decir, su apariencia, forma de hablar, comportamientos o gestos, es lo que se conoce como expresión de género. Socialmente se espera que las mujeres sean femeninas y que los varones masculinos, pero actualmente se observa que existen infinitas expresiones de género. El modo en que cada uno se viste, gesticula, se comporta o habla no implica tener una orientación sexual específica. Desde esta mirada, y siguiendo a Solá García (2020), existen tantas expresiones de género como personas.

1.8.3 Identidad sexual e Identidad de Género

Además de lo ya mencionado, cada persona se percibe e identifica con un sexo o género determinado. La identidad sexual es la conciencia de pertenecer a un sexo, mientras

que la identidad de género es el sentimiento de pertenecer a un grupo humano definido como hombre o mujer. La identificación que cada persona tiene en torno a su sexo y su género es lo que se conoce como identidad sexual e identidad de género, las cuales permiten construir la personalidad, autodenominarse y presentarse con los demás. Al nacer se es asignado un sexo, ya sea hombre o mujer, y un género que puede ser femenino o masculino. La identidad sexual y la identidad de género pueden o no corresponderse con la asignada al nacer. Las personas que no se sienten identificadas se las denomina personas trans: transexuales, transgénero o personas no binarias. El hecho de que exista una discordancia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer puede en algunos casos causar estrés o disforia (Dorca Retamal Parra, 2021).

El término trans abarca diferentes identidades y expresiones de género, siendo por lo general aplicado a quienes su identidad sexual o de género no coincide con la asignada al nacer. Algunos se identifican como hombres o mujeres, mientras que otros se identifican con una categoría de género no-binaria. Como menciona Solá García (2020), las personas transexuales son quienes, habiendo nacido con un cuerpo socialmente considerado de mujer, se identifican como hombre o viceversa; el mismo proviene del ámbito médico. Por otro lado, el término transgénero proviene del ámbito social y refiere a personas cuya identidad no coincide con la asignada al nacer, no pudiendo identificarse con las formas socialmente aceptadas de ser hombre o mujer. Las personas de género no binario son quienes no se identifican ni como hombre ni como mujer de forma absoluta, pudiendo identificarse con aspectos femeninos o masculinos. A su vez, algunos deciden llevar a cabo modificaciones corporales, ya sea a través de hormonas o cirugías, para adecuar su aspecto y apariencia a lo que socialmente se entiende como hombre o mujer. Otros, por el contrario, expresan su género mediante su vestimenta, alimentación, ejercicio físico u otras manifestaciones. (Solá García, 2020).

La identidad de género no es lo mismo que la orientación sexual y las personas trans pueden identificarse como heterosexuales, bisexuales u homosexuales. Al relacionarnos con personas trans es importante respetar el género, nombre y sexo sentido. El respeto hacia ellos implica considerar los artículos que son utilizados y los pronombres. (Solá García, 2020).

1.8.4 Trastorno de la Conducta Alimentaria y roles de género

Resulta interesante la relación entre los roles de género y los TCA, debido a que la prevalencia es mayor en mujeres que en varones, por lo que se ha relacionado la sintomatología propia de los TCA con el desempeño del rol femenino (Behar, De la Barrera y Michelotti, 2001; Meyer, Blisset y Oldfield, 2001; Tiggerman y Stevens, 1998 citados por Mendoza Jiménez, González Alcántara, & Silva, 2013). Siguiendo esta mirada se asocia a los TCA con atributos negativos de la feminidad, como la sumisión, siendo la masculinidad un factor protector.

A su vez, la discrepancia entre las características que el individuo cree desempeñar y las que le gustaría tener o debería tener, podrían relacionarse con el desarrollo del trastorno debido a que las incongruencias en el autoconcepto producen malestar (Mendoza Jiménez, González Alcántara, & Silva, 2013). Estas discrepancias se encuentran relacionadas con la baja autoestima, ansiedad, depresión, autoagresiones, suicidio, ira, frustración, miedo, inseguridad y TCA.

La sociedad suele ser una de las bases de los trastornos alimentarios. La misma ejerce influencia en los adolescentes para apegarse a ciertos roles de género, lo cual puede llegar a poner en riesgo la salud del mismo, ya que busca seguir ideales corporales impuestos socialmente. Otros factores que ejercen influencia son las discriminaciones y estigma (Dorca Retamal Parra, 2021). Dentro del rol de la mujer la apariencia tiene un papel fundamental, debe vestirse bien, estar limpia y mostrar buena apariencia hacia los demás. También tiene que ser atractiva como símbolo de éxito, siendo un cuerpo delgado no sólo más atractivo sino

más femenino. Este rol de género sumiso donde la belleza es necesaria para complacer al otro es una creencia relacionada con los TCA. (Mendoza Jiménez, González Alcántara, & Silva, 2013).

Entre los miembros de las poblaciones transgénero y de género diverso existe un deseo de ser afirmados médicamente a través de terapias hormonales o cirugías, muchos además recurren a métodos inseguros, entre ellos se encuentran incluidos los comportamientos alimentarios desordenados para alinear su cuerpo con su identidad de género. A través de la alimentación restrictiva buscan suprimir las características sexuales secundarias, como por ejemplo en casos de adolescentes trans masculinos buscan reducir el tamaño de los pechos, caderas y suprimir la menstruación. Por otro lado, a través del ejercicio compulsivo buscan alcanzar ideales como la musculatura masculina. A su vez, se puede utilizar el exceso de alimentación para lograr sobrepeso y así hacer que los pechos y las caderas parezcan más pequeñas en comparación con el resto del cuerpo. En las mujeres trans sucede algo similar, ellas utilizan la restricción de la alimentación para acentuar aspectos corporales de su identidad de género y para lograr la delgadez física (Dorca Retamal Parra, 2021). Es notable cómo los TCA suelen estar motivados por un deseo de armonizar las características físicas con la identidad de género, afirmando así su identidad de género.

Las personas transgéneros o con disforia de género se encuentran insatisfechas con su cuerpo, como ocurre también en las pacientes con trastornos alimentarios. Esta insatisfacción no se trata únicamente de la internalización de un ideal corporal establecido por la sociedad, sino que se le añade la preocupación de la falta de alineación de sus características físicas con las que la persona desea, generando un gran deseo de modificar las características sexuales primarias y secundarias. Al hablar de insatisfacción corporal, Dorca Retamal Parra (2021), plantea que es una evaluación negativa de la apariencia personal, relacionada a partes del cuerpo del sexo asignado al nacer y es central en el estrés y angustia que sienten las personas

transgénero. Ellos tienen un problema físico objetivo que no está relacionado con los cuerpos ideales, sino con la identidad.

Algunos autores mencionan cierta comorbilidad entre TCA y disforia de género, desde el punto de vista de Dorca Retamal Parra (2021), se considera como una co-ocurrencia lo cual permite que la persona sea vista como un ser integral, en donde el TCA emerge desde una insatisfacción corporal de la condición transgénero.

1.8.5 Estrés minoritario

Meyer (2003) define al estrés minoritario como un tipo de presión física, emocional o mental a la que se ve expuesta una persona que forma parte de un grupo social minoritario por parte de la estructura sociocultural mayoritaria (Cuesta Pelayo, 2022, p. 7). Se considera que el grado de pertenencia del sujeto a una comunidad sexual minoritaria podría ser un factor protector frente a dicho estrés (Meyer, 2003 citado por Cuesta Pelayo, 2022). En el caso del colectivo LGTB el prejuicio y la estigmatización de su identidad puede llevar a problemas de salud mental.

Meyer (2003) propone dos factores. Por un lado, el estrés minoritario distal el cual se da por experiencias discriminatorias que sufre la persona por parte del entorno como consecuencia de la pertenencia de la persona a un grupo de minoría sexual. Por otro lado, se encuentra el estrés minoritario proximal que se debe a los constructos que han sido interiorizados por la persona a partir de su entorno sociocultural, que son la homonegatividad. La misma refiere al proceso de interiorización de la concepción negativa de su orientación sexual, es decir, conciencia de estigma, que nos habla de una expectativa de rechazo y ocultamiento de la identidad sexual.

Mas allá de cual fuese el origen de la homosexualidad, la identidad de género puede causar un gran estrés al adolescente homosexual o a la lesbiana ya que constituyen minorías

sociales, las cuales reciben presiones por parte del entorno para que se “ajusten” a la población general. Suelen sentirse terriblemente incomprendidos en sus emociones (Craig & Baucum, 2009). La familia juega un rol primordial como otro factor de protección, ya que es donde la personalidad comienza a desarrollarse. Cuando se educa en torno a una heterosexualidad obligatoria (Ahmed, 2013, citado por Rodríguez Pérez, 2023), hacen que los adolescentes comiencen a emplear otras estrategias conductuales para enfrentar dicha situación aumentando así el riesgo de depresión, ansiedad y otros trastornos relacionados con el estrés (Rodríguez Péres, 2023).

1.9 Abordajes de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Como se mencionó al inicio del capítulo, los TCA tienen un origen multifactorial lo cual obliga a que su tratamiento sea llevado a cabo por equipos multidisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, médicos y otros profesionales de la salud. De esta manera se busca mejorar la eficacia del tratamiento; teniendo como objetivo abordar la complejidad y heterogeneidad de los TCA. A su vez, el modo de intervenir sobre estos trastornos debe ser desde una perspectiva multifacética y personalizada.

Siguiendo a Saldaña (2001), históricamente la AN ha sido tratada en dos fases, la primera corresponde a un régimen de ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar la pérdida de peso y normalizar la alimentación. La segunda instancia consta de un tratamiento ambulatorio que busca facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados. Este tipo de intervención se lleva a cabo con aquellos pacientes que requieren un monitoreo diario pero que no necesitan supervisión continua las 24 horas del día. Recientemente se ha incorporado un nuevo modo de tratamiento de los TCA en hospitales de día, siendo este un intermediario entre la hospitalización y el abordaje ambulatorio.

Se debe realizar de forma previa una adecuada evaluación del paciente para delimitar el lugar de intervención más idóneo. Es preciso considerar parámetros físicos como el peso, el estado cardíaco y metabólico. Los pacientes deben ser hospitalizados antes de que su estado físico sea inestable. Esta decisión se toma en función a factores psiquiátricos, conductuales y médicos, como la disminución de la ingesta rápida y persistente, disminución de peso a pesar de la intervención ambulatoria u hospital de día, la presencia de estresores adicionales que interfieran en la habilidad del paciente para comer, conocimiento previo del peso en donde podría producirse la inestabilidad física o la presencia de comorbilidad psiquiátrica que requiera hospitalización (Saldaña, 2001).

Los objetivos al momento de trabajar con pacientes con AN son en primer lugar restaurar el peso a un nivel saludable para el paciente. En el caso de las mujeres se considera la menstruación y ovulación hasta que las mismas se normalicen, en hombres hasta que los niveles de hormonas y deseo sexual sean normales, por último, en niños y adolescentes hasta que se restaure el crecimiento y desarrollo sexual a un nivel normal para la edad. En segundo lugar, tratar las complicaciones físicas. Otro objetivo es incrementar la motivación del paciente para que coopere en la restauración de patrones alimentarios sanos y participe de manera activa en el tratamiento. A su vez, proporcionar educación en relación a patrones alimentarios y nutricionales sanos; modificar los pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados en relación al trastorno alimentario. También se busca tratar los trastornos psiquiátricos asociados como son la alteración del estado de ánimo, baja autoestima y la conducta. Otro propósito es conseguir el apoyo familiar y proporcionar a la familia asesoramiento y terapia. Sumando a lo mencionado, la última intención está ligada a prevenir recaídas.

Entre los tratamientos para estos trastornos, la rehabilitación nutricional tiene como objetivo restablecer el peso, normalizar patrones alimentarios, adquirir señales de saciedad y

hambre y corregir secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición. La recuperación de peso debe hacerse de manera controlada. A su vez, debe estar acompañada por control médico y la actividad física debe ser adaptada a cada paciente, considerando la ingesta y gasto energético, la densidad mineral ósea y la función cardíaca. En caso de pacientes con bajo peso la actividad física deberá restringirse, o realizarse bajo supervisión y control estricto. Existe evidencia acerca de la correlación directamente proporcional entre la recuperación de peso y la mejora de otros síntomas como la ansiedad, estado de ánimo, disminución de la obsesión por los alimentos e incremento de la elección de alimentos.

En cuanto al tratamiento psicológico tiene como objetivo que los pacientes puedan entender y cooperar con su rehabilitación física y psicológica; que comprendan y cambien sus conductas y actitudes disfuncionales en relación con el TCA; que mejoren su funcionamiento interpersonal y social; que puedan tratar psicopatologías coadyuvantes y conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen dichas conductas.

El tratamiento psiquiátrico durante la fase de recuperación de peso ha mostrado resultados contradictorios. El uso de antidepresivos en algunos pacientes resistentes contribuye a recuperar peso, mientras que en otros no sirvió de ayuda. En conclusión, la medicación debe administrarse después de que el peso se haya recuperado, siendo el objetivo mantener la ganancia de peso y los comportamientos alimentarios normales, como también el tratamiento de síntomas psiquiátricos asociados (Saldaña, 2001).

En relación al tratamiento para la BN por lo general es ambulatorio, aunque ciertos casos requieren un tratamiento hospitalario total o parcial. Para la hospitalización se tiene en cuenta la presencia de signos y síntomas de depresión o riesgo de suicidio; un estado de salud física preocupante, principalmente si presenta una alteración electrolítica grave; si la paciente se encuentra en su primer trimestre de gestación y presenta hábitos alimentarios alterados; y cuando los tratamientos ambulatorios han fracasado.

Los objetivos a tener en cuenta son la reducción o eliminación de episodios de atracones y de conductas purgativas; la mejora de actitudes relacionadas con el TCA; la minimización de la restricción alimentaria; el incremento de la variedad de alimentos que se comen; la potenciación de ejercicio físicos saludable; el tratamiento de trastornos y características clínicas asociadas con el trastorno alimentario; y por último, el abordaje de las áreas problemáticas que pueden subyacer al trastorno como es la preocupación por la imagen corporal, la autoestima, los estilos de afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas. La prevención de recaídas es otro fin a considerar.

Con respecto a los tratamientos probablemente eficaces para estos pacientes son el tratamiento farmacológico y la Terapia Interpersonal. En el caso del primero, se utilizan antidepresivos con el objetivo de reducir los episodios de atracón y las conductas purgativas. La medicación, a su vez, es de utilidad para aliviar síntomas de depresión, ansiedad, obsesión o falta de control de impulsos. Según estudios realizados, los resultados son favorables al final de los tratamientos, pero al momento de retirarlos producen altas tasas de recaída.

Se sugiere complementar la medicación con terapia para la reducción de síntomas de la BN. Entre los tratamientos psicológicos, se considera que la terapia cognitivo-conductual es la que presenta mayor eficacia en el abordaje de dichos trastornos por la rapidez con que consigue la remisión de los síntomas bulímicos.

Los hospitales de día son otro modo de tratamiento recientemente estudiado e incorporado. El mismo se distingue por la importancia de la familia y el papel de la escolaridad, principalmente al trabajar con adolescentes. Los hospitales de día para el abordaje de TCA se definen como un servicio ambulatorio, apoyado en un dispositivo hospitalario, dentro de un ambiente terapéutico estable, que provee de un tratamiento más activo, intensivo y estructurado que un módulo ambulatorio normal (Faya Barrios & Martínez Cantarero, 2011). Se caracteriza por contar con programas y espacios específicos y

diferenciados, con técnicas tanto de origen hospitalario como ambulatorio, generando un continuum entre la hospitalización, el hospital de día y el tratamiento ambulatorio.

Como ventaja el mismo promueve la no separación del paciente de su entorno y la participación activa de las familias. Los pacientes asisten cinco días a la semana durante un rango horario, lo cual es compatible con la asistencia a la escuela o la realización de otras actividades. Como contraindicación se mencionan las complicaciones derivadas de malnutrición que requieren hospitalización, o casos en donde existe comorbilidad con Trastornos de Conducta Grave.

Como objetivo, estas instituciones propician la normalización biológica, la normalización del patrón de conductas alimentarias, la recuperación ponderal, la aceptación de la enfermedad, la reestructuración cognitiva, el reconocimiento de factores que mantienen el trastorno, la restauración de las relaciones familiares, la reestructuración y adecuación de las relaciones interpersonales, la reinserción académico-profesional y el tratamiento de comorbilidades.

Son reconocidos como un recurso eficaz y necesario considerando que la complejidad de los TCA requiere tratamientos intensivos y extensivos en donde se debe integrar el modelo médico, psicológico y social, incluyendo a la familia y escuela, en un mismo espacio físico.

CAPÍTULO II

2.1 Materiales y métodos

A continuación, se expone la metodología utilizada para llevar a cabo la recolección de información y para las intervenciones realizadas en la instancia de prácticas profesionales supervisadas.

La presente investigación es de tipo cualitativa descriptiva, en donde coexisten diversas realidades subjetivas que son interpretadas y entendidas en relación a los actores, variables y el contexto. A su vez admite subjetividad, es decir, se busca describir experiencias y hechos a partir de la comprensión de personas, interacciones, procesos, eventos y fenómenos en sus contextos, generando allí hipótesis. El investigador ocupa un rol activo, generando una interdependencia con el fenómeno de estudio (Hernández-Sampieri et al., 2018). La misma tuvo lugar en la clínica “Sol de Abril” realizada en el transcurso de tres meses, donde se asistió a diario, en días hábiles, con horarios rotativos.

Al momento de llevar a cabo el análisis se trabajó con diversas variables, entre ellas la Variable Dependiente es Trastornos de la conducta alimentaria, mientras que las Variables Independientes son Identidad de género, Orientación sexual y Mandatos sociales.

Para la metodología empleada se tuvo en cuenta las características y cronogramas de la institución, como también la disponibilidad de los pacientes y de la alumna. En relación a la unidad de análisis, se trabajó con tres adolescentes de 16 años, entre ellos una chica y un chico homosexual y un varón trans. La primera presenta un diagnóstico de Anorexia Nerviosa de tipo restrictiva, mientras que los últimos presentan un diagnóstico de Trastorno Alimentario No Especificado (TANE).

2.2 Institución Sol de Abril

El trabajo fue realizado en “Sol de Abril” que es un centro multidisciplinario para la salud y bienestar ubicado en Malvinas Argentinas 626 (sur), provincia de San Juan, Argentina. La modalidad del tratamiento que se lleva a cabo es ambulatorio, contando con una amplia variedad de profesionales especializados, entre los que se encuentran psicólogos, nutricionistas, médicos, psiquiatras, kinesiólogos y profesores de educación física. La institución cuenta con una gran disponibilidad horaria, estando abierta de lunes a viernes de 8hs a 20hs, lo cual permite que los pacientes puedan organizarse y asistir en el horario que les resulte más cómodo.

Sol de Abril fue fundado en el año 2017 con el objetivo de brindarles un espacio a aquellas personas que desearan mejorar su calidad de vida, buscando que las mismas a partir de un proceso lograsen incorporar hábitos saludables y perdurables para toda su vida. El trabajo que allí se realiza tiene como fundamento la interdisciplina, es decir, los profesionales trabajan de manera conjunta aportando cada uno su saber desde su disciplina, pero siempre tendiendo al mismo objetivo entre todos, incluido el paciente y su familia. A su vez es una clínica que cuenta con todas las instalaciones necesarias para llevar a cabo los tratamientos, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.

El proceso comienza con una primera entrevista de admisión, en donde la directora general se reúne de forma presencial con el futuro paciente y en donde se indaga acerca de las necesidades, preocupaciones, intereses, motivaciones, dificultades, enfermedades, composición familiar, antecedentes, profesión, tiempo disponible del mismo. Allí, dependiendo de las conclusiones a las que se llegue en relación a lo que cada paciente requiere, se diagrama un equipo de profesionales que será el encargado de realizar las entrevistas de admisión por área y los posteriores seguimientos. Luego, cada profesional asignado para realizar las entrevistas las lleva a cabo y realizan un informe, el cual se

presenta a las distintas obras sociales con el fin de que el tratamiento sea cubierto. De no poder ser posible, existe la opción de comenzar de forma particular el mismo.

Las opciones de tratamiento que se llevan a cabo pueden ser tres, por un lado, el módulo de obesidad, por otro lado, el módulo de Trastornos Alimentarios y por último de forma particular con algún profesional que trabaje en la clínica cuando no se requiere un equipo interdisciplinario para el abordaje.

El primero de ellos cuenta con un seguimiento del área de psicología, del área de nutrición y del área clínica. A su vez incluye distintas propuestas de actividad física, entre ellas cardio, pilates, yoga y gimnasia acuática, siendo esta última la más recomendada para personas con obesidad o sobrepeso debido a que la actividad en el agua favorece la capacidad aeróbica, la resistencia e influye a su vez sobre el corazón, pulmones y sistema vascular. Favorece además la percepción de movimientos creando la noción de un esfuerzo más liviano, disminuyendo las lesiones y el peso en el agua. Se debe tener en cuenta que un gran porcentaje de personas con obesidad presentan a su vez otras complicaciones tales como diabetes, hígado grueso y enfermedades cardiovasculares. Como objetivos en Sol de Abril se plantean adquirir y mantener hábitos saludables; reducir el índice de masa corporal, circunferencia de cintura y porcentaje graso; disminuir la mortalidad a largo plazo; disminuir comorbilidades asociadas; mantenimiento del peso y mejorar la calidad de vida. Entre los pacientes que se observaron de dicho modulado en su mayoría eran mujeres, aunque también se observaron, en menor medida, hombres. En cuanto a las edades la mayoría eran adultas, en un menor porcentaje se observaron niños y en menor medida adolescentes. Un dato que llamó la atención tiene que ver con la profesión de las mujeres adultas, las cuales en su mayoría eran docentes.

El segundo modulado mencionado es el de Trastornos de la Conducta Alimentaria, el cual cuenta con seguimiento del área de psicología, del área de nutrición, del área clínica y

del área de psiquiatría. A su vez, al igual que en el modulado anterior, se incluye el área de actividad física respetando la necesidad de cada paciente y lo que los profesionales consideran, ya que dependiendo de la severidad del caso es si pueden o no realizar algún tipo de actividad física, con qué frecuencia y de qué modo. Entre los pacientes observados en este modulado en su mayoría eran adolescentes y adultos jóvenes, siendo un gran porcentaje de ellos mujeres.

El último tipo de tratamiento posible en la clínica es el particular con algún profesional específico, por ejemplo, casos en donde únicamente se requería de seguimiento nutricional, kinesiología o psicología se le brindaba la posibilidad al paciente de comenzar en Sol de Abril con alguno de los profesionales que allí trabajan.

El modo de trabajar de los profesionales se lleva a cabo a partir de encuentros presenciales e individuales con cada paciente. En caso de que por algún motivo el paciente no pueda asistir al turno pautado y avise previamente existe la posibilidad de realizar un encuentro sincrónico virtual. A su vez, la frecuencia con la que el paciente asiste depende de cada profesional y de la necesidad del paciente, suelen comenzar con una sesión mensual con el área clínica, dos sesiones mensuales en el área de psicología, dos sesiones mensuales en el área de nutrición y una sesión con el área de psiquiatría. Se recomienda a los pacientes organizar sus turnos con el objetivo de que todas las semanas acudan con alguno de los profesionales, por ejemplo, las áreas de psicología y de nutrición que son quincenales se recomienda que se asista en distintas semanas intercalándolas por área, mientras que el área clínica y de psiquiatría se puede colocar al inicio, mediados o final del mes.

Se realizan, además de las sesiones individuales, diversos talleres. Uno de ellos va dirigido hacia los adolescentes, llevado a cabo por la nutricionista el primer lunes de cada mes. Allí se abordan temáticas que han ido surgiendo en las sesiones individuales y que se reiteran entre los pacientes. Se llevan a cabo técnicas vivenciales en donde se hace hincapié

en la toma de conciencia y la expresión, aclarando que se trabaja dentro de un espacio cuidado en donde todo lo que allí suceda queda entre los miembros presentes y en donde se prioriza un trato respetuoso, empático y comprensivo.

Otro taller que se realiza en la institución está dirigido hacia los familiares de los adolescentes, llevado a cabo también por la nutricionista los últimos lunes de cada mes. En los mismos se inicia con alguna temática que preocupa o aqueja a algún familiar o a la profesional y luego se continúa con la participación activa de los demás familiares presentes. Se propicia un espacio de ayuda mutua, en donde cada familiar pueda expresar sus vivencias, pensamientos y sentimientos; y a su vez, a partir del relato de cada uno servir de guía, contención y escucha para el resto de los familiares que se encuentran atravesando una situación similar o diferente.

También se realizan talleres dirigidos hacia pacientes con sobrepeso y obesidad en donde el médico clínico aborda temáticas en relación al metabolismo, como el consumo de carbohidratos, proteínas y lípidos. El objetivo de los mismos es generar un espacio de psicoeducación, potenciando la adquisición de hábitos saludables a partir de la toma de conciencia.

2.3 Fases de Intervención

El trabajo se llevó a cabo desde mediados de febrero del año 2025 hasta mediados de mayo del mismo año, cumpliendo un total de 150 horas. El proceso constó de distintos momentos:

Para comenzar se llevó a cabo una entrevista inicial con la directora general de la institución, donde se pudo conocer acerca de Sol de Abril, sus inicios, el motivo por el cual fue creada la institución, datos acerca de los profesionales que se encuentran allí y el modo de trabajar, información acerca de las patologías que se observan, edades que consultan y

diferencias entre las mismas en relación a los Trastornos Alimentarios. Luego se pautó una entrevista con el tutor de campo asignado, en donde se conversó acerca de las expectativas de la alumna, el motivo por el que se encontraba en la clínica e intereses personales. Tras estos primeros encuentros se comenzó a asistir a la institución de manera periódica.

Durante la primera semana se asistió exclusivamente a entrevistas de admisión llevadas a cabo por la directora general, participando la alumna como observadora. En dichas entrevistas acuden los futuros pacientes solos o acompañados, en caso de menores de edad, por algún familiar o tutor. Allí se indaga acerca del motivo por el cual ha sacado turno en la institución, objetivos, expectativas, datos de filiación, profesión o empleo, otras actividades que realiza, relación con la comida, estado anímico, trayectoria en otras instituciones o con algún profesional. En este primer encuentro con el futuro paciente se deja claro el encuadre de trabajo; días, horarios, asistencias e inasistencias, realización de talleres y actividad física. Dependiendo de lo que se considere según la necesidad de cada paciente es el módulo en el que se lo asigna y, según su disponibilidad, se conforma el equipo encargado de realizar el seguimiento.

Estar presente en este momento resulta de gran importancia ya que permite conocer al futuro paciente desde inicios del tratamiento, con sus miedos, dudas e incertidumbres, expectativas y objetivos. Este primer acercamiento posibilita ir enriqueciendo la mirada como futura profesional y realizar ciertas hipótesis según cada caso. Luego de cada entrevista se estaba a solas con la directora general y se compartían los pensamientos, sensaciones, ideas que fueron surgiendo a lo largo de la entrevista. Al finalizar cada admisión se le daba lugar a la alumna a realizar alguna pregunta de su interés al futuro paciente.

En un segundo momento, a partir de alrededor de la segunda semana, la alumna comenzó a asistir con diversos profesionales para participar como observadora participante

de las distintas entrevistas de admisión realizadas por área y en consultas. Allí se pudo observar el modo de trabajar de cada profesional, el vínculo conformado con cada paciente, el abordaje interdisciplinario realizado en la clínica. Fue llamativo notar cómo cada paciente tiene mayor o menor apertura dependiendo del profesional y del vínculo terapéutico conformado. Generalmente con la nutricionista es con quien más se abren y se expresan, no únicamente en relación al ámbito nutricional, sino también emocional. Cada profesional aborda los aspectos desde su conocimiento y deriva al profesional correspondiente aquellos aspectos evidenciados en la consulta que no son pertinentes al área.

Se acudió también a diversos talleres realizados con los adolescentes y con las familias. Los mismos son organizados y llevados a cabo por la nutricionista, una vez al mes. En el caso del taller con los adolescentes se llevan a cabo actividades de registro corporal, de respiración, de interacción con los otros, de introspección. Se propone un espacio muy cuidado, en donde la escucha, comprensión y respeto están presentes, y en donde todo lo que allí surja queda entre los miembros presentes. Se notó que generalmente a los adolescentes les cuesta asistir a estos espacios porque deben reflexionar y expresar, pero se percibió que a pesar de existir cierta resistencia inicial todos se van felices y distintos luego de haber participado. Para los adolescentes que acuden, el encontrarse con otros adolescentes que están atravesando una situación similar es de gran importancia, ya que pueden notar que no son los únicos. El sentirse escuchados, acompañados y entendidos favorece la adhesión al tratamiento y a estos encuentros enriquecedores.

Con las familias, por otro lado, se realizan debates acerca de diversos temas que le genera alguna inquietud a algún familiar o a la profesional según lo observado en las sesiones individuales con cada paciente. A partir de esta apertura, cada familiar presente, desde sus vivencias, aporta lo que piensa, cree o siente. Es notorio cómo esto resulta de gran ayuda para

ellos, el encontrarse con otras familias que han pasado o que están pasando por la misma situación. También el encontrarse con familias que ya están terminando el proceso, próximas al alta, resulta muy importante y valioso para aquellos que recién están comenzando.

Posteriormente, tras estos espacios de encuentro con los profesionales, pacientes y familiares, se comenzó a plantear, según lo observado por la alumna y lo conversado con los referentes, el proyecto de las futuras intervenciones. Uno de los interrogantes que surgió fue acerca de la presencia de un posible conflicto intrapsíquico o interpersonal que pueda llegar a relacionarse con el inicio, desarrollo y mantenimiento del Trastorno. Se hipotetizó que puede existir un evento que ocupe un lugar central en el desarrollo del trastorno, de esta manera se podría hablar de TCA como síntoma.

Entre las temáticas observadas a lo largo de las distintas entrevistas se han notado algunas recurrentes, entre ellas, conflictos con la familia o con algún miembro de la misma, por lo general con la madre. También se ha observado la posible correlación entre el Trastorno y depresión, ansiedad, baja autoestima, autoexigencia, angustia, inseguridades, abusos. La más llamativa para la alumna fue la posible relación del TCA con la identidad y orientación sexual, en donde se hipotetiza que en estas pacientes el Trastorno de la Conducta Alimentaria podría estar asociado a su elección sexual y a la dificultad que encuentran para expresar la misma debido a exigencias y mandatos socioculturales.

A partir de estas observaciones e hipótesis, se delinearon los objetivos, tanto el general como los específicos, que iban a orientar a las intervenciones. Como objetivo general:

- Analizar la posibilidad de que el Trastorno de la Conducta Alimentaria sea un modo de manifestar un conflicto intrapsíquico o interpersonal durante la adolescencia.

En relación a los objetivos específicos los mismos fueron:

- Analizar la posible relación entre el TCA, identidad y orientación sexual.
- Indagar la posibilidad de que el TCA sea un modo de manifestar un conflicto en relación a la orientación sexual y mandatos sociales impuestos.
- Registrar el modo en que el conflicto impacta en el desenvolvimiento y mantenimiento del TCA.
- Observar la discrepancia entre el yo actual y el yo ideal del sujeto, y cómo esto impacta en el desarrollo del Trastorno.

2.4 Técnicas de recolección de información

Para recabar información se utilizaron diversas técnicas. A lo largo de las prácticas la observación participante fue un recurso indispensable. A partir del mismo se participó de diversas entrevistas y consultas con los distintos profesionales, esto permitió conocer el modo de trabajar dentro de la institución, el modo de interactuar entre profesionales, entre pacientes y entre profesional-paciente. Por otro lado, otra técnica de gran utilidad fue la recolección de datos aportados por la directora general, psicólogos, nutricionistas, psiquiatra y médica clínica. Cada uno, desde su experiencia y conocimiento fue brindando información de gran ayuda para la alumna y la realización del proyecto de intervenciones.

2.5 Técnicas de intervención

Las intervenciones llevadas a cabo fueron a través de la modalidad de encuentros presenciales e individuales con cada paciente. En un primer momento se pidió un consentimiento y autorización por parte de los padres, y, posteriormente por cada paciente para poder realizar las intervenciones con ellos. Una vez obtenido esto, se planificaron tres

encuentros con cada uno con el fin de poder cumplir con las expectativas y objetivos específicos planteados para realizar el trabajo.

2.6 Descripción de los pacientes

Luego de los momentos descritos anteriormente, se escogió a los pacientes para llevar a cabo las intervenciones. Se buscaron aquellos pacientes que se habían observado que coincidían con la temática propuesta. En un primer momento, la alumna propuso trabajar con cuatro pacientes. Luego, tras evaluarlo junto al tutor de campo se concluyó que se trabajaría con tres pacientes, debido a que uno de ellos recién estaba ingresando al tratamiento y aún estaba en las admisiones. Los tres pacientes elegidos son adolescentes de 16 años, uno de ellos lleva ya un año de tratamiento, mientras que los restantes han comenzado a principios del 2025.

Previamente, el tutor de campo, encargado de realizar las admisiones del área de psicología, informó a la alumna de cada paciente. A su vez, la directora general, la nutricionista y las psicólogas encargadas de sus tratamientos también colaboraron con la alumna y brindaron información de cada uno de ellos, lo cual fue de gran utilidad para conocer un poco de cada uno de manera previa.

El grupo con el que se trabajó tienen en común, además de la edad, el modo de vestirse, el corte de pelo, el modo de expresarse. Dos de ellos presentan una orientación sexual homosexual, mientras el tercero es un varón trans con orientación bisexual. El objetivo de trabajar con ellos era indagar acerca de la existencia de un posible conflicto en relación a su orientación sexual e identidad de género que pudiese haber influido en el inicio del Trastorno Alimentario, y/o en su mantenimiento.

La apertura y el vínculo generado con la alumna practicante fue positivo, esto permitió que pudieran expresarse de manera espontánea y realizar las distintas propuestas con entusiasmo y de forma colaborativa. Dos de ellos son bastante reservados y tímidos, a pesar de esto mostraron disposición a dialogar con la alumna y se permitieron compartir sus vivencias, pensamientos y sentimientos.

2.7 Intervenciones

Las intervenciones planteadas se realizaron en base a lo observado previamente en las entrevistas de admisión, consultas y talleres de los cuales se participó. Se tuvo en cuenta el modo de trabajar de la institución y los objetivos planteados por la alumna.

En un primer momento se propusieron realizar algunos encuentros individuales y otros en modalidad de talleres, lo cual posteriormente fue modificado con el fin de evitar que los pacientes percibieran que el motivo por el cual habían sido escogidos era algo “malo” o “distinto” y pudiera generar algún tipo de malestar. Por ello se decidió realizar tres encuentros con cada uno de ellos de manera individual.

Se comenzó pidiendo los correspondientes consentimientos tanto a los pacientes como a sus padres, quienes al ser menores los acompañan. Luego, tras todos aceptar se dio inicio a las intervenciones. Primero se realizó una entrevista inicial con el fin de generar un primer acercamiento con el paciente e indagar acerca de su edad, orientación sexual, tiempo que lleva en la clínica, conformación familiar, amistades y relaciones sociales. Posteriormente, en el segundo encuentro se realizó una actividad denominada “Dialogando con la imagen del espejo” en donde se buscó explorar acerca de su autopercepción, concordancia o discrepancia entre el yo real e ideal, autoconcepto. Por último, en el tercer encuentro se administró un House-Tree-Person (HTP) con el objetivo de evaluar el grado de organización del esquema

corporal, grado de organización y fortaleza yoica, percepción de los otros y del mundo, grado de diferenciación sexual, como también conflictos, impulsos, intereses y defensas. Para finalizar este encuentro escribieron una carta a sí mismos, con el fin de hacer un cierre e integrar lo trabajado.

Una vez diagramada y planificada las intervenciones, con la correspondiente autorización del tutor de campo y de la directora general, se dio inicio al proceso de investigación.

2.7.1 Primer encuentro

Consistió en una entrevista inicial, previamente supervisada por el tutor de campo, la directora general y por las psicólogas de los pacientes con los que se iba a trabajar. El objetivo de comenzar con dicha intervención fue generar un primer acercamiento entre los pacientes y la alumna, comenzar a construir un clima de confianza y apertura, y, conocer acerca de cada uno de ellos sus historias, vivencias, relaciones con familiares y amigos, cuestiones referidas a la percepción de ellos mismos.

La misma fue una entrevista semidirigida, es decir, se respetó el protocolo previamente realizado con la posibilidad de ir incorporando a lo largo del encuentro otras preguntas que resultasen de interés para la practicante.

En el mismo se indagó acerca de la identidad, edad, estado civil, nivel educativo, actividades extraescolares, relaciones sociales con sus pares y familia. Además, se preguntó sobre el tiempo que llevan en la institución, profesionales que los atienden, vínculo terapéutico y sentimientos al respecto. Para finalizar se trabajó en relación a la autopercepción, dejando un espacio libre para que, en el caso de que quisieran, aportaran algún otro dato que consideran relevante acerca de ellos.

2.7.2 Segundo encuentro

Tras finalizar el primer encuentro se acordó con los pacientes otro día para que asistieran al segundo encuentro, en donde se llevó a cabo una técnica denominada “Dialogando con la imagen del espejo”. El objetivo de dicha intervención fue indagar acerca de la imagen, autoconcepto, autovaloración y autopercepción. A su vez, darse cuenta de las polaridades en conflicto o rechazadas. Pudieron, a partir de esta técnica que involucra la imaginación, proyectar algunos aspectos de gran relevancia para ellos.

Se comenzó indagando acerca de la relación de cada paciente con los espejos, reflexionando en relación a pensamientos y sentimientos que surgen en relación a los mismos. Luego se inició con la técnica, en donde se les pidió que cierren sus ojos y que se pongan en una posición cómoda. Tras ello, se continuó con una actividad de relajación y toma de conciencia del propio cuerpo, posiciones, estado de tensión, rigidez, acompañado por la respiración. Una vez recorrido todo el cuerpo se los invitó a imaginar, siempre estando conscientes de sus sentimientos y pensamientos en cada parte de la consigna.

Se les pidió que salgan del consultorio en el que se encontraban, y, posteriormente, de la clínica. Allí podían comenzar a caminar hacia donde ellos quisieran, pasando primero por lugares que les resultan familiares, con sus aromas, edificios, personas, animales. Luego, al seguir caminando se encontraron con lugares desconocidos, que nunca antes habían visto. En este momento se les pide que registren cómo son estos lugares, sus aromas, colores, algo que les llame la atención. También se les menciona que registren cómo se sienten allí y qué piensan. Al continuar por esta travesía, llegan a una casa y deciden pararse frente a ella. Se les pide que observen esta casa, como es por fuera, sus ventanas, puertas, colores. Luego se los invita a ingresar a la vivienda, registrando ahora cómo es por dentro. En todo momento se reitera que registren sentimientos y pensamientos. Al recorrer esta casa, de pronto llegan a

una puerta y se colocan delante de la misma, advirtiéndoles que detrás hay una habitación llena de espejos. Se les menciona que ingresen, que recorran esta habitación, que observen cómo están distribuidos estos espejos, cómo son, en qué condiciones se encuentran. Tras ello escogerán un espejo que los refleje tal cual son, en apariencia y como persona. Se observarán, en un primer momento, desde fuera del espejo y, luego, ingresarán al espejo observándose desde allí. Se les pide que generen un diálogo entre este que se encuentra dentro y el que se encuentra fuera, intercambiando de roles, generando un ida y vuelta. Luego, deben cerrar esta comunicación despidiéndose y, de a poquito, ir dejando la habitación, para retornar a la clínica, pasando nuevamente por los lugares conocidos y desconocidos.

Luego de este primer momento, cada uno a su tiempo, abrió sus ojos. En este segundo momento se les pidió que cuenten cómo les fue con la técnica, qué vieron, por qué lugares conocidos pasaron y por cuáles desconocidos, que los describan. Luego cómo era la casa a la que llegaron por fuera y por dentro, cómo se sintieron allí y al pararse delante de la puerta de la habitación de espejos. Posteriormente se les pidió que describieran el momento de ingresar al cuarto, cómo se encontraba el mismo, cómo eran los espejos, sus tamaños, formas y distribución. Además, que comentaran a quiénes vieron al pararse frente al espejo y posteriormente al ingresar al mismo, como también el diálogo llevado a cabo. Por último, se les preguntó cómo se sintieron y qué pensaron al momento de tener que salir de la habitación, posteriormente de la casa y al regresar al consultorio.

Como cierre se dejó un espacio para que comenten cómo se habían sentido con la propuesta, sus pensamientos, sentimientos, sensaciones durante la actividad. A su vez cada uno dio una devolución de la misma.

2.7.3 Tercer encuentro

Al finalizar el segundo encuentro se pautó una última fecha para realizar la tercera intervención.

En la misma se administró en un primer momento una técnica gráfica denominada HTP (House-Tree-Person) con el objetivo de poder observar la imagen interna que el paciente tiene de sí mismo y de su ambiente, qué aspectos considera importantes, cuales destaca y cuáles no. Este tipo de técnicas proyectivas permiten evaluar el grado de organización y fortaleza yoica, el grado de organización del esquema corporal, la percepción de los otros y del mundo, el grado de diferenciación sexual, conflictos, impulsos, ansiedades y defensas.

Para comenzar con dicha actividad se les entregó una hoja A4 blanca apaisada y se les pidió que con un lápiz negro dibujaran allí una casa, en el tiempo que cada uno necesitara. Al finalizar el primer gráfico se les retiró dicha hoja y se les entregó una nueva de manera vertical, en donde se les pidió que grafiquen un árbol que no sea ni un pino ni una palmera. Por último, una vez concluido el segundo dibujo se les entregó nueva hoja en la misma posición que la anterior, en donde se les pidió que hicieran una persona lo más completa posible en el tiempo que desearan.

Al finalizar la etapa de dibujar, se pasó a una fase imaginativa en donde se les pidió que olvidaran que ellos los habían realizado y que describieran qué perciben, piensan, sienten al observar cada gráfico. Se comenzó por la casa, luego se continuó con el árbol y por último con la persona. Se utilizaron algunas preguntas de guía para motivarlos en la descripción, y que la misma sea lo más completa posible.

Como cierre de las intervenciones realizaron una “carta a sí mismos”. En un primer momento se realizó una actividad de relajación y toma de conciencia de la respiración y del

propio cuerpo. Luego, con los ojos cerrados, se los invitó a pensar de forma detenida en todo lo que han atravesado para llegar hasta donde están hoy en día, en aquellas cuestiones que les gustaría agradecerse, perdonarse o decirse a sí mismos. También se les propuso pensar en un futuro, cómo se ven, qué objetivos tienen, deseos y metas. Luego de pensar en todo ello se les pidió que abrieran los ojos y que escribieran una carta dirigida a ellos mismos. El objetivo de esta intervención fue generar un espacio de conciencia, reflexión y conexión consigo mismo.

Para finalizar, cada paciente comentó cómo se había sentido en cada encuentro, qué les había parecido cada propuesta, cómo se habían sentido con la practicante. Además, se les dio el espacio para comentar algo que quisieran en relación a lo trabajado. Se les agradeció por su participación y por permitirle a la alumna realizar las intervenciones con ellos. Tras este momento, se dieron por concluidos los encuentros.

CAPÍTULO III

3.1 Resultados

En el siguiente capítulo se expondrá lo observado y registrado tras realizar cada intervención, las respuestas verbales, actitudes, gestos, conductas, silencios, tono de voz de los participantes en cada momento de la práctica.

Se trabajó con tres pacientes, con fines prácticos y para resguardar sus identidades se los denominará a partir de una valoración numérica del 1 al 3. Las respuestas textuales pueden verse en los Anexos IV, V y VI.

En relación a los pacientes elegidos para llevar a cabo las intervenciones se mostraron predispuestos a acudir a cada encuentro previamente pautado y a colaborar con la alumna en cada propuesta. Por parte de las familias de los mismos se registró compromiso y colaboración por parte de ellos con la practicante, posibilitando realizar los encuentros con sus respectivos hijos. A su vez, dentro de la institución se contó con la ayuda de distintos profesionales para elaborar las conclusiones generales.

3.2 Descripción de los resultados

3.2.1 Descripción de los resultados del primer encuentro

El objetivo del primer encuentro fue conocer acerca de cada uno de ellos, de sus historias, vínculos familiares, amistades, relación con sus pares, sexualidad, identidad de género, modo de percibirse a ellos mismos. A continuación, se expondrán algunas respuestas relevantes de cada paciente durante esta primera intervención.

Paciente 1:

Este paciente ya conocía a la practicante de forma previa, debido a que la misma había asistido a algunas consultas del paciente 1 con distintos profesionales, entre ellos la nutricionista, psiquiatra y psicóloga. Al momento de hacer la primera intervención, previo al inicio de la misma, el paciente comenzó a hacer algunas preguntas a la practicante de forma desconfiada. Entre ellas cuál era el motivo de que la alumna se encontrara en la clínica, por qué la misma debía hacer estas intervenciones, por qué se lo había escogido a él para realizarlas. Tras las respuestas de la alumna, el paciente 1 se mostraba insatisfecho, haciendo sonidos como “mmm” o gestos con su cara.

Tras ello, la alumna le preguntó si estaba de acuerdo para tener tres encuentros en donde se llevarían a cabo distintas actividades. El paciente, de modo chistoso contestó “mmm no”, y continuó con un “ah” acompañado de risas en modo sarcástico. Luego dijo que sí estaba predispuesto para trabajar con la alumna.

A continuación, se inició con la entrevista, en donde las respuestas del entrevistado eran concisas. Respondía entre risas y comentarios sarcásticos. A su vez, se acompañaba mucho de sus gestos, con sus manos en el escritorio o en el aire moviéndose y sus muecas llamativas. Tras preguntarle si estaba de novio o en pareja contestó tras risas que no, pero que le han gustado algunos compañeros con los cuales ya no se lleva bien.

Al hablar de su contexto, mencionó no tener muchos amigos. En relación a su familia, comenta que se lleva mejor con su mamá que con su papá, ya que el padre lo juzga mucho. Dice que su padre piensa que los hombres no pueden llorar, y que tienen que ser de determinada forma. El paciente 1 afirma que su padre es medio ingenuo y que no sabe que a él le gustan los varones.

En relación a los profesionales de la clínica, previamente lo atendía un psicólogo varón, pero tras no sentirse cómodo con él, pidió el cambio de profesional. El paciente

menciona “pedí el cambio porque el otro psicólogo no me gustaba”, con tono despectivo acompañándose de muecas. Menciona que actualmente con las que más se siente cómodo son con la nutricionista y con la psicóloga.

Se mostró seguro en sus respuestas, hasta llegar a la pregunta de cómo se describiría en tres palabras. Allí, tras un silencio largo, respondió de forma pausada “cariñoso, amable, triste”. Tras indagar el motivo de dicha respuesta, explicó que es una persona muy cariñosa con sus seres queridos y amable. A la hora de profundizar en por qué se había descrito como triste, dijo “porque siempre ando triste o parece que ando triste. Siempre dicen que parece que ando triste en el colegio, pero naa”. Ante esta respuesta la alumna indagó por qué él se describe de esta manera, más allá de lo que el resto diga. El mismo contestó “yy porque no se... muchas veces me siento triste”, posteriormente bajó su mirada, evitando seguir hablando del tema.

Se continuó con las siguientes preguntas, y al llegar a la última que era si quería agregar algo que no haya contado, se quedó pensando y luego contestó que sí. La miró a la alumna y le realizó una pregunta fuera de contexto. En este momento se le mencionó que el objetivo de esa pregunta era que agregara algo curioso de él. Se evidenció que es una persona que evita hablar de sí mismo.

Tras comentarle al paciente 1 que eso había sido todo, se despidió de la alumna.

Paciente 2:

A la paciente 2 se la conocía de forma previa ya que se estuvo presente en su entrevista de admisión a la clínica, en diversas consultas y talleres, tanto con ella como con sus padres.

Al ingresar la alumna al consultorio en donde se encontraba la paciente 2 con su psicóloga, la paciente la recibió de forma cálida con una sonrisa. La practicante inició presentándose nuevamente y comentándole qué hacía en la institución. Luego se le preguntó a la paciente 2 si estaba de acuerdo en participar, a lo que contestó que sí.

Al iniciar con la entrevista se la notaba algo tensa. Al comenzar con las primeras preguntas, la paciente 2 contestaba de forma segura y espontánea. Esto resultó llamativo para la practicante ya que la entrevistada es una persona bastante introvertida, tímida y reservada que le cuesta abrirse con otras personas, lo cual había sido evidenciado al estar presente en diversas consultas con otros profesionales.

Cuando se le preguntó por su estado civil, mencionó estar en pareja con una chica. Contó que llevan juntas bastante tiempo y que ambas familias saben. Las respuestas en esta pregunta fueron concretas.

Al indagar acerca de sus vínculos sociales, mencionó que su familia se encuentra conformada por su mamá, papá, una hermana de 13 años y un hermano de 8 años. Además, mencionó a su abuela, quién pasa mucho tiempo con ellos ya que vive sola. Contó que suele recurrir principalmente a su hermana cuando necesita hablar debido a que se siente más comprendida por ella al ser tan cercanas en edad, aunque a su mamá también le cuenta algunas cosas.

En relación a sus pares, refiere llevarse bien con sus compañeros de curso y no tener dificultades en interactuar con ellos. Menciona que son molestos, pero que debe ser por la edad seguramente. No habla de ningún amigo en particular a lo largo del encuentro. Dice ir a un instituto de inglés y a un profe de música, al cual asiste con su hermana ya que ambas tocan instrumentos.

Logró hacer contacto visual con la alumna, su mirada era cálida, dulce y tierna. En ciertas oportunidades la apartaba, acompañándose de un silencio pensativo y extenso. Tras llegar a la pregunta del motivo por el que se encontraba en la clínica, apareció por primera vez el silencio. Tras unos segundos, contestó “yyy... por problemas con la comida y por anorexia nerviosa...”. Al seguir preguntando, comentó que al principio se sentía bastante nerviosa en la clínica, y que aún le cuesta poder abrirse con los profesionales. Al llegar a la pregunta de cómo se describiría en tres palabras, se demoró un rato largo. Mencionó ser una persona tranquila, amigable y empática. Comentó que no tiene problema de acoplarse a los demás, que si necesitan hablar ella siempre está, pero que a veces se preocupa más por los demás que por ella misma.

Tras preguntarle si deseaba añadir algo más, mencionó que no. Seguidamente respiró, soltó su cuerpo y dijo “aaah pensé que iba a ser más difícil” entre risas.

Paciente 3:

Tras lograr la alumna acordar una fecha para el encuentro, se llevó a cabo la entrevista a solas con el paciente 3. Al llegar el mismo a la clínica se lo hizo ingresar a un consultorio en donde se realizó el encuentro. Para comenzar, al igual que con los otros pacientes, la alumna se presentó y le explicó al paciente 3 qué hacía en la clínica. Al paciente 3 se lo había visto únicamente en un taller de forma previa, por lo que el paciente no conocía mucho a la alumna ni la alumna a él. Tras comentarle y el paciente dar su consentimiento, se inició con la propuesta.

El paciente 3 se mostró sumamente predispuesto y abierto al momento de responder. Al preguntarle el estado civil, mencionó estar saliendo con una “chabona” con la cual ya había salido antes, pero por decisión de ambos habían dejado las cosas ahí. Al reencontrarse con ella en un cumpleaños de 15, volvieron a hablar y a salir. Menciona que ella tiene

muchos “mambos” y que él no quiere ser un peso más para ella. Contó, además, que ha salido a lo largo de su vida con diversas personas, “al día de hoy no sé si soy bisexual o que me gustan las personas y ya está, realmente me han gustado mujeres, me han gustado hombres, he salido con personas no binarias, con chicos trans, ósea de todo un poco...”.

En relación a su identidad de género mencionó “comparado a otras experiencias trans realmente me doy cuenta que no fue muy complicado lo mío...yo me acuerdo que fue en una de las juntadas que tenía con mis amigos y yo me había cortado el pelo, empecé a usar ropa más masculina y por esa onda, yo tenía amigos muy gays entonces no fue como muy complicado... empecé primer año y dije “yo para mi soy bisexual”, no me la pregunté mucho... después me fui acomodando más. La identidad fue en segundo año, a los 13, ahí fue cuando me corté el pelo, empecé a hacer esto que lo otro, lo consulté con mis amigos les dije “miren me está pasando esto últimamente, no entiendo mucho qué me pasa”, buscamos en internet... no sé a veces me daba cuenta que me ponían muy celoso cosas de chabones de lo que hacían, de cómo se vestían o de cómo se comportaban... yo quería estar así... a veces no era atracción, era querer verme como ellos. Me gustaba mucho la parte masculina o me daba mucho asco la parte femenina, entonces era como que no me gustaba mi nombre, yo no entendía por qué, pero después de la nada no me gustaba que me dijeren por mi nombre hasta que me puse el otro, eran como que muchos detallitos que me hacían ruido y después como que dije “ahh bueno entonces soy género fluido...”. Tras esta respuesta, se le preguntó cómo define él al género fluido, en donde explicó que simplemente es ir fluyendo, habiendo días en donde se siente como mujer, otras veces como hombre o incluso como persona no binaria. Contó que es algo que depende del momento de la vida y que puede ir variando en el transcurso de la misma.

En relación a su identidad también se le preguntó si tiene dificultad a la hora de decir quién es él. Ante la pregunta respondió “mmm sí, pero el asesorarme un poco, aunque sea con internet, me ayudó mucho. Me encontré con muchas personas pasando por mí misma situación, entonces me podía encontrar en esos lugares... luego me cambié de nombre. Al principio alternaba entre dos, hasta que me decidí por uno, que es el que uso actualmente”. Luego se le pidió que se defina en tres palabras, en este momento comentó “uuh me la complicaste” y se quedó pensando por unos minutos. Luego mencionó que se le dificulta mucho definirse en tres palabras, entonces se le dio la posibilidad de hacerlo de la forma que él quisiera. Después de un tiempo más de silencio, contestó “siento que soy dulce, creativo e inseguro”. Se indagó principalmente en este último adjetivo, en donde mencionó que últimamente se ha dado cuenta que es bastante inseguro, que se compara mucho con los demás, y que le gustaría que no fuese así pero que a veces la inseguridad le gana. Dice “el compararme con otros chicos de ese género, ósea que nacieron chicos y se identifican como chicos... muchas veces en relación al físico, de que tengan la espalda ancha... Me comparo mucho con mi hermano en general, porque yo lo adoro, pero me cuesta a veces no compararme con él... ropa que yo le robo todo el tiempo le queda a él de una manera que a mí nunca me va a quedar... él que tiene una espalda ancha y los huesos anchos y tiene unos rulos muy lindos y tiene vello y tiene cosas que yo no tengo, entonces como que con eso me comparo o con amistades en las que me doy cuenta que o son mucho más lindas que yo, o como que ellas hablan menos y yo hablo más, o como que me da inseguridad ser inseguro y que ellas no sean inseguras o cosas así que a veces me ganan porque me gustaría no tenerlas tanto en mi mente. Me he dado cuenta estando con mis amigas que son un poco mayores que yo... siento que me comparaba un poquito de que ellas eran mayores y ya habían pasado por procesos que yo todavía en ese momento estaba pasando; entonces es como que yo ya quería tener la paciencia que ellas tenían, ya quería tener la seguridad que ellas tenían, ya quería

tener el amor propio que ellas tenían, entonces si me doy cuenta que en ese momento me saltaban mucho los celos sanos o la inseguridad de querer ser como ellas o toda la cuestión...”. Al ir relatando esto la voz se le entrecorta y se vuelve más rasposa, mientras que su mirada se dirige al suelo.

En relación a su familia, la misma se encuentra conformada por su mamá y su papá, quienes están separados, y tres hermanos. Cada progenitor tiene un hijo con otro matrimonio previo, y juntos tienen al paciente 3 y a otro hijo. Menciona que él vive con su madre y que su hermano antes vivía con ellos, pero ya hace un par de años se mudó con su papá debido a que, según lo que relata el paciente 3, la madre es un “pan de dios” pero es difícil convivir con ella. Por otro lado, el padre nunca está en la casa ya que generalmente trabaja en minas estando tres semanas allá y dos acá, “es como vivir solo” dice el paciente.

Cuenta que con el que mejor se lleva es con su hermano de mismo padre y madre, “siempre está para mí, somos muy unidos, para mí más que mi hermano también es mi amigo...”. Con su hermano más grande, fruto de una relación de su padre con otra mujer, no se lleva bien, dice “es una figurita media difícil, complicada...”. Por otro lado, con su mamá dice tener confianza, a diferencia de con su papá, con el que dice tener una relación complicada. A pesar de esto, con su padre ha hablado de temas como su sexualidad o identidad de género, aunque menciona que es lo único que ha hablado con él. Dice “mi papá es una persona que no tiene criterio propio entonces si mi mamá opina de esta manera él opina igual... o si tal persona piensa de esta manera él también se va a adherir a eso, entonces un día me puede apoyar y otro no, un día le puedo decir che me está pasando esto con mamá y se lo va a terminar contando a ella, entonces no tengo confianza con él...”.

En torno a su identidad de género con el primero que habló fue con su hermano, y luego con sus amigos. Menciona que se lo tomaron muy bien, dice que su hermano siempre

fue mente abierta y que de a poquito se ha ido adaptando. Después se lo dijo a su papá, con quien previamente ya había hablado en torno a su sexualidad, dice “con él había hablado bastante de sexualidad y de esas cuestiones porque él es, además de ser lo que es, bisexual aceptado así que con él lo pude hablar más... y después con lo de género yo se lo dije así nomás, le dije mira me está pasando esto y me dijo si ya me daba cuenta yo, como que el pelito, la forma de caminar...y yo tipo aah ya lo sabías... y me dijo bueno está bien, capo...”. Cuenta que le tenía que corregir el nombre al principio, pero que después no se equivocó más. Dice entender su confusión al inicio ya que es su papá y lo vio crecer.

A la mamá se lo dijo después, siendo más complicado con ella ya que al principio le dijo que era bisexual. Reconoce que en ese momento estaba muy nervioso. Ante esto, la madre, según lo que el paciente relata, no reaccionó para nada mal, diciéndole que lo iba a apoyar y siguiendo con la pregunta de ¿quién te gusta? Menciona que su mamá estaba “re dura” y “tensa” en ese momento, por lo que decidió decirle solo lo de la sexualidad, pero no lo de la identidad. En otro momento, el paciente 3 ingresó al cuarto de su mamá y le dijo “mira soy un chabón a veces, me llamo así y esto es lo que soy. Fíjate si te gusta o no te gusta”. Tras ello continua con el relato, “me fui porque no tenía nada que ver en la conversación pero quería soltarlo... y mi vieja me dijo “está bien” pero no lo volvió a hablar, no usaba ni los pronombres correctos ni el nombre correcto, y como que ese tema no lo avanzamos por un buen tiempo hasta que yo como que de vez en cuando algo lo hablaba, pero fue un tema que nos costó bastante... yo me frustraba mucho... hasta que después de hablar con una amiga y reflexionar le dije que no estaba sola y que éramos un equipo, que era algo que pasaba entre los dos y que yo quería comunicarle a ella lo que sentía, y también saber cómo se sentía ella”. El paciente 3 dice comprender que esto también es un duelo para su mamá de la idea de la hija que pensaba que tenía, dice “yo era como la nena, ella siempre me dijo que quería una nena, y yo tipo perdón, pero no hay nena...”. Menciona que al día de

hoy ya no le dice con el otro nombre, “la última vez que se equivocó fue cuando hace un mes/tres semanas fuimos a hacer el trámite del DNI porque fue como que ahí estaba haciendo el duelo definitivo de decir ya está... y me dijo con el otro nombre, pero se disculpó...”

Es una familia, que por lo que el paciente 3 relata, tiende a ocultar y a mantener en secreto, en donde todos sus miembros se quedan callados transformándose en cómplices. Al seguir con su discurso, menciona distintos abusos dentro de su familia. Por un lado, de parte del hermano mayor hacia la mejor amiga del paciente 3, lo cual hace que el vínculo entre el paciente y su hermano se rompa. El entrevistado menciona que él no iba a callar lo que sabía, amenazando con ir a hacer la denuncia a la policía si nadie hacía nada. También por parte del padre del paciente hacia su otro hermano, fruto de la relación de la madre con otro hombre. Tras este abuso, la madre decidió ocultarlo y continuar con el padre casados por unos años más. Durante este momento, mientras el paciente 3 contaba todo lo vivido, su voz era firme y segura, acompañado en ciertos momentos por gestos y risas sarcásticas.

Menciona, además, que a él nunca le hicieron nada, ni su padre ni su hermano, aunque relata un episodio con su hermano en donde se sintió muy incómodo, “estábamos de las pocas veces que estábamos jugando y pelot...., y como que en el momento me arrojó el sillón y se cayó encima mío. Y yo sentí algo... no me gustó nada. Es como que yo no supe en ese momento que sentí, pero yo mismo me di cuenta que me puse mal y me puse raro, me puse nervioso y me hice el otro”.

Cuenta que cuando era más chico tuvo, junto a sus hermanos, una asistente social por cuatro o cinco años, de la cual aún recuerda su nombre. Al mencionarla, sonrío. Recuerda que se despertaba a las 6am para ir a un “tipo de gabinete psicológico”, en donde hablaba de cómo se llevaba con su papá. Expresa que en ese momento no entendía muy bien, pero después terminó entendiendo. Menciona que luego de eso no pudo quedarse más a dormir en

la casa de su papá, “me acuerdo que siempre cerraba la puerta y tenía pesadillas, me costaba mucho dormir porque sentía que mi papá iba a entrar al cuarto... nunca pasó, pero...”.

A lo largo del encuentro, habla también de su trayectoria escolar. Menciona que la primaria y los dos primeros años de la secundaria los hizo en un colegio, pero que, tras diversas situaciones, entre las que se encuentran situaciones de bullying, burla por parte de compañeros, divulgación de rumores en relación a él, situaciones con profesores y con alumnos más grandes que asistían al mismo colegio, decidió cambiarse de escuela en tercer año. Menciona que segundo año fue un verdadero infierno para él, en donde le pasaron muchas cosas de forma simultánea, “yo estaba pasando por un montón de cosas en ese momento, mientras que me cortaba, vomitaba, estaba pasando una situación con un chico, en mi casa me peleaba con mi mamá todo el tiempo, lo del género, lo del profesor, era demasiado”.

Durante ese mismo año, el paciente 3 cuenta que él no era fuerte en ese momento, lo que lo llevó a cortarse porque sus compañeros eran depresivos y también lo hacían. Además, lo arrastró a situaciones de peligro y vulnerabilidad, estando con personas por el hecho de no querer estar solo y, a su vez, para evitar otras cosas. Relata “ese año tuve bastantes parejas, realmente no las cuento al día de hoy como personas que me importan de verdad, pero hay veces como que salí con chicos y nunca pasó nada, realmente guau, pero no sé cómo que yo buscaba estar con alguien y no quería estar solo... era como cualquier cosa lo que hacía porque imagínate que salí con un rugby, salí con un músico, salí con una mezcla de cosas, pero no duraban nunca nada... simplemente estaba evitando cosas...”. Uno de ellos fue, tal cual relata el paciente 3, “emblemático” en su vida. El entrevistado narra “un día fuimos a la casa de mi mejor amiga después del colegio... estábamos en una cama elástica gigante en su casa, y estábamos ahí con una manta, mirando las estrellas. Mi mejor amiga se durmió y este

chico, que estaba al lado mío, sin decir nada de nada, me metió la mano. Yo me quedé en blanco como por 10 o 15 minutos, no sé cuánto tiempo pasó, me sobó las manos y cosas raras, yo no estaba muy consciente de lo que estaba pasando hasta que lo llamó justo su papá que lo estaba buscando y se tuvo que ir. En ese momento pensé que era lo que hacían las parejas, entonces estaba bien y yo no reaccioné por una banda de meses, hasta que me di cuenta y empecé a pensar. Me di cuenta cuando lo estaba pensando tanto que me bañaba una banda, tipo me bañaba muchas veces seguidas. Como que me empecé a sentir muy sucio. Después me di cuenta que había sido un tipo de abuso”. Menciona luego el paciente 3 que el hecho de seguir viéndolo en el colegio le causaba vómito. Al describir a este sujeto, comenta que era una persona tóxica, posesiva, depresiva, que amenazaba con suicidarse si él lo dejaba y, a su vez, le era infiel con otras chicas.

Por otro lado, relata una situación con un profesor en el colegio al cual asistió hasta segundo año. Cuenta que su vínculo con el mismo era muy bueno, lo describe como “el típico profe canchero con los compañeros que se pone a hablar de su vida o a contar cosas, entonces a todos les caía bien”. Destaca que este hombre tenía una relación particular con las mujeres, a las cuales las “toqueteaba mucho, les hacía cosquillas o se acercaba de más”, y que con él tenía “algo especial”. Menciona que se llevaba muy bien con este profesor y describe algunas actitudes del mismo hacia él. Cuenta que lo eligió para leer una poesía en un acto en el cual el paciente se puso nervioso y se trabó, por lo que de manera seguida a la lectura se fue a llorar a un aula. El profesor, al finalizar el acto, fue a buscarlo y se quedó hablando con él. El paciente comenta que no pasó nada en ese momento, pero que fue incómodo porque el profesor lo alzaba y bajaba mientras se reía o tenía conductas llamativas. Aun así, el paciente 3 relata que hasta ese momento él no veía nada extraño. En otras dos oportunidades, el profesor sacó al paciente 3 de la clase de historia para que fuera a otra clase junto a él y los alumnos de primer año. Comenta que él veía al profesor como una persona piola, y que, a su

vez, él estaba pasando por un año difícil en distintos aspectos y con él se sentía muy bien. Durante las vacaciones de invierno se divulga un rumor entre los alumnos de la escuela, profesores y directivos que implicaban al paciente 3 y al profesor. Debido a esto, el profesor decide alejarse completamente de él, “lo cual era entendible” menciona el paciente 3, seguido de “pero yo me sentía para el culo, porque encima yo le tenía cariño... la escuela era una mierda, pero por lo menos sus clases eran piolas, pero eso también era un infierno ahora”. Relata que luego asistió a una psicóloga con la que pudo darse cuenta de que “no era normal” lo que hacía su profesor. Menciona, además, que tenía muchos recuerdos bloqueados, como por ejemplo comentarios tales como “que lindo cuerpo tenés” o “nunca te quites el pelirrojo que te queda muy lindo” por parte del profesor hacia el paciente 3. Al darse cuenta de que el profesor buscaba estar a solas con él o tener cierto poder sobre él, dice con tono de lamento, “yo pensé que era mi amigo”.

Al preguntarle cómo está actualmente en relación a la escuela, menciona que recién este año pudo presentarse con su identidad frente a sus compañeros, profesores y preceptores. En tercer año solo pudo hablarlo con algunos pocos compañeros, de forma íntima y en cuarto, se presentó con su nuevo nombre frente a sus compañeros, pero aún no se animaba a hacerlo frente a los adultos. Cuenta, además, que la aceptación tanto por parte de los compañeros como de los docentes fue buena, todos respetan su nombre, aunque a veces algunos se confunden en el uso de los pronombres. Relata “me sorprendió bastante que todos reaccionaran tan bien, porque siempre le tenía como más miedo a la respuesta de un adulto que de un adolescente. ¡Al final no era tan complicado!” Menciona que, aunque al día de hoy está todo bien, en tercer año sufrió situaciones de burlas y bullying por parte de algunos compañeros en ese colegio por el hecho de ser persona no binaria. Cuenta que en cuarto no lo molestaban ya, pero tampoco lo incluían. “Fue un año en donde me puse a mí primero en

todo, pero me quedé totalmente solo, entonces fue difícil”. Relata que este año decidió cambiarse de curso y está mejor.

En relación a sus amistades, el paciente 3 narra que ha pasado por distintos grupos de amigos, diciendo “los grupos simplemente son algo fugaz”. Al día de hoy mantiene dos amigas que se hizo en el primer colegio al que asistió, las cuales son más grandes. Dice “son las dos personas más cercanas que tengo ahora y no serán muchas, pero son personas realmente valiosas”.

El entrevistado se describe diciendo “al día de hoy yo te puedo decir que soy una persona en realidad no binaria, me gustan los pronombres masculinos, muchas veces me gusta vestirme de manera masculina, otras veces no tanto, pero eso ya tiene más que ver con la expresión de que con cómo me siento, pero no me gusta encerrarme ni en uno ni en otro, y así estoy bien, pero si uso pronombres masculinos o neutros, pero como nadie usa los pronombres neutros normalmente uso los masculinos. Ahora mismo estamos tramitando el DNI masculino... mis dos papás me apoyan con esto...”.

A lo largo del encuentro su tono de voz fue variando en relación a lo que contaba, por momentos un tono eufórico y expresivo, por otros más suave y calmado, otras veces un tono de decepción y tristeza. A su vez, se acompañaba de expresiones faciales y gestos al momento del relato.

3.2.2 Descripción de los resultados del segundo encuentro

Para el segundo encuentro la practicante acordó con cada paciente un día en que ambos pudieran para llevarlo a cabo. El mismo tuvo como objetivo indagar acerca de la relación de los pacientes con los espejos, la imagen, el autoconcepto, autopercepción y autovaloración.

Paciente 1:

El paciente 1 se quedó en la clínica tras su consulta con el médico psiquiatra para estar con la alumna. El consultorio en donde se realizó la intervención fue acorde a la propuesta, debido a que estaba conformado por sillones colocados enfrentados. De por medio había una mesa baja que no interrumpía el contacto entre la alumna y el paciente. A su vez, fue de utilidad para la alumna ya que le permitió poder observar y registrar cada movimiento y expresión del paciente 1.

Para comenzar la alumna le preguntó al paciente 1 cómo le había ido con el psiquiatra. Tras ello, el mismo contestó que más o menos debido a que le había ido mal en una evaluación de la escuela y habían estado hablando de eso con el profesional. Luego, el paciente continuó hablando acerca de su escuela y la relación con sus compañeros. Dijo tener un viaje próximo al cual no quería asistir, entre los motivos mencionados estaban que el día anterior al viaje era su cumpleaños. Al comenzar a hablar de su cumpleaños, relata “yo odio mi cumpleaños”. El motivo de esto es que a sus 12 años invitó a su cumpleaños a dos compañeros y ninguno de ellos asistió al festejo, lo cual volvió a repetirse al año siguiente. Tras ello no volvió a festejar su cumpleaños y comenzó a odiar al mismo. Manifiesta el paciente que en su casa su cumpleaños es un día más, no le hacen regalos, ni torta.

Al comenzar con la propuesta y preguntarle al paciente 1 cómo es su relación con los espejos, hizo una pausa y respondió que no se ve mucho en ellos. Posteriormente se le advirtió que no se usarían espejos reales, sino que se lo invitaría a imaginar. Al pedirle que se coloque en una posición cómoda, movió su cuerpo sobre el sillón que se encontraba y separó sus piernas. Posteriormente, al pedirle que cierre los ojos, presentó cierta resistencia. Al inicio los entrecerraba, guiñaba un ojo, se reía. Manifestó tener miedo a ser asustado.

Luego, al avanzar con la actividad se puso serio, logró concentrarse y conectarse con la misma. Al mencionarle distintas partes del cuerpo para que las relaje, las movía y soltaba. Movi6 sus pies, sus manos, su cuello siguiendo la consigna. Al empezar con la actividad de ensueño, pudo mantener sus ojos cerrados y seguir la propuesta.

Al abrir sus ojos menciona que estuvo buena la actividad. Al momento de contar por qu6 lugares conocidos y desconocidos pas6, se acompañ6 de gestos para indicarle a la alumna por donde iba, “me fui para all6 (señala la Av. Ignacio de la Rosa)”. Al decir los lugares conocidos menciona a su casa acompañándose de un gesto tapándose la cara. Posteriormente dice que nadie lo vio.

Al llegar a la casa, la describe como una casa media grande, con una puerta ubicada en el centro, y muchas ventanas. La misma era de color beige. Al ingresar había un pasillo largo con muchas habitaciones, en donde dos de ellas parecían ser una cocina y un comedor.

Menciona que la habitación de espejos estaba en ese pasillo, junto a otras habitaciones. En la misma habían muchos espejos viejos, reiterando esta palabra dos veces más. Comenta entre risas que todos tenían la misma forma y que las mismas eran “formas viejas”. Eran “como de madera” e indica la forma de los espejos con sus manos, haciendo referencia a espejos cuadrados. Dice que estaban esparcidos de forma desorganizada. Al momento de elegir uno para reflejarse, comenta “fue fácil elegir a qu6 espejo ir, fui a uno de mano, chiquito, que estaba puesto sobre una mesita, estaba al fondo. Era el único distinto”.

Al preguntarle qu6 vio al pararse frente al espejo, menciona que no había nada, no había reflejo. Cuenta que lo intent6 limpiar, mientras hace el gesto de la acción, pero que de todas formas no aparecía nada. Al momento de invertir de roles e ingresar al espejo, menciona que ahí pudo ver algo, aunque de manera borrosa. Comenta que veía a alguien, describiéndolo con pelo largo, flaco, sin saber muy bien qu6 vestía. Menciona que era

mediano y, asegura, que no tenía cara. Dice que se podía hacer el intercambio verbal, pero que a pesar de esto nunca le vio la cara.

Al llegar al momento del diálogo, menciona que le dijo que tenía muy bonito pelo y que el otro le respondió que gracias. Tras comentarle que la consigna era que el que estaba dentro del espejo le dijera algo que considerara que el que se encontraba fuera necesitara escuchar, y de esta forma ir generando un diálogo, menciona no haber escuchado esta parte de la consigna. Tras ello se le pide que lo piense en ese momento. Responde “emmm no se... no te rindas... o con los comentarios negativos que se te cruzan en la mente... y si porque siempre piensa que me están mirando todos, como que siempre estoy atacado, pero en realidad no, estoy seguro... pero pienso...”. Al preguntarle cómo cree que el paciente 1 se sentiría al escuchar eso, contestó “Bien... para mi bien... estaría feliz que alguien me lo diga...”

Al momento de irse de la habitación menciona que no se podía ir, que la puerta ya no estaba. Tras buscarla por un rato largo, encontró una llave y apareció la puerta, la abrió y pudo salir. Posteriormente, cerró la puerta con llave. Continuó caminando por el pasillo de la casa, menciona que era igual a como lo había visto antes, pero que había una mesita de luz con un libro que no había visto cuando ingresó. Al salir, regresó por el mismo camino hasta llegar al consultorio.

Paciente 2:

Al llegar la practicante a la clínica, la paciente 2 ya se encontraba allí esperándola. Al verla ingresar su cara cambió, apareciendo una sonrisa en su rostro. El consultorio en el que se llevó a cabo el encuentro fue distinto a donde se realizó con el paciente 1, el mismo tenía un escritorio en donde de un lado se ubica el profesional y del otro lado el paciente. Frente a

esto, la alumna colocó su silla y la de la paciente enfrentadas a un costado del escritorio, con el objetivo de que el mismo no interfiera entre ellas.

Al ingresar la paciente 2, se comenzó indagando acerca de cómo se encontraba la paciente, cómo venía con el tratamiento y con los profesionales. Tras ello la misma respondió que de a poquito se iba abriendo con ellos, pero que aún era algo que le resultaba difícil. Posteriormente se comenzó con la intervención.

Al momento de explicarle la actividad y mencionarle el nombre que se le había puesto a la misma, su cara se vio modificada, tornándose como preocupada. Al preguntarle cómo se lleva ella con los espejos, respondió que mal. Mencionó que en su casa tiene espejos en los baños pero que no le gusta verse ya que no le gusta lo que ve. Mencionó además que hay días que nada de ella le gusta, mientras que otros días se ve bien, aunque en mayor medida suele suceder lo primero. Al preguntarle qué le gustaría modificar a ella de eso que percibe mencionó que no sabía bien qué, no podía responder.

Tras pedirle que se coloque en una posición cómoda y que cierre sus ojos, lo hizo inmediatamente. Luego al finalizar con la primera parte de la propuesta y pedirle que abra sus ojos, se vio encandilada por la luz del consultorio. Mencionó que le gustó la actividad, dice “estuvo bueno... raro... estuvo bueno. No espere que tuviera que salir, caminar...”

Al empezar a narrar los lugares por los que había pasado, menciona que pasó por su escuela, allí vio autos, alumnos saliendo y animales. Al seguir caminando, dobló por una calle por la que no suele pasar, relata “algo que me llamó la atención fue el cambio en el color de la atmósfera...era como que acá era más colorido y allá era más oscuro”. En ese lugar se encontraba la casa, siendo la misma morada. Tenía tres puertas, dos de entrada y una reja. A su vez, tenía varias ventanas. Era grande, y tenía pasto. Por dentro la describe como

acogedora y cálida. Menciona que era grande y que estaba llena de habitaciones, tenía escaleras y pasillos que te llevaban a más puertas.

Al llegar a la habitación de espejos, menciona “me dio miedo... primero curiosidad, pero después cuando supe que habían espejos no me gusto... no me gusto entrar...” Cuando ingresó vio varios espejos con diseños y formas distintas. Eran grandes y sus marcos estaban tallados, “son de esos re bonitos” menciona la paciente 2. Eran viejos y estaban puestos parados uno al lado del otro. Escogió el espejo porque fue el primero que se cruzó, lo describe como grande y circular, con un diseño en los bordes. Su marco era dorado.

Tras preguntarle que vio cuando se paró frente a él, responde tras un momento de silencio “... como si tuviese una cara de decepción, de disgusto... las dos...”. Luego de continuar en silencio, dice no poder describir a la persona que vio. Cuando ingresó al espejo y observó desde allí menciona “vi a la paciente 2, estaba enojada... vaya a saber por qué... (silencio)... estaba parada, no sé si estaba recta... estaba parada mirando... le preste más atención a su cara... tenía el ceño fruncido, los ojos así como enojada, estaba seria... el pelo lo tenía suelto, por acá como lo tengo yo, del mismo color de mi pelo, estaba despeinada...”

En la conversación cuenta que le parece que se pelearon porque ella le dijo “cosas feas”. La alumna le pregunta qué cosas le había dicho, a lo que la paciente 2 responde tras una pausa larga “... y que era mala... cosas feas...”. Tras esta respuesta, hace silencio, baja su mirada y se larga a llorar. Luego de un momento en donde pudo respirar y tranquilizarse, continuo con su relato diciendo “emm...que era mala, fea, tonta... ella me dijo que estaba mal decirle eso, que se disculpara... y bueno después se disculpa porque está mal decir eso (silencio)... y como que habían cosas en las que tenía que mejorar... capaz entender en el tema de la salud...porque como que me tiro abajo, me quedo en lo malo y me quedo en lo malo... lo veo más reconfortante estar mal que estar bien...” Luego, al seguir indagando al respecto,

la paciente 2 mencionó “yyy así siempre ha sido, entonces lo veo raro a estar bien... porque me he acostumbrado me parece... me quedo ahí...” La alumna le pregunta a qué hace referencia al decir que siempre ha sido así, a lo que la paciente 2 responde “es lo que recuerdo (se suena los dedos) ... en relación a mi... la psicóloga a la que iba antes me dijo que siempre pasaba de una cosa a otra...”

El diálogo entre la que estaba dentro y la que estaba fuera del espejo finalizó ahí, menciona la paciente 2 al continuar con la actividad. Se le preguntó qué le dijo la del espejo a la que estaba fuera tras la consigna de que le dijera algo que considere significativo o que cree que necesita escuchar. Ante esto, dice no recordar. Al igual que con el paciente 1, se le pide que lo piense en el momento. Después de pensarlo, dice “que no todo es malo supongo... que no todo cambio es malo... creo... me parece...” Continúa hablando y relata que posteriormente salió del cuarto y cerró la puerta porque supone que es de mala educación dejar las puertas abiertas en una casa ajena, aunque no le puso llave. Luego salió y regresó por los mismos lugares, llegando al consultorio. Al momento de abrir los ojos refiere que se sintió más tranquila y relajada.

Al concluir con la actividad, se continuó hablando acerca de lo sucedido con el espejo y los comentarios realizados hacia ella misma. La paciente 2 explica que se empezó a decir todas las cosas malas que se le venían a la cabeza, descargando todo lo malo en ella. Luego de que se sonara la nariz y estuviera más calmada, se dio por finalizado el encuentro.

Paciente 3:

Con este paciente se acordó un día para que asistiera a la clínica junto con la alumna. Al encuentro llegó demorado y muy agitado, dando explicaciones de su tardanza. Tras un momento de calma, se inició con la actividad. Se le mencionó el nombre de la actividad y se

le preguntó su relación con los espejos, a lo que contestó, con cara de preocupado, que no es el fan número uno de los mismos.

Posteriormente se inició con la primera parte de relajación, lo cual le fue muy útil al paciente 3 debido a que todavía se encontraba algo agitado. Luego se continuó con la consigna, la cual pudo seguir sin ningún inconveniente.

Tras preguntarle por qué lugares pasó, mencionó que primero fue para el lado contrario a su casa, pero que después pegó la vuelta y se dirigió por la Av. Ig de la Rosa. Comenta que pasa seguido por ahí, entonces conoce la zona. Pasó por la facultad, después por el shopping. Cuando llegó el momento de pasar por un lugar desconocido, relata que se metió por una calle para adentro, en donde se imaginó muchas arboledas, enredaderas, mucho verde pero oscuro, “así como malezas”.

La casa se encontraba allí, al fondo. Describe que era de ladrillo y de madera, tamaño mediano. Tenía mucha arboleda y jardín, aunque este último estaba descuidado. Menciona, además, que la casa en general no estaba muy cuidada, pero que de todas formas se sentía cálida. Sus ventanas estaban cerradas y tenía rejas, y su puerta estaba sin llave. Por dentro tenía muchas cosas de madera, entre ellas muebles, dice que era “media rústica”. Observó un florero con flores frescas, aunque resalta que la casa no estaba habitada. La casa estaba vacía, menciona también que habían libros. De allí fue a la habitación, cuya puerta era azul, a diferencia de las otras puertas que eran de madera o de metal.

Una vez parado frente a la habitación de espejos menciona que no le encantó la idea, pero que estaba curioso. Cuando ingresó habían espejos de distintas formas y tamaños por todos lados, menciona “no eran espejos muy normales”. Narra que no todos reflejaban su cuerpo, así tal y como está. Algunos reflejaban sus colores, otros una animación de él, es decir, lo reflejaban de distintas maneras. Dice “me gusta mucho el naranja, verde y amarillo

así que veía como mi aura en esos colores... o si no una forma más animada de caricatura... y si ya después vi espejos normales...” Al continuar con el relato comenta que “estaban ordenados en su desorden” y que de forma eran como un mosaico, pero más grandes. En algunos vio su cuerpo entero, mientras que en otros solo facciones o partes que no le gustaban tanto como su columna o su perfil, “como que las encuadraba para que las viera...” La alumna le preguntó si alguno de los espejos reflejó algo que le haya gustado, a lo que el paciente 3 respondió “mmm en el de mi físico, así como la vida propia no mucho, capaz que mis ojos...” Cuenta que al momento de elegir un espejo escogió el que se encontraba en el centro, al fondo, abajito. A continuación, dice que no se sintió tan raro viéndose desde fuera del espejo, pero en cambio, sí se sintió raro al estar en el espejo viéndose desde ahí.

Luego de que la alumna le preguntara a quién vio, respondió “me vi a mí, a mi forma humana y me vi entre una mezcla de defectuoso y un niño... era consciente que era yo...” En el diálogo relata que al reflejo le habló de su familia, diciendo entre risas “mba de nuestra familia”. Menciona “le conté que tiene una familia muy linda, y que por más que por mucho tiempo fue desastrosa y porque es bastante desastrosa, tiene un círculo que, aunque sea pequeño es fuerte”, dice que es algo que le quería decir, no sabe bien por qué. Del otro lado comenta que le siguió la conversación y de esta manera, continuaron hablando de la familia. Después describe al que estaba dentro del espejo como un poquito más seguro y más sabio, viéndose más maduro que el niño. Dice “yy es como si yo cuando estaba dentro del espejo le contara cosas de la familia que yo mismo no sabía... no se... raro...”

A continuación, narra “le conté cosas como las de hoy que por ejemplo fui a terminar de hacer todo el trámite del DNI..., le conté que ahí estuvo mamá, que me abrazó, le conté que mi hermano siempre está ahí... le conté que los más importantes están. Y nos pusimos a recordar los dos. Recordé el viaje que hice con mi papá y con mi hermano en auto a Mar del

Plata, que yo con mi papá no suelo llevarme muy bien pero ese viaje fue chistoso y me recordé a mí con mi mamá y con mi hermano los domingos, ayer que se sintió muy cálido, que estuvimos los tres y nos apoyamos, que yo agradecí tener una familia, un entorno...”

Comenta que últimamente eso es algo que está mucho en su cabeza, es consciente de que hay mucha gente que no puede comunicarse con su mamá o que no tienen esa relación con los hermanos, o que no tienen muchas cosas que él sí, por lo que decidió agradecerlo. Cuenta que el día anterior al encuentro había estado junto a su mamá y a su hermano en silencio un rato en el patio de su casa tomando mates, a lo que agrega “es muy simple, pero te da paz... así que estuve hablando de eso conmigo” acompañado por risas.

La alumna, posteriormente, le pidió si podía describir físicamente a la persona que vio. Tras ello respondió “mmm... (silencio)... no sabría decirte como era pero lo veía menos defectuoso... cuando yo estaba en el espejo y mire al que estaba dentro de la casa, el que estaba en la habitación de espejos, se sintió vulnerable... yo cuando estaba en la sala de espejos me sentí vulnerable porque sentí que me estaban mirando todos esos espejos o que mi inconsciente me iba a estar atacando por lo que veía en esos espejos, pero en cambio, estando adentro del espejo me sentía más seguro... no sé si realmente cambió algo, pero era diferente como yo lo veía...”

Al irse de la habitación menciona que se fue relajado, cerrando la puerta sin llave. A continuación, agrega “pero dejé una ventana abierta”. Luego se retiró de la casa, y regresó al consultorio pasando nuevamente por la calle oscura y llena de malezas, “pero bonita y con gatos callejeros” añade, hasta llegar a la Av. Ig. de la Rosa con todos sus autos y ruidos.

Al abrir los ojos comenta que fue consciente de que se encontraba más calmado en la respiración. Agrega que hay cosas que pasaron en la actividad de ensueño, pero que

hablándolas pudo ir dándole forma y sentido. Para finalizar comenta “no tengo nada para agregar, pero me gustó esta sesión, estuvo bonita”.

3.2.3 Descripción de los resultados del tercer encuentro

Para esta intervención se acordó con los pacientes 1 y 2 realizarlo el día que tenían sesión con la psicóloga, mientras que con el paciente 3 se acordó un día en donde tanto él como la practicante pudiesen. Todos los encuentros fueron realizados en el mismo consultorio, el cual tenía un escritorio que separaba a la alumna de los pacientes, pero a la vez resultaba necesario para el momento de dibujar y escribir.

El objetivo de este encuentro fue indagar, a partir de una técnica proyectiva gráfica, el grado de desarrollo emocional, grado de organización y fortaleza yoica, grado de organización del esquema corporal, percepciones de los otros y del mundo, grado de diferenciación sexual, conflictos, ansiedades y defensas. A su vez, observar la imagen interna que el paciente tiene de sí mismo. Posteriormente, con el recurso de la escritura, el objetivo fue realizar un cierre de los encuentros e invitar a cada paciente a pensar acerca de ellos mismos, sus recorridos, sus vivencias, sus actitudes, comentarios, deseos, proyectos, y, a continuación, plasmarlo en una carta hecha por cada uno de ellos hacia sí mismos.

Paciente 1

El paciente 1, tras un cuadro importante de gripe, estuvo sin ir a la clínica por tres semanas. Al reincorporarse, tuvo su primera consulta con la psicóloga, en donde asistió la alumna para realizar la intervención con él, a pesar de que la misma ya había cumplido sus horas de prácticas en la institución.

En un primer momento, la psicóloga del paciente 1 le explica que esta sería la última intervención con la alumna que se encontraba allí, y que, debido a su ausencia en la clínica

por un tiempo prolongado, la alumna había tenido que asistir fuera de término porque quería realizar el cierre con él. Tras ello, el paciente 1 se mostró descortés, llevando a cabo un comentario entre risas hacia la alumna, “y bueno, si ya terminó que se vaya entonces”. Posteriormente la psicóloga le mencionó que ese comentario había estado fuera de lugar y que hacía sentir mal a las personas. En ese momento el paciente 1 escuchó a la psicóloga sin decir nada al respecto.

Después, la alumna le explicó al paciente 1 la actividad pensada para ese encuentro de cierre, obteniendo de respuesta por parte del mismo muchas quejas. De forma seguida el paciente dice “ah igual me acuerdo que me gustó el último encuentro... lo que hicimos...estuvo bueno...así que bueno”. Frente a este comentario la psicóloga le dice “viste paciente 1, te gusta quejarte nomás”, a lo que el responde riendo que sí.

En un primer momento se le colocó una hoja frente a él y un lápiz con una goma, tras ello se le dio la consigna. Frente a la misma el paciente 1 expresó no saber dibujar. Se le respondió que no importaba si sabía o no dibujar y se le dijo que haga lo que mejor pudiera. Comenzó por las paredes y el techo, siguiendo por la puerta. Luego hizo las ventanas y los balcones. De forma muy rápida realizó su dibujo y dijo que había terminado.

A continuación, se le dio la segunda hoja junto a la consigna. Al decirle que no podía dibujar ni un pino ni una palmera dijo no conocer otros árboles y se quedó por un tiempo sin hacer nada preguntándole a la alumna y a la psicóloga qué podía dibujar, en forma de ayuda. Al no obtener respuestas por parte de las mismas, comenzó a dibujar. Hizo el tronco y luego las ramas del árbol de forma continua. Comentó “es un árbol muy feo”, mientras hacía trazos en la parte superior. Para finalizar, realiza un limón colgando de una de las ramas.

Posteriormente, se le entregó la última hoja acompañada de la consigna. Al iniciar menciona no saber dibujar mientras comienza su dibujo por la cabeza, siguiendo por el

tronco, los brazos y las manos. Continúa con las piernas y pies mientras dice “me está saliendo horrendo”. Termina con el rostro y el pelo.

A continuación, se siguió con la segunda parte de la actividad. En la misma las respuestas del paciente 1 eran muy concretas, sin poder pasar a un pensamiento más abstracto e imaginativo. La casa comenta que era la misma que la del encuentro anterior, el árbol era uno que siempre observa de su vecina y la persona es un compañero de la escuela. Se quedaba adherido al no saber y no podía continuar, por ejemplo, al preguntarle como era el árbol y que contara un poco de él, dijo que no sabe nada de árboles, que no podía agregar nada más. Al momento de describir a la persona lo describió a su compañero, sin poder ir más allá. Tras la alumna preguntarle cual era la parte del cuerpo que más le gustaba respondió que no sabía cuál era la parte del cuerpo favorita de su compañero.

Posteriormente se realizó la actividad de la carta, en donde se le pidió que cierre sus ojos, llevándose a cabo una actividad de relajación y toma de conciencia del cuerpo. Al abrir sus ojos se le dio la consigna junto a otra hoja. El paciente 1 menciona no saber que escribir, seguido de un “me da vergüenza”. En este momento la alumna le aclaró que esa hoja se la iba a dejar él y que solo compartiría lo que el quisiera, era una actividad pensada para ellos mismos. El paciente 1 se pone a escribir y pregunta si puede escribir más de una oración, a lo que se le responde que sí, es una carta. Por momentos escribía, por momentos miraba la hoja, pensativo. Luego procede a tachar una parte de lo que había escrito. Tras ello dice haber finalizado y dobla su hoja.

Al preguntarle cómo se había sentido con la actividad, contesta “bien, me gustó”. De forma seguida dice “está bueno decirse cosas que no nos decimos tan seguido, me hizo sentir bien. Estaría bueno que otros me lo reconozcan también”. Luego la alumna se despide y le agradece al paciente poder haber hecho las intervenciones con él. Tras ello la alumna se

levanta de su silla para retirarse del consultorio y dejar al paciente 1 con su psicóloga. El paciente, de forma seguida, se levanta al mismo tiempo esperando a la alumna a un costado de su silla. La alumna se acerca y él abre sus brazos, despidiéndola con un abrazo afectuoso y cálido, diciendo “gracias” con un tono suave y despacio mientras la abrazaba.

En conclusión, la alumna percibió que con esa despedida y abrazo final el paciente pudo expresar aspectos que no pudo hacer de forma verbal o escrita durante el encuentro.

Paciente 2

Al ingresar la alumna al consultorio de la psicóloga en donde se encontraba la paciente 2, la misma la recibe con una sonrisa. La alumna toma asiento y procede a preguntarle cómo estaba. Luego de una conversación inicial, se le comenta que este será el último encuentro, a lo que la paciente asiente. Posteriormente se comienza con las actividades.

Al colocarle la primera hoja frente a ella y darle la consigna inicial, la paciente 2 menciona que le gusta dibujar, pero, a pesar de esto, con tono asustada dice tener miedo. Seguidamente comienza con el gráfico de la casa. Se observa que la paciente 2 se toma su tiempo para realizar el dibujo, retornando las veces que consideraba necesarias a aquellas partes que cree necesitan un retoque o ser realizadas nuevamente. Comienza por lo que sería la parte inferior de la casa, continúa por la entrada y realiza las puertas. Remarca algunas zonas de la casa mientras continúa dibujando, entre ellas el techo y las paredes. Hace las ventanas, plantas y el piso delantero. También utiliza la goma para borrar en algunas oportunidades, por ejemplo, una ventana que había hecho en el techo, la cual borra y luego remarca la zona. Finaliza con plantas por toda la casa y pasto.

En un segundo momento se le da la hoja siguiente, en donde debía realizar el árbol. Al decirle lo que debía graficar, la paciente 2 mira a la alumna con ojos entreabiertos y su ceño fruncido. Su gesto parecía expresar atención, confusión e incertidumbre, como intentando comprender qué se le estaba pidiendo. Luego, comienza con la realización del dibujo comenzando por el tronco y remarcándolo. Continúa con el resto del árbol, siguiendo por el pasto, ramas, hojas. Después realiza unos trazos en la parte superior del árbol y agrega algunos detalles como hojas y grietas en el tronco.

Cuando la alumna le da una nueva hoja y le comenta que aún no terminaba la actividad, la paciente 2 ríe. Al darle la consigna, la misma pregunta “¿hombre o mujer?”, tras decirle que haga una persona cómo ella desee continua con su dibujo. Después de hacer la cabeza, cuello, tronco y cintura, marca con círculos las partes en donde irían las extremidades. De forma seguida hace los brazos, los cuales remarca. Luego continua con las piernas y, después, con los pantalones. Posteriormente realiza las manos. Utiliza la goma para borrar la cintura, hace algunos retoques. Sigue por la parte inferior de las piernas y los pies. Borra los pies y los vuelve a hacer. Hace nuevamente las rodillas y entre piernas, luego de borrarlas. Sigue por el rostro y finaliza con la remera.

A continuación, se sigue la segunda parte de la propuesta. Comienza por la casa, la describe como “una casa tranquila”, vieja, de color “rojo claro” con muchas plantas. En la misma vive una familia “divertida” conformada por 4 miembros. La casa está “sola en el campo”, pero a pesar de eso le realiza un timbre, el cual dice que no le salió muy bien y que tampoco sabe muy bien por qué lo dibujó.

Al describir al árbol, menciona que es un roble que se encuentra en un bosque con otros árboles. El mismo está “pelado” porque está en otoño, tiene 10 años. Dice que salió solo

y que se encuentra rodeado de animales. Cuando es un día de tormenta menciona que se le caen las hojas, pero que el árbol se mantiene firme y “consistente”.

Cuando comenzó a describir a la persona, hace una pausa acompañada de “mmm”, como si estuviera pensando. Luego dice que se llama Lupita, tiene 20 años y menciona que “parece que trabaja en el campo porque está de shorts”. Relata que está pelada y feliz. Menciona que la parte del cuerpo que más le gusta son sus manos, y agrega “su pelo no, porque no tiene”. Dice no saber el motivo por el que está pelada, “puede ser porque le pasó lo peor como cáncer o algo así, o porque le gusta tener el pelo así”, la paciente 2 opina que es porque le gusta así. Sus manos son su parte favorita porque con las mismas puede hacer cosas, mientras que la parte que menos le gusta es su cara, sin saber muy bien por qué. En este momento advierte que no tiene orejas. En relación a los deseos pide tener un campo más grande, muchos animales y más amigos.

Durante la actividad la paciente 2 responde de forma tranquila, tomándose su tiempo para pensar. Las respuestas iban acompañadas de pausas extensas, de cierta duda y con comentarios como “puede ser porque”, “tal vez”, “capaz”.

Para finalizar el encuentro se realizó la propuesta de la carta. La paciente 2 pudo conectar con el momento inicial de la actividad y posteriormente redactar, aunque presenta cierta resistencia en esta instancia. Escribió, entre otras cosas, que “desea mejorar en lo alimentario”, “terminar la secundaria” y “mejorar como persona”. Menciona que escribió generalidades, y tras brindarle más tiempo para que profundice en lo que considere necesario, responde “es que siempre me pasa lo mismo, como que no... (silencio)”. Mira su carta, la lee y dice “no, yo creo que ahí está”. Para concluir, la alumna y la paciente se despiden.

Paciente 3

Con el paciente 3 se acuerda un día puntual para llevar a cabo la intervención. Esta vez llega veinte minutos antes del horario pautado, e ingresa al consultorio en donde se encontraba la alumna esperándolo.

Se le dice la actividad pensada para este último encuentro, mostrándose el paciente 3 conforme con la consigna. Luego de darle la primera consigna, comienza por las paredes y la puerta. Sigue con las plantas en forma de enredadera y con el techo. Le hace arriba de la parte circular, un detalle cuadrado. Hace la ventana circular con sus detalles, después las ventanas del piso de abajo junto a las cortinas y luego, una especie de cerco. Remarca la parte superior en forma circular de la casa, mientras comenta “está muy hecho así nomás esto”. Luego hace la luna, el picaporte de la puerta, el árbol. Agrega más plantas a la casa y la hamaca paraguaya al lado del árbol.

Al darle la consigna siguiente, se da cuenta que se “había adelantado” a la actividad ya que había realizado un árbol en el gráfico anterior. Se lo toma con humor, entre risas. Comienza por un lado del tronco, siguiendo por las ramas y continuando con el otro lado del tronco. Les agrega algunos detalles a las ramas y al tronco. Después hace unas hojas en la parte inferior de la hoja y concluye con la luna.

Para el dibujo de la persona comienza por la cabeza, siguiendo por el cuerpo. Marca, al igual que la paciente 2, en donde se ubicarían las extremidades. Luego hace el cuello y el cuerpo en tres dimensiones. Realiza las piernas y continúa con el cabello, en donde se lo ve concentrado haciendo los rulos. Hace detalles como las líneas en los pechos, líneas en la parte de las zonas íntimas y pelos en las piernas. Finaliza con los pies y las manos, pasándole su mano por arriba para darle el efecto borroso.

A la parte imaginativa de la técnica, pudo hacerla sin dificultad. Inició describiendo la casa, diciendo que es de una persona a la que le gusta la naturaleza. Es una casa donde viven

emociones, dice el paciente 3, conviven la nostalgia, la felicidad y la tristeza. Menciona que se llevan “complicado”, principalmente la nostalgia y la tristeza, mientras que la felicidad los equilibra. Cuenta que a esta casa la construyó el dueño de las emociones, en un bosque junto a un lago. Por fuera está hecha de madera y ladrillo, y, por dentro, de madera. Menciona que tiene tres pisos, en el tercero hay muchas plantas y ahí vive la nostalgia, en el segundo conviven la felicidad y la tristeza, mientras que en la planta baja está la cocina y el comedor. En la parte delantera la casa tiene un cerco bajito, porque “a pesar de que esté en un lugar libre se tiene que cuidar”, relata el paciente 3. Continúa diciendo que al árbol que está en el patio lo plantó el dueño, es un naranjo, pero al estar en otoño las naranjas se cayeron. El objetivo de ese árbol fue que tuvieran una tarea en común las tres emociones, algo que tengan que cuidar. Narra que la felicidad cumple la función de darle un propósito al árbol, se acuesta en la hamaca a observarlo. La tristeza, por otro lado, lo riega con sus lágrimas, mientras que la nostalgia le hace poemas al árbol y a la luna, le gusta cuidarlo de noche. Regresa a la casa y menciona que tiene una puerta azul, ya que para el paciente 3 la alegría, la tristeza y la nostalgia son distintos tonos de azules, por eso la puerta es de ese color. La misma da a la cocina en donde hay distintos aromas y comida casera. Dice que el que cocina es el dueño de la casa, pero otras veces se van turnando entre las emociones, aunque a la nostalgia no le gusta cocinar. Hay veces que no se llevan muy bien y come cada uno por su lado, y otras veces que ponen una película y están juntas. Tras preguntarle qué es lo que está arriba del techo, comenta que tiene un gallo para marcar los puntos cardinales. A continuación, menciona que la casa está sola por varios kilómetros, reiterando la palabra sola. Cuenta que hay más casas por el bosque del resto de las emociones, aunque no están tan cerca y que la casa del dueño está por ahí también. Las enredaderas que tiene la casa crecieron solas, relata “la casa supo estar y las plantas supieron crecer”, “fueron invadiendo de manera tranquila la casa, invadiendo en el buen uso de la palabra, se hizo parte”. Menciona que la casa es vieja,

tiene 20 años. Al describir las ventanas menciona que una de las de abajo da al baño y a la biblioteca, es la que tiene la luz apagada. La otra, tiene la luz prendida, dando a la cocina y al comedor. En el dibujo está de noche, aclarando que no siempre está así allí.

Con respecto al árbol menciona que es grande y que su tronco es ancho. Menciona que es un árbol habitable, donde se puede estar y, cuenta, que hay una “personita a la que le gusta treparse y ponerse a dibujar y a leer”. Está en un santuario, rodeado de otros árboles. Relata que fue plantado para los animales y el ecosistema, por uno de los chicos del santuario porque estaba encariñado con una ardilla que había perdido su casa, entonces decidió plantar ese árbol para que la misma pudiera vivir ahí. Tiene 3 años, “sí, creció rápido” dice el paciente 3. Tiene partes finitas que “no van a ningún lado”, son duras, de madera. Dice “es solo un árbol que no tiene ni mucho principio ni mucho fin”. Está en otoño, por eso las hojas se cayeron, pero en verano es naranja y amarillo. Lo describe como “alto, pero no gigante. Gordito. Grandote”. Menciona que por dentro tiene su espacio, tiene sus rinconcitos. Al preguntarle cómo hacen las ardillas que viven ahí para ingresar, comenta que escarban y entran por el piso. Sigue diciendo que el que lo plantó es viejito, entonces no va muy seguido, por lo que normalmente subsiste solo. Se encuentra al aire libre, la lluvia lo ayuda a crecer, el viento le arranca un par de ramas, pero vuelven a crecer, es parte de la naturaleza narra el paciente. Comenta que la naturaleza lo nutre y las ardillas lo mantienen calentito. Al preguntarle si le hace acordar a algún árbol, responde que sí, a un árbol al que solía ver en el Parque de Mayo, dice “una vez subí con mi papá y con mi amiga. Mi papá nos subió a los dos y veíamos todo desde arriba. Me acuerdo de ese día”.

Por último, llega el momento de la persona, a la cual describe como un humanite, una persona que no nació en esta sociedad. La misma nació en otro lugar que todavía no tiene una sociedad conformada, “simplemente es quien es” comenta el paciente 3. Continúa su relato

diciendo “no tiene por qué sacarse los pelos de las piernas, no sabe muy bien por qué sangra cada mes, pero sangra, no tiene pechos y tiene brazos, pero sus manos son como una sensación, te tocan, pero no sabes de dónde viene”. Explica que están, pero de una manera más abstracta. Dice “si esa persona te da la mano vas a saber que te la está dando, si esa persona te da un abrazo, vas a sentir los dedos, pero no lo ves”. Lo describe como un indio, mencionando que se la pasa jugando con barro y palitos. Relata que vive en una tribu y ha crecido con esa gente, que habla mucho y es sociable. Acto seguido dice, “no de hecho no habla, no sabe hablar, se comunica, pero no por el habla. Hace ruidos, gestos”. Comenta que le gusta la gente que conoce, es sociable con esas personas, pero no con nadie que venga del exterior. Explica que le da miedo porque no las conoce, no sabe qué le pueden hacer. Dice “no es malo, simplemente se resguarda”. Menciona que, si le tuviera que poner un nombre sería Ryu, acto seguido agarra el lápiz y lo escribe en la hoja del dibujo. Indica que tiene 17 años, agregando “para lo que nosotros son años”. Continúa la descripción diciendo es “morenita, café con leche”, de contextura media. Tiene tatuajes como líneas o símbolos en marrón oscuro por la espalda, el paciente 3 los describe como “sencillos”. Relata que tiene rulos muy bonitos, pero que no los sabe cuidar entonces su pelo es un “despelote”. Dice que sus pies están destruidos porque anda descalza todo el tiempo. Le gusta bailar, “ella se sacude, hace lo que le sale, lo que aprendió con su tribu y va inventando cuando puede. Es bastante espontánea”.

Continúa describiendo a la tribu. Detalla que son 15 personas, que viven en cabañitas de barro, en un bosquecito. Allí viven de plantas, de frutas y verduras, y, cazan animales. A su vez, menciona que son un poco supersticiosos, y aunque no hablan, “tienen sus propias historias que contar”. Son bastante familiares, protegen a los suyos. Cuenta que les gusta pasar tiempo juntos y que están organizados; se dividen entre los que cazan, entre los que ayudan a construir y, de esta forma, se mantienen. Los describe como una mini sociedad. Al

preguntarle a qué se dedica Ryu, contesta “se dedica a cuidar las plantas, a mantenerlas para que crezcan y después puedan comer de ellas, o hacer plantas medicinales o cosas así”.

Siguiendo con el relato dice que la parte del cuerpo que más le gusta es que no tiene pechos, porque ve a otros que sí tienen pechos y le parece incómodo. Menciona que se siente más liviano así. Por otro lado, las que menos le gusta son su espalda y su perfil. Tras preguntarle por qué, dice que está media jorobada. Su perfil no le gusta mucho, su nariz o como se ven sus ojos de costado. Aunque en el dibujo no se percibe, menciona que, si tiene rostro, solo que no le gusta dibujarlos. Al pensar una virtud de Ryu cuenta que sabe escuchar a los demás, sabe hacerlos sentir acompañados. Cuando menciona los defectos dice “un defecto es que es muy ansioso y es medio impulsivo entonces a veces comete errores o hace cosas que no tiene que hacer... por ejemplo cosas en su tribu, o con alguna persona en especial, o en su día a día. En un momento en que otra persona está hablando y Ryu va y se mete, y no sabe esperar o sobre piensa mucho. Aunque viva en un entorno muy libre, a veces no se libera tanto de su cabeza”.

Cuenta que Ryu piensa mucho en cómo conectar con la gente, pero que a su vez ha pensado varias veces de irse de su tribu. Narra que le gusta su tribu, pero, muchas veces no se siente parte, o se siente incomprendido. Dice que la gente allí suele ser “piola” y que a veces son más las acciones que las persona en sí la que lo hacen sentir de esa forma. La alumna le pregunta qué acciones lo hacen sentir de esa manera, a lo que responde que no entiendan su forma de pensar, o de comunicarse o las decisiones que toma, su forma de vestir. Comenta que se viste con mantos de colores y ahí casi todo el mundo usa ropa marrón o verde para camuflarse ya que combinan con el entorno, y Ryu, a diferencia del resto, se viste con un montón de colores y con un montón de cosas. Explica que eso a la gente le molesta, y que lo hace sentir muy observado. Se le pregunta si considera que realmente lo observan o si reconoce que es un pensamiento. Responde “es más pensamiento de él, sinceramente”.

Luego, se continúa preguntando si le hace recordar a alguien, a lo que dice que sí, seguido por “supongo que nos reflejamos en las cosas que dibujamos y creamos, me gustaría ser así un poco como Ryu, no en la parte de sobre pensar tanto porque eso ya lo tengo yo, pero me gustaría vivir lejos, no en esta sociedad. Me gustaría vivir descalzo todo el tiempo, todo como él. Como en las playas nudistas, pero con gente. En donde el cuerpo no sea un tema tabú y no sea algo que ocultar o algo para sentirse mal, si sos más o menos gordo, si sos con piel más clara o más oscura, etc”.

Para finalizar con el encuentro, se continuó con la propuesta de la carta. Allí, el paciente 3 fue siguiendo las instrucciones que se le daban para realizar la instancia de relajación y toma de conciencia. Posteriormente se lo invitó a pensar, manteniendo sus ojos cerrados, en aquello que se diría, agradecería, perdonaría, sus proyectos, su recorrido realizado. Se le mencionó que cuando quisiera podía abrir sus ojos, y escribir en la hoja que tenía frente a él una carta dirigida a él mismo. Al abrir los ojos y encontrarse con el papel y la lapicera, dijo “oh mierda”. Mientras escribía posicionó su brazo, con el que no escribía, delante de la hoja, impidiendo así que sea leído lo que redactaba. Al finalizar, se le preguntó cómo se sintió con la actividad y si quería compartir algo de lo que había puesto en la carta, a lo que respondió que sí. Menciona que se sintió bien, que escribió cosas que él un poco sabe pero que está bueno recordárselas. Al preguntarle si hubo una parte que le costó más escribir, dice que no profundizó tanto, pero sí que en una parte escribió acerca del hecho de que está volviendo a recaer, y se dice a sí mismo que lo está haciendo bien, que no está lastimando a nadie pero que tal vez sí se está lastimando un poco a él. Menciona que no está mal recaer, pero que en algunas cosas se da cuenta que lo está haciendo. Dice que ser consciente de que no está del todo bien es difícil a veces. Comenta que es momento de hacerse cargo. Dice saber que no es mala persona, y que tiene muchas aptitudes y muchos colores. Relata “sé que soy un niño de mil colores, aunque a veces me embarro las manos con sangre. Son muchos

colores y todos muy bonitos, pero después soy muy hostil”. Tras preguntarle a qué hace referencia con la frase mencionada anteriormente, responde luego de un silencio largo, “no sé, es como que no sé cómo una persona puede ser tan alegre, tan social, tan cariñoso con otras personas y puede entregar tanto amor y dedicación a la gente que quiere, pero después se queda con sentimientos o de vacío, o no sé si de vacío porque me satisface querer a la gente que quiero y demostrarlo, pero no me dejo nada para mí, nunca me dejo nada para mí. Soy un intenso, no solamente en forma romántica, sino con amigos, con familia, con vínculos en general. Y después quedo tan mal, no tengo energía, porque la energía ya la di, ya la esparcí. Y hay personas a las que le hace bien, y hay personas que ni siquiera lo notan, y después cuando yo me pongo mal no tengo energía, no tengo como ayudarme, es como si fuese otra persona totalmente diferente. Yo hoy me siento bien, me siento lleno de colores en lo máximo de sus formas, pero yo sé que hay momentos en los que estoy muy mal, muy mal, en los que puedo lastimarme, en los que puedo golpear mi cabeza contra la pared, y tener ataques de ansiedad, y lastimarme. Generalmente me lastimo con rasguños con mis uñas, me aprieto, o si tengo algo con filo a mano me lastimo los brazos, pero eso era antes, ya no tanto, muy de vez en cuando. Sí me pasa mucho eso de querer golpearme la cabeza contra la pared, como dice la canción de intoxicados...” La alumna le consulta si lleva a cabo esta acción, a lo que el paciente 3 responde que sí, y que además se pega cachetadas. Esto le sucede cuando tiene ataques de ansiedad, lo cual no le pasaba desde segundo año, pero ahora de vez en cuando le está volviendo a pasar. Comenta que antes no sabía de dónde venía la ansiedad, menciona que al ponerse ansioso antes vomitaba, lo cual reconoce que también era una forma de lastimarse. Cuenta que él se autoprovocada el vómito, y que eso sigue estando en la actualidad de vez en cuando porque eso lo alivia, dice que es como sacarse cosas de encima, a veces lo hace porque comió mucho, otras veces porque se siente lleno y que va a explotar o a veces simplemente porque no tuvo un buen día.

Continuando con su relato dice poder llegar a ser muy oscuro con él mismo, y hacer cosas muy feas lo cual no le gusta porque contrasta mucho con esos colores que dice tener. Ha podido identificar situaciones que lo llevan a ponerse ansioso y provocarse este tipo de daño, como por ejemplo discutir con su papá, estar en un ambiente en donde no respeten sus pronombres. Dice que lo de su papá le sucede frecuentemente porque con él discute seguido. También menciona que a veces no le gusta como se ve, o que no le gusta que sobre piense mucho e intenta abrazar su sensibilidad, pero muchas veces es muy sensible, lo cual no le gusta. Dice ser muy sensible con los otros y con él, con todo en general, le suelen afectar cosas que a los demás no lo cual le da bronca. Después dice que sí le gusta ser sensible, pero no siempre. Le gusta su sensibilidad porque le permite escribir cosas, percibir cosas y conectar con los demás, pero otras veces le juega en contra. Tras ello la alumna le hace una devolución, a lo cual el paciente 3 asiente. La voz del mismo al relatar lo mencionado es suave, calmada, tranquila, pero a su vez, con cierto tono de tristeza, como si por momentos se apagara. Su mirada alternaba entre el escritorio y los ojos de la alumna, mientras continuaba con el discurso. En ciertas ocasiones se acompañó de silencios largos, pausados.

Posteriormente se hace el cierre y se le pregunta cómo se ha sentido en los encuentros. Frente a la pregunta, contesta “bien, me gustaron estas sesiones”. A continuación, la alumna le agradece por la participación en sus intervenciones, a lo cual el paciente 3 responde que disfrutó bastante y que le ayudó a hacer una introspección con él mismo. Dice haberse sentido muy cómodo, y que eso también le gustó mucho. Se despide y se retira del consultorio agradeciendo.

3.3 Resultado respecto a las prácticas pre profesionales supervisadas

La rotación realizada en la clínica Sol de Abril permitió despejar dudas y prejuicios en relación al Trastorno de la Conducta Alimentaria, posibilitando un aprendizaje significativo sobre el mismo.

Desde el momento inicial de las prácticas la alumna recibió un trato cálido, de confianza hacia ella y de apertura. En relación a la directora general y a los profesionales que acompañaron en el proceso, se mostraron predispuestos a enseñar, escuchar y acompañar en todo momento lo cual hizo que las prácticas resultasen un espacio de aprendizaje e intercambio constante. El aporte de cada profesional desde su conocimiento y experiencia, la observación del modo de trabajar e interactuar con los pacientes de cada uno, y a su vez del trabajo interdisciplinario, permitió a la practicante conocer el modo de desenvolverse ante los pacientes, familiares y hacia otros agentes teniendo en cuenta aspectos según cada ocasión.

Fueron meses de crecimiento tanto personal como profesional, en donde la alumna se acercó al rol del psicólogo clínico. Dicha experiencia contribuyó a interiorizar y trabajar en torno a dificultades personales, disociación instrumental, la ética, secreto profesional, conformación del encuadre de trabajo y, a su vez, a descubrir el modo en que la alumna se siente cómoda al momento de intervenir con cada paciente. Contribuyendo a lo ya mencionado, este espacio impulsó a la practicante a querer saber, conocer e investigar más acerca de la temática.

Se aprendió acerca del trabajo con niños y adolescentes, lo cual al mismo tiempo implica incorporar a las familias. Al ser los pacientes menores de edad, es necesario y obligatorio el acompañamiento y consentimiento por parte de los padres o tutores. Se observó que algunas familias se encuentran comprometidas con la situación y buscan colaborar positivamente con el proceso. Por otro lado, otras complejizan la situación del paciente, lo

cual hace más difícil el abordaje y progreso favorable del mismo. También se adquirió conocimiento acerca del trabajo con adultos, en donde se destaca que la principal dificultad en ellos se encuentra en la conformación de nuevos hábitos más saludables.

Como diferencia entre los distintos rangos etarios con los cuales se estuvo se puede mencionar que en el caso de los adultos gran parte de ellos asiste de manera voluntaria luego de registrar la necesidad de tener que bajar de peso. Debido a esto suelen ser personas que se esfuerzan y cumplen con lo que los profesionales indican. A diferencia de ellos, los niños y adolescentes suelen ser llevados y en pocos casos existe un reconocimiento de la enfermedad, lo cual dificulta el tratamiento.

En relación a las fortalezas se distingue por parte de la practicante su predisposición, capacidad de escucha y constancia. A pesar de atravesar por momentos de miedo, dudas, nervios, vergüenza, incertidumbre, frustración se logró registrar y manejar de manera acertada las distintas emociones y pensamientos generados en cada situación, evitando que los mismos interfieran en las prácticas. Se destaca la capacidad de aprender y, a su vez, de disfrutar dicha experiencia haciendo de la misma un trayecto altamente significativo y de impacto imborrable en el desarrollo personal y profesional de la alumna.

En torno a las debilidades se identificaron, principalmente al inicio de las prácticas, cierta dificultad al momento de generar una disociación instrumental con los pacientes y sus familias, resultando complejo no verse conmovida por ciertas situaciones. Se percibió primordialmente en los encuentros en donde estaban los padres presentes al percibir las distintas emociones que expresaban, las cuales llegaban a la alumna. También se registró frustración con ciertos pacientes en donde la distorsión acerca de sí mismos y los pensamientos rígidos estaban muy presentes.

En cuanto al momento de realizar las intervenciones con los tres pacientes elegidos se registró nervios, incertidumbre de lo que ocurriría y, a su vez, miedo de estar por primera vez en el rol de profesional ante una persona como paciente. Se sintió mucha responsabilidad y compromiso hacia los mismos. A pesar de esto, se cree que la alumna contaba con las herramientas para manejar cada encuentro de forma correcta, generando un espacio de comodidad, tranquilidad, empatía y confianza con los pacientes.

Resultó de gran importancia el acompañamiento y asesoramiento brindado por los distintos profesionales al momento de rotar por las diversas áreas. Se destaca el rol de la directora general de la clínica y de la psicóloga de los pacientes 1 y 2, quienes fueron orientando a la practicante al momento de intervenir, despejando interrogantes y brindando seguridad.

En conclusión, las prácticas fueron un espacio de enriquecimiento personal y profesional, en donde se pudo adquirir conocimientos tanto teóricos como prácticos al momento de establecer un vínculo con pacientes de diversas edades que presentan una patología vinculada a la conducta alimentaria.

3.4 Análisis de los resultados

Los tres pacientes presentan un Trastorno de la Conducta Alimentaria; dos de ellos tienen el diagnóstico de TANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado), mientras que el tercero presenta Anorexia Nerviosa de tipo restrictiva. En este trabajo se propone tomar al TCA como síntoma, es decir, como manifestación de un posible malestar intrapsíquico o interpersonal en el adolescente.

3.4.1 Relación entre el TCA y la Identidad de Género.

En cuanto a la relación entre los Trastornos Alimentarios y la Identidad de Género, se observa que en dos de los tres casos existe relación entre las variables, en donde el conflicto con la identidad ocupa un rol importante en el desencadenamiento del TCA. Esto se puede evidenciar tras la respuesta del paciente 3 ante la pregunta de que si presenta dificultad al momento de decir quién es él, el paciente respondió que sí, pero que con ayuda de internet logró asesorarse al respecto, diciendo “mm sí, pero el asesorarme un poco, aunque sea con internet, me ayudó mucho. Me encontré con muchas personas pasando por mí misma situación, entonces me podía encontrar en esos lugares... luego me cambié de nombre. Al principio alternaba entre dos, hasta que me decidí por uno, que es el que uso actualmente...”. Esto, a su vez, demuestra que las redes sociales presentan una doble vertiente. Por un lado, pueden reforzar modelos estéticos que inciden en la construcción de la imagen corporal y contribuir a estereotipos de belleza socialmente pautados, mientras que en otros casos constituyen espacios de pertenencia y contención emocional para quienes se encuentran atravesando una instancia de reflexión crítica acerca de su identidad u orientación. Es por esto que se debe promover un uso crítico y regulado de las redes sociales, permitiendo así minimizar los efectos perjudiciales y potenciar los beneficiosos.

En el segundo encuentro se pone de manifiesto en el paciente 1 cierta confusión en torno a su identidad, relatando “al pararme frente al espejo no había nada, era blanco... no había reflejo... como que lo intentaba limpiar... pero no aparecía nada...” “Al invertir ahí si vi algo, pero como que no se veía mucho... de adentro se veía alguien... tenía pelo largo, eso sí me encantaría tener pelo largo... era flaco... no sé qué vestía... era mediano... no tenía cara... estoy seguro que no tenía cara... no tenía forma...”. Tras dicha respuesta se evidencia una discrepancia entre el yo real y el ideal del sujeto. El reflejo del espejo muestra el ideal

estético del paciente, es decir cómo le gustaría verse y no como realmente es. En torno a la identidad, no especifica si es varón o mujer, siendo el pelo largo una característica femenina.

Por otro lado, analizando el dibujo de la figura humana del paciente 3 presenta rasgos que no se asocian de manera directa con algún género. A su vez, la ausencia de rostro podría indicar problemas serios en torno a la identidad. En su discurso confirma que se trata de un “humanite” diciendo “Es una persona que no nació en esta sociedad. Nació en otro lugar que todavía no tiene una sociedad conformada, simplemente es quien es. No tiene por qué sacarse los pelos de las piernas, no sabe muy bien por qué sangra cada mes, pero sangra, no tiene pechos y tiene brazos, pero sus manos son como una sensación, te tocan, pero no sabes de dónde viene...”. Menciona “La parte del cuerpo que más le gusta es que no tiene pechos...”. En los varones transgénero el TCA puede utilizarse como una manera de aliviar la disforia de género y para validar su género socialmente, ya que el tener senos, caderas y menstruar les comunica que sus cuerpos pertenecen al de una mujer. En algunos casos, el TCA es un mecanismo para suprimir los caracteres sexuales secundarios, como es el caso de los varones trans con anorexia nerviosa, en donde sus pechos se verán reducidos y su menstruación se detendrá.

Sumado a esto, se evidencia en su discurso una falta de claridad en cuanto a la identidad, alternando artículos, pronombres y adjetivos femeninos con masculinos, por ejemplo “Es morenita, café con leche, de contextura media, tiene tatuajes sencillos como líneas o símbolos en marrón oscuro por la espalda. Tiene rulos muy bonitos que no los sabe cuidar entonces son un despelote. Tiene los pies destruidos porque anda descalza todo el tiempo. Le gusta bailar, ella se sacude. Hace lo que le sale, lo que aprendió con su tribu y va inventando cuando puede. Pero es bastante espontánea...”, “Está media jorobada”. A su vez menciona “no tiene pechos...se siente más liviano”, “Se siente muy observado. Es más pensamiento de él, sinceramente”.

Se observan, a su vez, sentimientos de inseguridad debido a una discrepancia entre el yo ideal y el yo real a partir de respuestas tales como "...el compararme con otros chicos de ese género, ósea que nacieron chicos y se identifican como chicos... siento inseguridad muchas veces en relación al físico, de que tengan la espalda ancha... Me comparo mucho con mi hermano en general, porque yo lo adoro, pero me cuesta a veces no compararme con él... ropa que yo le robo todo el tiempo le queda a él de una manera que a mí nunca me va a quedar... él que tiene una espalda ancha y los huesos anchos y tiene unos rulos muy lindos y tiene vello y tiene cosas que yo no tengo, entonces como que con eso me comparo o con amistades en las que me doy cuenta que o son mucho más lindas que yo, o como que ellas hablan menos y yo hablo más, o como que me da inseguridad ser inseguro y que ellas no sean inseguras o cosas así que a veces me ganan porque me gustaría no tenerlas tanto en mi mente...". Esto pone en evidencia que en las personas transgénero existe un malestar intenso en relación al propio cuerpo, al igual que en las personas con un trastorno alimentario. Aunque en los primeros la insatisfacción no se trata únicamente de la internalización de un ideal impuesto por la sociedad, sino que existe una preocupación en relación a la falta de congruencia entre lo que la persona desea y sus características físicas reales. Ellos presentan un problema físico que va más allá de un ideal y que tiene que ver con su identidad.

En relación a lo mencionado, en la segunda intervención el paciente 3 dice "cuando entré habían espejos en todos lados de distintas formas y tamaños, pero no todos reflejaban mi cuerpo, así tal y como está... algunos reflejaban mis colores, otros una animación mía, y me reflejaban a mí de diferentes maneras... me gusta mucho el naranja, verde y amarillo así que veía como mi aura en esos colores... o si no una forma más animada de caricatura... y si ya después vi espejos normales... en algunos veía mi cuerpo entero y en otros veía facciones, veía partes que no me gustaban tanto como mi columna o mi perfil o cosas así que no me gustan mucho de mi físico y es como que las encuadraba para que las viera...". Esto puede ser

indicio de estar experimentando en torno a la conformación de la identidad, lo cual es característico de la adolescencia. A su vez, refleja una vivencia subjetiva fragmentada de su imagen corporal y de sí mismo, presentando dificultad para verse de manera unificada. Lo mismo podría ligarse a un conflicto con la imagen corporal, lo cual a su vez se relaciona con su sexualidad y con los TCA.

El transicionar de un género a otro no sucede de un día para otro, sino que implica un largo proceso de autodescubrimiento, incertidumbre, miedos, dudas, entre otras sensaciones; lo cual es provocador de gran estrés. El paciente 3 cuenta “empecé primer año y dije yo para mi soy bisexual, no me la pregunté mucho... después me fui acomodando más. La identidad fue en segundo año, a los 13, ahí fue cuando me corté el pelo, empecé a hacer esto que lo otro, lo consulté con mis amigos les dije miren me está pasando esto últimamente, no entiendo mucho qué me pasa, buscamos en internet... no sé a veces me daba cuenta que me ponían muy celoso cosas de chabones de lo que hacían, de cómo se vestían o de cómo se comportaban... yo quería estar así... a veces no era atracción, era querer verme como ellos. Me gustaba mucho la parte masculina o me daba mucho asco la parte femenina, entonces era como que no me gustaba mi nombre, yo no entendía por qué, pero después de la nada no me gustaba que me dijiesen por mi nombre hasta que me puse el otro, eran como que muchos detallitos que me hacían ruido y después como que dije ahh bueno entonces soy género fluido...”

Reconoce, a su vez, que en este momento de gran incertidumbre en torno a su identidad fue cuando tenía mayor cantidad de conductas autodestructivas. Entre las respuestas del paciente que evidencian esto se encuentran “yo estaba pasando por un montón de cosas en ese momento, mientras que me cortaba, vomitaba, estaba pasando una situación con un chico, en mi casa me peleaba con mi mamá todo el tiempo, lo del género, lo del profesor, era demasiado”. “Ese año tuve bastantes parejas, realmente no las cuento al día de hoy como

personas que me importan de verdad, pero hay veces como que salí con chicos y nunca pasó nada, realmente guau, pero no sé cómo que yo buscaba estar con alguien y no quería estar solo... simplemente estaba evitando cosas...”.

El paciente 3 menciona en su carta “sé que soy un niño de mil colores, aunque a veces me embarro las manos con sangre. Son muchos colores y todos muy bonitos, pero después soy muy hostil...”, “...yo hoy me siento bien, me siento lleno de colores en lo máximo de sus formas, pero yo sé que hay momentos en los que estoy muy mal, muy mal, en los que puedo lastimarme, en los que puedo golpear mi cabeza contra la pared, y tener ataques de ansiedad, y lastimarme. Generalmente me lastimo con rasguños con mis uñas, me aprieto, o si tengo algo con filo a mano me lastimo los brazos...me pasa mucho eso de querer golpearme la cabeza contra la pared...también me pego cachetadas...antes cuando me ponía ansioso vomitaba, que quiera o no también es una forma de lastimarme... me auto provoqué el vómito porque eso me alivia, es como sacarme cosas de encima... a veces lo hago porque comí mucho, otras porque me siento lleno y que voy a explotar o a veces simplemente porque no tuve un buen día...”. El relato pone de manifiesto la tendencia a la acción propia de los adolescentes, lo cual los lleva a realizar conductas que pueden poner en riesgo sus vidas. Tal como menciona el paciente, estos actos sobrellevan un momento de liberación, calma, y hasta placer, que se llevan a cabo por una falta de identificación de lo que se siente y por la incapacidad para verbalizarlo. Es decir, el malestar se refleja en los actos más que en las palabras, siendo el TCA un modo de expresar algo que no pueden hacer verbalmente, teniendo como objetivo comunicar.

Desde la Terapia Gestalt se propone una mirada holística del ser humano, en donde el individuo pueda integrar la totalidad de sus dimensiones. En el caso del paciente 3, tras lo mencionado, se evidencia que el sujeto presenta dificultades en dicha integración, existiendo una discrepancia entre el yo real y el ideal. Esto, a su vez, podría estar relacionado con la

interrupción en la curva de la experiencia, en donde el sujeto no puede llevar a cabo un contacto pleno, utilizando como mecanismo de defensa la deflexión. Por medio del mismo, el paciente evita tomar contacto con su necesidad, llevando a cabo conductas de evitación y distracción, como son el cortarse, auto provocarse el vómito, salir con distintas personas, golpearse. Este patrón de auto interrupción de la energía es similar al de las conductas adictivas, representando una fuente de satisfacción y una posibilidad de evadir aquello que les genera malestar y sufrimiento, alejándolos de sus necesidades reales. La interrupción se daría al momento de movilizar la energía hacia el contacto, en donde los pacientes acuden ante la emergencia de una emoción intensa a un mecanismo de evitación, interrumpiendo así la posibilidad de reconocer, sostener y elaborar lo que sienten. Como consecuencia se produce una sensación de alivio momentánea, aunque el contacto con la necesidad real queda inconcluso, reforzando de esta manera la aparición de este tipo de conductas.

Se observó que los síntomas y signos correspondientes a los TCA en estos pacientes podrían presentar correlación con una conflictiva en torno a sus identidades y el no respeto por las mismas, siendo desencadenados principalmente por situaciones provocadoras de ansiedad o como un mecanismo de defensa hacia estresores externos como podrían ser la falta de apoyo familiar, bullying o el mal uso de pronombres. Comenta el paciente 3 que ha podido identificar situaciones que lo hacen poner ansioso y llevar a cabo este tipo de conductas, relata “discutir con mi papá, estar en un ambiente en donde no respeten mis pronombres... con mi papá me pasa seguido porque discutimos bastante... a veces no me gusta cómo me veo, o que sobre pienso mucho... intento abrazar mi sensibilidad, pero muchas veces soy muy sensible, lo cual no me gusta... soy muy sensible con los otros y conmigo, con todo en general... ser sensible me gusta pero no siempre, me permite escribir cosas, percibir cosas y conectar con los demás, pero otras veces me juega en contra...”. Esto último evidencia la tendencia a sobre pensar existente en los pacientes.

Se evidencian, a lo largo de la historia de uno de los pacientes, que las situaciones de abuso pueden relacionarse con el Trastorno y la conflictiva en relación a la Identidad de Género, en cuanto que el abuso genera un quiebre en la subjetividad, y más aún cuando la misma está en plena conformación. El paciente relata una situación con uno de sus hermanos diciendo “estábamos de las pocas veces que estábamos jugando y pelotú..., y como que en el momento me arrojó el sillón y se cayó encima mío. Y yo sentí algo... no me gustó nada. Es como que yo no supe en ese momento que sentí, pero yo mismo me di cuenta que me puse mal y me puse raro, me puse nervioso y me hice el otro”. Cuenta, además, situaciones con un chico con el que salió “después me di cuenta que había sido un tipo de abuso, el hecho de tener que seguir viéndolo me causaba vómito”. Menciona otra situación con un profesor, en donde dice “era el típico profe canchero con los compañeros que se pone a hablar de su vida o a contar cosas, entonces a todos les caía bien... tenía una relación particular con las mujeres, las toqueteaba mucho, les hacía cosquillas o se acercaba de más, pero conmigo tenía algo especial... me eligió para leer una poesía en un acto, pero me puse muy nervioso y me trabé, entonces me fui a llorar a un aula porque me sentía avergonzado. Mi profesor vino a donde yo estaba y se quedó hablando conmigo, me alzaba y bajaba mientras se reía, yo hasta ese momento no veía nada raro. Me sacaba de otras clases para que fuera a una clase con él y los chicos de primero... yo lo veía como una persona piola y además estaba pasando por un año difícil en distintos aspectos entonces estar con él me hacía sentir muy bien. En las vacaciones de invierno se divulga un rumor de que yo había estado con el profesor, lo cual lo lleva a alejarse completamente de mí lo cual era entendible, pero yo me sentía para el cul..., porque encima yo le tenía cariño... la escuela era una mierda... pero por lo menos sus clases eran piolas, pero eso también era un infierno ahora... Después fui a una psicóloga con la que me pude dar cuenta de que no era normal mi relación con él ni lo que él hacía. Me di cuenta

que tenía muchos recuerdos bloqueados por ejemplo comentarios como que lindo cuerpo tenés o nunca te quites el pelirrojo que te queda muy lindo... yo pensé que era mi amigo.”

3.4.2 Relación entre el TCA y la orientación sexual.

Los tres presentan orientaciones sexuales que difieren de lo que socialmente se espera, dos de ellos son homosexuales y el tercero bisexual. El paciente 1 menciona tras la pregunta de que, si se encuentra en pareja “no, pero me han gustado algunos compañeros con los cuales no me llevo bien”. La paciente 2 cuenta que está de novia con una chica y que ambas familias saben, sin detallar mucho en torno a esto. El paciente 3 relata “estoy saliendo con una chabona... al día de hoy no sé si soy bisexual o que me gustan las personas y ya está, realmente me han gustado mujeres, hombres, he salido con personas no binarias, con chicos trans, ósea de todo un poco...”

A su vez, en los tres pacientes se detectan rasgos y tendencias sexuales a partir de sus gráficos. Ciertos indicadores como la presencia de plantas, árboles, naturaleza, luna, caderas marcadas, hombros redondeados, pies pequeños son signos de tendencias femeninas. A su vez, se evidencian otros correspondientes a tendencias masculinas tales como caderas rectas u hombros grandes.

A partir de dichos indicadores se concluye que el paciente 1 presenta conflictos y desorden sexual, con tendencias femeninas, la paciente 2 presenta tendencias femeninas, con conflictos de índole sexual. Tiende a reprimir sus impulsos sexuales. Por último, el paciente 3 presenta tendencias femeninas y masculinas, mostrando indeterminación y conflictos en relación a la misma.

Dos de los tres pacientes presentan resistencia al momento de hablar de sus orientaciones sexuales, lo cual es notorio tras las respuestas concretas frente a las preguntas en relación a esta temática, acompañadas por vergüenza e inhibición. Frente a la pregunta en la entrevista inicial de que, si se encuentran en pareja, el paciente 1 respondió entre risas

“...no...me han gustado algunos compañeros...” sin explayarse mucho más, acompañándose con gestos y muecas. Comenta que sus papás no saben acerca de su orientación, diciendo “mi papá es medio ingenuo, para mí no sabe que me gustan los varones”.

Siguiendo la línea de abordaje con la que se desarrolló dicho trabajo, esta resistencia podría indicar una interrupción en el ciclo de la experiencia, produciéndose una desensibilización, es decir, un fallo en el primer estadio el cual implica el surgimiento de una necesidad y la consiguiente movilización del organismo hacia la misma. Es decir, el paciente 1 no logra identificar su necesidad, sus sentimientos, sensaciones e impulsos, por lo que tampoco puede expresarlos de manera clara hacia su entorno.

La paciente 2 tras la misma pregunta respondió “estoy de novia”, tras preguntarle con quién mencionó “con una chica... las dos familias saben y está todo bien...”, respondiendo de manera muy concreta y estructurada. Esto último se evidencia tras la mayoría de las respuestas de la paciente, observando una tendencia a actuar según lo que se espera de ella, mostrándose como “buena” y “sumisa”. Son personas que permanentemente están autoevaluándose a sí mismas, siendo extremadamente exigentes y hostiles. Actúan teniendo en cuenta lo que se espera de ellos socialmente. Esto puede ejemplificarse tras la respuesta de la paciente 2 en la segunda técnica administrada, “cuando salí del cuarto cerré la puerta... supongo que es de mala educación dejar las puertas abiertas en una casa ajena...”.

En el caso de la paciente 2, siguiendo la curva de la experiencia, se puede decir que su interrupción estaría, al igual que en el paciente 1, en los primeros estadios de la misma, entre la toma de conciencia y la movilización de energía. La paciente 2 introyecta las necesidades e ideas de los otros, estando su toma de conciencia limitada por la mirada de los demás y las normativas provenientes del entorno, siéndole imposible el contacto pleno con su necesidad. Esto repercute en los estadios siguientes, debido a que su energía no podrá movilizarse hacia una expresión auténtica, sino que deberá cumplir lo que socialmente se espera de ella. En

relación a la acción e interacción, se observa que está influenciada por el “deber ser”, lo cual lleva a que sus acciones sean rígidas y temerosas, realizándolas de forma controlada.

Lo último mencionado es notorio no solo en el modo de responder sino también en sus gráficos. Se evidencia, a partir del análisis del árbol teniendo en cuenta las ramas, suelo y follaje que realiza la paciente 2 que tiende a relacionarse de manera diplomática y cortés, evitando enfrentamientos, conflictos o situaciones violentas. Presenta cierta tendencia agresiva, la cual controla obedeciendo a reglas pautadas y estipuladas. La boca, en el análisis de la persona, sería indicador de necesidad de aprobación. Desde un análisis formal, la presión de su dibujo indica exceso esfuerzo por querer controlarse debido a presiones sociales.

Las piernas representan el contacto con la realidad, sostén, estabilidad y seguridad personal. En el gráfico de la persona de la paciente 2 y del paciente 3 las piernas se encuentran juntas e inmóviles, lo cual podría leerse como control o represión de impulsos sexuales. La rigidez indica tensión, ansiedad, timidez sexual y rechazo a los impulsos, lo cual podría relacionarse con lo antes mencionado, existiendo una relación entre la orientación sexual y los mandatos sociales de cómo deberían ser, comportarse, hablar y amar.

Otro indicador a tener en cuenta es el cabello, el mismo en el paciente 1 podría indicar desorden sexual, en la paciente 2 la ausencia de cabello estaría relacionado con problemas de índoles sexual y preocupación por el aspecto físico. La omisión de nariz en los tres dibujos podría interpretarse como conflicto con la sexualidad, timidez, impotencia, inseguridad.

La ausencia de vestimenta, como es el caso del paciente 3, se relaciona con conflictos con el cuerpo o con la sexualidad. En cuanto al conflicto con el cuerpo ya se desarrolló en el apartado de la relación entre TCA e Identidad de Género, mientras que en relación a la sexualidad este paciente recién este año pudo expresar en contextos como la escuela su identidad y orientación sexual, debido a que tenía temor frente a la respuesta principalmente

de los adultos. Es decir, el conflicto con la sexualidad está ligado a mandatos sociales, por lo que se desarrollará en el siguiente apartado.

3.4.3 Relación entre el TCA y los mandatos sociales.

La sociedad juega un papel muy importante en los adolescentes, imponiendo mandatos, creencias, valores, modos de actuar, sentir y pensar.

En relación a las familias se evidencia que los pacientes se apoyan en algún hermano o pariente cercano en edad, o con quienes sienten que son escuchados y comprendidos. Por lo observado, las mamás tienden a asumir un rol más comprensivo y afectivo con sus hijos, mientras que los padres ejercen una función más autoritaria, normativa y estructurante, mostrándose más rígidos y poco afectivos. Esto último coincide con lo que socialmente se espera de un hombre y una mujer en cuanto roles de género. El paciente 1 dice “vivo con mi mamá y mi papá, no tengo hermanos...”, tras la pregunta de que si siente confianza para comentarles cómo se siente dice “mmm si, a veces... tengo más confianza con mi mamá, mi papá me juzga mucho. Piensa que los hombres no pueden llorar o algo así...” La paciente 2 cuenta “vivo con mi mamá, papá y mis dos hermanos... y mi abuela...”. Al preguntarle si siente confianza con ellos, contesta “creería que sí... con mi hermana principalmente. Al no haber mucha diferencia de edad creo que me entiende mejor que mis papás, capaz... Igual a mi mamá también le cuento algunas cosas, pero siempre recorro a mi hermana”. El paciente 3 ante las mismas preguntas responde “vivo con mi mamá... antes vivía con mi hermano también...” ...tengo tres hermanos, yo soy el más chico. En realidad, mi viejo tuvo un matrimonio antes que mi mamá y mi mamá tuvo otro marido antes que mi papá. Y de ahí del matrimonio que tuvo antes mi viejo salió F y por el lado de mi mamá con su otro espacio salió M, y ya con mi papá mi mamá tuvo a mi hermano V y a mí, que tenemos menos diferencia de edad. Con el que me llevo mejor es con el V, siempre está para mí, somos muy unidos, para mí más que mi hermano también es mi amigo...”. En relación a la confianza con

ellos menciona “con mi mamá si, tampoco es que le hablo de todo, pero si tengo confianza con ella... con mi papá no, ósea con él he podido hablar cosas más como mi sexualidad o mi identidad de género, son temas que, aunque me sorprendió yo los pude hablar con él, pero todo lo demás no... mi papá es una persona que no tiene criterio propio entonces si mi mamá opina de esta manera él opina igual, ahora que quiere que se lleven bien sí... o si tal persona piensa de esta manera él también se va a adherir a eso, entonces un día me puede apoyar y otro no, un día le puedo decir che me está pasando esto con mamá y se lo va a terminar contando a ella, entonces no tengo confianza con él...”, “a mi hermano fue al primero que le dije lo de mi identidad, además de a mis amigas de ese momento, fue al V. Se lo tomó re bien, yo le dije todo esto de que creía que era género fluido y que me gusta cambiarme el look... él siempre ha sido muy mente abierta, se ha ido adaptando de a poquito pero bien... después se lo dije a mi papá porque yo con él había hablado bastante de sexualidad y de esas cuestiones porque él es además de ser lo que es, es bisexual aceptado asique con él lo pude hablar más... y después con lo de género yo se lo dije así nomás, le dije mira me está pasando esto y me dijo que ya se había dado cuenta, por mi pelito, la forma de caminar... y yo tipo aaa ya lo sabías... y me dijo bueno está bien, capo... Le costó adaptarse, le tenía que corregir el nombre todo el tiempo, pero bueno se entiende porque me vio crecer, es mi papá, así que yo se lo corregía y toda la cuestión, pero después me dijo el nombre y no se equivocó más... hasta que hubo un tiempo en donde volvió a decirme con el otro nombre solamente porque mi mamá todavía no podía decirme con ese nombre y después volvió a decirme paciente 3... yyy con mi mamá si fue un poquito más complicado porque yo le conté que era bisexual... yo cuando le dije que era bisexual estaba re nervioso, pero re nervioso y se quedó como “A”, no reaccionó mal para nada, me dijo que me iba a apoyar pero me dijo ¿quién te gusta? y a mí en ese momento no me gustaba nadie, era simplemente porque lo quería compartir con ella y me dijo “ahh bueno” pero estaba re dura... Yo en ese momento le dije lo de la sexualidad nada

más, pero lo de la identidad no... encima yo con mi vieja al día de hoy me llevo muy bien, pero en este tiempo que fue segundo año nos llevábamos muy mal, entonces hubo una pelea en donde ella se fue a encerrar a su cuarto y yo entré y le dije “mira soy un chabón a veces, me llamo paciente 3 y esto es lo que soy. Fíjate si te gusta o no te gusta” y me fui porque no tenía nada que ver en la conversación pero quería soltarlo... y mi vieja me dijo “está bien” pero no lo volvió a hablar, no usaba ni los pronombres correctos ni el nombre correcto, y como que ese tema no lo avanzamos por un buen tiempo... fue un tema que nos costó bastante... yo me frustraba mucho... yo le dije a mi mamá que no estaba sola y que éramos un equipo, que era algo que pasaba entre los dos y que yo quería comunicarle a ella lo que sentía, y también saber cómo se sentía ella. Le dije que yo sabía que esto era un duelo también para ella de la idea de la hija que pensabas que tenía, porque ella tiene dos hijos y yo era como la nena, ella siempre me dijo “yo quería una nena, yo quería una nena” y yo tipo perdón pero no hay nena... así que nada eso lo estuvimos hablando y pasaron los meses y yo entendí un poquito más de lo que me pasa y todo eso... ya casi no me dice con el otro nombre, ya de hecho no me dice con el otro nombre... la última vez que se equivocó fue cuando hace un mes/tres semanas fuimos a hacer el trámite del DNI porque fue como que ahí estaba haciendo el duelo definitivo de decir ya está.. y me dijo con el otro nombre, pero se disculpó ...”.

Se pudo registrar a su vez, a través de las técnicas administradas, que los entornos estructurados y rígidos dificultan la apertura y comprensión. El paciente 1 menciona “Al entrar a la habitación eran espejos viejos... viejos...viejos... todos tenían la misma forma, formas viejas... como de madera, cuadrados... estaban esparcidos por cualquier lado... muy desorganizados... fue fácil elegir a qué espejo ir, fui a uno de mano, chiquito, que estaba puesto sobre una mesita, estaba al fondo. Era el único distinto”. La descripción de la habitación coincide con la descripción que el paciente hace de sus padres, siendo un contexto

poco acogedor en donde se le dificulta poder manifestar lo que le sucede. Ante esta situación que genera angustia el paciente se refugia mediante la comida.

En relación a lo anterior mencionado, se evidencia la importancia que adquiere el entorno en los adolescentes y en estos pacientes puntualmente. El paciente 3 relata en la técnica “Dialogando con la imagen del espejo”, “...le hablé de mi familia, mba de nuestra familia... le conté que tenía una familia muy linda, que por más que por mucho tiempo fue desastrosa, y porque es bastante desastrosa, pero que tenía un círculo que, aunque sea pequeño es fuerte y es algo que se lo quería decir...”, “...le conté cosas como las de hoy que por ejemplo fui a terminar de hacer todo el trámite del DNI... le conté que ahí estuvo mamá, que me abrazó, le conté que V, mi hermano, siempre está ahí... le conté que los más importantes están...”, “recordé el viaje que hice con mi papá y con mi hermano en auto a Mar del Plata, que yo con mi papá no suelo llevarme muy bien pero ese viaje fue chistoso y me recordé a mí con mi mamá y con mi hermano los domingos...” lo cual pone de manifiesto la significancia que tiene contar con adultos que acompañen, comprendan, escuchen y contengan.

En el gráfico HTP la casa provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares. Indicadores como el tipo de casa, la línea de suelo y accesorios como el balcón y pasto son representativos de las relaciones familiares. El análisis de los mismos demuestra que el paciente 1 no se encuentra cómodo en su hogar o con sus íntimos, existe pérdida de apoyo por parte de sus seres queridos, se encuentra desconectado con su vida en su hogar, con deseo de cambios. La paciente 2 tiene anhelo de una vida apacible, tranquila, sin sobresaltos, con necesidad de espacio y libertad. Se evidencia incomodidad en el ambiente familiar, algo le molesta o disgusta. El paciente 3 siente presiones por parte del entorno.

Analizando lo antes mencionado desde una mirada gestáltica, cuando la persona se desarrolla en un ambiente en donde no se posibilita el contacto con sus necesidades y sensaciones, en donde priman los sentimientos negativos y el conflicto, en donde existe rigidez y escasa apertura, en donde se tiende a juzgar y no validar a la otra persona el adolescente intenta desarrollar estrategias que puedan resguardarlo del malestar psíquico que esto genera. Esto es logrado a través del mecanismo de deflexión, a partir del cual la persona evade la situación e imposibilita el contacto pleno con la necesidad.

En cuanto a la escuela el paciente 1 comenta “voy al DB, es una escuela muy estructurada, nadie hace nada... he pensado cambiarme de escuela...”, al responder se acompaña de gestos con sus manos haciendo la forma de cuadrados y de muecas como de estar cansado de la situación. La paciente 2 no menciona mucho al respecto, mientras que el paciente 3 dice “el tema de la escuela en realidad lo estoy agarrando ahora... en la escuela que asistí en primer y segundo año había mucho bullying, gente que molestaba, mi autodescubrimiento de género y amigos depresivos, que se cortaban... segundo fue un año muy heavy, de por si me molestaban todos mis compañeros. Había un chabón en especial, que se empeñaba en hacer mi vida imposible... hacía grupos sin mi o pelotud... de adolescentes, pero yo no era muy fuerte en ese momento, entonces como que todo me sentaba peor... ese año tuve bastantes parejas, realmente no las cuento al día de hoy como personas que me importan de verdad, pero hay veces como que salí con chicos y nunca pasó nada, realmente guau, pero no sé como que yo buscaba estar con alguien y no quería estar solo”. “En tercer año no lo hablé con ningún profesor ni preceptor, y lo dije con uno que otro compañero en el curso, porque todavía no me animaba. Ya después en cuarto, si me presenté como paciente 3 con mis compañeros, pero con mis profesores no me animé. Como que ellos lo escuchaban, pero se hacían los bolu.... Y ya ahora en quinto, ya me presenté con la preceptora, con los profes. ahora si ya soy paciente 3”. Tras preguntarle la reacción de sus

compañeros y profesores responde “Con los mis compañeros todo bien, o sea a veces se equivocan de pronombre, pero me dicen Paciente 3, con eso todo bien, y se corrigen cuando lo dicen mal, como que con eso re bien... y los profesores re bien, todos reaccionaron bien, fue como que listo perfecto sos paciente 3, y yo tipo ¡wow no era tan complicado!... Me sorprendió bastante porque siempre le tenía como más miedo a la respuesta de un adulto que de un adolescente. Pero nada en tercero si se burlaban de mí por lo de mi género, fue chistoso, porque en realidad me molestaba un chabón que era gay, me molestaba por ser no binario... siempre se burlaba de eso, no me respetaba el nombre, se burlaba de cómo me vestía, de mi expresión, de todo lo que se podía, de eso y tenía un séquito de gente, así que lo seguían...”. Esto evidencia que los adolescentes cuya identidad difiere de lo esperado presentan un temor ante la posibilidad de rechazo principalmente proveniente de adultos, aunque es notorio que las actitudes de discriminación y bullying provienen principalmente de los pares. Por medio de comentarios, actitudes, gestos los hacen sentir excluidos, generando en ellos un sentimiento de inferioridad y angustia. Se observa que quienes se identifican dentro de la diversidad de género y sexual se encuentran expuestos a contextos de mayor discriminación y violencia.

Situaciones provocadoras de angustia y estrés en torno a la Identidad son precipitantes de conductas relacionadas con los TCA. Entre las respuestas del paciente 3 se destacan “recién este año me animé a presentarme con mi identidad frente a mis compañeros, profesores y preceptores... al día de hoy está todo bien, pero en tercer año sufrí muchas situaciones de burla y bullying por ser una persona no binaria, fue un año muy complicado y oscuro, yo no estaba bien... me cortaba, vomitaba, golpeaba...”. “En cuarto no me molestaban, pero tampoco me incluían... fue un año en donde me puse a mi primero en todo, pero me quedé totalmente solo, entonces fue difícil”.

Se observa la importancia que adquiere el grupo de pares en la adolescencia y la influencia que los mismos ejercen unos sobre otros, el paciente 3 relata “tenía dos o tres amigos en ese curso, pero todos eran muy depresivos, o no estaban mucho para el otro. Entonces es como que en un entorno en el que todo se cortaba, yo empecé a cortarme también...”

Los tres pacientes tienen en común tener un círculo de amigos muy reducido, tendiendo a ser muy cautelosos al momento de vincularse. El paciente 1 menciona no tener muchos amigos “me peleé con unos compañeros, no hay forma que me lleve bien... no hay feeling. En el curso me llevo con casi todos mal... me culparon de haberles enviado notitas a compañeros cuando yo no había mandado nada, les expliqué, pero no me creyeron”. La paciente 2 comenta “me llevo bien con mis compañeros, a veces son medio complicados porque son molestos, pero no me es difícil interactuar con ellos...”. “Fuera de la escuela voy a un instituto de inglés y toco el bajo con mi hermana... ella toca el piano y yo el bajo... me gusta dibujar, escuchar música sola...”. Se destaca en esta paciente que no menciona en ninguna de las técnicas amistades. El paciente 3 relata “...son las dos personas más cercanas que tengo ahora y no serán mucho, pero son personas realmente valiosas. Con el grupo del año pasado, ya no porque se desvirtuó todo, los grupos simplemente son algo fugaz. Sirven para divertirnos un rato, pero hasta ahí...”

Por otro lado, la mirada del otro en la adolescencia adquiere mayor relevancia. Sienten estar siendo observados y evaluados por los demás constantemente, por ejemplo, el paciente 3 relata al describir a la persona “se viste con mantos de colores y ahí casi todo el mundo usa ropa marrón o verde para camuflarse porque combinan con el entorno, y Ryu va y se viste con un montón de colores y con un montón de cosas y eso a la gente le molesta. Se siente muy observado. Es más pensamiento de él, sinceramente...”. El paciente 1 en la segunda intervención se dijo a sí mismo “no te rindas... o con los comentarios negativos que

se te cruzan en la mente... porque siempre pienso que me están mirando todos, como que siempre estoy atacado, pero en realidad no, estoy seguro... pero pienso...". En relación a esto el paciente 3 menciona "sentí que me estaban mirando todos esos espejos o que mi inconsciente me iba a estar atacando por lo que veía en esos espejos".

Al momento de realizar la carta a si mismo se observa la importancia que adquiere la mirada y pensamiento del otro en estos pacientes, haciendo comentarios como "me da vergüenza...". A su vez, se evidenció la búsqueda de aprobación constante y una necesidad de sostén, por ejemplo "¿puedo escribir más de un renglón?", "¿está bien si...?", dejando en evidencia sentimientos de inseguridad. El paciente 1 menciona "está bueno decirse cosas que no nos decimos tan seguido, me hizo sentir bien... estaría bueno que otros me lo reconozcan también".

A su vez, se refleja que los tres presentan resistencia en torno a la conformación de vínculos. Se observa que al paciente 1 es el que menor predisposición presenta al momento de relacionarse, mencionando "No me podía ir... como que se había ido la puerta, la buscaba... no encontraba la puerta... no sé por dónde salí... como que encontré una llave, algo saqué y de la nada estaba la puerta... la abrí y pude salir... después cerré con llave...". Los otros dos pacientes expresan tener mayor apertura, aunque interactúan de manera cautelosa. La paciente 2 menciona "salí del cuarto y cerré la puerta... la cerré sin llave...". El paciente 3 relata "Me fui relajado, cerré la puerta, pero dejé una ventana abierta... a la puerta la junté, no la cerré con llave...". A su vez, los pacientes 2 y 3 describen las casas de la segunda actividad con rejas, lo cual evidencia lo ya mencionado.

Es notorio como los tres pacientes tienden a ser muy selectivos y cuidadosos con sus vínculos. La puerta pequeña en el gráfico de la casa del paciente 3 indicaría cierto temor a las relaciones interpersonales. Que se encuentre cerrada, en el caso de los tres pacientes demuestra que no le permiten a cualquier persona el acceso a sus intimidades. En el paciente 1 que se encuentre encima de la línea de base podría relacionarse con inaccesibilidad o el

establecimiento de contactos dentro de sus propios términos. En el caso de la paciente 2, la presencia de escalones estaría asociado con la selectividad en sus relaciones. En el paciente 3, las manos borrosas serían indicadoras de inseguridad ante el contacto social.

Otros indicadores como las ventanas y la ausencia de camino hacia las casas también demuestran que son personas que dificultan el acceso a sus vidas, siendo muy selectivos con sus relaciones. Manifiestan tener pocos amigos, por ejemplo, el paciente 1 relata acerca del dibujo de la persona “tiene pocos amigos, solo los de la escuela...”. La paciente 2 expresa el deseo de tener más amigos diciendo “Si tuviera que pedir tres deseos serían tener un campo más grande, muchos animales y tener más amigos”. El paciente 3 relata “le gusta la gente que conoce...es sociable con esas personas, pero no con nadie que venga del exterior. Le da miedo, no las conoce, no sabe qué le pueden hacer. No es malo, simplemente se resguarda”.

Las relaciones sociales del paciente 1 y de la paciente 2 son limitadas y moderadas, lo cual se evidencia a partir del análisis de la vestimenta en el dibujo de la persona. Tomando este indicador, se podría decir que la ausencia de vestimenta en el caso del paciente 3 está ligada a una preocupación por el propio cuerpo, inseguridad, falta de confianza en sí mismo. Los desnudos carecen de prejuicios y convencionalismos sociales, y están en contra de valores morales y éticos, podría simbolizar deseos de transgresión.

A pesar de tener un círculo reducido, tienden a cuidar y priorizar a los demás antes que a ellos. Esto se observa en afirmaciones como “Una virtud de Ryu es que sabe escuchar a los demás, sabe hacerlos sentir acompañados...”, “...son bastante familiares, protegen a los suyos...”. El paciente 1 menciona en la entrevista inicial “...porque soy muy amable con los demás y también soy muy cariñoso...”. La paciente 2 relata tras la misma pregunta “... empática porque me preocupo mucho por los demás, a veces me preocupo más por los demás que por mí misma...”

En el relato del paciente 3 tras escribir la carta menciona “no sé, es como que no sé cómo una persona puede ser tan alegre, tan social, tan cariñoso con otras personas y puede entregar tanto amor y dedicación a la gente que quiere, pero después se queda con sentimientos o de vacío, o no sé si de vacío porque me satisface querer a la gente que quiero y demostrarlo, pero no me dejo nada para mí, nunca me dejo nada para mí. Soy un intenso, no solamente en forma romántica, sino con amigos, con familia, con vínculos en general. Y después quedo tan mal, no tengo energía, porque la energía ya la di, ya la esparcí. Y hay personas a las que le hace bien, y hay personas que ni siquiera lo notan, y después cuando yo me pongo mal no tengo energía, no tengo como ayudarme, es como si fuese otra persona totalmente diferente...” lo cual pone de manifiesto que colocan en primer lugar al resto de las personas, dejándose a ellos para el último.

Se detectó una relación entre las conductas relacionadas con la alimentación y los pensamientos de tipo obsesivo, observando que sus creencias acerca de que sus cuerpos no son atractivos o son “feos” serían factores determinantes en la decisión de no comer o tener comportamientos de tipo compensatorios. Esto se relaciona a su vez con ideales sociales en relación a cómo debería ser una mujer o un hombre, y a su vez, la importancia que cada uno le da al físico al momento de escoger pareja. La vulnerabilidad de estos pacientes hace que sean más propensos a desarrollar un TCA. Lo mismo se evidencia tras la respuesta de la paciente 2 “en el diálogo se pelearon me parece ... porque yo le dije cosas feas... que era mala... cosas feas... que era mala, fea, tonta...”. El paciente 3 menciona, “el que estaba dentro del espejo era menos defectuoso”.

Los pacientes con los que se trabajó tienden a ser muy perfeccionistas consigo mismos, lo cual queda expuesto en los gráficos. Por ejemplo, la paciente 2, con su simetría acentuada, evidencia dicha tendencia a la perfección. El dibujo complicado, con exceso de detalles, sombreado y retoques demuestran una tendencia obsesiva, al igual que los dibujos

muy perfectos. Esto, a su vez, se puede ver en los relatos, por ejemplo, el paciente 3 al hablar de la persona menciona "...sobre piensa mucho. Aunque viva en un entorno muy libre, a veces no se libera tanto de su cabeza..."

Los tres pacientes, a través de sus gráficos y del análisis de los mismos, reflejan inseguridades, sentimientos de tristeza y baja autoestima lo cual se observa en el emplazamiento, la presión irregular, el trazo reforzado, sombreados; sentimientos de inferioridad reflejado en el tamaño de los dibujos. Los dibujos pobres del paciente 1 demuestran un sentimiento de vacío y deseo de ocultar cosas. Sumado a esto, en los relatos al momento de describir los árboles los tres pacientes mencionan que "subsisten solos, como pueden", lo cual indica cierta necesidad de sostén proveniente de otro. Por otro lado, el paciente 1 dice al preguntarle con qué palabras se describiría "...triste, porque siempre ando triste o parece que ando triste... siempre dicen que parece que ando triste en el colegio...".

Analizando los relatos se puede concluir que desean ser personas libres, en una sociedad sin estigmas ni prejuicios hacia ellos por sus decisiones en torno a sus identidades y orientaciones. Algunos de sus relatos comentando acerca de sus dibujos son por ejemplo "nació en otro lugar que todavía no tiene una sociedad conformada, simplemente es quien es...", "...ha pensado varias veces de irse de su tribu. Le gusta su tribu, pero muchas veces no se siente parte, o se siente incomprendido. Suele ser gente piola la que está en la tribu, a veces son más acciones que la persona en sí la que lo hace sentir de esa forma. Por ejemplo, que no entiendan su forma de pensar, o de comunicarse o las decisiones que toma, su forma de vestir...", "supongo que nos reflejamos en las cosas que dibujamos y creamos, me gustaría ser así un poco como Ryu. No en la parte de sobre pensar tanto porque eso ya lo tengo yo, pero me gustaría vivir lejos, no en esta sociedad. Me gustaría vivir descalzo todo el tiempo, todo como él. Como en las playas nudistas, pero con gente. En donde el cuerpo no sea un tema tabú y no sea algo que ocultar o algo para sentirse mal, más o menos gordo, si sos con piel más clara o más oscura..."

Por otro lado, se observó que existe un deseo de cambio en los pacientes. Esto puede demostrarse tras la respuesta de la paciente 2 “me diría que no todo es malo supongo... que no todo cambio es malo...”

En el discurso de los pacientes se puede ver las ganas de dejar de realizar este tipo de conductas dañinas, de progresar, mejorar y cambiar. Por ejemplo, uno de ellos comenta “escribí acerca del hecho de estar volviendo a recaer, me dije que lo estoy haciendo bien, que no estoy lastimando a nadie pero que tal vez sí me estoy lastimando un poco a mí... no está mal recaer, pero en algunas cosas me doy cuenta que lo estoy haciendo... ser consciente de que no estoy del todo bien es difícil a veces, pero es momento de hacerme cargo... sé que no soy mala persona, y que tengo muchas aptitudes y muchos colores...”.

A partir de las técnicas y herramientas empleadas se logró que los pacientes pudieran ir registrando sus necesidades y el modo de actuar ante las mismas, lo cual resulta fundamental para lograr una toma de contacto plena con sus necesidades y un cierre en la Gestalt que posibilite el progreso y el crecimiento, y no la adhesión a conductas evasivas y auto destructivas en donde podrían incluirse los TCA.

CAPÍTULO IV

4.1 Discusión y Conclusiones Generales

Los casos clínicos analizados permiten observar y entender a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), no únicamente desde aspectos alimentarios o estéticos, sino como síntomas multicausales que expresan malestares subjetivos profundamente ligados a la identidad de género, la orientación sexual, el cuerpo, la afectividad y los vínculos. En los adolescentes con quienes se trabajó se identificaron experiencias marcadas por el conflicto entre el yo y los mandatos sociales internalizados, especialmente en relación con la identidad de género y la orientación sexual.

Desde esta mirada los TCA en la adolescencia deben ser comprendidos como fenómenos complejos, en donde confluyen factores personales, vinculares, sociales y culturales. En los casos abordados, el mismo no se presentó como un trastorno aislado, sino como la punta del iceberg de un sufrimiento más profundo, vinculado a la identidad de género, la orientación sexual, al cuerpo y a la necesidad de aceptación social.

Desde la mirada gestáltica, los TCA pueden entenderse como intentos fallidos de autorregulación orgánica, es decir, como el modo que encuentra el organismo para resolver una necesidad o tensión interna que no logra ser reconocida, integrada, expresada, ni satisfecha. De esta forma los pacientes no logran reconocer, contactar y satisfacer sus necesidades reales, y acuden a mecanismos como la desensibilización, la introyección, proyección, retroflexión y deflexión como modo de evadir las mismas. En este sentido, el síntoma aparece como figura en el campo, ocupando el lugar de aquello que no pudo ser dicho. Así, conductas como la restricción alimentaria, los atracones o el vómito se vuelven modos de simbolizar un malestar que no puede ser comunicado por otra vía. Es por esto que

el síntoma, en lugar de ser silenciado o combatido, debe ser escuchado como una expresión de malestar, y abordado desde una posición empática, flexible y libre de juicios.

En los casos analizados se observó una fuerte presencia de autoexigencia, tendencias obsesivas, baja autoestima, conflictos vinculares y sintomatología depresiva, lo cual refuerza la comprensión del TCA como expresión de un sufrimiento psíquico que va más allá de lo corporal. A partir de los discursos de los pacientes se evidenció que se encuentran en plena conformación de la identidad, en un tiempo de búsqueda constante.

A su vez, el contexto sociocultural genera una doble presión sobre los sujetos que pertenecen a una comunidad LGBTIQ+; por un lado, el rechazo de su identidad, y por otro, la exigencia de responder a estándares corporales inalcanzables. De esta forma, la cisonormatividad y la heteronormatividad, junto con los ideales de belleza hegemónicos, generan una doble opresión que puede derivar en síntomas alimentarios como forma de respuesta o como mecanismos de defensa. El síntoma aparece como estrategia adaptativa o de supervivencia psíquica, aunque al mismo tiempo termina generando mayor sufrimiento.

La aplicación de técnicas proyectivas como el HTP y “Dialogando con la imagen del espejo” permitió acceder a aspectos simbólicos que dieron cuenta de la disociación entre el yo real y el yo ideal, la dificultad para habitar el cuerpo y el deseo de modificarlo para alcanzar una imagen aceptada socialmente. Resulta pertinente mencionar que las personas transgénero presentan un problema físico objetivo que no está únicamente relacionado con los cuerpos ideales, sino con la identidad. El TCA emerge desde una insatisfacción corporal de la condición transgénero.

En ese sentido, el abordaje gestáltico posibilitó una aproximación respetuosa y centrada en el “aquí y ahora” de cada paciente, favoreciendo la exploración de su vivencia actual más allá de etiquetas diagnósticas.

Entre los aportes de este trabajo se destaca la necesidad de pensar los TCA desde una mirada integrada y holística, como se plantea desde la Terapia Gestalt, que contemple al sujeto en su totalidad. Además, que abarque no solo factores individuales o familiares, sino también el peso de las normas de género, los mandatos estéticos y las violencias estructurales. Asimismo, se evidencia el valor de intervenciones clínicas que privilegien el vínculo terapéutico, la validación subjetiva y el acompañamiento sin juicio, especialmente en adolescentes en proceso de construcción identitaria.

Sin embargo, este trabajo presenta algunas limitaciones. La cantidad de casos analizados, el corto tiempo de intervención y la imposibilidad de un seguimiento longitudinal restringen la posibilidad de generalizar los resultados. Sería interesante, en futuras investigaciones, integrar metodologías mixtas y ampliar el número de participantes para seguir profundizando en la relación entre diversidad de género, sexual, mandatos sociales y los TCA.

Este análisis llevado a cabo permitió observar que las intervenciones clínicas con adolescentes deben considerar no solo la dimensión psicológica del TCA, sino también su dimensión identitaria, vincular y social. Resulta fundamental generar espacios terapéuticos que validen la diversidad, favorezcan el contacto con las propias emociones y promuevan procesos de integración entre el yo real y el yo ideal.

En síntesis, la clínica del TCA en la adolescencia exige una mirada amplia, integradora y comprometida con el respeto por la subjetividad, que permita acompañar al adolescente en su búsqueda de sentido, de identidad y de pertenencia, más allá del síntoma.

4.2 Propuestas

Una vez concluida la rotación de las Prácticas Profesionales Supervisadas en el área clínica, surgen propuestas con el objetivo de optimizar dicho trabajo.

A la Universidad Católica de Cuyo y a la Facultad de Filosofía y Humanidades se propone abordar en mayor profundidad las temáticas de Trastornos de la Conducta Alimentaria y diversidad en torno a la Identidad y Orientación sexual. A los docentes de las mismas mantenerse actualizados acerca de las nuevas formas de presentación del Trastorno con el objetivo de que logren transmitir las nuevas presentaciones clínicas y sus abordajes a los estudiantes. Se destaca la importancia de un abordaje interdisciplinario e integral, reconociendo y valorando a cada profesional en el tratamiento.

A la sociedad, se sugiere tomar conciencia acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria siendo la misma cada vez más prevalente en la comunidad, principalmente en adolescentes, aunque también se observa en niños y adultos. Se destaca el rol de las familias y diversos entornos, tales como la escuela, deportes y otras actividades al momento de detectar la patología. Se sugiere a la población informarse al respecto, derribar prejuicios y mitos, combatir los estereotipos y mandatos impuestos socialmente. Conjuntamente, reducir comentarios, gestos y actitudes en torno al cuerpo y físico ajeno, debido al impacto que los mismos pueden tener en el otro.

Resulta necesario mencionar la importancia de respetar las decisiones y deseos de cada persona en torno a su identidad u orientación sexual. Los individuos en donde las mismas difieren de lo que socialmente se espera, merecen al igual que todos, ser escuchados, comprendidos y no juzgados. Se busca disminuir al máximo posible actitudes de discriminación, exclusión y violencia hacia ellos.

A las familias se sugiere acompañar a sus hijos en las decisiones que los mismos toman, brindando un espacio de escucha, aceptación y contención, en donde el adolescente se sienta cómodo y seguro. Propiciar un entorno en donde el mismo pueda recurrir sin el temor

de ser juzgado o discriminado por su decisión, validando su elección y al mismo tiempo, a él como persona.

A los pares, dejar de lado la violencia y malos tratos al momento de dirigirse a otros seres humanos. Trabajar en torno a la empatía y reconocimiento del otro, lo cual implica aceptar las similitudes y diferencias con uno mismo. Se proponen espacios en donde puedan profundizar en torno a las propias limitaciones, para que las mismas no incidan en el modo de relacionarse con otras personas. A su vez, ámbitos en donde se pueda indagar acerca de mandatos sociales interiorizados, con el objetivo de que estos sean cuestionados y en donde cada adolescente pueda a partir de la reflexión personal llegar a una conclusión propia.

A los profesionales de la salud, formarse, interiorizarse y actualizarse acerca de las nuevas formas de presentación clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, llevando a cabo un abordaje interdisciplinario del mismo. A su vez, informarse acerca de las nuevas tendencias de los adolescentes y sociedad actual, siendo flexibles al momento de intentar comprender y abordar.

A los estudiantes y próximos alumnos practicantes, escoger el área de PPS por interés personal, lo cual favorecerá una mayor motivación, así como también el interés de explorar, conocer y aprender de forma comprometida. Aprovechar este espacio para acercarse al rol como profesional, despejar dudas y miedos, y al mismo tiempo, generar certezas en torno al rol que cada uno quiera desempeñar a futuro y el modo en que escogerá desenvolverse ante cada paciente y situación, tomando como referentes a cada profesional con el que se interactúa en la institución. Invitarlos a tomar esta instancia como una oportunidad para adquirir conocimientos teóricos y prácticos e integrar dichos saberes, pero a su vez como un espacio de disfrute, haciendo de la misma una experiencia que deje huellas tanto personales como profesionales en cada uno.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.; L. R. Díaz et al., Trads.). Editorial Médica Panamericana.
- Arija Val, V., Santi Cano, M.J., Novalbos Ruiz, J.P., Canals, J., & Rodriguez Martin, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*.
- Ayala León, R. (2014). *Evolución histórica del concepto de anorexia nerviosa* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional RIUMA.
- Barriguete Meléndez, J. A., Valdez-Aguilar, M., Pérez-Bustinzar, A. R., Radilla Vázquez, C., & Barriguete Chávez Peón, P. (2025). Evaluación de un tratamiento ambulatorio intensivo en pacientes con trastornos alimentarios.
- Bayón Sanz, P. (2022). *Orientación sexual en hombres y trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión sistemática* [Trabajo de fin de grado, Universidad Miguel Hernández]. DSpace UMH.
- Ben-Bouchta del Viejo, S., & Dastis del Álamo, F. J. (2020). *La ideación suicida y las autolesiones en los trastornos de conducta alimentaria: Prevalencia y relación con la desregulación emocional* [Tesis de máster, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Universidad Pontificia Comillas.
- Bernal Muñoz, J. F. (2025). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Latinoamérica: Una revisión sistemática* [Trabajo de titulación de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca].

- Brandolin, D. (2021). *Recepción de la Terapia Gestalt en Argentina: estudio preliminar*. Escritos de Posgrado, (3). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Editorial UOC.
- Cabrera Artiles, R. (2022). *Abordaje de un caso de trastorno de la conducta alimentaria no especificado* [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea de Madrid].
- Cardenas Loor, A. I., Betancourt Zambrano, S. V., Carrión Auria, L. C., & Baquedano, T. I (2025). *Psicología evolutiva: desde la infancia hasta la adultez*.
- Castillo García, B & García Cruz, G. (2019). *Anorexia Nerviosa: entre el yo ideal y la fijación adictiva* [Anteproyecto de grado inédito, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium
- Córdoba Gañant, A. Y. (2020). *Bulimia nerviosa y las teorías humanistas desde el yo ideal: Estudio de caso clínico* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia].
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico* (9.^a ed.). Pearson Educación.
- Cuesta Pelayo, Z. (2022). *Diferencias en la sintomatología TCA entre mujeres de diferentes orientaciones sexuales y su relación con la sensación de pertenencia al colectivo LGBTIQ* [Trabajo de fin de grado, Universidad Pontificia Comillas].
- Dorca Retamal Parra. (2021). *Trastorno de conducta alimentaria en adolescentes transgénero: modelo de intervención especializado*. Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 32(3).

- Escribano, A. (2021). *Orientación sexual y trastornos de la conducta alimentaria en la población LGBTIQ+*. *Cómete el Mundo TCA* [Blog].
- Faya Barrios, M. del M., & Martínez Cantarero, C. (2011, octubre 7). *Programa de Hospital de Día (tarde) para adolescentes con trastornos de conducta alimentaria*. *Revista Psiquiatría.com*.
- Fernández Guayana, T. G. (2020). *Develando mitos: el adolescente no es quien adolece*. ResearchGate.
- Flechner, S. (2020). *Adolescencia en riesgo: cuerpos violentos – agresiones al cuerpo*. En E. Nieto & S. Flechner (Comps.), *Adolescencias vulneradas: Experiencias subjetivantes con jóvenes en los márgenes* (pp. 245–267). Noveduc.
- Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436–443.
- Gimenes Bawden, S. (2022). *Algo más que comer o no comer: Abordaje gestáltico a la alimentación y sus trastornos*.
- Giovanetti Ramírez, L. (2021). *El proceso de salud y enfermedad en Terapia Gestalt* [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional Comillas.
- Gismero González, M. E., Caperos Montalbán, J. M., & Ruiz de Assín Varela, P. M. (2016). *Relación de la orientación sexual con sintomatología alimentaria en función del estatus sentimental* (Trabajo de fin de Máster, Universidad Pontificia Comillas). Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas.

- Goenaga Diéguez, A. (2021, junio). *Trastornos alimentarios: una perspectiva socio-cultural* (Trabajo de Fin de Grado, Facultad de Medicina y Odontología, Universidade de Santiago de Compostela). Repositorio Minerva USC.
- Hayes, E. (2020, 16 de agosto). *Adolescencias y autonomía, un camino a transitar*. Realidad San Martín.
- Herrera Rodríguez, M. A., & Avella, R. E. (2015). Beneficios del desarrollo de la fuerza y la resistencia en el medio acuático. *Revista Digital: Actividad Física y Deporte*.
- Hikal Carreón, W. S. (2023). *Erik Erikson y el desarrollo psicosocial deficiente como camino a las conductas antisociales y criminales*. *Revista Alternativas*, (50), 108–136.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s.f.). *Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios*.
- Méndez, M., Sosa, C., & Losada, A. V. (2023). Construcción de la identidad en adolescentes adoptados. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 7(1), 43–52.
- Mendoza Jiménez, J. I., González Alcántara, K. E., & Silva, C. (2013). Autopercepción, ideal personal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 63–73.
- Montalvillo González, L. (2023). *Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disforia de género: revisión bibliográfica* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Girona].
- Neufeld, C.B. (2025). *Terapia cognitivo-conductual para adolescentes: Una perspectiva transdiagnóstica y evolutiva*. Editorial El Manual Moderno.

- Ortolá Lorente, I. (2023). *La detección precoz de la anorexia y la bulimia nerviosa en la infancia y en la adolescencia: Propuesta de inclusión en el Programa de Salud Infantil de la Asociación Española de Pediatría* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Europea]. Repositorio Institucional Universidad Europea.
- Palacios, J., Marchesi, Á., & Coll, C. (Eds.). (2014). *Desarrollo psicológico y educación* (Vol. 2). Alianza Editorial.
- Passarotti, L. (2020). El riesgo en la adolescencia y las adolescencias en riesgo. En G. Donzino, S. Morici & G. Cardozo (Comps.), *Adolescencias vulneradas. Experiencias subjetivantes con jóvenes en los márgenes* (pp. 269-280). Noveduc.
- Pease, M. A., Guillén, H. R., De La Torre-Bueno, S., Urbano, E. S., Aranibar, C. M., & Rengifo, F. (2019). *Nuestra deuda con la adolescencia*. UNICEF Perú.
- Pérez Rodríguez, A., & García Babiano, M. (2019). *Historia de los trastornos de la conducta alimentaria: Evolución, tipología y clasificación*. Psicología.com, 23.
- Rodríguez Pérez, J. G. (2023). *Estrés minoritario LGBT+ sin hogar*. *HUMAN REVIEW. International Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades*, 16(6), 1–14.
- Rodríguez, M. (2015). *La construcción de la identidad de género desde una perspectiva intercultural*. Educando en Igualdad.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381–392.

- Siancas Castillo, P. (2018). *Desarrollo humano* [Monografía de grado, Facultad de Humanidades, Escuela Académico Profesional de Psicología, Trujillo, Perú].
- Solá García, M. (2020). *Guía básica sobre diversidad sexual y de género*. Instituto Navarro para la Igualdad.
- Stancanelli, S. (2023). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población LGBTIQ+*. *Análisis Social* [Blog]. Habilidades para el cambio.
- Vázquez, C., & Fernández Mouján, J. (2016). Adolescencia y sociedad: La construcción de identidad en tiempos de inmediatez. *Psocial: Revista de Investigación en Psicología Social*, 2(1), 38–55.
- Yaques, N. (2024, julio 5). *La adolescencia: un viaje de cambios físicos, cognitivos y sociales*. Psicólogo en Línea.

ANEXOS

ANEXO I: Modelo de la primera intervención - Protocolo de entrevista Inicial

1. Nombre, apodo
2. Edad
3. Estado civil
4. ¿Estudias y/o trabajas? ¿Realizas alguna actividad extraescolar?
5. ¿Con quién vivís?
6. ¿Sentís que tenes confianza con ellos para poder expresar lo que te sucede?
7. ¿Hace cuanto estás en el modulado?
8. ¿Por qué crees que estás acá? ¿Vos querías empezar?
9. ¿Cómo te sentiste al momento de iniciar el modulado? ¿Y ahora, has notado algún cambio en vos?
10. ¿Cuáles eran tus expectativas del modulado? ¿Y actualmente?
11. ¿Cómo te sentís en relación a los profesionales que te acompañan? ¿Te sentís escuchado, respetado, acompañado?
12. Y en tus otros entornos, ¿Como te sentís generalmente?
13. ¿Cómo describirías la relación con tus pares? ¿Cómo te sentís al momento de interactuar con ellos?
14. ¿Hay algo que te gustaría cambiar de eso?
15. Si tuvieras que describirte en tres palabras, ¿Cuáles me dirías y por qué?
16. ¿Hay algo más que te gustaría comentarme?

ANEXO II: Modelo de la segunda intervención – Dialogando con la imagen del espejo

Primera parte:

Se le comenta al paciente que el nombre que se le ha puesto a este encuentro es “Dialogando con la imagen del espejo”, tras ello se le pregunta cuál es su relación con los espejos. Posteriormente se le advierte al paciente que será una actividad de imaginación. Se le pide que se ponga cómodo y que cierre sus ojos.

Consigna:

Presta atención a tu respiración, hacela consciente. Lentamente vas a relajar tu cuerpo, fíjate que no haya ninguna parte tensa que pueda interferir en tu experiencia.

Relaja los pies... respira... relaja las piernas... la pelvis... respira... relaja el tórax... vuelve a respirar... los brazos... las manos... no te olvides de respirar... relaja el cuello, movelo para un lado y para el otro... relaja la cabeza, la frente, la mandíbula, los cachetes... si sientes alguna tensión procura relajarte...

Ahora imagina que te levantas del lugar en el que te encuentras, te levantas del sillón, salís por la puerta del consultorio y llegas al pasillo... de ahí llegas a la sala de espera... seguís caminando y salís de la clínica Sol de Abril... lentamente... tranquilamente te vas a ir alejando de aquí...

Pasas por lugares conocidos mientras sigues caminando... registra los colores, olores, sonidos... ¿que ves? ¿Hay alguien conocido? ¿Cómo son estos lugares?

Poco a poco te alejas y pasas por lugares menos conocidos... extraños... observas, registras que hay... seguís percibiendo... fíjate bien que ves... presta atención...

De pronto vas a ver una casa desconocida... te acercas lentamente hasta llegar al frente de ella... la observas, ¿Como es la casa? ¿Tiene ventanas? ¿Puertas? ¿De qué color es? Registra como te sentís frente a esa casa... ¿La conoces? ¿Es nueva? ¿dónde estás?

Tomas la decisión de entrar a la casa, abrís la puerta y la observas... ¿cómo es? ¿cómo te sentís ahí dentro?... de pronto te encontras una puerta cerrada y te paras delante... anticipas que detrás de esa puerta hay una habitación llena de espejos... registra como te sentís con ese pensamiento...

Abrís la puerta y entras... hay espejos por todos lados... seguís observando y registrando como te vas sintiendo... te acercas al espejo que más te llame la atención, un espejo que te va a reflejar tal cual sos en apariencia y como persona... te paras frente a él y te observas... ¿Cómo es la imagen? ¿Quién está reflejándose en el espejo? ¿Qué apariencia tiene? ¿Te mira? ¿Desvía la mirada? observalo bien... mira su gesto... su postura... sus dimensiones... ¿Que sentís mientras observas? registralo...

Hablale, decile lo que sientas cuando lo ves, ¿qué opinas de él? Lo que te surja decirle...

Ahora te voy a pedir algo un poquito más difícil... imagina que te metes en el espejo y te convertís en el que se encuentra dentro... desde el espejo vas a observar a M que te está mirando desde afuera... ¿Cómo se ve M mirándose al espejo? ¿Qué le contestarías a M sobre lo que él te dijo? Te voy a pedir que le digas algo que le sirva o que te parezca que es importante que el escuche....

Ahora vas a volver a ser el de afuera... y vas a intentar responderle... luego serás el de adentro y le contestaras... y así sucesivamente. Te daré unos minutos en silencio para que puedas hacer esto...

Ahora de a poquito vas a intentar ir cerrado el diálogo, te vas a despedir y lentamente buscar la salida de la habitación... vas a elegir si preferís dejar la puerta abierta o mejor cerrada... y vas a buscar la puerta de salida... anda registrando que vas viendo y sintiendo al salir de la habitación y posteriormente de la casa...

Lentamente buscaras el camino hacia el consultorio, pasando nuevamente por estos lugares desconocidos... los conocidos... hasta que llegas acá... te encontras con la reja de Sol de Abril... abris la puerta, entras por el pasillo de entrada a la sala de espera, continuas por el pasillo y llegas acá...

Ahora te voy a pedir que de a poquito vuelvas a tomar conciencia de tu respiración y de tu cuerpo... vas a empezar por la cabeza... por el torso, los brazos... las manos... la pelvis... las piernas y los pies... vas a registrar que estás sentado sobre un sillón... registras los estímulos que percibes... incluida mi voz.

Ahora, de a poquito, cuando vos lo decidas, vas a ir abriendo los ojos...

Segunda parte:

Se indaga acerca del registro perceptivo y emocional que tuvieron durante la consigna.

- ¿Cómo te sentiste con la consigna? ¿Por qué lugares conocidos pasaste? ¿Cómo eran? ¿Quiénes estaban? ¿Había algún animal, olor, casa que te resultó familiar? ¿Por qué lugares desconocidos pasaste? ¿Cómo eran? Al llegar a la casa, ¿Qué viste? ¿Cómo era esta casa por fuera? ¿De qué color, tamaño y edad? ¿Tenía ventanas y/o puertas? ¿Cuántas? ¿Se parecía a algún lugar que hayas ido? ¿Y al entrar qué viste? ¿Cómo era esta casa por dentro? Al llegar a la puerta de la habitación de espejos, ¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensaste? ¿Y al entrar? ¿Cómo era la habitación? ¿Cómo estaban distribuidos los espejos? ¿Cómo eran los espejos? A la hora de escoger alguno que te reflejara, ¿Cuál

elegiste y por qué ese? ¿Cómo te fuiste sintiendo? Al verte al espejo, ¿Qué o a quién viste? ¿Y luego al invertir e ingresar al espejo, qué o a quién viste? ¿Cómo fue el diálogo que tuvieron? ¿Cómo te sentiste? Al tener que cerrar el diálogo y retirarte de la habitación, ¿Qué sentiste y pensaste? ¿Y al regresar al consultorio?

ANEXO III: Modelo de la tercera intervención - HTP

Primer momento: consigna

1. Tras entregarle una hoja de manera horizontal, se le pide que dibuje una casa con los materiales que se le brindan (lápiz negro y goma), pudiéndose tomar el tiempo que considere necesario.
2. Luego, se le retira la hoja previa y se le da una nueva de forma vertical, en donde se le pide que dibuje un árbol que no sea ni una palmera ni un pino, con los mismos materiales de antes y también en el tiempo que considere necesario.
3. Por último, se le retira la hoja y se le entrega una nueva posicionada de manera vertical. En ella se le pide que dibuje una persona completa, que la realice con los mismos materiales en el tiempo que requiera.

Segundo momento:

Se le advierte al paciente que se pasará a una etapa más imaginativa, en donde se olvidará que él realizó los dibujos y contará qué percibe, qué imagina o qué cree en relación a la casa, al árbol y a la persona.

Modelo de preguntas que sirven de guía para realizar las descripciones:

CASA	<p>¿Dónde está la casa? ¿Cómo es el lugar? ¿Quiénes viven allí? ¿Cómo es la casa?</p> <p>¿Cómo es esa familia? ¿De qué está construida la casa? La casa, ¿Es nueva o vieja? ¿Cuántos años tiene? ¿Cuántas puertas tiene? ¿Está(n) abierta(s) o cerrada (s)? Si está(n) cerrada(s). ¿Con o sin llave? ¿Cuántas ventanas tiene? ¿Está (n) abierta (s) o cerrada(s)? ¿Qué parte de la casa se ve por esa (s) ventana (s)? ¿Está habitada? Si lo está ¿Por quienes? Si no lo está ¿Por qué? Si la habitaban ¿Quiénes y por qué no están más? ¿Con qué material está construida?</p>
-------------	---

	<p>Si hay humo en la chimenea ¿De dónde proviene el humo? Si hay cerco o algún camino ¿Quién lo puso?, ¿Con qué objetivo? ¿Hay otras casas cerca? ¿Son iguales o diferentes? ¿Recuerdas alguna casa parecida a ésta? ¿Dónde está ubicada? Realice una breve descripción de sus habitaciones.</p>
ÁRBOL	<p>¿Qué tipo de árbol es? ¿Cómo es el árbol? ¿Dónde está? ¿Por qué? ¿Qué tipo (especie) de árbol es? ¿Cuántos años tiene? ¿Cómo está de salud? ¿Lo plantaron o nació solo? ¿Lo cultivaron, lo cuidaron o creció naturalmente? ¿Está vivo? ¿Quién lo cuida? Si el dibujo tiene frutos, ¿De qué tipo son? y ¿Qué hacen con los frutos? (igual si presenta algún tipo de animales o flores) ¿Hay otros árboles cerca? Si los hay ¿Son iguales o diferentes? ¿Qué sucede con el árbol cuando hay tormenta o cuándo sopla el viento? ¿Qué ocurre si alguien lo lastima o lo molesta? ¿Dónde está ubicado? ¿Qué época del año es? (Estación) ¿Le recuerda a alguno que conozca?</p>
PERSONA	<p>¿Qué está pensando? ¿Qué siente? ¿Qué dice? ¿Qué hace? ¿Qué quiere? ¿Qué nombre le pondría? O ¿Cómo se llama? ¿Cuántos años tiene? ¿Qué está haciendo ahora? ¿Qué está pensando? ¿Qué siente? ¿Qué quiere? ¿Con quién vive? ¿A qué se dedica? ¿En qué trabaja? ¿Qué parte del cuerpo es la que más le gusta? ¿Por qué? ¿Qué parte del cuerpo es la que menos le gusta? ¿Por qué? ¿Qué defectos tiene? (Cosas malas o feas) ¿Qué virtudes tiene? (Cosas lindas o buenas). Si pudiera pedir tres deseos: ¿Cuáles pediría? ¿Qué piensa que haría en el futuro? ¿Se parece a alguien que conozca? ¿A quién?</p>

ANEXO IV: Resultados citados del primer encuentro – Entrevista Inicial**Paciente 1**

E: ¿Estas de novio?

P1: No, me han gustado algunos compañeros, pero no...

E: Estás en la secundaria, ¿verdad? ¿En qué año?

P1: Si, en la secundaria. Estoy en cuarto, voy al DB, es una escuela muy estructurada, nadie hace nada... he pensado cambiarme de escuela...Estoy en la modalidad de Comunicaciones porque era la más fácil, las otras opciones eran economía y naturales.

E: ¿Fuera de la escuela haces alguna actividad?

P1: Mmm no. Antes hacía natación, que me gustaba mucho, pero tuve que dejar por la escuela y la cantidad de pruebas. Tuve que enfocarme más en eso...

E: ¿Con quién vivís?

P1: Con mi mamá y mi papá, no tengo hermanos.

E: ¿Sentís que tenes confianza con ellos para comentarles cómo te sentís?

P1: Mmm si, a veces... Tengo más confianza con mi mama, mi papa me juzga mucho. Piensa que los hombres no pueden llorar o algo así...

E ¿Hace cuánto estás en el modulado?

P1: Mmm no se... Hace un año más o menos. Primero estuve con el A dos meses y después me cambié de psicóloga porque A no me gustaba...

E: En tus otros entornos, ¿cómo te sentís vos?

P1: Bien... con mis compañeros maso. En el curso me llevo con casi todos mal, con los que me pelee... con todos me he peleado... Me culparon de haberles mandado notitas, yo les expliqué que no había sido, pero no me creyeron... Son ex compañeros míos que me he peleado y los tengo ahora de nuevo, no me puedo juntar con nadie. En el aula estoy con los compañeros que tenía antes que se vinieron a comunicación y con ellos todo bien.

E: ¿Y fuera de la escuela, tenes otro grupito de amigos?

P1: No...

E: ¿Cuándo interactúas con tus compañeros, te sentís cómodo?

P1: Con los que me llevo bien sí, pero con los otros no. No hay forma de que me lleve bien.

E: ¿Hay algo que te gustaría cambiar de eso?

P1: Mmm no, porque ya no hay feeling. Con unos lo termine porque ya no había confianza, otros porque me habían traicionado y otros me querían pegar porque pensaban que les había hecho notitas que hablaban mal de ellos. Pero no era para ellos... Mi otro amigo le dijo que no era verdad, pero no le creyó... Así que ya está

E: ¿Si tuvieras que describirte en 3 palabras, que me dirías y por qué?

P1: ...cariñoso... amable y... triste, porque siempre ando triste o parece que ando triste. Siempre dicen que parece que ando triste en el colegio... pero naa.

E: ¿Y por qué vos te describís así?

P1: Y porque no se... muchas veces me siento triste (baja la mirada, evita hablar de eso). Y amable porque soy muy amable con los demás y también soy muy cariñoso.

Paciente 2

E: ¿Estas de novia?

P2: Si, estoy de novia...

E: ¿Con quién?

P2: Con una chica llamada L. Tiene 15 años...

E: ¿Y qué tal esa relación?

P2: Bien... llevamos un año y siete meses. Me llevo bien con su familia y ella también con la mía...

E: ¿Estás en la secundaria?

P2: Si, estoy en quinto en sociales, en la C. Elegí sociales porque era la menos peor, porque estaba economía, naturales y comunicaciones. Naturales no, comunicaciones decían que habían muchas exposiciones y a mí no me gustan las exposiciones orales y economía porque es economía...

E: Y fuera de la escuela, ¿Haces alguna otra actividad?

P2: Si, voy a un instituto de inglés y toco el bajo con mi hermana... Ella toca el piano y yo el bajo entonces los lunes vamos a un profe de música que nos enseña a las dos. También me gusta dibujar, escuchar música sola, jugar juegos... al uno.

E: ¿Con quién vivís?

P2: Con mi mamá, mi papá y mis dos hermanos... y mi abuela que vive en la casa de al lado, pero ya digo que convive con nosotros. Ella almuerza con nosotros, a veces en la tarde también está con nosotros porque está sola. Mis hermanos son más chicos, mi hermana tiene 13 años y mi hermano 8 años.

E: ¿Vos sentís que tenes confianza con tus papás y con tus hermanos para hablar de ciertos temas?

P2: Creería que sí... con mi hermana principalmente. Al no haber mucha diferencia de edad creo que me entiende mejor que mis papás capaz... Igual a mi mamá también le cuento algunas cosas, pero siempre recorro a mi hermana.

C: ¿Hace cuánto estás en el modulado?

A: Desde principio de año, febrero...

C: ¿Y vos por qué crees que estás acá?

A: Yyy... por problemas con la comida y por anorexia nerviosa...

C: ¿Y cómo te sentiste al momento de iniciar?

A: Mmmm... nerviosa

C: ¿Querías empezar?

A: No

E: ¿Y ahora cómo te sentís?

A: Yyy más o menos en el medio... como que todavía me cuesta...

C: ¿Qué te cuesta?

A: Yyy... sería aceptar que lo necesito...

C: Y en relación a los profesionales con los que estas, ¿sentís cierta apertura?

A: Sí... con todos más o menos me pasa igual, con todos me cuesta expresarme.

C: Y en tus otros entornos, ¿cómo te sentís?

A: Bien, me llevo bien. Con mis compañeros a veces son medios complicados, pero porque son molestos, pero me siento cómoda y no me es difícil interactuar con ellos.

C: Si tuvieras que describirte en 3 palabras, ¿cuáles me dirías y por qué?

A: ... tranquila... amigable... y empática creo. Empática porque me preocupo mucho por los demás, a veces me preocupo más por los demás que por mí misma. Tranquila porque soy muy tranquila y amigable porque me puedo acoplar a la mayoría de personas... o si necesitan hablar o algo... yo estoy.

C: ¿Y hay algo más que te gustaría comentarme?

A: No... pensé que iba a ser más difícil...

Paciente 3

E: ¿Estado civil? ¿Estás de novio, soltero?

P3: Soltero, en algo. Con una chabona con la que he estado saliendo el año pasado por un par de meses y en enero como que decidí que nos distanciáramos porque yo no estaba muy seguro de lo que sentía, no quería confundirla a ella tampoco porque no lo merecía entonces como que quería pensar, quería encontrarme un poquito a mí mismo para no estar bolu... y tome distancia y después nada volvimos a hablar básicamente... nos encontramos hace dos meses en

un quince, porque nosotros nos conocimos en teatro, era el 15 de una chabona de teatro entonces los dos sabíamos que iba a ir la otra persona y fuimos y estuvimos hablando un buen rato ahí, nos fuimos afuera en un momento y nos pusimos a hablar de varias cosas. Después nos juntamos a hablar, después otra vez y habíamos quedado en realidad como amigos porque ella estaba con un montón de cosas encima y me dijo ahora no puedo, pero si te quiero tener en mi vida, pero justamente como la chabona estaba con un montón de cosas me dijo che mira sinceramente no puedo, lo cual lo re entendí porque estaba con medicamentos, psiquiatra, repitió de curso. Tiene muchos mambos y nada, yo no quería ser un peso más así que la entendí y después pasó un mes y pico de eso y le volví a escribir... el menos denso...

E: Bueno estudias me imagino...

P3: Sisi, estoy en quinto año en la NS.

E: Y fuera de la escuela, ¿haces alguna otra actividad?

P2: Emm el año pasado iba a teatro, ahora este año lo dejé, pero hago italiano. Empecé en el verano un curso avanzado...ahora estoy haciendo un curso de dos meses que se llama "Cuerpo Escritura", que es con técnicas somáticas. Teatro no pienso retomar por ahora, me gusta hacer cosas como de experiencia, no suelo quedarme mucho en un solo lugar, soy medio culo inquieto.

E: Bien... ¿y con quien vivís Luka?

P3: Con mi mamá... antes vivía con mi hermano también, pero él se mudó como hace dos años con mi viejo así que ahora estoy yo nomás...

E: ¿Tenés relación con tu hermano y con tu papá?

P3: Sí... en realidad tengo tres hermanos, yo soy el más chico. En realidad, mi viejo tuvo un matrimonio antes que mi mamá y mi mamá tuvo otro marido antes que mi papá. Y de ahí del matrimonio que tuvo antes mi viejo salió F y por el lado de mi mamá con su otro esposo salió M, y ya con mi papá mi mamá tuvo a mi hermano V y a mí, que tenemos menos diferencia de

edad. Con el que me llevo mejor es con el V, siempre está para mí, somos muy unidos, para mí más que mi hermano también es mi amigo... El V tiene 20, F tiene 25... con él no me llevo casi nada realmente, es una figurita media difícil, complicada... Pasó un suceso en mi familia que hizo que me alejara del todo con F, pero ya desde antes no nos llevábamos muy bien porque somos personas muy diferentes... básicamente pasó que en mi cumpleaños de 13, que lo festejé en la casa de mi papá y hubo una pijamada, él intentó abusar de mi mejor amiga... así que eso fue complicado... yo en ese momento no me enteré, me enteré a los días porque mi ex mejor amiga me contó por mensaje.. yo me quería morir... me alejé totalmente de mi hermano...

E: ¿Y pudiste hablar esto con él o con tu papá?

P3: Con mi papá sí porque yo no me iba a quedar callado porque ya hubo situaciones de abuso antes en mi casa entonces yo dije no se va a volver a repetir la historia de que todos se queden callados yy... mi papá ya abusó una vez de mi hermano M cuando tenía él 12 años y bueno todavía no se divorciaban... después de eso siguieron casados...

E: ¿Y tu mamá sabía?

P3: Si, por eso te digo que se silenciaba todo... y me dio bronca que mi papá criara un cloncito suyo y entonces yo dije que iba a ir a la policía... decidimos hablarle al padre y le dijimos como para darle un empujoncito para que hablara con su hija, ... ella no tiene los mejores padres del mundo sinceramente me dan bronca, pero bueno... la madre lo primero que le preguntó es qué tenía puesto como para que te des cuenta... encima la madre que le preguntara eso... el padre reaccionó mejor en realidad, pero no quisieron llevar nada a la policía simplemente lo hablaron... de ahí obviamente no la dejaron venir más a mi casa, ni siquiera a la de mi mamá que solo vivíamos los dos, no la dejaron quedarse a dormir en realidad en ningún otro lugar, lo cual me da un poquito de bronca porque siento que de algún modo también la castigaron... pero bueno esos padres son bastante polémicos... así que nada después de eso me acuerdo que le decía a mi viejo que no quiero que salga impune, no quiero que no hagan nada y él dijo no

no no y al final yo sé que el pagó de cierta manera porque lo devolvieron al psiquiatra, estuvo con medicamentos y un montón de cosas que lo dopaban, estaba todo el día dopado... a él le gusta mucho ir al gimnasio y no podía hacer eso, le quitaron un montón de cosas y encima en esa época le diagnosticaron autismo, que en realidad no es tanto autismo pero es como algo muy leve, no entiendo muy bien, pero mi papá lo justificó absolutamente a todo con eso y yo me acuerdo que no iba a su casa porque no quería cruzarlo, no quería verlo, no quería hablar.. estuve como 8 meses sin ir a su casa hasta que empecé a ir, pero no lo saludaba ósea yo quería ver a mi hermano con el que sí me llevaba bien y mi papá que me ayudaba en la tarea o cosas así... y poco a poco fuimos hablando, pero así hola y chau... y hasta ahí. Yo al día de hoy después de muchas charlas creo que me he llegado a dar cuenta que el chabón no se da cuenta lo que está bien y lo que está mal. pero nada, no justifico nada... pero complicado...

E: ¿Y a vos nunca te intentó hacer nada?

P3: No, yo no confío mucho en mi hermano si te soy sincero... Nunca me ha hecho nada, lo único que una vez me sentí muy incómodo fue que estábamos de las pocas veces que estábamos jugando y pelotudeando que fue esto antes de que pasara con la Manu, y como que en el momento me arrojó el sillón y se cayó encima mío. Y yo sentí algo... no me gustó nada. Es como que yo no supe en ese momento que sentí, pero yo mismo me di cuenta que me puse mal y me puse raro, me puse nervioso y me hice el otro. Y eso fue como lo único raro, pero no nunca pasó algo muy subido de tono.

E: ¿Y con tu papá tampoco?

P3: No, nunca. Con mi papá tengo una relación media complicada por todo lo que pasó, yo estuve por mucho tiempo con una asistente social de por medio... yo iba a su casa con mi hermano cuando todavía no vivía con él... a los 18 se fue a vivir con mi papá. Un poco como que hemos ido mejorando la relación con él y mi mamá, yo la amo, es un pan de dios en muchas cosas, pero también es muy difícil convivir con ella. Mi papá nunca está en casa y aparte

consiguió un trabajo en San Juan, pero generalmente tiene trabajos en la mina entonces está tres semanas allá y dos semanas acá, entonces es como vivir solo. Pero bueno antes teníamos una asistente social que la tuvimos como por cuatro/cinco años y después ya la dejamos de tener. Me acuerdo que íbamos a un tipo de gabinete psicológico, yo me acuerdo que nos levantábamos a las 6 de la mañana a hablar de cómo nos llevábamos con mi papá, y yo en ese momento no entendía muy bien pero después terminé entendiendo... y ya después yo me podía quedar a dormir en esa casa y yo nunca me había quedado a dormir... me acuerdo que siempre cerraba la puerta y tenía pesadillas, me costaba mucho dormir porque sentía que mi papá iba a entrar al cuarto... nunca pasó, pero...

E: ¿Actualmente sentís que tenés confianza con tu mamá y con tu papá para hablar de ciertas situaciones o temas?

P3: Con mi mamá sí, tampoco es que le hablo de todo, pero si tengo confianza con ella... con mi papá no, ósea con él he podido hablar cosas más como mi sexualidad o mi identidad de género, son temas que, aunque me sorprendió yo los pude hablar con él, pero todo lo demás no... mi papá es una persona que no tiene criterio propio entonces si mi mamá opina de esta manera él opina igual, ahora que quiere que se lleven bien sí... o si tal persona piensa de esta manera él también se va a adherir a eso, entonces un día me puede apoyar y otro no, un día le puedo decir che me está pasando esto con mamá y se lo va a terminar contando a ella, entonces no tengo confianza con él..

E: Y en relación a tu identidad de género, ¿cómo fue? ¿Cómo lo hablaste?

P3: Comparado a otras experiencias trans realmente me doy cuenta que no fue muy complicado lo mío, pero yo me acuerdo que fue en una de las juntadas que tenía con mis amigos y yo me había cortado el pelo... empecé a usar ropa más masculina y por esa onda, yo tenía amigos muy gays entonces no fue como muy complicado... empecé primer año y dije “yo para mí soy bisexual”, no me la pregunté mucho... después me fui acomodando más. La identidad fue en

segundo año (a los 13), ahí fue cuando me corté el pelo, empecé a hacer esto que lo otro, lo consulté con mis amigos les dije “miren me está pasando esto últimamente, no entiendo mucho qué me pasa”, buscamos en internet... no sé a veces me daba cuenta que me ponían muy celoso cosas de chabones de lo que hacían, de cómo se vestían o de cómo se comportaban... yo quería estar así... a veces no era atracción, era querer verme como ellos. me gustaba mucho la parte masculina o me daba mucho asco la parte femenina, entonces era como que no me gustaba mi nombre, yo no entendía por qué, pero después de la nada no me gustaba que me dijeren por mi nombre hasta que me puse el otro, eran como que muchos detallitos que me hacía ruido y después como que dije “ahh bueno entonces soy género fluido...”

E: ¿Qué es ser género fluido?

P3: Que vas fluyendo simplemente... hay veces que te podés sentir como mujer, hay veces que te podés sentir como hombre otras como persona no binaria, es algo que depende del momento de tu vida puede ir variando y yo sentía que más o menos hasta que me descubría estaba sintiéndome así.

E: Te costó decir bueno ¿quién soy yo?

P3: Mmm sí, pero el asesorarme un poco, aunque sea con internet, me ayudó mucho. El internet tiene muchas cosas malas, pero también habían muchas personas pasando por mí misma situación, entonces me podía encontrar en esos lugares... y después con el tiempo yo ya me había puesto el nombre, ahí me pude llegar a encontrar más... me acuerdo que era una juntada que vinieron a mi casa mis amigas y fuimos a la plaza y a caminar y nos pusimos a buscar nombres, y yo les dije “ese, ese me gusta a mí” y de ahí me llamé así... me acuerdo que también tenía otros, como que de vez en cuando usaba otro y ya después me decidí por el que uso ahora..

E: ¿Como fue cuando le tuviste que decir por ejemplo a tus papás, a tus hermanos, el tema de la escuela?

P3: El tema de la escuela en realidad lo estoy agarrando ahora, pero... con mi hermano fue al primero que le dije además de a mis amigas de ese momento, fue al V. Se lo tomó re bien, yo le dije todo esto de que creía que era género fluido y que me gusta cambiarme el look... él siempre ha sido muy mente abierta, se ha ido adaptando de a poquito pero bien... después se lo dije a mi papá porque yo con él había hablado bastante de sexualidad y de esas cuestiones porque él es además de ser lo que es, es bisexual aceptado así que con él lo pude hablar más... y después con lo de género yo se lo dije así nomás, estábamos yendo a comprar la compra del mes y le dije mira me está pasando esto y me dijo ya me había dado cuenta yo, como que el pelito, la forma de caminar.. y yo tipo aa ya lo sabías... y me dijo bueno está bien, capo... Le costó adaptarse, le tenía que corregir el nombre todo el tiempo, pero bueno se entiende porque me vio crecer, es mi papá, así que yo se lo corregía y toda la cuestión, pero después me dijo el nombre y no se equivocó más... hasta que hubo un tiempo en donde hizo un retroceso mental y volvió a decirme con el otro nombre solamente porque mi mamá todavía no podía decirme con ese nombre y después volvió a decirme mi nombre... no sé, es raro ese hombre... yy con mi mamá si fue un poquito más complicado porque yo le conté que era bisexual, que al día de hoy no sé si te digo bisexual o que me gustan las personas y ya está, realmente me han gustado mujeres, me han gustado hombres, he salido con personas no binarias, con chicos trans, ósea de todo un poco.. así que nada que se yo cuando le dije que era bisexual estaba re nervioso, pero re nervioso y se quedó como “A”, no reaccionó mal para nada, me dijo que me iba a apoyar, pero me dijo ¿quién te gusta? y a mí en ese momento no me gustaba nadie, era simplemente porque lo quería compartir con ella y me dijo “ahh bueno” pero estaba re dura... Yo en ese momento le dije lo de la sexualidad nada más, pero lo de la identidad no, y ya hubo un tiempo... encima yo con mi vieja al día de hoy me llevo muy bien, pero en este tiempo que fue segundo año nos llevábamos muy mal, entonces hubo una pelea que estábamos los dos a los gritos, estábamos cansados, después hubo un silencio en toda la casa, se fue a encerrar ella

a su cuarto y yo entré y le dije “mirá soy un chabón a veces, me llamo Luka y esto es lo que soy. Fíjate si te gusta o no te gusta” y me fui porque no tenía nada que ver en la conversación pero quería soltarlo... y mi vieja me dijo “está bien” pero no lo volvió a hablar, no usaba ni los pronombres correctos ni el nombre correcto, y como que ese tema no lo avanzamos por un buen tiempo hasta que yo como que de vez en cuando algo lo hablaba, pero fue un tema que nos costó bastante... yo me frustraba mucho pero una amiga me ayudó bastante a decir “che tenele paciencia, yo sé que te frustra un montón, pero tenele paciencia. Van a poder hacerlo, pero pongan de su parte los dos” ... entonces yo también le dije eso a mi mamá, de que no estaba sola y que éramos un equipo, que era algo que pasaba entre los dos y que yo quería comunicarle a ella lo que sentía, y también saber cómo se sentía ella. “Yo sé que es un duelo también para vos de la idea de la hija que pensabas que tenías”, porque ella tiene dos hijos y yo era como la nena, ella siempre me dijo “yo quería una nena, yo quería una nena” y yo tipo perdón, pero no hay nena... así que nada eso lo estuvimos hablando y pasaron los meses y yo entendí un poquito más de lo que me pasa y todo eso...

Al día de hoy yo te puedo decir que soy una persona en realidad no binaria, me gustan los pronombres masculinos, muchas veces me gusta vestirme de manera masculina, otras veces no tanto, pero eso ya tiene más que ver con la expresión de que con cómo me siento, pero no me gusta encerrarme ni en uno ni en otro, y así estoy bien, pero si uso pronombres masculinos o neutros, pero como nadie usa los pronombres neutros normalmente uso los masculinos. Así que nada esas cosas también las he hablado con mi mamá, de hecho, ahora mismo estamos tramitando el DNI, mañana voy a hacer el trámite de vuelta porque antes lo había hecho con el no binario, pero Milei lo está por quitar así que lo voy a hacer directamente con el masculino, así que bueno voy a ir al registro civil con mi abogada, con mis dos papás a firmar unas cosas y listo. Los dos me apoyan con esto... con mi mamá he avanzado con muchas cosas, si imaginate que estamos tramitando lo del DNI...

E: ¿Y ahora ya te dice por tu nombre?

P3: Si si si ya casi no me dice con el otro nombre, ya de hecho no me dice con el otro nombre...

la última vez que se equivocó fue cuando hace un mes/tres semanas fuimos a hacer el trámite del DNI porque fue como que ahí estaba haciendo el duelo definitivo de decir ya está... y me dijo con el otro nombre, pero se disculpó que se yo... hubieron muchas peleas en el medio antes de todo esto obviamente, muchas veces me dijo anda y traeme un papel documentado que me diga que sos así y que te llamás así porque si no no te voy a llamar así.. ósea hubo peleas fuertes, yo me fui una vez de la casa a la plaza y no volví por horas, fue un tema complicado, pero yo lo pude hablar en terapia y ella un poco también, nos acompañamos juntos así que eso estuvo bueno. Hay cosas que obviamente todavía le cuestan, pero le tengo paciencia...

E: Y si te tuvieras que definir en tres palabras, ¿qué me dirías?

P3: Uhhh me la complicaste... emm ... Me cuesta mucho definirme en 3 palabras... siento que soy dulce, inseguro y creativo... me he dado cuenta últimamente que soy medio inseguro, que me comparo mucho con los demás, y me gustaría que no fuese así, pero a veces si me gana un poquito la inseguridad y el compararme con otros chicos de ese género, ósea que nacieron chicos y se identifican como chicos... muchas veces mi inseguridad es en relación al físico, de que tengan la espalda ancha... Me comparo mucho con mi hermano en general, con el V, porque yo lo adoro, pero me cuesta a veces no compararme con él... ropa que yo le robo todo el tiempo le queda a él de una manera que a mí nunca me va a quedar... él que tiene una espalda ancha y los huesos anchos y tiene unos rulos muy lindos y tiene vello y tiene cosas que yo no tengo, entonces como que con eso me comparo o con amistades en las que me doy cuenta que o son mucho más lindas que yo, o como que ellas hablan menos y yo hablo más, o como que me da inseguridad ser inseguro y que ellas no sean inseguras o cosas así que a veces me ganan porque me gustaría no tenerlas tanto en mi mente pero me he dado cuenta de estar con mis amigas...siento que me comparaba un poquito de que ellas eran mayores y ya habían pasado

por procesos que yo todavía en ese momento estaba pasando; entonces es como que yo ya quería tener la paciencia que ellas tenían, ya quería tener la seguridad que ellas tenían, ya quería tener el amor propio que ellas tenían, entonces si me doy cuenta que en ese momento me saltaban mucho los celos sanos o la inseguridad de querer ser como ellas o toda la cuestión...

E: Y lo de escuela, ¿qué pasó?

P3: Aaa la escuela... antes iba a la DA... que escuela de mierd... no posta que es una escuela muy fea, la directora que tiene ahora no hace nada, se la rasca todo el día... yo estuve en la primaria ahí, ósea hice primero y segundo grado en la SF y después ya todo lo que quedaba de primaria lo hice en la DA. Después en la secundaria yo estaba viendo si entraba a alguna preuniversitaria, pero realmente nunca estudié mucho así que claramente... era suplente, ya bastante con no haber estudiado haber quedado suplente... así que nada directamente intentamos con la Dante de vuelta y ... esos dos años fueron un infierno... primero no estuvo tan mal porque fue cuando estaban las burbujas, iban unos una semana y los otros la otra de clases, entonces nada ahí estaba todo bien de hecho con los que yo iba semana por medio me llevaba bastante bien, la caga.. fue cuando se juntaron los dos... las dos burbujas... que fue como en septiembre más o menos y ahí fue todo muy feo, la gente se empezó a separar por grupos, empezaron a molestar a la gente, empezaron a volverse muy cretinas personas con las que yo me llevaba bien y con las que estaba todo bien ya nada... yo no tenía muchas ganas de seguir en esa escuela pero dije bueno vamos a hacer segundo año, vamos a darle una segunda oportunidad lo cual fue muy mala idea... segundo año fue muy feo, me molestaron mucho, hacían grupos que por ejemplo decían grupo sin y mi nombre y mi DNI, me molestaban en clase, me pelotu.... , había un compañero que me empezó a molestar. Era un chabón muy tóxico, era como que eras su amigo y te quería de amigo, pero después te molestaba... te pute..., me decía lesbiana, me decía put..., me decía un montón de cosas junto con mi grupo de amigos, nos doblaba los dedos y yo tenía la idea de que iba a cambiarlo, o hacer que sea mejor

persona y para qué, no. Yo intentaba que tipo si había tratado mal a un amigo yo le decía che mira, date cuenta, mira lo que hiciste y como que intentaba ser intermediario o cuestiones así y en ese momento como que me hacía el psicólogo de mis amigos y cosas así... en esa escuela había mucho bullying, gente que molestaba, mi autodescubrimiento de género y amigos depresivos, que se cortaban. Esto fue de primero para segundo.

E: ¿Pero en segundo te quedaste en esa escuela?

P3: Sí, segundo fue el peor año, en primero tuve un par de red flags, un par de cambiate de escuela, pero aun así me quedé... y después ya sí en segundo dije que me iba a cambiar, así que tercero yo lo hice en otra escuela. Segundo fue un año muy heavy, de por si me molestaban todos mis compañeros. Había un chabón en especial, que se empeñaba en hacer mi vida imposible... hacía grupos sin mí, o pelotu... de adolescentes, pero yo no era muy fuerte en ese momento, entonces como que todo me sentaba peor. Y tenía dos o tres amigos en ese curso, pero todos eran muy depresivos, o no estaban mucho para el otro. Entonces es como que en un entorno en el que todo se cortaba, yo empecé a cortarme también. Ese año tuve bastantes parejas, realmente no las cuento al día de hoy como personas que me importan de verdad, pero hay veces como que salí con chicos y nunca pasó nada, realmente guau, pero no sé cómo que yo buscaba estar con alguien y no quería estar solo.

E: ¿Ahí ya habías hecho la transición?

P3: Me estaba descubriendo, como que, al principio de segundo año, ya iba más o menos por la onda, ya me había cortado un poco el pelo... también me molestaban por eso... en ese momento era como cualquier cosa lo que hacía porque imagínate que salí con un rugby, salí con un músico, salí con con una mezcla de cosas, pero no duraban nunca nada... simplemente estaba evitando cosas... Ese año conocí a N, que ese si fue un chico emblemático en mi vida, polémico. No salimos mucho tiempo, habrán sido dos meses, pero a mí me gustaba mucho y además era un chico de lo más tóxico, posesivo, depresivo, amenazaba con suicidarse si lo

dejaba y me gorreaba encima con cinco minas. Pero nada, a mí me gustaba mucho ese chabón, pero bueno después mi mejor amiga me dijo como que “¿che sabías que por cierto te estaba engañando?”, ella lo sabía y no me lo había dicho antes... se le olvidó... Además, también pasó algo con ese chabón, que también era muy perverso y muy abusivo, entonces primero como que se sobrepasó conmigo que fue un día que íbamos a la casa de mi mejor amiga después del colegio, nosotros salíamos a las 7pm y era viernes creo porque yo me quedé a dormir y el N se quedó como hasta las tres de la mañana hasta que lo fueron a buscar... él también tenía dos/tres años más que yo. A mi amiga la conocía porque su mejor amigo era su novio, entonces era como un 2 pa 2... muy bizarro. Y estábamos en una cama elástica gigante en su casa, y estábamos ahí con una manta, mirando las estrellas, y la manu se durmió. El N estaba al lado mío y sin decir nada de nada, metió mano básicamente. Yo me quedé en blanco como por 10 15 minutos, no sé cuánto tiempo pasó, me sobó las manos y cosas raras, yo no estaba muy consciente de lo que estaba pasando hasta que lo llamó justo su papá y se tuvo que ir. En ese momento pensé que era lo que hacían las parejas, entonces estaba bien y yo no reaccioné por una banda de meses, hasta que me di cuenta y empecé a pensar, y me di cuenta cuando lo estaba pensando tanto que me bañaba una banda, tipo me bañaba muchas veces seguidas. Como que me empecé a sentir muy sucio. Después me di cuenta que había sido un tipo de abuso, entonces fue fuerte. Entonces yo lo veía en la escuela y me daban ganas de vomitar y cosas así, así que nada, así fue como que ese si fue algo como medio emblemático... Y también pasó otra cosa en este querido segundo año, que fue que yo me llevaba muy bien con un profesor de matemática, y era el típico profe cachero que daba bien la materia, fue el primer año que aprobé la materia, pero era muy canchero con los compañeros, se ponía a hablar de su vida o se ponía a contar cosas, por lo cual nos caía bien a todos. Pero siempre a las mujeres, biológicamente mujeres, las toqueteaba mucho, como que te hacía cosquillas o se acercaba de más y yo posta que por mucho tiempo no reaccioné, pero él tenía algo conmigo en especial. Estuvo dividido

en dos partes, primero fue que yo me llevaba muy bien con él y me eligió para leer una poesía de Borges en un acto de la escuela, yo ese día me puse mal porque me bugueé un poquito hablando, entonces como que terminé de hablar y me fui a llorar al salón. Ya no había nadie ahí, porque ya nos íbamos, pero mis amigos estaban afuera del curso y él se acercó, se metió al curso conmigo y me dijo che estás bien, qué pasó, si no pasa nada. Ahí nunca pasó nada, pero la situación sí era media incómoda, media rara. Después como que en un momento me alzó y después me bajó, así como que riendo. Yo hasta ahí no veía nada malo. Después nos hicimos bastante cercanos, pero yo lo veía como un profesor piola, pero yo estaba pasando por un montón de cosas en ese momento, mientras que me cortaba, vomitaba, estaba pasando lo de N, estaba pasando por muchas cosas, en mi casa me peleaba con mi mamá todo el tiempo, lo del género, era demasiado. Y con él simplemente me llevaba bien... yo con él tenía un módulo y después de él tenía medio modulo con una profe de historia que me caía muy mal, y era muy agresiva con nosotros, entonces él se ofrecía a que yo me fuera con él a otra clase que el tenía, con gente y todo eso pero yo me chupineaba de la clase de historia para estar con los de primero y con el profesor... Este compañero que me molestaba mucho mucho mucho, me decía lesbiana, put., y esas cosas, empezó a armar un rumor en vacaciones de invierno de que yo había estado con el profesor. Se expandió por toda la escuela, lo sabía hasta la directora por boca de los demás, lo sabían los de sexto, los de primero... el profesor se había alejado totalmente de mí, que era entendible, pero yo me sentía para el cul..., porque encima yo le tenía cariño, entonces fue como que “aj” y la escuela siempre ha sido una mierd..., al menos esos dos años eternos, pero por lo menos las clases de matemáticas eran piolas, pero eso también era un infierno ahora. Me obligaron a ir al gabinete de psicología con este compañero que difundió este rumor, y básicamente perdonarlo cuando no quería perdonarlo. Me obligaron a hacer muchas cosas que no quería, después él se disculpó en una clase de geografía, nada que ver. Porque le dijeron que se tenía que disculpar, yo quise defenderme y me dijeron “no este no es el lugar”, o sea fue

mucha situación de estrés. Así que segundo fue muy feo, pero bueno yo fue como que en tercer año que empecé en la NS estuvo más tranquilo, hubo algo de bullying, pero ya tenía otra mentalidad...Después yo me di cuenta, porque ese año empecé con una psicóloga, yo le comenté la situación del profesor, de un montón de cosas que no me había dado cuenta antes. Cosas como que él me eligió para ese poema, que me agarró más de una vez de la cintura, yo había bloqueado este recuerdo, pero hablándolo me acordé que él una vez estábamos justo habíamos terminado su clase y teníamos recreo creo, yo me había sacado la chaqueta y estaba con una remera térmica, y me dijo que lindo cuerpo que tenés. Y se me borró eso a mí... y yo me acuerdo de mi escondido diciendo no, no quiero entrar como que, en chiste, pero decía no no quiero entrar porque re incomodo. Y cuando tenía el pelo pelirrojo que me dijo nunca te lo quites que te queda muy lindo. Comentarios raros, y el hecho de que buscaba estar a solas conmigo o sacarme del lugar o tener cierto poder sobre mí, por más de que nunca había hecho nada como tal. Cuando me di cuenta eso fue como de “yo pensé que era mi amigo”. Fue fuerte.

E: Y actualmente con tus compañeros, ¿cómo estás?

P3: A la NS llegué con mi nombre de DNI. En tercer año no lo hablé con ningún profesor ni preceptor, y lo dije con uno que otro compañero en el curso, porque todavía no me animaba. Ya después en cuarto, si me presenté con mi nombre con mis compañeros, pero con mis profesores no me animé. Como que ellos lo escuchaban, pero se hacían los bolu... Y ya ahora en quinto, ya me presenté con la preceptora, con los profes. ahora si...

E ¿Y cómo fue la aceptación de tus compañeros o de los profes?

P3: Ahora en quinto bastante bien. Con los mis compañeros todo bien, o sea a veces se equivocan de pronombre, pero me dicen mi nombre, con eso todo bien, y se corrigen cuando lo dicen mal, como que con eso re bien...

E: ¿Y vos te sentís cómodo?

P3: Si la verdad que sí...y los profesores re bien, todos reaccionaron bien, fue como que listo perfecto sos “paciente 3”, y yo tipo ¡wow no era tan complicado! Me sorprendió bastante porque siempre le tenía como más miedo a la respuesta de un adulto que de un adolescente. Pero nada en tercero si se burlaban de mí por lo de mi género, fue chistoso, porque en realidad me molestaba un chabón que era gay, me molestaba por ser no binario. Yo así (hace cara de confundido), ¡pero hermano somos parte de la misma comunidad!, pero bueno siempre se burlaba de eso, no me respetaba el nombre, se burlaba de cómo me vestía, de mi expresión, de todo lo que se podía, de eso y tenía un séquito de gente, así que lo seguían. Pero yo también tenía a mis amigos dentro del curso, que era un grupo grandecito y afuera del curso también tenía a mis amigos y a mi pareja de ese momento, un novio que tenía. Entonces como que ese año fue lindo para mí... El año pasado no fue lindo, no me molestaron, pero tampoco me incluyeron. Fue como que un año en el que tuve un par de disputas, pero más tranquilo que otros años, pero estuve totalmente solo o sea fuera el curso yo no tenía amigos porque terminé con esa pareja y yo era amigo de los amigos de mi pareja, entonces claro, todos se fueron con él y yo me tuve que alejar por mi bienestar y mi salud mental. Y mis amigos que tenía en el curso en tercer año no me respetaban los pronombres, ósea eran piolas, tomábamos mates, jugábamos al uno, pero no respetaban mi decisión. Entonces tuve que alejarme. Fue un año en donde me puse a mi primero en todo, pero me quedé totalmente solo, entonces fue difícil. Y después en el curso como te digo todo mal y había un par de personas con las que socialicé, hicimos tareas y grupos, pero realmente nunca sentí cómodo, hacían comentarios que se me hacían insoportables y a fin de año me salí de todos los grupos, me cambié de curso a la chota, nunca di explicaciones. Nunca ghostié tanto a la gente, fue sorprendente, pero si me desaparecí...

E: ¿y fuera de la escuela tenías tu grupo?

P3: Si, yo tengo de amigos más cercanos a A y a P...son las dos personas más cercanas que tengo ahora y no serán mucho, pero son personas realmente valiosas. Con el grupo del año pasado, ya no porque se desvirtuó todo, los grupos simplemente son algo fugaz. Sirven para divertirnos un rato, pero hasta ahí.

E: Continuamos con preguntas del modulado... ¿Hace cuanto estás acá?

P3: Hice las admisiones a fin de año y empecé ahora a principios de año, en febrero por ahí.

E: ¿Y por qué crees que estás acá?

P3: Ehhh... para mejorar mi problema con la alimentación, como me percibo ante la comida, para calmar los vómitos, para poder estar mejor conmigo mismo. Para eso supongo.

E: ¿Y vos querías empezar o cómo fue?

P3: En realidad vine porque no podía ir al baño, pero después tuve la sesión con la nutricionista hasta que me dijo “che para tenes TCA” y yo tipo ahh. No era que no podía ir al baño, era como que era resultado de muchas cosas. Mi diagnóstico es TANE.

E: ¿Has notado algún cambio desde que empezaste?

P3: Sí, ósea, no es la cosa más rápida esto, pero lo bueno que tengo un entorno dónde hablar, porque muchas veces me como las cosas, con la psicóloga que iba, iba cada dos meses, entonces como que tener esto más seguidito, permite darle continuidad y además que esto es más algo situado en un punto en común, en cambio el psicólogo normal es como que de todo un poco. Con la nutricionista me he dado cuenta de muchas cosas de las cuales no era consciente antes o porque ella me pregunta o porque yo voy hablando... me doy cuenta que antes no era tan consciente de lo inseguro que soy y entonces como que eso también... como para decirte una cosa. Me puedo dar cuenta un poquito más de mí mismo... Y no sé me he dado cuenta de bastantes cosas...

ANEXO V: Resultados citados del segundo encuentro – Dialogando con la imagen del espejo

Paciente 1

E: ¿Cómo te sentiste al estar parado frente a la puerta de la habitación de los espejos? ¿Y al entrar? ¿Cómo era la habitación cuando entraste? ¿Cómo estaban distribuidos los espejos? ¿Cómo eran esos espejos? ¿Frente a cuál te paraste? ¿Por qué elegiste ese espejo y no otro? ¿Cómo te fuiste sintiendo?

P1: Eran espejos viejos... viejos viejos... todos tenían la misma forma, formas viejas... como de madera, cuadrados... todos estaban esparcidos por cualquier lado... muy desorganizados... Fue fácil elegir a qué espejo ir, fui a uno de mano, chiquito, que estaba puesto sobre una mesita, estaba al fondo. Era el único distinto...

E: Cuando te viste al espejo, ¿que viste?

P1: No había nada, era blanco... no había reflejo... como que lo intentaba limpiar... pero no aparecía nada...

E: ¿Y después cuando tuviste que invertir y vos ser el que estaba dentro del espejo, ¿que viste?

P1: Ahí sí vi algo, pero como que no se veía mucho... de adentro se veía alguien... tenía pelo largo, eso sí me encantaría tener pelo largo... era flaco... no sé qué vestía... era mediano... no tenía cara... estoy seguro que no tenía cara... no tenía forma... Se podía hacer el intercambio de decir cosas, decir esto que lo otro, sisi... pero nunca le vi la cara... como que no tenía cara...

E: En este diálogo que tuvieron, ¿qué paso?

P1: No sé, ahh... le dije que tenía muy bonito pelo... y me respondió que gracias...

(Dice no haber escuchado la parte de la consigna en la que M estando dentro del espejo le tenía que decir algo que considerara que M que se estaba viendo necesitara escuchar, entonces se hizo en el momento. ¿Qué le dirías vos dentro de un espejo al M que se está viendo?).

P1: Emmm no se... no te rindas... o con los comentarios negativos que se me cruzan en la mente... y si porque siempre pienso que me están mirando todos, como que siempre estoy atacado, pero en realidad no, estoy seguro... pero pienso...

E: Después de eso, haciendo la suposición que se lo dijiste en ese momento, ¿cómo crees que M se sentiría?

P1: Bien... para mi bien... estaría feliz que alguien me lo diga...

E: ¿y cuando te fuiste de esta pieza?

P1: No me podía ir. como que se había ido la puerta, la buscaba... no encontraba la puerta... no sé por dónde salí... como que encontré una llave, algo saqué y de la nada estaba la puerta... la abrí y pude salir... después cerré con llave...

Paciente 2

E: ¿Por qué lugares desconocidos pasaste?

P2: Y por esa calle, porque no solemos pasar mucho por ahí. Me llamó la atención cómo cambiaba el color de la atmósfera... era como que acá era más colorido y allá era más oscuro. Pero no sé si es porque siempre que vas por ahí al no haber... al haber mucha sombra... entonces por eso...

E: ¿Y ahí se encontraba la casa?

P2: Si... la casa era morada, tenía 3 puertas, dos de entrada, una reja y varias ventanas. Era grande, tenía pasto. Por dentro era acogedora. Por dentro no había nadie, no había olores... se sentía cálido. Era grande, había un montón de habitaciones... tenía una escalera... pasillos que te llevaban a más puertas...

E: ¿Qué sentiste cuando estuviste parada en frente de esta puerta?

P2: Me dio miedo... primero curiosidad, pero después cuando supe que habían espejos no me gusto... no me gusto entrar...

E: Cuando entraste, ¿qué viste?

P2: Varios espejos con varios diseños y formas... eran grandes, tenían el marco con formitas talladas, de esos que son re bonitos... eran viejos, no me acuerdo si estaban limpios... estaban puestos uno al lado del otro parado...

E: Cuando tuviste que elegir a uno, ¿por qué lo elegiste?

Porque fue el primero que se me cruzó... era grande, circular, tenía un diseño en los bordes... tenía el marco amarillo/dorado.

E: Después cuando te viste reflejada en el espejo, ¿que viste?

P2: ... como si tuviese una cara de decepción, de disgusto... las dos... (no puede describir la persona que vio, no sabe)

E: Y cuando hiciste el intercambio, y tuviste que ingresar al espejo y mirarte desde ahí. ¿qué paso?

P2: Vi a la paciente 2, estaba enojada... vaya a saber por qué... estaba parada, no sé si estaba recta... estaba parada mirando... le preste más atención a su cara... tenía el ceño fruncido, los ojos, así como enojada, estaba seria... el pelo lo tenía suelto, por acá como lo tengo... en la conversación se pelearon me parece ... porque yo le dije cosas feas...

E: ¿Como qué?

P2: Emm... y que era mala... cosas feas... (no quiere decir más, llanto) ... Emm... que era mala, fea, tonta... ella me dijo que estaba mal decirle eso, que se disculpara... y bueno después se disculpa porque está mal decir eso... y como que habían cosas en las que tenía que mejorar... capaz entender en el tema de la salud... porque como que me tiro abajo, me quedo en lo malo y me quedo en lo malo... lo veo más reconfortante estar mal que estar bien...

E: ¿Vos te sentís mejor estando mal que estando bien?

P2: Yyy así siempre ha sido, entonces lo veo raro a estar bien... porque me he acostumbrado me parece... me quedo ahí...

E: ¿A qué te referís con que siempre ha sido así y que te has acostumbrado?

P2: Es lo que recuerdo... desde chiquita, en relación a mí... siempre me parece... si es en relación a mí... a los 15 creo... la psicóloga a la que iba me dijo que siempre pasaba de una cosa a otra...

E: Y en esto que te pedí que le dijeras a la paciente 2 algo que sintieras que ella necesita escuchar, ¿qué le dijiste?

P2: Uyy no me acuerdo...

E: ¿Y qué te dirías a vos misma?

P2: Que no todo es malo supongo... que no todo cambio es malo... creo... me parece...

Después salí del cuarto y cerré la puerta porque supongo que es de mala educación dejar las puertas abiertas en una casa ajena... la cerré sin llave... después salí, estaba todo igual... volví por los mismos lugares, entre y hasta ahí... vi lo mismo del principio...

E: Y cuando abriste los ojos, ¿qué pasó?

P2: Nada fue como una sensación de tranquilidad... si... tranquilidad... más relajada...

Paciente 3

E: ¿Por qué lugares conocidos y desconocidos pasaste?

P3: Bueno primero salí del consultorio y agarré para el lado contrario, mi casa está para la Ig de la Roza, pero al principio fui para otro lado y después me di la vuelta y si fui por Ignacio. Yo paso bastante así que me imaginé caminando por ahí, por el shopping y ya cuando tenía que ir por un lugar que no conozco tanto me metí por las callecitas para adentro, me imaginé muchas arboledas, enredaderas, mucho verde pero oscuro... así como malezas...

E: ¿Y ahí estaba la casa?

P3: Sí, bien al fondo... era una casa de ladrillo y de madera... tenía mucha arboleda y mucho jardín, pero un jardín descuidado... no estaba muy cuidada la casa, pero se sentía cálida, tenía las ventanas cerradas, tamaño mediano, tenía rejas, no estaba con llave...

E: Cuando entraste a la casa, ¿cómo era por dentro?

P3: Tenía muchas cosas de madera, era media rústica y tenía un florero con flores frescas, aunque la casa no estaba habitada... y tenía muebles muy rústicos, de madera... la casa estaba vacía, habían libros... y de ahí si me fui a la habitación que tenía una puerta azul

E: ¿Cómo eran las otras puertas?

P3: Las otras eran de madera o de metal, esta era distinta...

E: ¿Qué sentiste cuando estuviste parado frente a la puerta sabiendo que atrás habían muchos espejos?

P3: No soy el fan número 1 de los espejos, sinceramente, entonces no me encantó la idea... estaba curioso... no eran espejos muy normales, cuando entré habían espejos en todos lados de distintas formas y tamaños, pero no todos reflejaban mi cuerpo, así tal y como está... algunos reflejaban mis colores, otros una animación mía, y me reflejaban a mí de diferentes maneras...

E: ¿Como, por ejemplo, tus colores cuáles serían?

P3: Me gusta mucho el naranja, verde y amarillo así que veía como mi aura en esos colores. o si no una forma más animada de caricatura... y si ya después vi espejos normales...

E: ¿Cómo estaban los espejos? ¿Cómo eran de tamaño, forma?

P3: Estaban ordenados en su desorden, eran como un mosaico, pero más grandes que un mosaico... de algunos veía mi cuerpo entero y en otros veía facciones, veía partes que no me gustaban tanto como mi columna o mi perfil o cosas así que no me gustan mucho de mi físico y es como que las encuadraba para que las viera...

E: ¿Y alguno reflejaba algo que te gustó?

P3: Mmm en el de mi físico, así como la vida propia no mucho, capaz que mis ojos...

E: Y cuando elegiste el espejo, ¿por qué fue ese y no otro?

P3: Mm no sé, era el que estaba en el centro... yo caminé. estaba en el centro, en el fondo, abajito... y ahí estaba. no me sentí tan raro viéndome a mí, pero sí me sentí raro cuando yo estaba en el espejo y lo veía a él...

E: ¿Y a quién viste?

P3: Me vi a mí, a mi forma humana y me vi entre una mezcla de defectuoso y un niño... era consciente que era yo...

E: ¿y qué te dijiste?

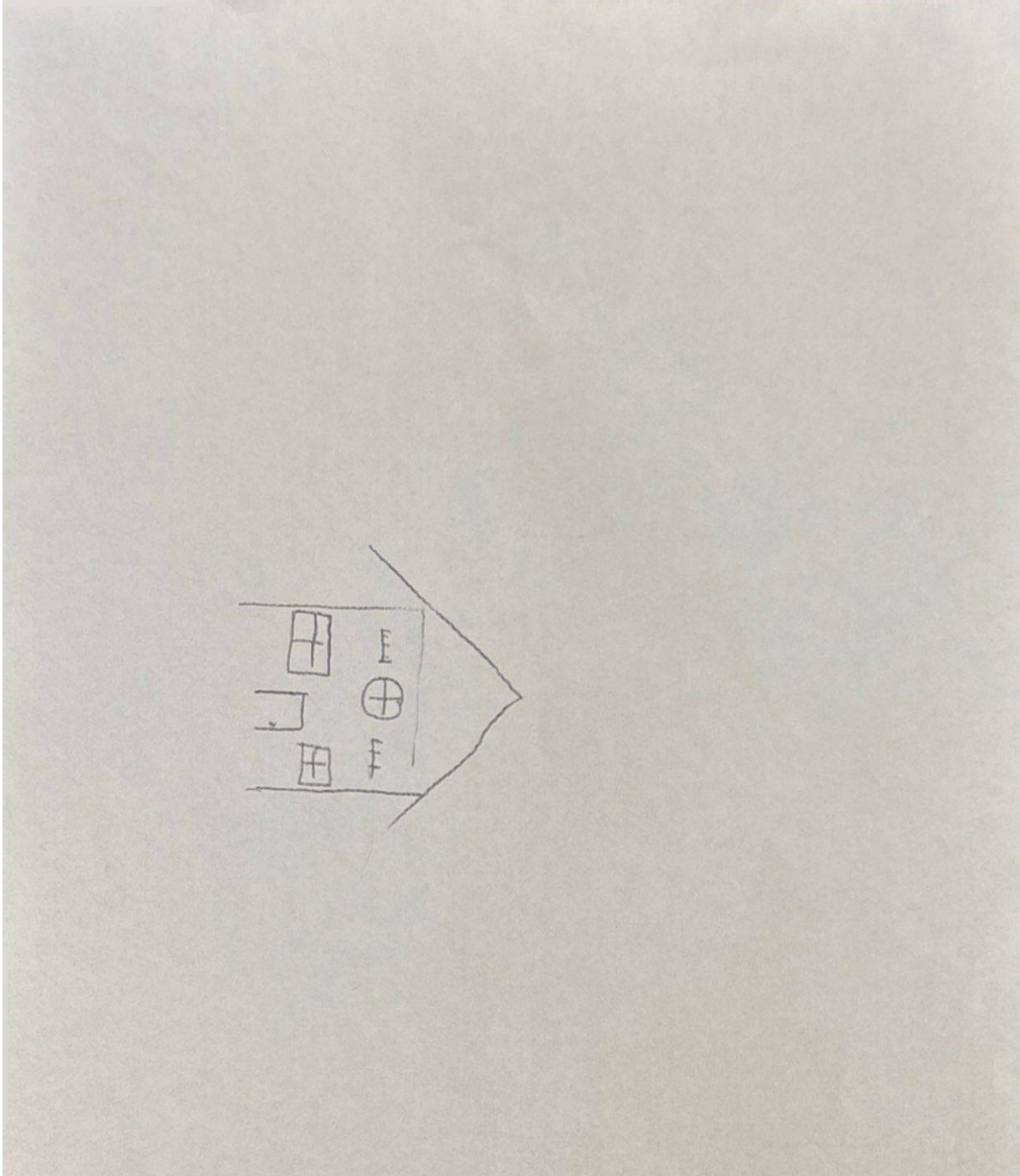
P3: Primero lo que le había dicho al reflejo, no sé por qué, pero le hablé de mi familia, mba de nuestra familia... le conté que tenía una familia muy linda que por más que por mucho tiempo fue desastrosa y porque es bastante desastrosa pero que tenía un círculo que, aunque sea pequeño es fuerte y es algo que se lo quería decir. y después del otro lado le seguí la conversación... seguimos hablando de la familia... el que estaba encerrado en el espejo era un poquito más seguro y tenía un poco más de sabiduría, se veía más maduro que el niño... yy es como si yo cuando estaba dentro del espejo le contara cosas de la familia que yo mismo no sabía... no se... raro... le conté cosas como las de hoy que por ejemplo fui a terminar de hacer todo el trámite del DNI... le conté que ahí estuvo mamá, que me abrazó, le conté que Vale mi hermano siempre está ahí... le conté que los más importantes están. Y nos pusimos a recordar los dos. Recordé el viaje que hice con mi papa y con mi hermano en auto a Mar del Plata, que yo con mi papá no suelo llevarme muy bien pero ese viaje fue chistoso y me recordé a mí con mi mamá y con mi hermano los domingos, ayer que se sintió muy cálido, que estuvimos los tres y nos apoyamos, que yo agradecí tener una familia, un entorno... últimamente eso está mucho en mi cabeza de que me doy cuenta de que tanta gente no puede comunicarse con su mamá y no tiene muchas cosas que yo sí tengo, como que fui bastante consciente de eso y lo agradecí.. hay personas que no tienen esa relación con su hermano, que se llevan medio mal o simplemente no tienen conexión... fue simplemente agradecerlo. Ayer estuvimos los 3 en silencio un rato en el patio tomando mate y es muy simple, pero te da paz... así que estuve hablando de eso conmigo...

E: ¿y si me tuvieras que describir a este que viste dentro del espejo físicamente?

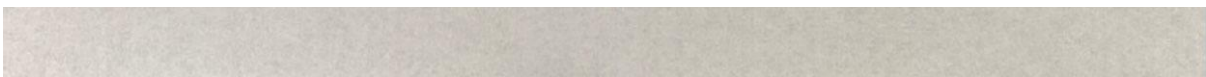
P3: Mmm... no sabría decirte como era pero lo veía menos defectuoso... cuando yo estaba en el espejo y mire al que estaba dentro de la casa el que estaba en la habitación de espejos se sintió vulnerable... yo cuando estaba en la sala de espejos me sentí vulnerable porque sentí que me estaban mirando todos esos espejos o que mi inconsciente me iba a estar atacando por lo que veía en esos espejos, pero en cambio, estando adentro del espejo me sentía más seguro... no sé si realmente cambió algo, pero era diferente como yo lo veía...

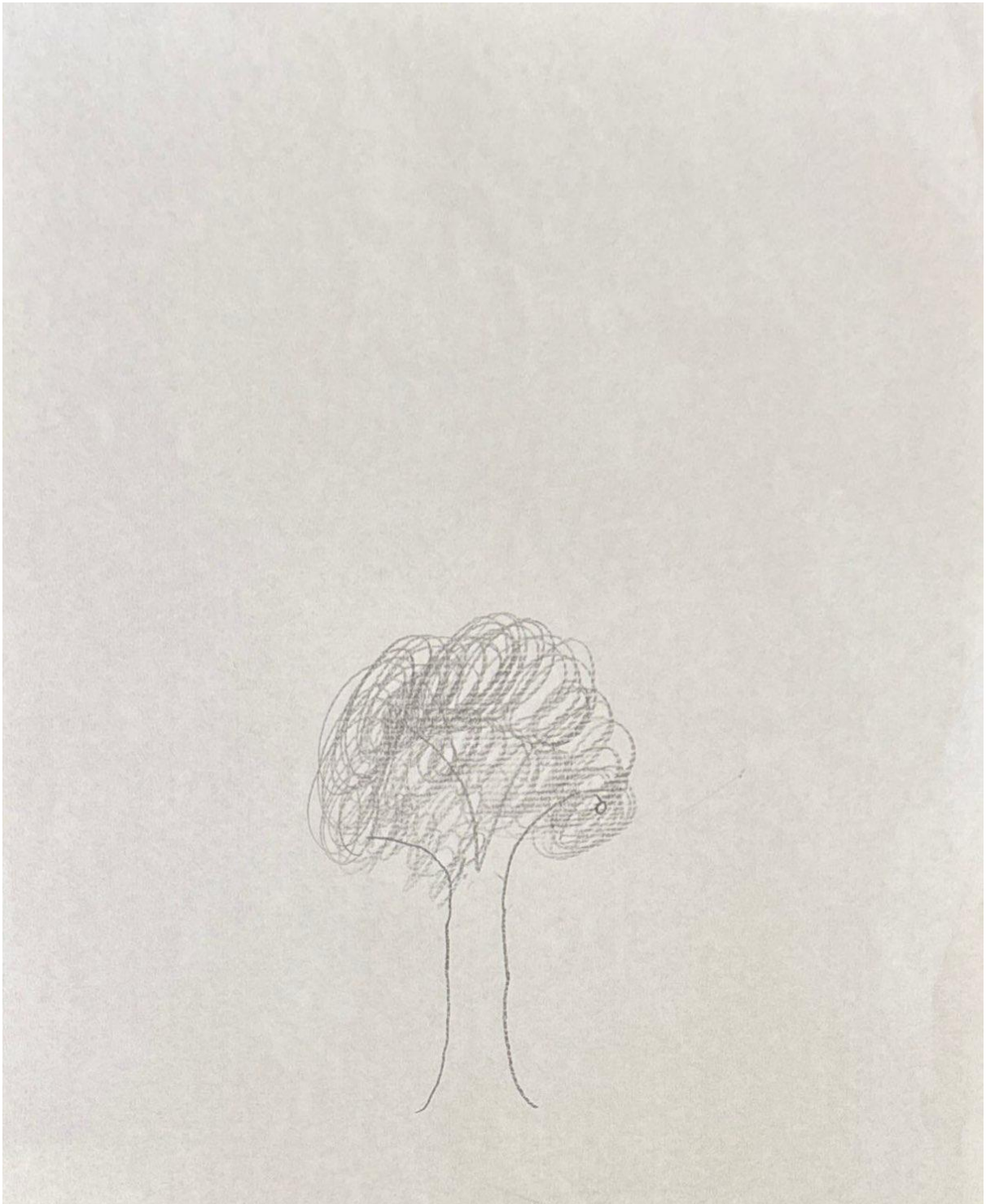
E: Y después, cuando te tuviste que ir de la pieza, ¿qué sentiste?

P3: Me fui relajado, cerré la puerta, pero dejé una ventana abierta... a la puerta la junté, no la cerré con llave. Después me fui de la casa, que no me acuerdo si la cerré o no... y de ahí me fui volviendo por la calle oscura y llena de malezas, pero era bonita... cuando llegué acá me di cuenta de que estaba más calmado en la respiración más que todo...

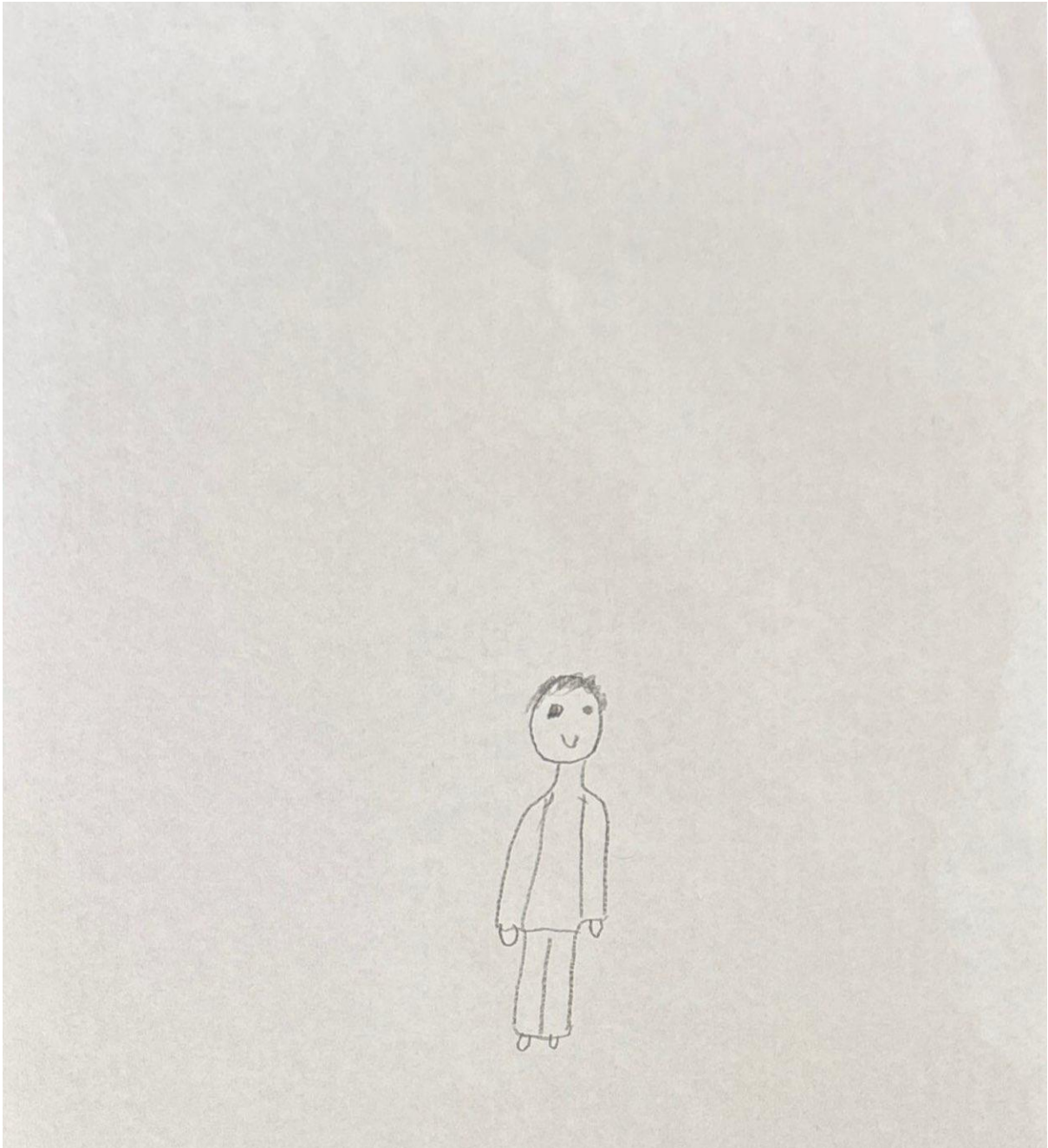
ANEXO VI: Resultados tercer encuentro – HTP y Carta a si mismo**HTP****Paciente 1:**

Descripción: Es de ladrillo, el techo y la puerta son de madera. Tiene dos balcones que dan a dos habitaciones. Está cerca de acá (clínica sol de abril), es la casa de la sesión pasada. No vive nadie. La hizo Tomás para una familia, pero después la familia se fue del país y quedó abandonada. Hay algunas casas por ahí pero bastante separadas. Es una casa nueva, tiene 10 años.





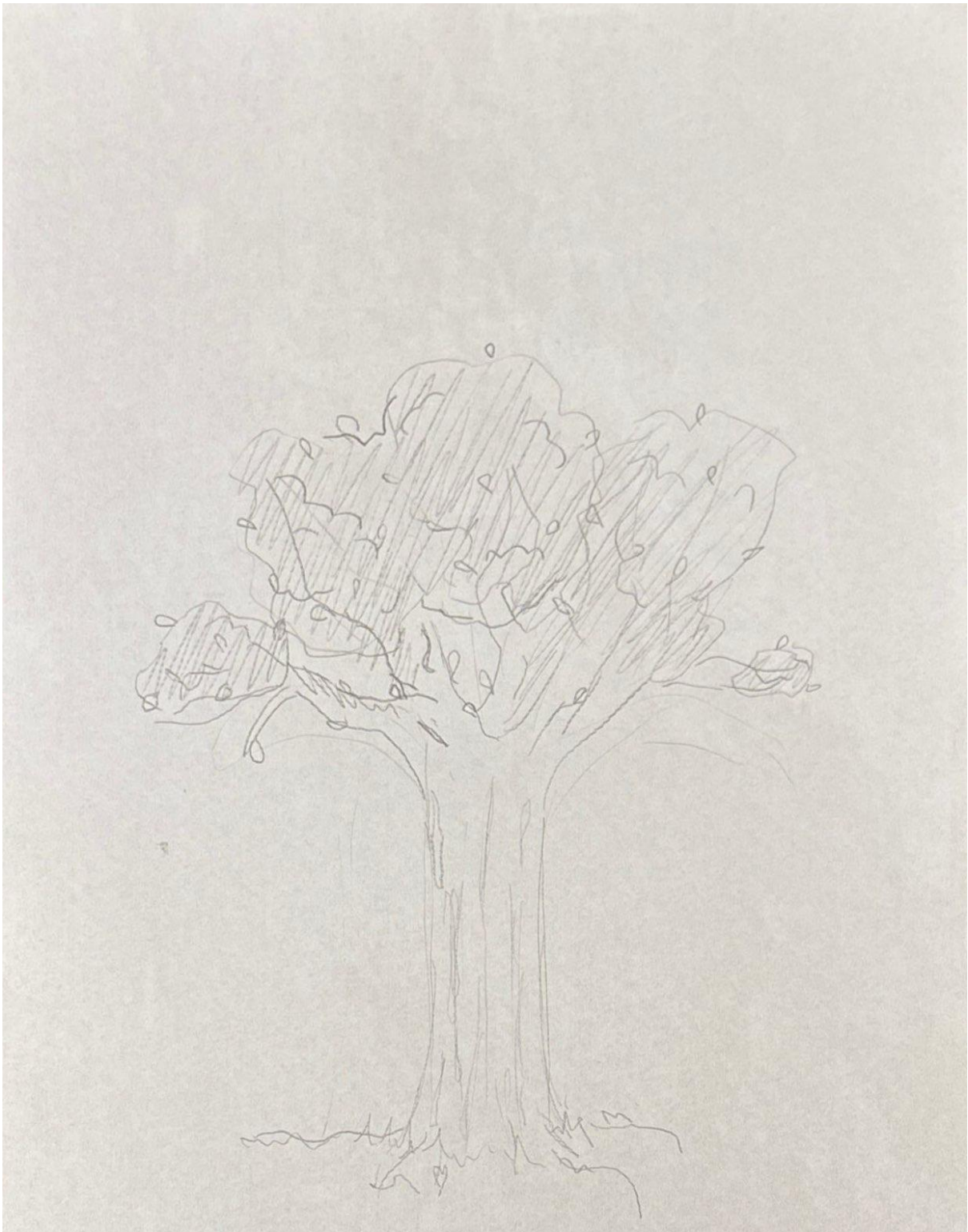
Descripción: Es el árbol de una vecina, es un limonero, pero tiene un solo limón. Tiene 20 años. Está en una granja de olivos, allí creció solo y subsiste. Está en primavera.



Descripción: Se parece a MC, mi amigo. Tiene 15 años. Es amable, pero estudioso, le gusta mucho el fútbol. Se dedica a vivir. Tiene un hermano más grande y otro más chico. Es muy buen amigo porque no te deja solo por jugar al fútbol. Como defecto es muy vago, pero como virtud me incluye en todos sus grupos. La parte que más le gusta de él es su pelo y la que menos le gusta es tener pelos en sus piernas. Tiene pocos amigos, solo los de la escuela.

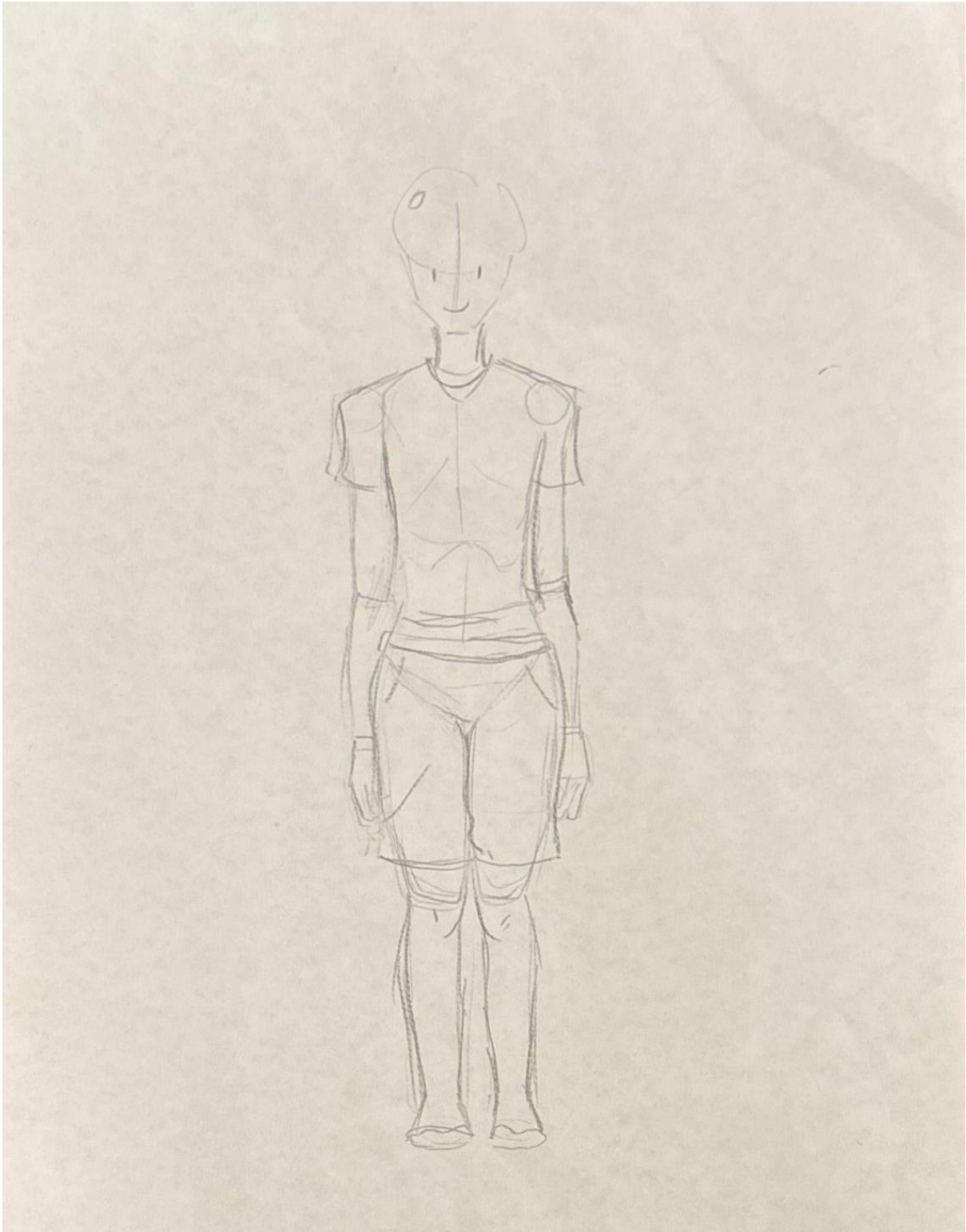
Paciente 2:

Descripción: Se ve tranquila, acogedora. Es de color rojo claro. Tiene muchas plantas. Es de madera y es vieja. Tiene 4 habitaciones, las ventanas de abajo dan a la cocina. Vive allí una familia de 4 miembros (mamá-papá-hijo-hija). Es una familia divertida. La casa está sola en un campo, rodeada de muchas plantas. Tiene un timbre.



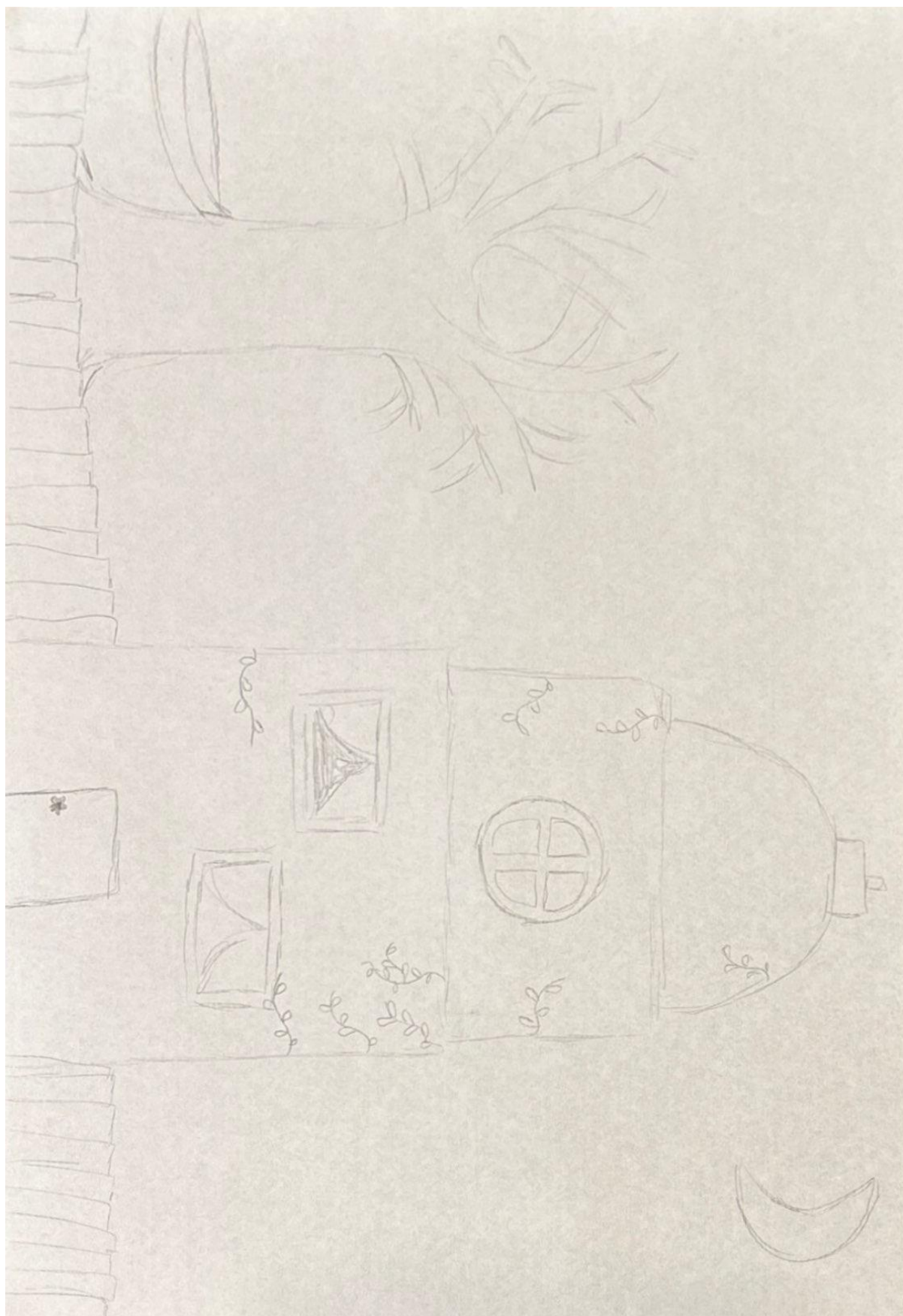
Descripción: Es un roble, está en un bosque con otros árboles. Está pelado porque está en otoño.

Tiene 10 años. Salió solo, no creo que alguien lo haya sembrado y vive rodeado de animales. Tiene muchas hojas. Si hay tormenta las hojas se caen, pero el árbol no, está bien consistente. No recuerda ningún árbol parecido.



Descripción: Se llama Lupita, tiene 20 años. Trabaja en el campo porque está de shorts. Está pelada, puede ser por lo peor o porque le gusta así, creo que es por la segunda opción. Es feliz. La parte que más le gusta de su cuerpo son sus manos porque puede hacer cosas con ellas y la que menos le gusta es su cara.

Paciente 3:



Descripción: La construyó una persona que le gusta la naturaleza. Es la casa de las emociones, vive la nostalgia, la felicidad y la tristeza. Se llevan complicado, principalmente la nostalgia y la tristeza, la felicidad los regula. La construyó el dueño de las emociones, en el bosque junto a un lago. Está hecha de madera y ladrillo. Tiene tres pisos, en el tercero hay muchas plantas, ahí vive la nostalgia. En el segundo conviven la felicidad y la tristeza. En la planta baja está la cocina y el comedor.

Tiene un cerco bajito, a pesar de que esté en el campo la casa porque a pesar de que esté en un lugar libre se tiene que cuidar.

El árbol que está en el patio lo plantó el dueño, es un naranjo, pero al estar en otoño las naranjas se cayeron. El objetivo de ese árbol fue que tuvieran una tarea en común las tres emociones, algo que tengan que cuidar. La felicidad cumple la función de darle un propósito al árbol, se acuesta en la hamaca a observarlo. La tristeza lo riega con sus lágrimas. La nostalgia le hace poemas al árbol y a la luna, le gusta cuidarlo de noche.

La casa tiene una puerta azul, la alegría, la tristeza y la nostalgia son distintos tonos de azules por eso la puerta es de ese color. Por dentro la casa es de madera. La misma da a la cocina en donde hay distintos aromas y comida casera. El que cocina es el dueño de la casa, o a veces se van turnando, aunque a la nostalgia no le gusta cocinar. Hay veces que no se llevan muy bien y come cada uno por su lado, y hay veces que ponen una peli. Arriba del techo tiene un gallo que marca los puntos cardinales.

Por varios km está sola, sola, sola, sola. Hay más casas por el bosque del resto de las emociones, aunque no están tan cerca. La casa del dueño está por ahí también.

Las enredaderas crecieron solas, la casa supo estar y las plantas supieron crecer. Fueron invadiendo de manera tranquila la casa. Se hizo parte. La casa es vieja, tiene 20 años.

Las ventanas de abajo, una da al baño y a la biblioteca, es la que tiene la luz apagada. La otra tiene la luz prendida, y da a la cocina y al comedor.

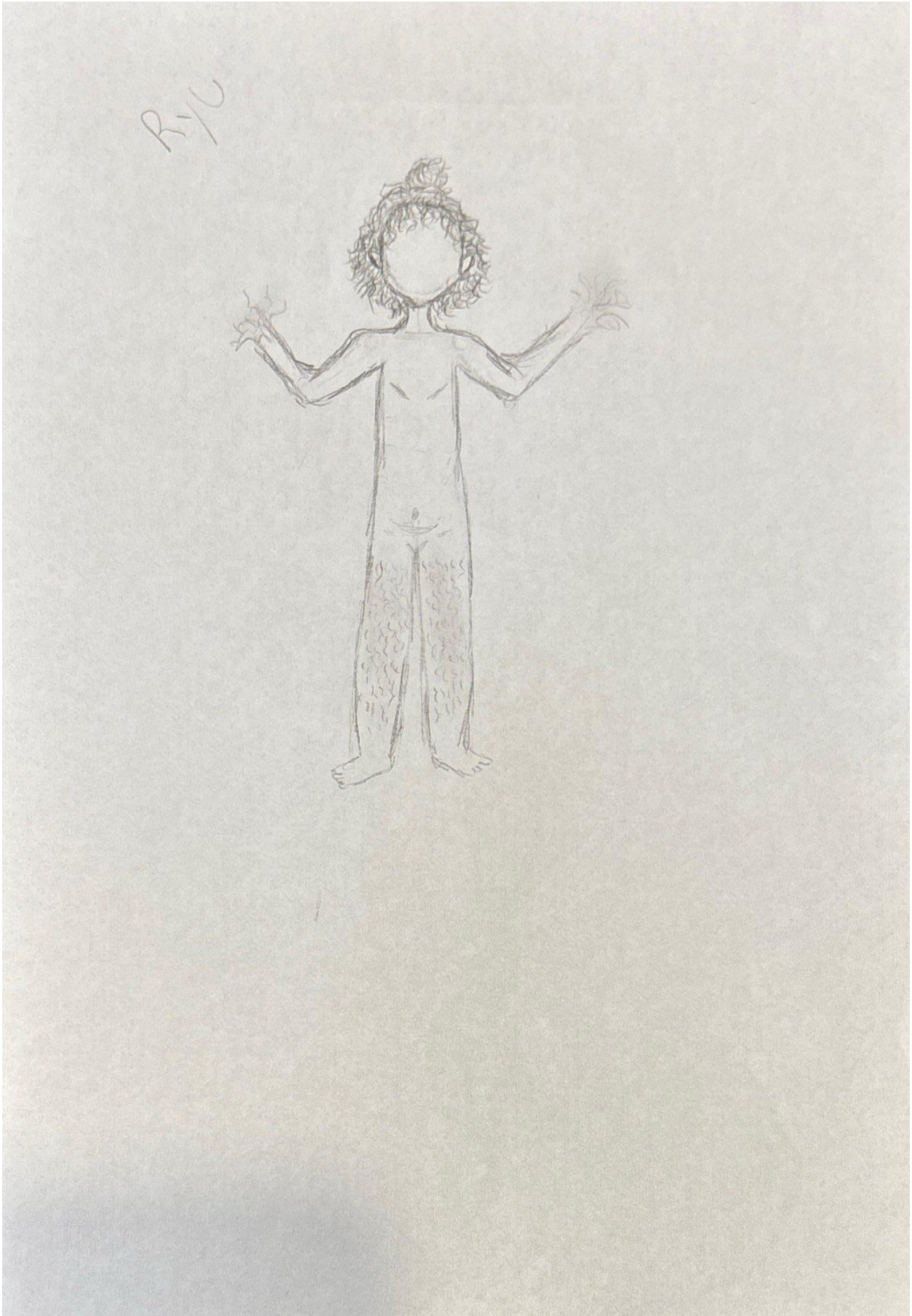
Está de noche.



Descripción: Es grande, tiene el tronco ancho, es un árbol habitable donde se puede estar.

Hay una personita a la que le gusta treparse y ponerse a dibujar y leer. Está en un santuario, rodeado de otros árboles. Fue plantado para los animales y el ecosistema, por uno de los chicos del santuario porque estaba encariñado con una ardilla que había perdido su casa entonces plantó ese árbol para que la ardilla pudiera vivir ahí. Tiene 3 años, creció rápido. Tiene partes finitas que no van a ningún lado, duras, madera. Es solo un árbol que no tiene ni mucho principio ni mucho fin. Está en otoño, por eso las hojas se cayeron. En verano es naranja y amarillo. Es alto, pero no gigante. Gordito. Grandote. Por dentro tiene su espacio, tiene sus rinconcitos. Entran por el piso las ardillas, escarban. El que lo plantó es viejito, entonces no viene muy seguido, normalmente subsiste solo. Se encuentra al aire libre. Con la lluvia lo ayuda a crecer, el viento le arranca un par de ramas, pero vuelven a crecer, es parte de la naturaleza. La naturaleza lo nutre y las ardillas mantienen calentito.

Le hace acordar a un árbol al que solía ver en el Parque de Mayo, una vez subí con mi papá y con mi amiga. Mi papá nos subió a los dos y veíamos todo desde arriba. Me acuerdo de ese día.



Descripción: Es un humanite, una persona que no nació en esta sociedad. Nació en otro lugar que todavía no tiene una sociedad conformada, simplemente es quien es. No tiene por qué sacarse los pelos de las piernas, no sabe muy bien por qué sangra cada mes, pero sangra, no tiene pechos y tiene brazos, pero sus manos son como una sensación, te tocan, pero no sabes de dónde viene. Están, pero de una manera más abstracta. Si esa persona te da la mano vas a saber que te la está dando, si esa persona te da un abrazo, vas a sentir los dedos, pero no lo ves.

Es un indio, se la pasa jugando con barro y palitos, le gusta la gente que conoce. Vive en una tribu y ha crecido con esa gente y habla mucho y es sociable... no de hecho no habla. No sabe hablar, se comunica, pero no por el habla. Hace ruidos, gestos. Es sociable con esas personas, pero no con nadie que venga del exterior. Le da miedo, no las conoce, no sabe qué le pueden hacer. No es malo, simplemente se resguarda.

Si le tendría que poner un nombre sería Ryu. Tiene 17 años, para lo que nosotros son años.

Es morenita, café con leche, de contextura media, tiene tatuajes sencillos como líneas o símbolos en marrón oscuro por la espalda. Tiene rulos muy bonitos que no los sabe cuidar entonces son un despelote. Tiene los pies destruidos porque anda descalza todo el tiempo. Le gusta bailar, ella se sacude. Hace lo que le sale, lo que aprendió con su tribu y va inventando cuando puede. Pero es bastante espontánea.

En la tribu son 15 personas, viven en cabañitas de barro, en un bosquecito. Viven de plantas, de frutas/verduras, cazan animales. Son un poco supersticiosos, y aunque no hablan tienen sus propias historias que contar. Son bastante familiares, protegen a los suyos. Les gusta pasar tiempo juntos, se dividen entre los que cazan, entre los que ayudan a construir y se mantienen. Son una mini sociedad. Ryu se dedica a cuidar las plantas, a mantenerlas para que crezcan y después puedan comer de ellas, o hacer plantas medicinales o cosas así.

La parte del cuerpo que más le gusta es que no tiene pechos, porque ve a otros que sí tienen pechos y dice que es incómodo. Se siente más liviano.

La que menos le gusta son su espalda y su perfil. Está media jorobada. Su perfil no le gusta mucho, su nariz o como se ven sus ojos de costado. (No me gusta dibujar rostros)

Una virtud es que sabe escuchar a los demás, sabe hacerlos sentir acompañados y un defecto es que es muy ansioso y es medio impulsivo entonces a veces comete errores o hace cosas que no tiene que hacer... por ejemplo cosas en su tribu, o con alguna persona en especial, o en su día a día. En un momento en que otra persona está hablando y Ryu y va y se mete, y no sabe esperar o sobre piensa mucho. Aunque viva en un entorno muy libre, a veces no se libera tanto de su cabeza.

Piensa en cómo conectar con la gente, y a la vez ha pensado varias veces de irse de su tribu. Le gusta su tribu, pero muchas veces no se siente parte, o se siente incomprendido. Suele ser gente piola la que está en la tribu, a veces son más acciones que la persona en sí la que lo hace sentir de esa forma. Por ej. que no entiendan su forma de pensar, o de comunicarse o las decisiones que toma, su forma de vestir.

Se viste con mantos de colores y ahí casi todo el mundo usa ropa marrón o verde para camuflarse porque combinan con el entorno, y Ryu va y se viste con un montón de colores y con un montón de cosas y eso a la gente le molesta. Se siente muy observado. Es más pensamiento de él, sinceramente.

Supongo que nos reflejamos en las cosas que dibujamos y creamos, me gustaría ser así un poco como Ryu, no en la parte de sobre pensar tanto porque eso ya lo tengo yo, pero me gustaría vivir lejos, no en esta sociedad. Me gustaría vivir descalzo todo el tiempo, todo como él. Como en las playas nudistas, pero con gente. En donde el cuerpo no sea un tema tabú y no sea algo que ocultar o algo para sentirse mal, más o menos gordo, si sos con piel más clara o más oscura, etc.

Segundo momento tercera intervención – Carta a sí mismo

Paciente 1

- “No sé qué escribir”
- “Me da vergüenza”
- ¿Puedo escribir más de una oración?
- Me sentí bien, me gustó. Está bueno decirse cosas que no nos decimos tan seguido, me hizo sentir bien. Estaría bueno que otros me lo reconozcan también”

Paciente 2

- “Mejorar en la secundaria, en lo alimentario, como persona”
- “Escribí generalidades... siempre me pasa lo mismo...”

Paciente 3

- “Estoy volviendo a recaer... sé que lo estoy haciendo bien, no estoy lastimando a nadie, pero tal vez si a mí...”
- “No está mal recaer, pero me doy cuenta que en algunas cosas lo estoy haciendo... es difícil a veces ser consciente de que no estoy del todo bien... es el momento de hacerme cargo”.
- “Se que no soy mala persona, tengo muchas aptitudes y muchos colores”
- “Soy un niño lleno de colores... aunque a veces me embarro las manos con sangre. Son muchos colores y todos muy bonitos, pero después soy muy hostil”.
- “...No sé, es como que no sé cómo una persona puede ser tan alegre, tan social, tan cariñoso con otras personas y puede entregar tanto amor y dedicación a la gente que quiere, pero después se queda con sentimientos o de vacío, o no sé si de vacío porque me satisface querer a la gente que quiero y demostrarlo, pero no me dejo nada para mí, nunca me dejo nada para mí. Soy un intenso, no solamente en forma romántica, sino con amigos, con familia, con vínculos en general. Y después quedo tan mal, no tengo

energía, porque la energía ya la di, ya la esparcí. Y hay personas a las que le hace bien, y hay personas que ni siquiera lo notan, y después cuando yo me pongo mal no tengo energía, no tengo como ayudarme, es como si fuese otra persona totalmente diferente. Yo hoy me siento bien, me siento lleno de colores en lo máximo de sus formas, pero yo sé que hay momentos en los que estoy muy mal, muy mal, en los que puedo lastimarme, en los que puedo golpear mi cabeza contra la pared, y tener ataques de ansiedad, y lastimarme. Generalmente me lastimo con rasguños con mis uñas, me aprieto, o si tengo algo con filo a mano me lastimo los brazos, pero eso era antes, ya no tanto, muy de vez en cuando. Sí me pasa mucho eso de querer golpearme la cabeza contra la pared, como dice la canción de intoxicados...también me pego cachetadas”

- “Esto me sucede cuando tengo ataques de ansiedad, lo cual no me pasaba desde segundo año, pero ahora de vez en cuando me está volviendo a pasar. Antes no sabía de dónde venía la ansiedad, cuando estaba ansioso vomitaba... pensándolo esto también es una forma de lastimarme”.
- “Me auto provocaba el vómito... sigo en la actualidad de vez en cuando... eso me alivia, es como sacarme cosas de encima, a veces lo hago porque comí mucho, otras veces porque me siento lleno y que voy a explotar o a veces simplemente porque no tuve un buen día...”.
- Puedo llegar a ser muy oscuro conmigo mismo, y hacer cosas muy feas lo cual no me gusta porque contrasta mucho con esos colores que sé que tengo”.
- “Ha podido identificar situaciones que me llevan a ponerme ansioso... por ejemplo discutir con mi papá, estar en un ambiente en donde no respetan mis pronombres... lo de mi papá me pasa seguido...”.
- “A veces no me gusta como me veo, o que sobre pienso mucho... intento abrazar mi sensibilidad, pero muchas veces soy muy sensible, lo cual no me gusta. Soy muy

sensible con los otros y conmigo, con todo en general, me afectan cosas que al resto no y eso me da bronca... me gusta ser sensible, pero no siempre... me gusta mi sensibilidad porque me permite escribir cosas, percibir cosas y conectar con los demás, pero otras veces me juega en contra”.

- “Bien, me gustaron estas sesiones... disfruté bastante y que me ayudó a hacer una introspección conmigo mismo... me sentí muy cómodo”