



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA HENRÍQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**NARRATIVAS DE TERAPEUTAS SOBRE LOS
PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS DE HOMBRES
DIAGNOSTICADOS DE ANOREXIA NERVIOSA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Autoras: Carol Dennis Figueroa Retamal
Karen Beatriz González Oliva
Katherine Lissete Monje Ruiz

Profesora Guía: Paula Riquelme Portales

SANTIAGO – CHILE

2017

Capítulos	
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	31
4.1. Pregunta de Investigación	31
3.2. Objetivo general	31
IV. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL	32
4.1. Trastornos de la conducta alimentaria	32
4.2. Anorexia Nerviosa	34
4.3. Adolescencia	45
4.4. Género y Masculinidad	50
4.5. Procesos Psicoterapéuticos	60
4.6. Narrativas	67
V. METODOLOGÍA	70
5.1. Perspectiva epistemológica	70
5.2. Tipo de Diseño	71
5.3. Características de los participantes	73
5.4. Producción de datos	73
5.5. Plan de análisis de la información	75
5.6. Directrices éticas	79
VI. RESULTADOS	81
6.1. Categorías y subcategorías analíticas	81
6.2. Anorexia nerviosa un trastorno relevante dentro los TCA.	82
6.3. Procesos psicoterapéuticos como elemento fundamental en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.	85
6.3.1. Alianza y Vínculo como factores fundamentales de los procesos psicoterapéuticos	87
6.3.2. Equipo multidisciplinar en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa	88
6.4. Adolescencia como etapa del ciclo vital y sus implicancias en los sistemas relacionales	91

6.5. Género como concepto constructivista.....	95
6.5.1. Diferencias y similitudes de Género y su relación con la Anorexia Nerviosa	96
6.5.2. Género y Prejuicios entorno a la sexualidad vinculados con la Anorexia Nerviosa	97
6.6. Familia como sistema predominante	101
6.6.1. Relación madre-hijo	102
6.6.2. Enfoque familiar en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.....	103
VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES FINALES	106
VIII. REFERENCIAS	112
IX. ANEXOS.....	124
8.1. Consentimiento informado.....	124
Consentimiento Informado.....	128
Transcripción entrevista n°1	129
Transcripción entrevista n°2	158
Transcripción entrevista n°3	180
Transcripción Entrevistan°4.....	207
Transcripción Entrevista n°5.....	229

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este extenso y complejo proceso existieron personas significativas que estuvieron presente en cada momento siendo la fuerza y el motivo para seguir y alcanzar el tan anhelado objetivo. Hoy, son a esas personas a quienes les quiero agradecer enormemente por todo el apoyo, la comprensión, entrega y motivación durante estos meses. En primer lugar a mis compañeras y grandes amigas de tesis con las cuales me tocó enfrentar esta etapa, Karen González y Katherine Monje, Pues, sin duda hicieron esto posible con su dedicación, entrega infinita en el proceso, y por sobre todo su amistad única, que siempre se mantuvo pese a cualquier dificultad, firmes y unidas hasta el final. Quiero mencionar, que me siento orgullosa de ustedes y muy satisfecha por nuestra labor juntas. Por otro lado, quiero agradecerle a mi familia, al núcleo más maravilloso de esta vida, por todo su apoyo, comprensión, ayuda directa o indirecta a lo largo de este proceso y por sobre todo por el gran amor que me brindan día a día, pues sin ellos nada de esto sería posible. Mi mamá, la mejor mujer del mundo, trabajadora, sacrificada, apañadora, una súper mami, y la mujer que me llena de amor instante de mi vida, quien me soportó en mis peores momentos, que estuvo ahí para decirme cuantas veces fuera necesario que era capaz y que podía. Gracias mamita por creer en mí y en mis capacidades, este logro te lo dedico a ti, te amo hoy y siempre Gloria Retamal. También, quiero agradecerle a mi padre, Daniel Figueroa, hombre maravilloso que me acompaña cada día y que sin duda alguna me enseña en cada etapa que debo enfrentar y que durante este proceso fue quien siempre creyó en mí y apostó lo mejor de lo mejor. Gracias papito por todo tu apoyo y por siempre tener una palabra de sabiduría, te amo la vida entera. Mis hermanas, son otras de las personas que más amo en la vida, y a quienes quiero agradecer también en esta oportunidad, por sus bellas palabras en los momentos adecuados, por su tremenda comprensión y apoyo en cada etapa de mi vida y por sobre todo por ser más que hermanas, mis mejores amigas. Gracias por tanto queridas hermanas, y por sobre todas las cosas por darme la felicidad más grande de ser tía de cinco maravillosos sobrinos que cada día me llenan más de orgullo y felicidad. Por último, quiero agradecer a una persona que es muy significativa para mí, y que lo ha sido también durante este proceso C.E.I.G Gracias por tu comprensión en los momentos complejos, por tu apoyo en los momentos difíciles, por creer siempre que era capaz y gracias por tu amor incondicional. Gracias una y mil veces a todas estas personas significativas que mencione con anterioridad y que hoy quiero plasmar en esta página y también en las etapas siguientes. Sin duda alguna cada uno de ustedes hizo posible esto y se los agradezco inmensamente.

Carol Figueroa Retamal.

Primero que todo agradecer la oportunidad de poder crecer como persona en todo ámbito, que sin duda en un proceso tan complejo y único como éste debo agradecer inmensamente a mis amigas y compañeras Carol F. y Karen G. quienes fueron los pilares fundamentales para llegar hasta el final, con esfuerzo, aguante y una perseverancia única, que como todo proceso requiere sus aprendizajes de las distintas dificultades, pero que finalmente me permiten decir de manera confortable que ha valido la pena, que existe tranquilidad y una nueva visión en todo aspecto para seguir adelante en esta formación por eso gracias inmensamente, sin duda lo mejor de este proyecto es haber estado con ustedes y seguir día a día fortaleciendo aún más nuestra amistad.

Agradecer a mi familia padres, hermana tíos y primos que han sido el soporte y la base de todo lo que he podido lograr hasta aquí, valores, tristezas y momentos únicos que me permiten seguir adelante con el ánimo que requiero, sintiendo orgullo de ser una de las primeras en estudiar en la universidad y llegar a esta instancia tan importante que permite abrir un ciclo nuevo e ir cerrando aquellos que con esfuerzo y apoyo de mi familia, amigos y todos aquellos que han sido partícipes de este proceso han tomado su tiempo para escucharme y recordarme que esto es algo tan maravilloso y permite un crecimiento personal y académico de manera significativa, gracias a cada uno de ustedes.

Agradezco enormemente a mi personita especial Héctor C, quien estuvo en los peores y mejores momentos de este proceso, incondicionalmente escuchando y dándole sentido a todos aquellas instancias más difíciles, así mismo en los momentos en los cuales sentíamos una tranquilidad plena y esencial, que a pesar de todo eso existía un momento que nos permitía renovarnos en todo aspecto, con nueva energía y complemento mutuo para seguir adelante, te agradezco muchísimo por darme la tranquilidad y ver lo positivo de las cosas siempre.

Por último, agradecer a la más increíble persona que me ha cuidado desde siempre, que su alma ha pasado a un estado pleno y único que he podido hacer parte de mi día a día, a ti mamita linda gracias, de aquí al universo y donde quiera que puedas estar, somos energía fluyendo en amor y tranquilidad, nunca nada es suficiente, agradecer a todos a quienes han sido fundamental en esta etapa es lo mínimo, un beso y abrazo al universo entero mis mejores deseos, buena energía y amor para cada uno y en todo lo que se pueda vivir día a día.

“La esencia lo es todo, debemos desnudar la nuestra para sentir lo maravillosa que es”

Katherine Monje Ruiz.

Primeramente quiero agradecer a mis Padres quienes fueron un puente firme que me permitió estudiar la carrera que más me apasiona y amo, infinitas gracias por su apoyo incondicional, por la contención en aquellos momentos que más lo requiero, por alentarme a no bajar los brazos y ver siempre el vaso medio lleno en situaciones de mayor complejidad, como lo fue este proceso... tan estresante, complicado y frustrante proceso, pero que sin embargo ustedes fueron un pilar fundamental para seguir a pesar de los obstáculos, y mamá jamás dejes de darme los abrazos tan inesperados pero oportunos que llenan mi corazón.

En este proceso complejo además quiero agradecer rotundamente a mis pequeñas hermanas, Paloma y Cristina quienes con sus locuras logran sacar de mí una gran sonrisa, quiero decirles que ustedes son mis mayores cómplices, que nada ni nadie les permita no cumplir sus sueños, que esta es la única vida de la cual estamos conscientes y que por ello cada decisión que logren tomar en la vida, les haga muy felices. Mi vida no sería si ustedes no estuvieran, si me dieran la opción de volver el tiempo atrás, no sería una opción porque en mi presente están ambas y con eso no pido más.

Otra persona importante que estuvo presente en este proceso, fue mi querido “E.S”, quien con su linda forma de ser, me contuvo en mis tristezas, contribuyo en mi alegría y en mis decisiones. Agradecida de ti por tu inmensa comprensión, por tu cariño, tu compañía cuando más lo necesito, por creer en mí y creer que era capaz de grandes cosas. Eres una persona muy positiva en todo aspecto que ve las cosas desde otra arista, pero que eso me ayudo completamente en mis momentos de mayor caos interno y dificultades en el proceso. Gracias por siempre transmitir tu chispeante forma de ser y a la vez tan cariñosa y acogedora.

De esta manera no quedan fuera mis bellas amigas, compañeras, partners y todo lo bello que existe en la tierra, ustedes las que participaron también de este proceso, quienes han tenido un aguante único, una capacidad increíble para sacar lo positivo de todo esto, de mantenernos más unidas que nunca, y de no dejarnos solas en ningún momento. Dentro de este proceso hubieron altos y bajos, que sin duda nos sirvió para fortalecernos más y creer que somos capaces, y mira en que estamos en estos momentos, tanto estrés y llantos que quedaron solo en el recuerdo y que hoy en el presente terminamos este proceso con gran éxito. Valió la pena, tristeza y alegría todo lo vivido con ustedes, desde principio hasta acá, y es que debo decir que me siento orgullosa por cada una de ustedes y sus capacidades, agradecida de coincidir en esta vida para ser amigas y agradecida de su eterna compañía siempre, tanto presencial como a distancia, siempre están.

Karen González Oliva.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es conocer las narrativas sobre el proceso psicoterapéutico de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados de Anorexia Nerviosa de la región metropolitana. A través de las experiencias narradas por las terapeutas entrevistadas se pretendió recopilar información en relación con la forma que se da el trastorno de la anorexia nerviosa en hombres en un contexto clínico.

La presente investigación tiene un carácter exploratorio y la metodología escogida se enmarca bajo una serie de entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a terapeutas que tuvieran experiencia con este tipo de pacientes, de este modo la investigación tiene un diseño cualitativo, lo cual toma como fundamento el constructivismo para acceder a la realidad investigada. Finalmente, para el análisis recabado de las entrevistas, se utilizó el análisis cualitativo de contenido a partir de la elaboración de un plan de análisis específico con sus respectivos pasos a seguir. En relación con lo anterior los resultados mostraron que existen tanto diferencias como similitudes respecto al abordaje psicoterapéutico llevado a cabo por las terapeutas con pacientes hombres, lo cual se asocia a lo culturalmente establecido respecto a lo esperado tanto en hombres como mujeres y su relación con el trastorno, finalmente cabe destacar la importancia de la familia como un factor transversal dentro de los procesos llevados a cabo con los hombres diagnosticados de anorexia.

Palabras Claves: Anorexia Nerviosa – Procesos Psicoterapéuticos- Terapeutas- Género y masculinidad

ABSTRACT

The objective of this research is to know the narratives about the psychotherapeutic process of therapists with male patients diagnosed with Anorexia Nervosa in the metropolitan region. Through the experiences exposed by the therapists interviewed was intended to collect information in relation to how the disorder of anorexia nervosa in men in a clinical context.

This research is exploratory and the methodology choosed is based on a series of in-depth semi-structured interviews to therapists who have experience with this type of patients. This research has a qualitative design, which takes as a basis the constructivism to access the reality investigated. Finally, for the analysis gathered from interviews, a qualitative analysis of contents was used for the development of a plan of specific analysis with their respective steps to follow. In relation to the above, the results showed that there are both; differences and similarities respect to the psychotherapeutic approach carried out by the therapists with male patients, which is associated to the culturally established respect to what was expected, in both men and women and their relation with the disorder. Finally, is important to remark the importance of the family as a transversal factor within the processes carried out with men diagnosed with anorexia.

Keywords: Anorexia Nervosa - Psychotherapeutic Processes- Therapists- Gender and Masculinity

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en el contexto de Seminario de Grado de la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez en el presente año para optar al grado de Licenciatura en Psicología.

Esta tiene como objetivo conocer las narrativas de terapeutas que hayan tenido experiencia con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa, de este modo comprender este trastorno en hombres a partir de los relatos de terapeutas, tomando en cuenta que la investigación es de carácter exploratorio permitiendo la aparición más amplia respecto a temáticas asociadas a los procesos psicoterapéuticos en el contexto clínico con estos pacientes.

La anorexia nerviosa ha sido definida como un trastorno de la conducta alimentaria, que durante mediados del siglo pasado ha tenido un aumento que ha sido visibilizado particularmente en las mujeres. Éste trastorno ha quedado asociado casi de forma exclusiva a estas, no obstante cabe señalar que la anorexia nerviosa también se da en los hombres aunque en menor cantidad, de igual modo está presente, por ende requiere el mismo abordaje a nivel teórico, y de este modo repensar los constructos asociados al género, y que se ve reflejado en la disciplina psicológica, que aborda cada trastorno o malestar psicológico en función al contexto cultural que varía constantemente.

Por esta razón, la presente investigación tiene como factor movilizador y motivador la aportación con respecto a la temática de género en los trastornos de la conducta

alimentaria, específicamente en la Anorexia Nerviosa, para que de este modo se conozcan con mayor detalle los procesos psicoterapéuticos de este trastorno en hombres a través de las propias narrativas de terapeutas que han vivenciado esta experiencia.

Para alcanzar lo antes mencionado es que se pretende guiar al lector de modo tal, que comprenda a cabalidad el tema a tratar, primero aludiendo al planteamiento del problema, junto a referentes teóricos que sustentan la investigación para al final del capítulo mencionar la pregunta y el objetivo propuesto.

Posteriormente, se presenta el marco teórico, el cual se aborda con mayor profundidad los principales conceptos y ejes centrales de la investigación a tratar sustentados a diversos autores.

Para continuar, en el siguiente capítulo se presenta el marco metodológico en el cual se desarrolla la metodología utilizada, y además se mencionan las decisiones respecto a la recolección de información. Así mismo, se presenta el capítulo de resultados obtenidos, exponiendo principalmente el proceso de análisis y la obtención de categorías.

Finalmente, en el último capítulo se exponen las reflexiones y discusiones de la investigación con el objetivo de concluir de manera íntegra todo aquel contenido expuesto a lo largo de la investigación y de esto poder llegar a responder las interrogantes que se presentan.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria han dejado de ser un problema que concierne exclusivamente al área de salud médica, sino que están directamente relacionado con el área de la salud mental debido a las múltiples características que presentan estos trastornos, de este modo y debido a la contingencia de los TCA en el último tiempo, es que el personal de salud tanto física como mental que abordan estas enfermedades está obligado a estar actualizado y sensibilizados con respecto a esta temática, pues los desórdenes de la alimentación, han llamado la atención de los profesionales y del público en general, por lo cual se ha incrementado la investigación en esta área y la preocupación al respecto (Ángel, 1997).

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psiquiátricas que se caracterizan por tener una alteración en la conducta alimenticia sobre el control del peso del sujeto lo cual conlleva a un deterioro físico y psicosocial de este (Madruga et. al 2010, pág. 325). Los TCA se han convertido en las últimas décadas en un importante foco de interés para la investigación, las profundizaciones en el estudio clínico de estos diferentes trastornos de la conducta alimentaria han permitido conocer su tendencia a la cronicidad, su resistencia a las diferentes estrategias terapéuticas, la alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos e incluso el alto índice de mortalidad que acompaña los casos crónicos (Vallejos 2006, s.p.).

No obstante, es importante considerar que los trastornos de la conducta alimentaria no son enfermedades recientes, sino que poseen una larga historia antes de haber sido agrupados dentro de una categoría diagnóstica. De este modo, el DSM IV (1995) caracteriza a los trastornos alimentarios como alteraciones graves de la conducta alimentaria, e incluye dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa es una de estas enfermedades que se encuentra dentro de los denominados TCA, y en ella se pueden reconocer tres etapas en la historia con respecto a su desarrollo, que precede a su reconocimiento como entidad médica particular (Morales & Schongut, 2008). En una primera etapa que data del siglo V al XVI, hace referencia a que la anorexia nerviosa, se vincula con experiencias místicas, en la cual santas y poseídas dejaban de alimentarse, recibiendo así, un castigo posterior como era la hoguera, por ende, estos comportamientos eran asociados a causales sobrenaturales. En un segundo momento, que abarca el siglo XVI al XVIII, las causas de la anorexia nerviosa aún seguían asociadas a lo místico-sobrenatural, sin embargo, los médicos de la época comenzaron a tratar de manera experimental este tipo de sintomatología, dado el interés de conocer el ayuno indefinido (Morales & Schongut, 2008). En un tercer periodo, que data de la segunda mitad del siglo XIX, la anorexia nerviosa comenzó a atribuirse a patologías de carácter psicológico, a partir de ello surgieron diferentes escritos que evidenciaron la patología como tal y su denominación como anorexia nerviosa que se utiliza actualmente (Morales & Schongut, 2008).

A partir de aquella década, el tema de la anorexia nerviosa se comienza a expandir enfocándose en diferenciar de forma precisa los criterios diagnósticos de ésta, como también la forma de abordaje terapéutico, tanto psicoanalítico, cognitivos, conductuales, biológicos, sistémicos, entre otros, además comienzan a salir a la luz las diversas definiciones de esta, principalmente de manuales diagnósticos que deciden abordarla como trastorno propiamente tal. De este modo la anorexia nerviosa; se caracteriza según el manual diagnóstico DSM-IV por la restricción de la ingesta alimentaria, lo cual da lugar a una considerable pérdida de peso que se mantiene por debajo del mínimo esperable para su desarrollo evolutivo, dependiendo de la edad y talla con un peso inferior al 85% de lo esperable (DSM- IV 1995, págs. 553-564).

Este trastorno es originado por la propia persona la cual, por una razón u otra, opta por disminuir la ingesta de alimentos drásticamente y de esta forma modificar su figura corporal, debido a que las personas que sufren de este trastorno alimenticio pueden tener un miedo intenso a aumentar de peso incluso cuando están con un peso insuficiente (DSM- IV 1995, págs. 553-564); todo esto con la finalidad de alcanzar este ideal extremo de peso corporal. Uno de los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa consiste en que las personas quienes la padecen poseen una distorsión en relación con su imagen corporal, es decir una distorsión de la representación mental de su cuerpo, percibiendo el mismo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o desproporcionadas, de lo que son realmente (Rivarola, 2003).

En estos pacientes, la distorsión de la imagen corporal puede observarse desde dos formas de expresión distinta. La primera es “perceptual” y hace referencia al grado de exactitud o más bien en este caso de inexactitud, con que el paciente estima sus dimensiones corporales. La segunda, denominada “componente afectivo o emocional”, la cual hace mención a cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con el mismo (Thompson, 1990).

El culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad es cada vez más relevante, en tanto existe una sobrevaloración de la delgadez, y alrededor de esta, la publicidad muestra la delgadez o el ser delgado como un ideal, este mensaje viene disfrazado con conceptos de delgadez asociados con salud, con “estar en forma” o simplemente con ideas de triunfo o poder, además, a su vez esta publicidad ofrece una serie de productos que no siempre son eficaces para conseguirlo y que suelen ser perjudiciales para nuestra salud. (Rivarola, 2003).

Estos mensajes socioculturales repercuten en el pensamiento y comportamiento de las personas, especialmente en los adolescentes, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico, psicológico y social. (Rivarola, 2003), lo cual mantiene en alerta tanto a profesionales del área médica como también del área de la salud mental, ya que si bien se conocen las consecuencias y desarrollo de estos trastornos de la conducta alimentaria, no se ha evidenciado registro exacto de las causas de estos.

La anorexia nerviosa se trata de una patología compleja que engloba diversos factores, tanto biológicos (desordenes hormonales, etc.), psicológicos (rasgos de personalidad), familiares, sociales y culturales (modelo de delgadez) (Rivarola, 2003), esta se asocia a una comorbilidad diagnóstica referida a otros tipos de trastornos, ya sea trastornos de depresión, drogodependencia, trastornos ansiosos, trastornos de personalidad, entre otros. Estos pueden aparecer en conjunto con el trastorno de la conducta alimentaria o bien como consecuencia de la misma, una vez que ésta se mantiene en diferentes etapas evolutivas como de la adolescencia y la adultez (Torres 2004, págs. 34-71).

Ahora bien, en el siglo pasado el fenómeno de la anorexia nerviosa comenzó a tomar fuerza a nivel mundial, tanto así que fue considerado como una epidemia, ya que cada vez era más recurrente verlo en adolescentes. Según Ponce de León (2002, pág. 36): “En los años 90, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han erigido en foco de curiosidad y alarma social. En los medios de comunicación, junto a reportajes que nos hablan de estas enfermedades como unas de las plagas del siglo XX”. El trastorno de la conducta alimentaria, si bien se viene desarrollando en todo el mundo y tomando mayor fuerza desde el siglo pasado, en cada cultura se presenta de manera diferente, debido a que su prevalencia varía según lo socialmente construido en cada cultura. Esto es posible evidenciarlo en el DSM-IV donde se menciona que:

“Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos” (1995, pág. 570). Es decir, que el contexto cultural repercute de manera significativa y diferente respecto al modo en que se comprenderá el trastorno.

Por su parte, los trastornos de la conducta alimentaria se abordan de diversas perspectivas en el ámbito psicológico, para efecto de esta investigación nos centraremos en la perspectiva sistémica, la cual tiene a la hora del abordaje de los TCA rasgos en común y otros que las diferencian de la perspectiva psicoanalítica. En primer lugar, ambas perspectivas abordan los TCA desde una mirada psicológica que toma en consideración la historia y la configuración familiar de la persona. Sin embargo, mientras la perspectiva psicoanalítica hace más énfasis en los aspectos intrapsíquicos y en la relación madre-hijo(a), la perspectiva sistémica hará más énfasis en los aspectos relacionales y en la estructura familiar.

La perspectiva psicoanalítica aborda los trastornos de la conducta alimentaria, y más precisamente la anorexia nerviosa, centrándose en la relación que existe entre madre e hijo, lo cual repercute de una u otra forma en la aparición y/o curso de esta patología. Dezoti (2017) menciona al respecto que los cuidados maternos y la configuración del

enlace entre madre e hijo son factores críticos para el desarrollo psicoemocional y pueden influir en la aparición y el curso de la enfermedad.

Por su parte, la perspectiva sistémica aborda la anorexia nerviosa haciendo alusión a que la familia cumple un rol fundamental en el padecimiento de este trastorno, tanto así que desde esta perspectiva se mencionan ciertos patrones de familias disfuncionales, que son percibidas como gatillantes de este trastorno, a este tipo de familias Minuchin, uno de los autores más influyentes dentro de la perspectiva sistémica, las llamaba “Anorexígenas” y a su vez desarrolló cinco características predominantes de interacciones que se dan dentro de este tipo de familias, las cuales mantienen la “somatización”. Las características descritas por el autor fueron: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, evitación de conflicto y por último, involucración del hijo en conflictos parentales (Cruzat, 2008).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno, existen estudios realizados de a finales de los años setenta (Crips & Cols, 1976) y replicados posteriormente en los estudios de Hoek & Van Hoeken (2003); Bulik & Cols (2006) que señalan que la anorexia nerviosa es un trastorno que tiene mayor prevalencia en la población adolescente, ya que aproximadamente un 0,5-1% de los adolescentes desarrolla la enfermedad de forma completa (Vallejos, 2006).

Lo anterior se debe principalmente por la etapa evolutiva en la cual se encuentran los adolescentes, puesto que están en pleno proceso de formación de su identidad (Erikson,

1968) por ende, están más propensos al padecimiento de dicho trastorno que otras personas que cursan diferente etapa evolutiva. De este modo la visión respecto a la etapa del ciclo vital de la adolescencia comprende no solo sus cambios a nivel físico e individual como lo es la búsqueda de identidad, sino que su transición a la adultez estará regida por factores del ámbito psicosocial, ya que toma en cuenta sus contextos más significativos, como son la familia, amigos, escuela, entre otros, los cuales constituyen los entornos en el cual los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo. Dependiendo del grado de adaptación del adolescente durante esta etapa evolutiva, se favorecerá o dificultará la transición hacia una adultez positiva y socialmente saludable. (Sánchez, Villarreal & Musitu 2010, pág. 71).

Respecto a ésta etapa del ciclo vital, existe además en ella, la necesidad de generar vínculos positivos, estrechos y duraderos con otros, llevando así cabo diversos tipos de relaciones interpersonales (como se cita en Gaviria et al, 2009) en base a esto, cabe mencionar que la población adolescente vive el trastorno de la anorexia nerviosa de manera compleja, puesto que se ven influenciadas sus relaciones familiares e interpersonales a lo largo de este proceso, quienes actúan como agentes protectores o de riesgo dependiendo de la singularidad del caso (Tello, 2006). En este aspecto, resulta innegable la influencia de la familia como factor fundamental para el desarrollo del adolescente, ya que puede desencadenar conflictos de todo tipo, tales como problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés, ansiedad,

implicancia en las conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona. (Sánchez, Villarreal & Musitu 2010. pág. 72).

Es por esta razón que “el apoyo familiar se plantea de esta forma como un importante recurso social para el adolescente, cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (Saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de afrontamiento y la autoestima)” (Sánchez et. al, 2010).

Si bien, la familia es un factor relevante, en el entorno en el cual se desenvuelve el adolescente junto a sus pares y amigos, de igual modo afecta en el curso de su desarrollo normal, puesto que durante la adolescencia el grupo de amigos se transforma en el principal ámbito de influencia, por esta razón puede constituirse en un importante factor de riesgo para potenciar o reforzar la insatisfacción corporal y otras características afines en el adolescente, además suelen contribuir con el desarrollo de una mayor sensibilidad a la influencia de modelos asociados a la delgadez. (Noceloni 2013, págs. 32-45). En relación con lo antes mencionado, la familia y el grupo de pares ejercen una importante influencia, siendo ésta superior a cualquier otro factor, como son los medios de comunicación. (Noceloni 2013, págs. 32-45).

Actualmente en Chile, las cifras en relación con la anorexia nerviosa se han elevado si consideramos el grupo de adolescentes que su autoconcepto se ve mermado

debido a estos problemas. Entre ellas, el 0,5 y 3% pertenecen a la prevalencia de anorexia nerviosa en el país. Según Chica, et al. (2012, s.p.).

“La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. [...] En cuanto al género afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1.”

Convirtiendo así al grupo de mujeres en las más afectadas por este trastorno alimenticio, sin embargo, es importante señalar que este trastorno también se puede apreciar en hombres, no obstante, a nivel social, se le otorga menor importancia, lo cual llama la atención, pues si bien es cierto que se da en menor cantidad, de igual forma está presente, por ende, requiere el mismo abordaje. La anorexia nerviosa en hombres si bien es un trastorno menos conocido a nivel teórico y/o práctico no está exento de padecimiento, y con el paso del tiempo se ha hecho cada vez más recurrente en hombres, diferenciándose en algunos aspectos o bien asimilándose en otros a la anorexia en mujeres. Ahora bien, la anorexia en hombres se puede diferenciar de la anorexia en mujeres, en relación con la edad de comienzo de este trastorno, ya que en los hombres la edad de inicio de esta es más tardía, como señala García (2009, s/p): -“Es más tardía en los hombres pues tienden a comenzar con el trastorno en torno a los 18-19 años.”-

Pese a las diferencias o similitudes que puedan existir en relación con la anorexia en hombres y mujeres, se hace necesario un estudio de ésta en hombres, pues se ha

invisibilizado la prevalencia y aumento que ha tenido este trastorno durante los últimos años, no obstante, queda al descubierto que al igual que las mujeres, los hombres también buscan ideales de delgadez y sienten insatisfacción corporal, pero que culturalmente y de manera estereotipada se le ha exigido al hombre una búsqueda de masculinidad hegemónica y dominante desde una mirada patriarcal de la sociedad, que busca que todos los hombres demuestren su poder y masculinidad a través de comportamientos agresivos, sin sufrimientos emocionales, entre muchos otros aspectos (Toro et al 2010, pág. 225), lo cual da cabida a que se siga invisibilizando esta patología en los hombres.

Es necesario comprender, en primer lugar, que al hablar de género éste se comprende a partir de la relación entre hombres y mujeres, los cuales son determinados desde el constructo social y cultural, a diferencia del sexo que está ligado al componente biológico y reproductivo. Respecto al concepto de género, es posible referirse a los hombres entendiendo su nueva concepción de género masculino y como ha sido abordado por diferentes disciplinas, de este modo la masculinidad como concepto que alude a los hombres se encuentra aún bajo constantes transformaciones y concepciones que han tenido que ser modificadas socialmente para comprender al género masculino respecto a sus nuevas características asociadas a la expresión de emociones, desligamiento del modelo patriarcal y tradicional, sin ser castigados o etiquetados socialmente y que no han sido aceptadas de manera tan amplia como lo femenino, ya que aún se produce cierto rechazo y poco abordaje en ámbitos más específicos e importantes como lo son ciertas

patologías que son atribuidas casi exclusivamente a la mujer como el caso de la anorexia nerviosa (Barberá & Martínez, 2004).

Al parecer la anorexia nerviosa en hombres entra en tensión con la noción de masculinidad tradicional, es decir existen ciertos estereotipos determinados y distribuidos para cada género, esto se puede evidenciar, dado que a los hombres se les asocia a cierto, control, fuerza, vida pública y poder y algo diferente a esto podría ser considerado poco adecuado, por ende, los hombres tienden a mostrar menos interés por expresar aquello que podría transmitir una imagen de debilidad o fracaso. En relación con esto se puede mencionar que los hombres tienden a comunicar menos aquello que lo aqueja, y más aún si se trata de transmitir una imagen negativa de sí mismo como lo suele ser el padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, lo cual repercute en su interacción con las demás personas, especialmente pares, amigos y familia, diferenciándose del género femenino con este comportamiento social (Barberá & Martínez, 2004).

De acuerdo con lo anterior cabe mencionar que existen estudios que dan cuenta la existencia de algunas diferencias con respecto al padecimiento de los TCA según el género, por ejemplo, los hombres que tienen algún trastorno de la conducta alimentaria, sea Anorexia Nerviosa o Bulimia, presentan con mayor frecuencia que las mujeres, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos y otras sustancias para bajar de peso (como se cita en Toro et al, 2010). Por su parte, otra característica que se puede evidenciar es el perfil del hombre en relación con el padecimiento de anorexia nerviosa, como lo es

falta de autonomía, control sobre su vida y dificultades con su identidad (como se cita en Toro et al 2010, págs. 226-227).

Dado a las diversas características que se presenta en los hombres con anorexia nerviosa y su dificultad en que se reconozcan abiertamente ante la sociedad sin ser juzgados ni calificados respecto a un déficit personal o poca hombría, Hepp, Splinder, & Milos (como se cita en Toro et al, 2010), mencionan que la mayoría de los casos no suelen buscar ayuda profesional pertinente, por tanto, su abordaje sigue presentándose escaso y poco frecuente en el ámbito médico, psicológico y psiquiátrico, debido a ello es que las investigaciones respecto a la práctica y abordaje de los TCA y específicamente la Anorexia nerviosa en hombres no ha sido actualizada, y se sigue atribuyendo este tipo de trastornos como propios de las mujeres (Toro et al 2010, pág. 228).

Esto se puede constatar en los Manuales diagnósticos del DSM y el CIE- 10 , ya que si bien estos manuales mencionan a nivel bioquímico algunos síntomas asociados a la anorexia nerviosa en hombres, estos no han sido actualizados respecto a las descripciones y criterios relacionados a dicho sexo, haciendo referencia solo a los niveles bajos de testosterona y regresiones a nivel del hipotálamo, con síntomas de impotencia sexual y desinterés en el mismo (DSM- IV 1995, págs. 553-564), lo que da a entender que el conocimiento a nivel teórico dentro de los manuales diagnósticos no han profundizado sobre este trastorno en los hombres, como por ejemplo no ha profundizado lo que implica específicamente en el ámbito psicológico y social.

Sin embargo, es posible evidenciar teorías psicológicas en torno a la masculinidad, como lo es en primera instancia el psicoanálisis el cual comprende la configuración del género masculino en relación con un complejo edípico en donde el eje nuclear de sus roles sociales e individuales como hombres surgen desde los padres (Núñez de Jesús 2005, pág. 18). Por su parte, se comprende la masculinidad como una nueva identidad, puesto que este constructo parte desde las interacciones con otros, permitiendo una transformación que comprende un mayor número de expresiones emocionales por parte de los hombres, involucrando su contexto familiar, cultural y social (Gasteiz, 2008).

En relación con lo anterior, cabe señalar que este problema sigue siendo reduccionista en cuanto a que, socialmente cualquier concepto relacionado a lo corporal-estético asociado a la delgadez se vincula a las mujeres (Figuroa y Careaga, 2013); (Behar, 2010); (Mora, 2007), de este modo excluyendo abiertamente a los hombres, sin consideración con respecto a la implicancia que eso genera en estos, en su desarrollo físico, psíquico y social, pues pese a las teorías psicológicas que abordan la masculinidad y los TCA sigue sin resolverse la interrogante sobre el escaso abordaje de la anorexia nerviosa en los hombres, por ende se requiere de profesionales de la salud mental y otras disciplinas que complementen y aborden esta temática centrada en los hombres, pues queda en evidencia que la noción de hombres y mujeres impacta de forma directa en la teoría, en este caso en la teoría sobre la anorexia nerviosa, tensionando el modo en que se abordará, dado a su influencia social y cultural en el campo de la psicología.

Con respecto a los profesionales que abordan el área de los TCA y anorexia nerviosa en hombres, específicamente en psicólogos/as, se ha demostrado que existen factores facilitadores como obstaculizadores en el proceso psicoterapéutico con pacientes TCA y anorexia nerviosa, puesto que estos pacientes en un inicio de la terapia por lo general -“no presentan conciencia de enfermedad, ni buscan tratamiento por motivación personal” (Cruzat et al, 2013)-, así mismo los pacientes con anorexia nerviosa tienden a dificultar las primeras entrevistas con comportamientos de silencio, negativismo, y falta de precisión en sus respuestas (Kirszman & Salgueiro, 2002), impidiendo totalmente el proceso psicoterapéutico y su tratamiento oportuno. Sin embargo, estas conductas se deben a que los pacientes que presentan anorexia nerviosa tienden a una naturaleza egosintónica de los síntomas, no siendo los adolescentes quienes buscan un cambio, sino que asisten presionados por terceros (Cruzat et al, 2013).

Así mismo, existen factores facilitadores que permiten llevar a cabo el proceso psicoterapéutico de manera que, posibilita el objetivo último con respecto al cambio del paciente. De este modo (como se cita en Cruzat et al, 2013) se plantea que -“El terapeuta cumple la función de estímulo, guía, o consultor, pero, en definitiva, el paciente decide qué cambios hacer, y luego los lleva (o no) a cabo”-, es por ello que la experiencia del terapeuta respecto a los trastornos de la conducta alimentaria es fundamental para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico adecuado, considerando la complejidad de cada caso y la perspectiva que el mismo paciente podrá demostrar en terapia.

Por otra parte, Treasure, Tchanturia y Schmidt (2005) (como se cita en Cruzat et al, 2010), señalan que es relevante para los terapeutas tener una comprensión holística de este trastorno, incorporando la visión subjetiva del/la paciente respecto de su enfermedad, además de los factores predisponentes, la asociación que hacen con el tema de la comida y sus motivaciones para mantener el TCA (Cruzat, 2010).

Ahora bien, en cuanto a los tratamientos aplicados aún persiste la complejidad en el ámbito de la anorexia nerviosa, debido a que existen pocos estudios que informen de los procedimientos que resultan más eficaces para este tipo de trastornos, específicamente en hombres. No obstante, se tiene registro de que históricamente la anorexia ha sido tratada en dos fases: La primera consiste en un régimen de ingreso hospitalario para restituir la pérdida de peso y de normalizar la alimentación de los pacientes, por su parte, la segunda trata de un régimen ambulatorio para facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir las futuras recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados a este trastorno (Saldaña, 2001).

El proceso de recuperación de este trastorno al igual que su tratamiento presenta una lógica dificultosa de comprender, puesto que cada persona lo vivencia de manera diferente, es por esto por lo que las razones por las cuales algunos pacientes se recuperan completamente y otros continúan complicados o recaen luego de un período de remisión aún son incógnitas que se deben develar (Federici & Kaplan, 2008).

Por su parte, cabe mencionar que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienden a mostrar una elevada resistencia al cambio, por lo que su actitud ante cualquier tipo de tratamiento refleja numerosas ambivalencias y resistencias (Sevillano, 2001) lo cual complejiza aún más el proceso. Los pacientes severamente perturbados, se pueden considerar como pacientes difíciles, no solo por el tipo de trastorno que presentan, sino también por las dificultades en su disponibilidad para el tratamiento y para el establecimiento de la alianza terapéutica en particular, lo que dificulta aún más la eficacia del proceso terapéutico (Semerari, 2002), lo cual deja al descubierto la necesidad de seguir investigando sobre este tipo de trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en los hombres, pues hasta hoy las investigaciones siguen siendo limitadas.

En relación con el contexto Internacional se han encontrado estudios realizados en México (2004), Costa Rica (2011), los cuales dejan en evidencia la aparición de la Anorexia Nerviosa en adolescentes hombres y los factores de riesgo asociados a dicho trastorno. A su vez existen investigaciones que presentan la homosexualidad como factor preponderante en la Anorexia Nerviosa (Toro, 2012). Así mismo hay estudios que hacen alusión a los adolescentes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa en los cuales se encuentran factores emocionales que tienen relación con esta patología. Ahora bien, con respecto al contexto Chileno, los estudios se enmarcan en la comparación de género en cuanto a la prevalencia de este trastorno (Urzúa et al, 2011)

La recopilación de investigaciones antes mencionadas tanto a nivel internacional como nacional, da cuenta de que a pesar de que la anorexia nerviosa suele asociarse principalmente a las mujeres, es un trastorno que también se vivencia en hombres, en menor cantidad pero de igual modo está presente y requiere de un abordaje en mayor profundidad del que hasta el momento se puede evidenciar, y de este modo poder aportar tanto a nivel teórico como práctico en la disciplina y en otras áreas, con el fin de poder impactar en los manuales diagnósticos de modo tal que, no solo se aborde la anorexia nerviosa como trastorno femenino sino que se le dé cabida al género masculino quien también es propenso a padecerla, y que ha tenido un incremento importante en los últimos años.

Esta investigación pretende aportar a terapeutas que se desempeñan en el área, con información acerca de cómo se vive este nuevo fenómeno de la anorexia nerviosa en hombres con la finalidad de contribuir en su formación profesional y ampliar el bagaje teórico existente hasta el momento, haciendo énfasis en el impacto que tiene las nuevas concepciones de género masculino en todo ámbito de la psicología, y que como disciplina deben ser abordadas desde un contexto socio-cultural cambiante que influye directamente en los profesionales.

Sumado a lo anterior y debido a la importancia de esta temática, es que la presente investigación está orientada a las narrativas de terapeutas, por lo cual se tomará en cuenta la experiencia única de estos sujetos, la cual será expresada en palabras a través de sus

propios relatos (Fernández, 2015) con respecto al proceso psicoterapéutico de pacientes adolescentes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa, además al obtener las narrativas de estos terapeutas, nos proporciona una fuente directa relativa a la información que estos entregan, puesto que recurren a relatar de diferentes formas sus experiencias vitales como historias, lo cual aporta luz para ver los personajes, acontecimientos y sucesos esenciales de estas experiencias (Fernández, 2015).

De esta manera, se torna relevante explorar este campo poco estudiado y abordado en las literaturas tanto a nivel internacional como nacional en torno a los procesos psicoterapéuticos con pacientes adolescentes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa, para recabar mayor información sobre esta temática, dado que actualmente se ha incrementado el número de porcentajes de casos en lo cual deja en evidencia que socialmente la comprensión en torno a los trastornos de la conducta alimentaria se ha ido modificando en relación con el género, como lo es el caso de la anorexia nerviosa, que actualmente no solo se puede apreciar en las mujeres, sino también es posible visualizarlo en hombres, por ende es pertinente realizar el presente estudio con el propósito de aportar a la disciplina y a los terapeutas que en ella se encuentran, contribuyendo con nuevos conocimientos teóricos, los cuales son posible de obtener a través de las narrativas de los/as terapeutas, quienes son la primera fuente accesible a dichos conocimientos desde sus propias experiencias clínica. (Toro et al, 2010).

De este modo, las experiencias narradas por los/as terapeutas nos aportarán al campo investigativo con respecto a cómo se vivencia el trastorno de anorexia nerviosa en hombres desde su propia experiencia como psicólogos, permitiendo ampliar el conocimiento previo al respecto, considerando que este es un estudio de carácter exploratorio, pues representa uno de los primeros acercamientos al fenómeno en estudio de la anorexia nerviosa en hombres, presentándose como un campo amplio para poder ahondar, dado a que la revisión de la literatura revela acercamientos a este campo desde un diseño de investigación cuantitativo, por esta razón se desea indagar con mayor profundidad la temática a partir de las experiencias narradas por los/as terapeutas (Hernández et al 2006, pág. 80).

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

4.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las narrativas sobre los procesos psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa pertenecientes a la región metropolitana?

3.2. Objetivo general

Conocer cuáles son las narrativas sobre los procesos psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa pertenecientes a la región metropolitana

IV. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

4.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que datan a lo largo de la historia (siglo V a la actualidad), y con el paso del tiempo ha ido en aumento lo cual actualmente los convierte en un importante foco de atención en la salud mental.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta (Moreno, 2009).

Vallejos (2006) plantea una clasificación de los TCA, la cual se basa clásicamente en criterios descriptivos. Por una parte, se encuentran los trastornos cuantitativos, que comprenderán las anomalías por exceso de ingesta y por defecto. Cuya categoría incluiría trastornos tales como bulimia, potomanía, rechazo alimentario y anorexia. Por otra parte, se encuentran los trastornos cualitativos o aberraciones alimentarias, que incluirían la pica o alotriofagia, y el mericismo o rumiación.

Madruga menciona que “Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por tener una alteración

definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. Estas son una de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes” (Madruga, et al 2010, pág. 325).

Así mismo, (Madruga et al 2010, pág. 24), menciona que:

“Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso, y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad”.

Mientras que Urzúa (2009), plantea que:

“Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Estos trastornos se han constituido en una patología emergente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, configurándose como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma”

Por último, Behar acota al respecto que los trastornos de la conducta alimentaria son patologías complejas cuya etiopatogenia es multidimensional y responde al modelo biopsicosocial. El riesgo de contraer una patología alimentaria surge de una combinación de variables y una detección temprana de actitudes y/o conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estos cuadros, mejorando la respuesta terapéutica y el pronóstico (Behar, 2007).

De este modo se comprenderán los trastornos alimenticios como enfermedades frecuentes en adolescentes, que estarán determinados por los criterios previamente establecidos en los manuales diagnósticos del DSM-V y CIE-10, los cuales consisten en una alteración del patrón de ingesta y conducta sobre el control del peso, como lo es la Anorexia Nerviosa, la cual será descrita posteriormente.

4.2. Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria, que ha sido descrita como una patología de carácter psicológico desde la segunda mitad del siglo XIX, no obstante, se desconocía su prevalencia anteriormente, sus características específicas y aún más sus causas, incluso hasta relativamente hace poco tiempo.

Esta enfermedad en las épocas pasadas era asociada a distintas connotaciones religiosas y místicas, prueba de esto es la presencia en el santoral cristiano de representantes del espectro restrictivo y purgativo de este trastorno. No obstante, con el pasar del tiempo se fue configurando como enfermedad propiamente tal, es decir más bien como enfermedad psicósomática y somato psíquica, lo cual hizo que a lo largo de la historia de la Medicina distintas especialidades (neurología, psiquiatría, endocrinología, entre otras) hayan establecido diversas hipótesis causales de este trastorno, desde las más físicas hasta las más psicológicas, lo cual, de cierto modo nos permite comprender las numerosas denominaciones que ha recibido esta y por las distintas etapas por las que ha pasado su descripción e interpretación (Cabasés, 1999).

La anorexia nerviosa posterior a esto se define inicialmente por los criterios diagnósticos que se enumeran según los sistemas clasificatorios establecidos, como lo son, por ejemplo, el CIE-10 y el DSM-V.

En relación con el CIE-10-ES (2016), la anorexia nerviosa:

“Se trata de una psicopatología caracterizada por la persistencia de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. Generalmente existe desnutrición de grado variable con cambios endocrinos y metabólicos secundarios. Hay que diferenciarla de la anorexia de

causas fisiológicas (por ejemplo, una gastroenteritis) que se caracteriza por la falta anormal de apetito y que desaparece cuando cesa su causa”.

Y con respecto al DSM-V (2014), la anorexia nerviosa se define de acuerdo a tres criterios:

A. “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación con 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 peso corporal bajo actual.”

Por su parte, la American Psychiatric Association (2002), menciona al respecto que, La característica esencial de la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

No obstante, la anorexia nerviosa una vez definida como enfermedad en los distintos manuales, fue tomando mayor relevancia aún, lo cual conllevó a que diferentes autores se interesaran por abordarla desde el área de la salud mental.

Staud (2006) aborda el trastorno de la anorexia nerviosa como un trastorno de la alimentación el cual está en completa relación con la autoimagen de las personas que la padecen, las cuales se esfuerzan día a día por perder más peso.

Build (2001, pág. 268) también ha caracterizado la anorexia nerviosa con el fin de obtener una mejor comprensión de la enfermedad, sin embargo, ha puesto énfasis en sus inicios y también en sus posibles consecuencias: Este menciona al respecto que -“La anorexia nerviosa es uno de los trastornos psicológicos cuyo desenlace puede ser la muerte. En la mayoría de los casos el inicio de la enfermedad suele coincidir con el de la adolescencia”.

Behar (2004) menciona al respecto que la anorexia nerviosa, lo que la define no es una auténtica pérdida o falta de apetito, sino el deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez a toda costa.

De acuerdo con las definiciones anteriores, es pertinente mencionar que la anorexia nerviosa puede ser definida como un trastorno de la alimentación complejo que se

caracteriza por el deseo de alcanzar una delgadez extrema accediendo a cualquier medio para llegar a esta y que se da principalmente en la etapa evolutiva de la adolescencia.

Ahora bien, el trastorno de la Anorexia Nerviosa debido a su contingencia en nuestra sociedad y a la gama de factores que en ella influyen, también ha sido abordado desde distintas perspectivas teóricas. Una de ella es el psicoanálisis, el cual fue la primera escuela que estableció interpretaciones causales de este fenómeno. Freud, Abraham, Fenichel y Klein exponentes de esta perspectiva, consideraron la anorexia como una neurosis, vinculándola primero con la histeria y más tarde con la melancolía (Dezoti, 2017). Además, el psicoanálisis plantea que la aparición y curso de la anorexia se centra en la relación existente entre madre-hijo(a), es decir, que los cuidados maternos y los factores que influyen en dicha relación serán cruciales y críticos en cuanto al desarrollo psicoemocional del hijo(a).

Otra perspectiva que aborda esta enfermedad es el enfoque sistémico, mencionando al respecto que, la anorexia nerviosa y/o trastornos de la conducta alimentaria tienen directa relación con los tipos de familias de las personas que padecen dicha enfermedad. Estas aproximaciones más sistémicas relativas a las variables familiares con respecto a la etiología de los trastornos alimentarios fueron iniciados por Minuchin et al (1978), Selvini-Palazzoli y la escuela de Milán de Terapia Familiar (Cruzat, 2008).

No obstante, conceptualizaciones tempranas de anorexia nerviosa en adolescentes proponían modelos de familias “psicosomáticas” Según Minuchin, o “Anorexígenas” según Selvini-Palazzoli, sugiriendo que ciertos patrones familiares específicos o más bien disfunciones contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Esta idea años más tarde siguió emergiendo apoyada por ciertas teorías que dominaron en los años 70 y 80, las cuales se aproximaban a una descripción de la familia anoréxica como típicamente fusionada, rígida y dedicada al autosacrificio y lealtad grupal (como se cita en Cook-Darzens et al, 2005).

Uno de los autores más influyentes en las perspectiva sistémica, Salvador Minuchin, “desarrolló un modelo estructural familiar que identifica cinco características predominantes de interacciones que mantienen la "somatización": (a) aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares; (b) sobreprotección, reflejado en el alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienen del bienestar de los otros; (c) rigidez, caracterizado por una necesidad de mantener el status quo; (d) evitación de conflicto; (e) involucración de la hija en los conflictos parentales (maritales) a través de triangulación” (Cruzat, 2008). Lo anterior da cuenta, que desde la perspectiva sistémica la familia cumple un rol importante en proceso de padecimiento de la Anorexia nerviosa, lo cual entrega una nueva visión con respecto a este trastorno de la conducta alimentaria.

Continuando, los hallazgos de Waller, Calamy Slade (1988) también contribuyen a la perspectiva sistémica de los trastornos de la conducta alimentaria, e indican que las personas con trastornos alimentarios perciben a sus familias como significativamente menos adaptables, menos cohesionadas y más pobremente comunicativas en comparación con personas que no padecen este tipo de trastornos (Cruzat, 2008).

Es decir, que en las familias en las cuales se presentan estos trastornos de alimentación, más específicamente la Anorexia nerviosa, suelen ser percibidas como menos apoyadoras, más vulnerables a las relaciones conflictuadas y con menos disposición a la expresión de emociones, lo cual dificulta aún más el proceso durante el padecimiento del trastorno.

Por otro lado, el desarrollo de los trabajos de Minuchin a finales de los años 70 (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) contribuyeron durante la década siguiente con la aplicación de programas de tratamientos basados en intervenciones familiares, dado a que se tenían supuestos de que las familias que poseían un miembro afectado de anorexia nerviosa sostienen relaciones estrechas, excesivas y que por lo demás, se caracterizan por ser muy sobreprotectoras y rígidas, lo cual dificulta aún más la resolución de conflictos de dichas familias.

A partir de esto, se comenzaron a desarrollar programas de intervención directivos, orientados principalmente a transformar las interacciones familiares desadaptativas por

otras más adaptativas, haciendo entrega de pautas de conducta a las personas involucradas. Sin embargo, a pesar de la controversia ocasionada por este tipo de programas durante la época, se logró apreciar que no existían estudios controlados que hayan podido mostrar la eficacia de las intervenciones familiares (Saldaña, 2001).

Con respecto al panorama de los tratamientos aplicados en el ámbito de la anorexia nerviosa es complejo, puesto que existen pocos estudios al respecto que anuncien acerca de los tratamientos que resultan más eficaces para tratar esta enfermedad.

En la década de los 70 aparecieron los primeros estudios de tratamientos de la anorexia nerviosa relativos a la terapia conductual, los cuales mostraban la eficiencia de esta, específicamente en la recuperación de peso en pacientes hospitalizados, mediante el empleo de refuerzo positivo y negativo con la ganancia de peso. En estos trabajos no se lograba contemplar la intervención sobre otros aspectos del trastorno, sino que solo estaba enfocado a la pérdida de peso del paciente, sin embargo, este tipo de tratamiento demostraba tener satisfactorios resultados en ese entonces (Saldaña, 2001). sin embargo, a pesar de los aspectos positivos que solían tener estas terapias aplicadas, fueron criticadas por algunos autores, al considerarlas excesivamente rígidas al momento de su aplicación y junto con ello, en los años 80 comenzó a tomar fuerza el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual relativo al tratamiento de la anorexia nerviosa.

Los trabajos de Garner y Bemis (1982; 1985) sobre la aplicación de la terapia cognitiva para la depresión de Beck a la anorexia nerviosa, conllevó un gran salto con respecto al abordaje de esta enfermedad, ya que desde ese momento se incorporó la reestructuración cognitiva para el cambio de actitudes y pensamientos relacionados con la constante preocupación por la comida y el peso que solían tener los pacientes con Anorexia Nerviosa. No obstante, a pesar de que resultados de las aplicaciones de la terapia cognitivo conductual y otros estudios realizados paralelamente, indicaban mejorías clínicas significativas, persistía aun la necesidad de realizar estudios controlados que aporten empíricamente sobre la validez y eficacia de dichas terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la AN (Saldaña, 2001).

Ahora bien, es pertinente mencionar que existen tratamientos farmacológicos relativos al trastorno de la anorexia nerviosa, los cuales no son menores en cantidad y uso; estos fármacos son empleados para abordar distintas características de los pacientes que padecen esta enfermedad, especialmente han sido dirigidos para incrementar el apetito, mejorar el estado de ánimo, disminuir los síntomas obsesivos-compulsivos y disminuir los pensamientos distorsionados relacionados con el peso, la figura, etc. (Saldaña, 2001).

A pesar que existe un amplio abordaje de la Anorexia Nerviosa en el ámbito de la psicología, el enfoque sistémico toma en cuenta las dinámicas familiares como elemento fundamental para comprender el padecimiento y desarrollo de este trastorno por lo cual se torna interesante abordar esta patología desde esta perspectiva.

Para finalizar cabe mencionar, que un elemento relevante de investigar en relación con la Anorexia Nerviosa es esta misma dirigida a los hombres quienes la padecen, pues suele ser atribuida principalmente a las mujeres, lo que conlleva a que hasta el día de hoy sea menos investigada en el género masculino.

No obstante, pesar de la escasa cantidad de investigaciones en relación con el trastorno de anorexia nerviosa en hombres, se han encontrados estudios asociados que aportan a la presente investigación. De esta manera, existe un estudio realizado en México en el año 2004, el cual deja en evidencia que no solo las mujeres, sino también los hombres principalmente adolescentes, están introyectando los ideales socioculturales de delgadez, por lo que esto podría motivar prácticas riesgosas en su comportamiento alimenticio. Además, existen investigaciones en Costa Rica realizada en el año 2011, en el cual se hace un informe acerca de la influencia de los medios de comunicación masiva, en relación con los trastornos alimenticios, en los cuales se ven involucrados tanto hombres como mujeres (Salazar,2011, p.60). A su vez Valles (2013); Portela de Santana, (2012); Guadarrama et al. (2011); Vásquez et al., (2005), existen investigaciones que hacen referencia a los factores de riesgos de los trastornos de conducta alimentaria, dentro de las cuales se encuentran la anorexia nerviosa en los adolescentes hombres.

Por su parte, autores como Murawski, (2009); Vásquez et al. (2006) también hicieron aportaciones importantes sobre la insatisfacción corporal de los adolescentes de

ambos sexos. Sin embargo, Toro, (2012) realizó un estudio en México, del cual se obtuvo como resultado que dentro de la muestra del estudio existe un porcentaje importante que presentaron TCA, dentro de las cuales se encuentran la Anorexia Nerviosa en adolescentes hombres. Además, la relevancia de esta investigación radica en que se presenta la Homosexualidad como factor preponderante en la anorexia nerviosa, dado a las exigencias sociales dentro de la comunidad, como también la identificación hacia el modelo corporal femenino. Por otro lado, Arrufat, (2008); Rivas, (2001) aluden a que mayoritariamente es el género femenino quienes padecen Anorexia Nerviosa y otros trastornos asociados a la conducta alimentaria. Sin embargo, en estas investigaciones se evidencian una población menor pero igualmente, importante, que introyectan los modelos corporales de delgadez. Dicha población mencionada representa a los adolescentes hombres. Así mismo, se han encontrado estudios de anorexia nerviosa en hombres que establecen que existen factores emocionales y personales que tienen directa relación con dicho trastorno. Siguiendo a Vásquez et al (2004). “Se han encontrado problemas emocionales, como la falta de conocimiento y el manejo inadecuado de los estados de ánimo debido a problemas familiares o de temperamento.” (s/p).

Ahora bien, dentro del contexto Chileno, también es posible evidenciar estudios que avalen la presencia de anorexia nerviosa en hombres, pues se puede apreciar la investigación de (Urzúa et al. 2011), en la cual se hace una comparación de géneros en relación con los Trastornos Alimentarios, donde se deja en evidencia claramente que la prevalencia de riesgos de trastornos alimentarios y otros trastornos asociados a la conducta

alimentaria es mayor en las mujeres en grupos de 15 a 18 años, que en los adolescentes hombres, sin embargo esta población no están exentos de manifestar TCA.

4.3. Adolescencia

El concepto de adolescencia que se conoce hasta la actualidad ha tenido diferentes abordajes a lo largo de la historia, tanto en el ámbito sociológico, educativo, biológico y psicológico, entre otros. Sin embargo, este concepto se ha configurado a través de los hitos que han marcado la historia de la humanidad y sus diversas concepciones del ser humano dando nombre a las etapas del desarrollo evolutivo que determinan transiciones en la vida de los individuos.

Rousseau, es uno de los ilustradores destacados de la época del romanticismo (1762) filósofo, escritor, pedagogo, entre muchos otros títulos que se le dieron a éste autor, fue uno de los primero en dar a conocer por escrito las etapas del desarrollo humano, a través de su novela biográfica “El Emilio”, el cual relata los cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales respecto a la educación moral de éste personaje, que alcanza su finalidad a la etapa que hoy en día conocemos como adolescencia, siendo su característica principal el inicio de su sexualidad, que llega a marcar diferencias con la infancia. -“...el hombre, en general, no está hecho para quedarse siempre en la infancia. Sale de ella en la

época prescrita por la naturaleza; y este momento de la crisis, aunque bastante corto, tiene largas influencias”- (Baztán 1994 pág. 8).

Posteriormente a los escritos de Rousseau, toman el concepto de adolescencia destacados Psicólogos como Hall y Freud. Si bien ambos autores coincidían respecto a la etapa de la adolescencia como una etapa evolutiva centrada en la sexualidad de los sujetos, siendo un segundo nacimiento para el ser humano, existían diferencias que marcaron sus estudios específicos sobre el tema, una de ellas se centraba en la filogénesis de la etapa, ya que Hall concebía esta etapa como una recapitulación evolutiva del ser humano, es decir, la entrada a la etapa civilizada se entendía como la más crítica y decisiva, debido a sus múltiples transformaciones. -“...Así, el individuo, al ir pasando por las diferentes etapas, desde la infancia a la adolescencia, iba recorriendo las fases del estado animal, de menos a más evolucionado, antropoide, salvaje y civilizado” (Carretero, Palacios & Marchesi 1995 pág. 8).

Por otro lado, Freud proponía la etapa adolescente como un complejo edípico secundario, aludiendo a que “...el adolescente se ve obligado a controlar sus impulsos sexuales, mediante el control interno y además debe soportar el control externo que le impone la sociedad.”- (Carretero, Palacios & Marchesi 1995 pág. 8), por ende, el planteamiento de Freud respecto a ésta etapa le otorga importancia a los diversos conflictos psíquicos del adolescente, como parte fundamental de la organización y configuración de la personalidad, ya que en ésta etapa la sexualidad será dirigida hacia lo

genital y objetal, y además estará a la base de las pérdidas que sufre el adolescente, como son la pérdida del cuerpo infantil, de identidad infantil y de padres de la infancia (Baztán, 1994).

Dado a los estudios que dejaron a la luz la etapa adolescente por parte del psicoanálisis de Hall y Freud, otros destacados autores como Gesell y Erikson comenzaron a definir las etapas de la adolescencia, proponiendo que la maduración dependía tanto de factores socioculturales como biológicos, ya que no existe una concreción determinante para dichas fases relacionadas con la edad cronológica, sino que además un factor fundamental para esta etapa sería la búsqueda de la identidad como fundamental para la configuración de la personalidad (Baztán, 1994).

De este modo, la identidad forma parte como elemento fundamental que hasta la actualidad se ha considerado desde la perspectiva planteada por Erikson, ya que habla de una experiencia subjetiva de la misma, sin embargo, ésta puede dar cuenta del proceso de madurez que conlleva a dicha construcción identitaria (Moreno 2015, pág. 11).

Siguiendo a Moreno (2015, pág. 11), este plantea que en cuanto a la identidad que:

“...Podríamos apuntar a una madurez psicológica, caracterizada por la reorganización de la identidad. La construcción de esta nueva identidad que implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el

compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad, se extiende a lo largo de toda la adolescencia.”

A pesar de los diversos estudios centrados en la adolescencia y sus crisis psíquicas que comprendían conflictos asociados a los padres y la identidad como fase de independencia parental, surge la necesidad de obtener respuestas diferentes a las conductas de los adolescentes y jóvenes desde una perspectiva más relacional, es por eso que el enfoque sistémico centrado en los roles que deben asumir las personas en sus diferentes etapas del desarrollo y sus cambios de adaptabilidad de la adolescencia y su configuración dentro de diversos sistemas abiertos (Perinat, 2003).

Por ende, la adolescencia se explica a la base de una mirada de sistemas en la cual se encuentra la familia y la sociedad en general, ya que en ella existen cambios externos e internos, que perturbaran el sistema, poniéndolo en conflicto, como es el caso de la adolescencia como cambio interno (Perinat 2003, pág. 131). Así mismo, la adolescencia redefine los roles de adaptabilidad en todo contexto, y como señala (como se cita en Perinat, 2003).

“las relaciones de la familia con otros sistemas en los que participa el adolescente—, podemos observar que su mundo social se ha ido expandiendo a través de las relaciones en la escuela y en otros ámbitos, por lo que llega a conocer modelos alternativos de vida adulta y de relación familiar, al tiempo

que surgen nuevos lazos afectivos con sus iguales. La figura de los padres no necesariamente es devaluada, pero cuando menos sí resulta relativizada con la aparición de estos otros significativos” (Perinat 2003, pág. 134).

Es decir, que la etapa evolutiva de la adolescencia se irá configurando en función de los diversos sistemas con los cuales interactúan los adolescentes, siendo estos cruciales para el establecimiento de nuevos lazos afectivos que permitirán un desarrollo más completo y significativo en su transición.

Por otra parte, se destaca que, en esta etapa en particular, presenta un mayor riesgo y probabilidad de presentar cualquier tipo de conducta y/o acción destructiva, dado a las regulaciones que exigen los diversos grupos en los cuales transitan los adolescentes y las crisis que deben afrontar al respecto, de este modo, se hablará de cierta vulnerabilidad, en la cual la transición a la adultez será el detonante principal (Adrián & Rangel, 2013).

La adolescencia entonces se entiende como una etapa dinámica, con presencia de grandes crisis y cambios, que generan ciertos patrones en todo ámbito, desde lo psicológico, físico y social, sin embargo, también posee un carácter individual y subjetivo, que se debe considerar al momento de comprender esta etapa, ya que todo lo que sea parte del entorno de los adolescentes, tendrá su incidencia en su transición de infante a adulto.

4.4. Género y Masculinidad

Los conceptos que actualmente se conocen como feminidad y masculinidad, han estado a la base de las distinciones de sexo y género, la cual en primera instancia se alude a la biología reproductiva del hombre y la mujer, determinados al nacer, por otro lado, se encuentra el término género que surge como una construcción social-cultural, determinada por la identidad que le otorgan en primera instancia los padres y el contexto en el cual se configuran (Barberá & Martínez, 2004).

-“El concepto de género fue acuñado por primera vez por los psiquiatras y psicoanalistas (como se cita en Rivera 2013, pág. 24), dando cuenta a través de diversas investigaciones sobre la distinción de sexo y lo que se refiere a conductas o características propias que se atribuyen al hombre diferenciado biológicamente se comparan con el género como construcción tanto interna como externa que se adquiere a lo largo del desarrollo y configuración de la identidad.

Existe además una Profundización en esta diferenciación, Butler (2001) (como se cita en Rivera, 2013), plantea una distinción analítica entre género y sexualidad, adoptando la idea de que la normatividad heterosexual no debería ordenar el género, el género puede ser ambiguo sin que esto reoriente la sexualidad normativa (Rivera 2013, pág. 25), es decir, que no se puede limitar el género, que surge de una construcción social, al ámbito biológico, a que por tener un determinado sexo que define hombre y mujer en

término biológicos no puede determinar los roles y características que cada hombre o mujer integra como parte de su propia identidad sexual.

A partir entonces de ésta concepción, es posible entender el concepto relacionado a masculinidad, ya que también surge de una construcción histórica que tiene una estrecha relación con lo femenino, de este modo se habla del concepto a partir de la distinción que existe con lo patriarcal o modelo masculino tradicional que hace referencia a la cultura que castiga al hombre que no cumple con las características estereotipadas que la misma sociedad impone basado en la razón, agresividad, poder, dominación, entre otros (Téllez & Verdú, 2011).

En las últimas décadas las diversas ciencias sociales han puesto su interés en el estudio de las masculinidades, que varía y toma diversas concepciones a partir de su relación con lo femenino, y cómo son los mismos hombres quienes van cuestionando sus características que son impuestas y condicionadas en todo ámbito. -“La última forma de abordar la masculinidad subraya la importancia central y general de las relaciones masculino-femenino, de tal manera que la masculinidad es cualquier cosa que no sean las mujeres” (Téllez & Verdú 2011, pág. 86).- Olavarría (2003); (como se cita en Rivera, 2013), plantea que la masculinidad está en crisis y en debate, ya que, desde los roles, aparecen distintas maneras de ser hombres, varones y masculinos (Rivera 2013, pág.28), siendo en los años 80, la época en que se comenzó a dar énfasis a la masculinidad, provocándose crisis respecto a un tema social y característico de lo que se atribuía al

hombre, de ésta crisis es que se concretan diversos abordajes desde las ciencias sociales que dan a entender la concepción de lo que hoy llamamos masculinidad o masculinidades, dando paso a reflexiones en cuanto a la identidad masculina, -“por eso, la Teoría de Género se convierte en una poderosa herramienta sociopolítica de explicación de la sociedad y de acción para el cambio sobre esta; es desde ahí que se pretende comprenderla” (Salas 2008, pág. 57).-

Las diversas concepciones respecto a la masculinidad, aunque conservan su base como un concepto cultural e histórico, las ciencias sociales centran su atención en características específicas que hacen referencia a la definición de masculinidad, de este modo se puede hablar de masculinidades esencialistas -“usualmente recogen un rasgo que define el núcleo de lo masculino, y le agregan a ello una serie de rasgos de las vidas de los hombres” (Téllez & Verdú 2011, pág. 91).-

A partir de esta visión esencialista de la masculinidad podemos comprender como Freud trabaja este concepto desde el campo del psicoanálisis basando sus estudios en los padres como eje nuclear de la configuración de género en sus hijos, toman los roles parentales para llevar a cabo la regularización de lo masculino o lo femenino. El padre se esmera en otorgar al hombre de herramientas físicas y mentales que incitan al niño a desarrollar su masculinidad, ya que su característica principal será la agresividad, como muestra de empoderamiento y rol social ante los demás. (Nuñez de Jesús 2005, pág. 18)

Siguiendo a Núñez (2005), plantea que:

“En este sentido, los padres tienen que reavivar la masculinidad de sus hijos varones, ayudándoles a adquirir habilidades en tareas visuales, espaciales y matemáticas, así como a modular su agresividad, para que, en lugar de que se vuelva hostilidad, sea una energía que se utilice para cuestiones de tipo benéfico personal y social.” (Núñez de Jesús 2005, pág. 18).

Desde una perspectiva psicoanalítica, las identificaciones de lo masculino estarán definidas partir del complejo de Edipo, o sea en relación con el objeto que parte desde una primera etapa como es la infancia, es decir existe una identificación nuclear que configurará el self del individuo en cuanto a sus roles posteriores en su desarrollo. Por ende, -“El dominio de la representación del self, como niño varón, parte de la identidad yoica, asegura el dominio de una orientación heterosexual, que incluye la búsqueda inconsciente de la madre en todas las otras mujeres” (Núñez de Jesús 2005, pág. 18).-

La corriente neo-freudiana plantea que las alteraciones en la conducta alimentaria serán directamente atribuidas a la imagen corporal (IC), causando de este modo la anorexia nerviosa, ya que se -“...atribuye las alteraciones de la IC a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal.” (Sánchez, Villarreal & Musitu 2010 pág. 23).- De este modo sin ser explícita en su definición, da la posibilidad a que se incluya dentro de los mismos criterios

a los hombres, ya que en la década de los años setenta estas concepciones aún estaban ligadas a las mujeres.

Por otro lado, es necesario que las masculinidades se entiendan a partir de procesos y relaciones mutuas entre hombres y mujeres, ya que la masculinidad estará definida por la posición y prácticas que tomará cada uno dentro de un contexto, es decir se considera la experiencia en todo ámbito, la personalidad y cultura (Téllez & Verdú 2011, pág. 94).

Dado a los diversos escenarios y contextos sociales, culturales e históricos, existe en la posmodernidad una redefinición sobre los constructos de la masculinidad, por lo que es más comprensible y certero hablar acerca de una identidad masculina, donde se da cabida a que los hombres se expresen desde una nueva perspectiva, modificando sus interacciones con su entorno y los demás, es decir esta nueva identidad masculina permite que los hombres puedan expresarse, ser flexibles y abiertos, sin embargo ésta misma perspectiva dificulta el proceso de cambio y apertura a ésta nueva identidad (Gasteiz 2008, págs.19-29).

Comprendiendo entonces, cómo surgen estas nuevos constructos identitarios es posible integrar la masculinidad en términos más sistémicos, en el cual se considera al individuo en relación con las, relaciones entre familia, amigos, y sociedad en general, es que se vuelve necesario otorgar a los trastornos de la conducta alimentaria una nueva visión al respecto, comprendiendo que no sólo será determinada por el género, como es la

anorexia nerviosa que se atribuye a la mujer, sino que permita su abordaje en el género masculino dado a su incremento actualmente (Sánchez et al, 2010).

De este modo la perspectiva más sistémica comprende la anorexia nerviosa y los TCA en general en el cual Díaz (2002), (como se cita en Sánchez et al 2010, pág. 40) da a entender que -“debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos”.-

Es necesario que desde un enfoque relacional, vincular y sistémico que ve al hombre y la mujer desde las relaciones con otros, se comprendan estas nuevas identidades, así como se ha estudiado lo femenino, también existe cabida para la masculinidad, que permite un nuevo abordaje en toda disciplina de ciencias sociales y otras concepciones que atribuyen ciertas características sociales, psicológicas y físicas a determinado género como ocurre en la anorexia nerviosa, la relación entre sus causas y abordaje sólo desde lo femenino, excluyendo y no considerando su aparición en los hombres, como señala Schongut (2012) -“...cualquier desviación de la norma establecida por las ciencias en relación con el sexo biológico y psicológico era indicada como una disfunción psicosexual o una psicopatología”-, que además aísla el trastorno según género, por ende se torna fundamental. -“La experiencia de vida juega un papel fundamental, y para el caso masculino, los códigos culturalmente legitimados inhiben, reprimen o desatan una serie de acciones que pueden conducir a la pérdida de la salud” (Muñoz 2012, pág. 10).-

La sexualidad en relación con la configuración identitaria, que definirá los parámetros de identidad sexual u orientaciones propiamente tal, se presenta en un constante cambio en donde

“...la consolidación identitaria se asimila y re-elaboran representaciones sociales que devienen en conductas, formas de asumir el mundo y de interacción con los otros, consigo mismo y con el cuerpo, elementos esenciales para establecer las actitudes y las prácticas asimiladas por los varones para cuidar o descuidar su salud” (Muñoz 2012, pág. 10)

Es decir que una comprensión propia de los hombres en cuanto a su configuración identitaria permitirá una prevención respecto a su salud en todo ámbito, sobre todo en trastornos de la conducta alimentaria como lo es la anorexia.

De este modo la sexualidad como un factor más biológico, y de características físicas que determinan el sexo y aísla el género es que:

“Se devela una forma de pensamiento Psicología, Conocimiento y Sociedad relativo al ser hombre, sobre la base de la productividad, la iniciativa, la disposición de mando, la capacidad para la toma de decisiones, la heterosexualidad y la aceptación de riesgos para la salud, que se distancian del propio cuidado o cuidado de sí, y del que se debe prodigar a aquellos con los que se establece un vínculo afectivo” (Muñoz 2012, págs. 11-12).

Así mismo, Parsons (como se cita en Rivera 2013, pág. 19), menciona que existen roles sexuales asociado a lo masculino y femenino, planteando que -“es la importancia de las funciones que cumple la familia en la sociedad lo que hace que sea de naturaleza social la diferenciación de roles sexuales, lejos de ser motivada por causas puramente reproductivas” (Rivera 2013, pág. 19)-, de este modo se alude la construcción de identidad sexual o sus mismas orientaciones no solo surgen de un ámbito biologicista que se atribuyen a las características reproductivas o sexuales en ese ámbito, sino que surge también a partir de social y familiar, por ende todo aquello relacionado a la heterosexualidad es lo aceptado y esperado por parte de la sociedad, sin embargo cualquier otra orientación sexual será dificultosa para el hombre que está tratando de construir y comprender su propia masculinidad en tiempos actuales

“de esta forma, encontramos hombres que para sentirse tales acuden a mostrar una virilidad temeraria y peligrosa, que se traduce en no demostrar sentimientos profundos (sobre todo los “suaves”), en la obsesión de ser importante, en proteger y defender territorio –hasta la confusión con el control o en la necesidad de controlar a otros(as)” (Salas 2008, pág. 61).

Es posible comprender la identidad sexual y orientación sexual respecto a las nociones que abordan la sexualidad, se definen entonces de la siguiente manera, según lo planteado por el MINSAL y UNESCO (2012, pág. 11).

“Desde el punto de vista de la identidad sexual, generalmente tiene que ver con si una persona se considera “heterosexual”, “bisexual”, “homosexual”, “gay” u otras identidades sexuales definidas culturalmente. Este concepto comprende no sólo la esfera sexual, sino también la esfera afectiva y la implicación de ambas en comportamientos y relaciones humanas. También esto se relaciona con la población transgénero y más recientemente con grupos llamados “alternativos” que pueden establecer discursos y visiones distintas a las tradicionales de la sexualidad”.

Respecto a la Orientación sexual:

“Alude a la preferencia y/o el deseo sexual por personas del mismo o distinto sexo. En ella intervienen un proceso interno (el deseo) y el aprendizaje social y no necesariamente se relaciona con los roles de género aprendidos. La orientación sexual se vincula entonces a la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales.” (MINSAL y UNESCO 2012, pág. 11).

Dado a que socialmente en la posmodernidad, se está abriendo paso a mirar las masculinidades a través de las identidades y orientaciones sexuales, es que no se puede

dejar atrás un aspecto relevante en cuanto como estas identidades y orientaciones se construyen y se consideran en cuanto

“...a las percepciones y a las experiencias que las personas afectadas van teniendo a lo largo de sus trayectorias de vida. Como hemos visto, estas experiencias, serán distintas dependiendo no sólo de la orientación y/o identidad sexual, sino que también lo serán a partir de los distintos posicionamientos sociales, dentro de los cuales son relevantes la condición social, los niveles educacionales, la generación, el momento del ciclo vital, la participación en organizaciones sociales, entre otras” (MINSAL y UNESCO 2012, pág. 13).

Por ende, siguiendo al autor, se deben considerar las diferencias en cuanto a lo social, ya que a partir de ello se podrá vincular con sus construcciones identitarias, siendo menos valorada o bien discriminada cuando existe una orientación sexual que la sociedad toma como vulnerable o estigmatizada que incluyen características, tanto económicas, educativas, entre otras.

Dado entonces, las diversas características que llevan a la construcción de identidad y orientación sexual, comprendiendo el concepto de género, es posible vincularla además con los roles o posicionamientos sociales y estereotipados que influyen de manera directa en la experiencia de cada persona, en especial aquellas más vulnerables a desarrollar patologías vinculadas a identidad como parte de cada persona.

4.5. Procesos Psicoterapéuticos

El proceso psicoterapéutico es comprendido como “un proceso dinámico”, del cual dentro de su desarrollo existen cambios de posiciones de las cuales en conjunto se encuentra factores afectivos, cognitivos, y valorativos. A veces se puede producir el cambio del sujeto a gran velocidad y en otros casos suceden con lentitud (Koffman, 2015).

El estudio de los procesos terapéuticos (Bastine, Fiedler & Kommer, 1989); (Goldfried et al, 1990); (Hill, 1990); (Tschuschke & Czogalik, 1990); (Rees, Hardy, Barham, Elliott, Smith & Reynolds, 2001), básicamente mantiene su foco tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio que se experimenta durante la relación de ayuda entre terapeuta y paciente (Krause et al, 2006) dentro del cual este cambio refiere a una modificación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas en fases que se construyen unas sobre otras, en las que el nivel de complejidad va en aumento (Krause, 2005).

Ahora bien, cabe señalar que un elemento clave a considerar dentro de los procesos psicoterapéuticos es la alianza terapéutica, dado a que es central para el proceso de cambio del sujeto en la terapia. Así mismo, el desarrollo de la alianza terapéutica se le atribuye de predecir los efectos de la terapia y ser responsable en gran parte de la efectividad de este (Krause et al, 2006).

La alianza terapéutica es un concepto acuñado primeramente en Bordin (1976), quien lo definió como un encaje y colaboración entre el cliente/paciente y su terapeuta, dentro de esta concepción Bordin identificó tres componentes que configuran una buena alianza terapéutica: (a) acuerdo en las tareas, las cuales hacen referencia a las acciones y pensamientos que estructura parte del trabajo en el proceso psicoterapéutico, de este modo las percepciones de las acciones o tareas que ejecuta el cliente/paciente, se torne relevantes para la mejoría de este. (b) vínculo positivo, que contiene elementos esenciales tales como compartir mutuamente confianza y aceptación recíproca, entre otros y (c) acuerdos en los objetivos, lo cual refiere que tanto cliente/paciente y terapeuta lleguen a un acuerdo respecto a cuáles son los objetivos por alcanzar con la psicoterapia (Corbella & Botella, 2003).

Cabe señalar que en investigaciones de Horvath y Luborsky (1993) dan cuenta de que una alianza positiva no es curativa en sí mismo, sino que es un componente que hace factible la aceptación mutua y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Ahora bien, hay que tomar en cuenta que la alianza terapéutica se puede desarrollar y comprender de diferentes maneras en base a la escuela psicológica de donde se forma el terapeuta. Por un lado, se encuentra el enfoque teórico más tradicional que deriva del psicoanálisis en donde el propio Freud plantea la importancia de que un analista mantuviera el interés y una actitud comprensiva hacia el paciente, de manera que permitiera que la parte más saludable de este pudiese establecer una relación positiva con

el analista. Así mismo Freud describe que el afecto que el paciente siente hacia el terapeuta, resulta ser una transferencia positiva que reviste de autoridad al analista (Freud, 1913).

Cabe señalar que este aspecto transferencial favorece la aceptación y credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta. (Corbella y Botella, 2013). Posteriormente Freud considero que la transferencia positiva distorsiona la relación real que existe entre analista y paciente, de esta manera el autor destaca la importancia de trabajar con las interpretaciones de la transferencia del paciente, así como también de las aptitudes de conciencia intacta de este para poder desarrollar un compromiso con el analista real en cuanto a la realización del tratamiento (2013, pág. 205).

Por su parte desde el ámbito del psicoanálisis más contemporáneo, mayormente conocido como “psicoanálisis relacional” o “psicoanálisis vincular” en donde se reconoce la participación y subjetividad del terapeuta, ya que, la neutralidad y abstinencia desde el psicoanálisis más clásico ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad de este (Mitchell, 1997).

Desde el movimiento Humanista se consideró como fundamental el papel que cumple la alianza terapéutica dentro de los procesos psicoterapéuticos, puesto que el terapeuta en este caso presenta ciertas características que fortalecen la alianza entre

terapeuta y cliente, como por ejemplo, “Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente” según Rogers (1951, 1957).

Desde la perspectiva cognitiva se plantea que la relación terapéutica es esencial para crear un contexto interpersonal propicio que genera las condiciones de cambio y Yáñez (1999) la define como -“un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción.”- De esta manera la alianza terapéutica desde este enfoque posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así mismo como la explicación de este dentro del contexto clínico protegido en el cual se orienta a la evolución y mejoría del sujeto.

Finalmente cabe destacar a la alianza terapéutica desde el enfoque sistémico dentro de las cualidades que se puede evidenciar en la relación terapéutica entre el terapeuta y paciente se basa en la siguiente premisa -“la interacción ha de tender a ampliar las posibilidades, todo elemento que las reduzca, como tabúes, dogmas, evaluaciones sobre lo correcto e incorrecto o prohibiciones mentales, obstaculiza el trabajo sistémico” (Arredondo & Salinas, 2005).-

Por esta razón el terapeuta debe actuar bajo dos condiciones: a) Omniparcialidad, la cual hace referencia a la capacidad que presenta el terapeuta para validar el punto de

vista de todo el núcleo familiar por igual, y b) Neutralidad, la cual alude a que el terapeuta adopta una postura que lo lleve a aceptar todos los hechos tal y como están sucediendo en la familia, de manera que se evite los juicios de valor hacia los planteamientos de algún miembro familiar. Según este fundamento, el terapeuta no es distante ni ausente en la psicoterapia sistémica, por el contrario, busca la colaboración de la familia, logrando una relación cálida y empática, en este caso el terapeuta debe ser flexible con respecto a sus propias creencias, ser creativo y mantener una actitud de curiosidad en la formulación de hipótesis, interesándose en la lógica interna de cada miembro del sistema (Arredondo & Salinas 2005, pág. 46).

Con respecto a lo anterior diversas investigaciones dan apoyo a la consideración de la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos como punto fundamental para el establecimiento de la alianza y para el posterior proceso de cambio en el paciente (Safran & Muran, 2000), alejándose de las concepciones tradicionales que asumían la alianza terapéutica como responsabilidad única del terapeuta del cual tenía que conseguir que su paciente se identificase con él o ella y de esta manera adoptase sus ideas sobre los objetivos y tareas a trabajar dentro de la terapia. De esta manera se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre el terapeuta y el paciente, de manera que las expectativas, opiniones, las construcciones que ambos van realizando respecto al trabajo dentro de la terapia, la relación establecida entre ambos y la visión del otro resultan ser importantes en el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza estructura la relación (Corbella & Botella, 2003).

Ahora bien, cabe mencionar que los terapeutas que trabajan en el área de los trastornos de la conducta alimentaria y anorexia nerviosa en hombres han demostrado que dentro de los procesos psicoterapéuticos se presentan factores “Obstaculizadores” y factores “Facilitadores”, puesto que estos pacientes en un inicio de la terapia por lo general -“no presentan conciencia de enfermedad, ni buscan tratamiento por motivación personal” (Cruzat, Díaz, Kirszman et al, 2013)- así mismo los pacientes con anorexia nerviosa tienden a dificultar las primeras entrevistas con comportamientos de silencio, negativismo, y falta de precisión en sus respuestas (Kirszman & Salgueiro, 2002) impidiendo totalmente la fluidez del proceso psicoterapéutico y todos los determinantes que se presentan en este. Sin embargo, estas conductas se deben a que los pacientes que presentan anorexia nerviosa tienden a una naturaleza egosintónica de los síntomas, no siendo los adolescentes quienes buscan un cambio, sino que asisten presionados por terceros en su mayoría siendo las familias quienes consultan por el paciente anoréxico (Cruzat et al, 2013).

De éste modo Hill (2005), (como se cita en Cruzat et al, 2013) plantea que -“El terapeuta cumple la función de estímulo, guía, o consultor pero, en definitiva, el paciente decide qué cambios hacer, y luego los lleva (o no) a cabo”-, es por ello que la experiencia del terapeuta respecto a los trastornos de la conducta alimentaria es fundamental para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico adecuado, considerando la complejidad de cada caso y la perspectiva que el mismo paciente podrá demostrar en terapia.

Treasure, Tchanturia y Schmidt (2005), (como se cita en Cruzat et al, 2010), señalan que es relevante para los terapeutas tener una comprensión holística de este trastorno, incorporando la visión subjetiva del paciente respecto de su enfermedad, además de los factores predisponentes, la asociación que hacen con el tema de la comida y sus motivaciones para mantener el TCA.

Finalmente, cabe mencionar que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienden a mostrar una elevada resistencia al cambio, por lo que su actitud ante cualquier tipo de tratamiento refleja numerosas ambivalencias y resistencias (Sevillano, 2001), lo cual complejiza aún más el proceso. Los pacientes severamente perturbados, se pueden considerar como pacientes difíciles, no solo por el tipo de trastorno que presentan, sino también por las dificultades en su disponibilidad para el tratamiento y para el establecimiento de la alianza terapéutica en particular, lo que dificulta aún más la eficacia del proceso terapéutico (Semerari, 2002).

En el tratamiento de los TCA y anorexia nerviosa se requiere de un equipo multidisciplinar, dentro de la cuales participan médicos familiarizados y especializados en el área, así mismo se requiere de especialistas en nutrición, psiquiatras y psicólogos. Este tratamiento incorpora la psicoterapia, los psicofármacos, tratamiento nutricional y de las complicaciones de la propia enfermedad. Según Madruga et al (2015, pág. 331)

“La creación de unidades específicas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria ha supuesto un considerable avance terapéutico, mejorando el pronóstico de estos pacientes. La agilidad funcional y la aplicación de una terapia multidisciplinar representan una herramienta fundamental que incrementa las posibilidades de recuperación.”

De acuerdo a diversos estudios existe un consenso acerca de la necesidad de un equipo multidisciplinario en el tratamiento de la anorexia nerviosa, puesto que ofrece mayor posibilidad de recuperación del paciente. Según Lenoir y Silber (2006) la rehabilitación nutricional es completamente esencial en estos pacientes, mencionan que los pacientes en este caso pueden presentar un “progreso psicológico” o “comprensión sobre los motivos de su comportamiento” es inadmisibles sin una ganancia de peso que acompañe en este proceso. Para estos autores, -“la psicoterapia no es compatible con un cerebro hambriento”-. En este caso una terapia familiar sería útil en relación con el abordaje de niños y adolescentes, mientras que en los adultos con estos trastornos es más óptimo una terapia individual (Lenoir & Silber 2006).

4.6. Narrativas

Las narrativas son formas de entender la experiencia de las personas, la cual es expresada a través de sus propios relatos.

La narrativa juega un papel crucial en casi cualquier actividad humana (Fernández, 2015). Las narrativas dominan el discurso humano y son fundamentales para los procesos culturales que organizan y estructuran la acción y la experiencia humana. Ellas ofrecen un proceso para dar sentido que es fundamental a la hora de entender la realidad humana. Las narrativas permiten que las experiencias humanas sean vistas como posicionadas socialmente y fundamentadas culturalmente. Las experiencias humanas se consideran parte de una visión compartida de la realidad, la cual puede reproducirse fácilmente a sí misma. Además, las narrativas no son simplemente recuentos de la experiencia, ellas ofrecen un marco para la acción humana. Ellas ofrecen respuestas pragmáticas y persuasivas para enfrentarse a los eventos de la vida (Hiles y Čermák, 2008).

Así, la narrativa no es simplemente un género literario o una forma de discurso humano, puesto que es una propiedad básica de la mente humana. (Hiles y Čermák, 2008). La narrativa es un principio organizador, los seres humanos piensan, perciben, imaginan y hacen elecciones morales según estructuras narrativas, es un principio organizador de la acción humana que permite a los seres humanos imponer estructura al flujo de la experiencia (como se cita en Fernández, 2015).

Las narrativas pueden ser comprendidas desde una perspectiva constructivista, ya que en ellas se construyen las representaciones básicas para el ser humano, siendo este el centro de la experiencia del sujeto el cual se asocia a un continuo proceso interpretativo (Domínguez de la osa & Herrera 2013, pág. 621).

Ahora bien, cabe señalar que las narrativas dentro de campo de la psicología toman en cuenta que la experiencia de narrar ayuda a comprender las diversas tensiones de la experiencia real, dando cabida simultáneamente a la reinterpretación y surgimiento de la experiencia desde distintas perspectivas (Domínguez de la osa & Herrera 2013, pág. 621).

Cabe destacar que los estudios de narrativas que tienen relación con los procesos psicoterapéuticos y con los terapeutas en general ha sido pocos, sin embargo existen investigaciones (Besser, 2013), que aborda los procesos psicoterapéuticos desde la perspectiva de 8 mujeres terapeutas que han trabajado con TCA, donde se da a conocer las evaluaciones subjetivas de la terapia y el proceso de cambio terapéutico, de esta manera se hace mención de los factores que obstaculizan el proceso de cambio del pacientes, así como también los factores facilitadores que influyen en la evolución de la terapia y el cambio de los pacientes con TCA.

Finalmente, se encontraron estudios (Acosta et al, 2013) sobre las narrativas de los terapeutas y la generación del cambio terapéutico, en donde se intenta comprender en cómo se moviliza el proceso de cambio en el encuentro terapéutico, lo cual se verá reflejado a través de las narrativas o relatos de los terapeutas que construyen a partir de este proceso interaccional y a que su vez pone al servicio del mismo.

V. METODOLOGÍA

5.1. Perspectiva epistemológica

En términos concretos la investigación realizada toma como fundamento el constructivismo para acceder a la realidad a investigar. Según Camejo R. (2006), desde la posición constructivista el conocimiento es una construcción del ser humano y se realiza con los esquemas que la persona ya posee, es decir con lo que ya construyó en su medio. Es así que la perspectiva constructivista se entiende como un enfoque que comprende la realidad y el conocimiento como fruto de la construcción del lenguaje y percepciones que pueden interpretarse a partir de diferentes puntos de vista de los individuos.

Desde nuestro proyecto investigativo es pertinente mencionar que la perspectiva constructivista se comprende desde un enfoque sistémico (como se cita en Feixas, 2015) este autor sugiere que el conocimiento humano no resulta de una representación mental e individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo en un contexto familiar y sociocultural (Feixas, 2015).

En relación con lo planteado por el constructivismo la perspectiva epistemológica es de carácter subjetiva, puesto que es imposible separar el sujeto del objeto a investigar, ya que el investigador siempre influirá en lo que está investigando, en este caso, al momento de entrevistar a las participantes involucradas en esta investigación, las

investigadoras se sumergen en el entorno de las terapeutas e incidirán de una u otra forma en las mismas. Siguiendo a Sautu, Boniolo, Dalle y Elbert (2005), exponen que la realidad es una construcción subjetiva y a la vez múltiple, donde el investigador se sumerge en el entorno que desea estudiar aceptando que la interacción que se genere con el sujeto a investigar es de mutua influencia y forma parte de la investigación, por lo que las creencias y valores del investigador influyen en el proceso investigativo.

5.2. Tipo de Diseño

Para comprender el enfoque metodológico del proyecto de investigación, se utilizó un tipo de diseño cualitativo la cual es comprendida como un acercamiento del mundo de “allá fuera” y así a la vez entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior” de varias maneras diferentes; analizando las experiencias de los individuos o de los grupos (Flick, 2007). Este tipo de diseño de investigación considera como producción de conocimiento el intercambio del investigador con lo investigado, tomando en cuenta las subjetividades de los participantes, como parte de sus procesos.

De este modo, el diseño de investigación cualitativo busca vivir las experiencias tal como los sujetos involucrados la han vivenciado, facilitando así la identificación con el objeto de estudio, lo que contribuye a una mejor comprensión de los significados que los sujetos le otorgan a la realidad. Cabe mencionar que tanto lo investigado como el

investigador configuran parte importante dentro de la investigación, puesto que este último se transforma en un miembro más del campo a estudiar, lo cual significa que influirá en los participantes, dado a que este provocará que reflexionen acerca de sus vidas, historias o relatos (Flick, 2015).

Se optó por utilizar el diseño cualitativo ya que este permite evidenciar las versiones de los sujetos que están involucrados en el fenómeno de estudio. En este caso, nos permitirá conocer la versión de terapeutas con pacientes adolescentes hombres diagnosticados con anorexia nerviosa, con respecto al proceso psicoterapéutico. A través de este diseño de investigación fue posible validar las narraciones de las participantes de la investigación, ya que se pudo comprender una realidad construida por ellas mismas, generando así una comprensión más acabada acerca del fenómeno estudiado (Ruiz, 2012).

De acuerdo con los objetivos y la pregunta de investigación, se ha decidido orientar este estudio desde una óptica transversal, puesto que, se estudiará en un momento determinado (Báez & Pérez de Tudela, 2007) teniendo como base los procesos psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes adolescentes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa implicados en este proyecto investigativo.

Finalmente. Cabe mencionar que se utilizó un tipo de diseño de carácter cualitativo con un enfoque narrativo, que da cuenta del conocimiento a través de la complejidad de la experiencia en la cual se encuentran dimensiones emotivas, relaciones

y singularidad de cada acción, captando los detalles expresados por los sujetos que narran sus experiencias (Bolívar & Domingo, 2006).

5.3. Características de los participantes

Es pertinente precisar que a la muestra a la cual se accedió fueron sujetos individuales, específicamente psicólogas del área clínica, pertenecientes a la región metropolitana. En este proceso se contactó a los sujetos a través de terceros (profesionales de salud mental), quienes pudieron facilitar los contactos de manera no intencionada de psicólogas que cumplieran con el requisito principal de la muestra el cual era haber realizado psicoterapia con al menos un paciente adolescente hombre diagnosticado de anorexia nerviosa, cabe destacar que éstas de manera no intencionada pertenecen al área de la salud pública y privada, considerando además como elemento fundamental su autorización para acceder a participar voluntariamente de esta investigación.

El tamaño de la muestra escogida es de 5 sujetos, considerando el universo de personas disponibles a las cuales se logró acceder a través de los contactos, los cuales cumplían con los atributos antes señalados.

5.4. Producción de datos

Para la obtención del relato sobre los procesos psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa se utilizó como técnica la

entrevista en profundidad, la cual es una técnica para la obtención de información de un sujeto que trasmite oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. Esta comprende un cierto grado de intimidad y familiaridad que hace más llevadero y justificado esta interacción (Ruiz, 2012). Por su parte, Taylor & Bogdan, (como se cita en Ruiz, 2012) definen la entrevista en profundidad como -“encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones”-, sin embargo los encuentros reiterativos quedan a criterio de las investigadoras, pues si se considera que en un primer encuentro no se obtuvo la información suficientes, se puede realizar un nuevo encuentro.

La entrevista comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados en el que influyen decisivamente las características personales, (biológicas, culturales, sociales, entre otros.) (Ruiz, 2012 pág. 165). Es una técnica de descubrimiento a posteriori para el investigador, en sustitución de la observación directa que convive simultáneamente con el fenómeno de estudio. La entrevista, por lo tanto: (a) Toma la forma de relato de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado y desde su punto de vista. (b) La entrevista en sí es el contexto en el cual se elabora este relato y crea una situación social para que pueda tener lugar. (Ruiz, 2012 pág. 166).

La elección de esta técnica se fundamenta en la necesidad de enfatizar el relato de las entrevistadas para que en este caso sean ellas quienes relaten desde su experiencia

lo que implica para cada terapeuta haber realizado un proceso psicoterapéutico con un(os) paciente(s) hombre(s) diagnosticado(s) de anorexia nerviosa, todo esto con el fin de ir en busca de lo que se propone en el estudio y que se manifiesta en la pregunta de investigación, además de comprender más a fondo sobre la anorexia nerviosa en adolescentes hombres, en el contexto de Chile.

5.5. Plan de análisis de la información

La estrategia de análisis escogida para la presente investigación es el análisis cualitativo de contenido, el cual es una alternativa respecto a las diversas interpretaciones que se realizan en las ciencias sociales en relación con el sujeto y su relato dentro de un contexto en el cual se analiza parte de ello. Comprendiendo además que el proceso indagatorio se verá afectado por las características de quien investiga (Bernasconi, 2011).

De este modo el análisis cualitativo de contenido utilizado consiste según (Fernández, 2015) en interrogar sobre el “que” se dice o se escribe más que sobre “como” se hace, es decir, este se basa más en el contenido que en la estructura del relato. El foco de atención de este análisis está dirigido al significado del relato con el propósito de generar categorías analíticas con fines interpretativos, no obstante, el análisis cualitativo de contenido preservará la secuencia narrativa completa y las referencias temporales y espaciales del relato (Bernasconi 2011, pág. 22).

Para la obtención de los resultados de la presente investigación, se inició con un pre-análisis, respecto a una lectura completa y detallada de las entrevistas realizadas a las terapeutas para hacer una revisión exhaustiva de su contenido y dar cuenta de si cumplen con la información suficiente para realizar los siguientes pasos, posteriormente se elaboraron indicadores principales referentes a las temáticas centrales abordadas en el marco teórico, los cuales son Anorexia Nerviosa, Hombres (considerando sus sinónimos), procesos psicoterapéuticos (considerando sus sinónimos) y adolescencia, de esta manera surgieron indicadores emergentes tales como familia y homosexualidad, seguidamente a dichos indicadores se le agruparon citas textuales de las entrevistas en donde aparece el concepto central, lo cual es denominado como “Unidades de Análisis”, cabe señalar que los primeros pasos ya antes mencionados se realizan a partir de la subjetividad de las investigadoras, tomando en cuenta los aspectos más relevantes de la investigación.

Posteriormente, se establecieron criterios o reglas de análisis, las cuales fueron un consenso entre las investigadoras, acerca de lo que definió y describió en torno a las experiencias relatadas por las entrevistadas, esto permitió extraer información pertinente y relevante de las entrevistas. Las reglas de análisis utilizadas son:

Anorexia

- Cada vez que la terapeuta se refiera a anorexia
- Cada vez que la terapeuta define anorexia

-Cada vez que la terapeuta se refiere a las características y síntomas de anorexia

Proceso psicoterapéutico

-Cada vez que la terapeuta se refiera a terapia

- Cada vez que la terapeuta se refiera a tratamiento del proceso psicoterapéutico

-Cada vez que la terapeuta se refiere a factores obstaculizadores o limitaciones en relación con el proceso psicoterapéutico

- Cada vez que la terapeuta se refiere a factores facilitadores en relación con el proceso terapéutico

-Cada vez que la terapeuta hace alusión a alianza o vínculo terapéutico

-Cada vez que la terapeuta refiera a su rol

-Cada vez que la terapeuta relata las implicancias durante el proceso psicoterapéutico

-Cada vez que la terapeuta se refiere al diagnóstico en proceso psicoterapéutico

-Cada vez que la terapeuta relata su experiencia con relación con el trabajo de hombres diagnosticados de anorexia

Adolescencia

-Cada vez que la terapeuta se refiera a la adolescencia como etapa

-Cada vez que la terapeuta se refiera a la adolescencia y la anorexia nerviosa

Equipo

-Cada vez que la terapeuta se refiera a tratamiento de un equipo multidisciplinario

-Cada vez que la terapeuta se refiera a un equipo de profesionales o especialistas

Género

-Cada vez que la terapeuta se refiera a hombres diagnosticados de anorexia

-Cada vez que la terapeuta relacione anorexia nerviosa con los hombres

-Cada vez que la terapeuta relacione anorexia nerviosa con las mujeres

-Cada vez que la terapeuta diferencie entre anorexia en hombres y mujeres

Familia

-Cada vez que la terapeuta vincule anorexia con familia

-Cada vez que la terapeuta se refiera a la relación madre e hijo con anorexia

-Cada vez que la terapeuta hace referencia a un enfoque familiar

Homosexualidad

-Cada vez que la terapeuta vincule anorexia con la orientación sexual del paciente hombre

-Cada vez que la terapeuta vincule anorexia con los prejuicios sobre homosexualidad

-Cada vez que la terapeuta se refiera a la conflictiva de anorexia y homosexualidad

Finalmente, estas reglas de análisis permitieron crear codificaciones abiertas y axiales agrupando los conceptos más relevantes, referida a ideas, conceptos que permiten crear etiquetas y luego relacionarlas con las subcategorías y entrevistas (San Martín 2014, pág.

7), destacando los aspectos más relevantes y de este modo dar paso al análisis a través de la elaboración de categorías entorno a los conceptos centrales asociados a la teoría, categorías emergentes como homosexualidad y familia además de subcategorías dentro de las categorías de anorexia y procesos psicoterapéuticos, para luego interpretar la información en base a un diálogo entre autores, entrevistadas e investigadoras.

5.6. Directrices éticas

Dentro de la investigación, se resguardará la información de los participantes de manera ética, para así otorgar confidencialidad a los sujetos implicados y al proceso mismo de investigación. De esta manera, la identidad de los implicados será protegidos mediante un seudónimo o inicial del nombre, para evitar daños en su integridad personal. Respecto a lo anterior Kvale (2008) menciona, -“La información que se tenga en las entrevistas será de tipo confidencial, es decir, tanto datos personales, como la información requerida serán de uso exclusivo para la investigación y no se informarán los datos previos recogidos”.-

Ahora bien, cabe señalar que los participantes accederán voluntariamente, explicitando que el uso de esta información es para fines académicos e investigativos a través del consentimiento informado, la cual, constituye comunicar a los participantes de la investigación sobre los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades, que implica este proceso.

Desde el punto de vista de las investigadoras, la posición ética a efectuar durante el proyecto de investigación, tiene una implicación de sujetarse a los deberes y exigir los derechos que le corresponde a cada sujeto que participe de esta investigación, los cuales son, no tocar el tema que el sujeto no desee, derecho a terminar la entrevista y no volver más, posibilidad de acceso al documento final y derechos a suspender su participación en el momento que así lo estime conveniente (Colegio de psicólogos de Chile, 1999). Por otro lado el entrevistador debe evitar los prejuicios y sesgos que puedan interferir en los datos recogidos.

VI. RESULTADOS

En el presente capítulo se expone el proceso con el cual se llevó a cabo el análisis interpretativo de los resultados que emergieron a partir de las entrevistas y sus codificaciones tanto abierta como axial, las cuales permitieron establecer las etiquetas correspondientes al contenido más relevante que surgió de las narrativas de las terapeutas, de este modo dar paso a la elaboración de categorías y subcategorías que permiten la obtención de nueva información a través de un dialogo entre autores, entrevistadas e investigadoras, dejando en evidencia las coherencias e incoherencias entre los distintos constructos.

6.1. Categorías y subcategorías analíticas

Cabe señalar que “el proceso de categorización se explicará a partir de dos formas: por una parte, si la inducción implica pasar desde un código a una categoría, es decir, considerando un grupo de segmentos de información y por ende un solo código...”, de este modo “La segunda forma implica considerar la agrupación de más de un conjunto de datos -más de un código- que da lugar a una categoría que agrupa o relaciona -dependiendo si la categoría tiende a lo descriptivo o a lo interpretativo- dicha información.” (Cáceres, 2003 p.69). De este modo se tomó en cuenta la subjetividad de las investigadores de la presente investigación, considerando los aspectos relevantes surgidos a lo largo del proceso estando a la espera que las presentes categorías representen nuevas aproximaciones teóricas y nuevas formas de comprender la información recogida. Cáceres (2003, p. 67).

6.2. Anorexia nerviosa un trastorno relevante dentro los TCA.

La anorexia nerviosa ha sido comprendida como un trastorno de la conducta alimentaria, y se le han atribuido características tales como reducción de ingesta alimenticia, miedo intenso a engordar, peso por debajo del límite esperado, entre otras. Este trastorno es posible comprenderlo desde el marco teórico realizado.

Esta patología ha sido definido por los criterios diagnósticos que se enumeran en los distintos manuales establecidos como por ejemplo CIE-10, DSM-V, entre otros, y una vez ocurrido esto, esta fue tomando mayor relevancia tanto a nivel teórico como práctico, acudiendo mayormente a tratamientos psicoterapéuticos especializados.

La Anorexia Nerviosa ha sido entendida como unos de los trastornos de la conducta alimentaria más relevante en los últimos tiempos, y esta hace alusión a la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la persona de manera restrictiva o purgativa según sea el caso ya que esta puede ir variando según el ciclo evolutivo de la enfermedad, todo esto acompañado de un miedo intenso a engordar, lo cual los lleva a disminuir significativamente su peso estando por debajo del límite de peso corporal esperado. Con respecto al DSM-V la anorexia nerviosa se define de acuerdo a tres criterios:

A. “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación con 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 peso corporal bajo actual.” DSM-V (2014).

Lo antes mencionado es coherente con lo relatado por las entrevistadas ya que dan cuenta de las características y síntomas que definen como tal este trastorno.

De este modo, las terapeutas señalan al respecto que:

Narrativa entrevistada n°2

“En los trastornos alimentarios en general empiezan de determinada forma, empiezan con un deseo a lo menos de ser una anorexia restrictiva, es decir, de no comer, eso es como el máximo de la pirámide, son las mejor vistas dentro de... o el control máximo es súper importante, después en segundo plano son las anorexias purgativas, después vienen las bulimias y después trastorno por atracón, es como dentro de es mm.... de esa bolsa mientras más control hay, son más valorados entonces.”

Respecto a los datos recogidos del marco teórico y de las narrativas de las terapeutas entrevistadas, es posible evidenciar una coherencia y a su vez relación con los criterios que caracterizan este trastorno, dando cuenta de los síntomas y de qué manera va evolucionando la anorexia llegando incluso a un riesgo vital. Sin embargo es relevante destacar el control que ejercen los pacientes sobre su cuerpo evitando el aumento de peso y la ingesta alimenticia, abusando de diuréticos, laxantes, vómitos y ejercicios excesivos. Esto fue posible de apreciar durante las entrevistas donde las terapeutas definen y comprenden de manera particular esta patología, por ejemplo una de las terapeutas aborda esta patología centrándose mayormente en el diagnóstico, mientras que otra enfocándose en el origen de esta, y de este modo cada cual comprendiéndola particularmente, no obstante se asimilan bastante a lo planteado en la literatura recogida. Sin embargo, un detalle importante que se logró observar fue que una de las entrevistadas si bien comparte criterios con lo establecido y de cierto modo coherencia con el resto de las terapeutas, esta presenta una visión diferente en relación con la conceptualización de la anorexia nerviosa, pues la entrevistada menciona que esta patología significa sin deseo de comer, lo cual considera erróneo, ya que cree que los pacientes si tienen deseo de comer, y de hecho comen, sin embargo después vomitan o hacen ejercicios o simplemente comen alimentos que no impliquen aumentos calóricos, lo cual genera en ellos una baja de peso rápida.

6.3. Procesos psicoterapéuticos como elemento fundamental en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa

Los procesos psicoterapéuticos son tratamientos que se relacionan con el abordaje de diversos trastornos o problemas psicológicos que afectan de manera directa a las personas, durante este proceso dinámico existen roles definidos donde el fin último es la entrega de ayuda del terapeuta hacia el paciente y de este modo generar un cambio y posterior recuperación.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente esta definición se respalda con lo planteado por los siguientes autores:

El proceso psicoterapéutico es comprendido como “un proceso dinámico”, del cual dentro de su desarrollo existen cambios de posiciones de las cuales en conjunto se encuentra factores afectivos, cognitivos, y valorativos. A veces se puede producir el cambio del sujeto a gran velocidad y en otros casos suceden con lentitud, o nunca, o pocas veces. Koffman, (2015).

El estudio de los procesos terapéuticos Bastine, Fiedler & Kommer (1989); Goldfried et al., (1990); Hill, (1990); Tschuschke & Czogalik, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliott, Smith & Reynolds, (2001), Básicamente mantiene su foco tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio que se experimenta durante la relación de ayuda entre terapeuta y paciente Krause; De la parra; Aristegui; Dagnino et., al (2006) dentro del cual este cambio refiere a una modificación en los patrones subjetivos

de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas en fases que se construyen unas sobre otras, en las que el nivel de complejidad va en aumento. Krause, (2005).

De este modo, las terapeutas dan cuenta de los procesos como elemento fundamental, señalando que:

Narrativa de la entrevistada n°1

“A mí me parece fundamental que un paciente con problemas alimentarios tenga tratamientos psicoterapéuticos... me parece que en general pienso que, el tratamiento psicoterapéutico no solamente en estos pacientes, sino que en general en cualquier problema que tengan, niños adolescentes, adultos, parejas, familias, eh... que tenga que ver con salud mental me parece que la psicoterapia es para mí forma de ver lo más importante...”

Narrativa de la entrevistada n°4

[...]él estaba en un estado de depresión, no quería vivir con ese cuerpo, pero no es que quisiera morir y ahí entonces él cómo que lo repensó, y ahí tuvimos un proceso de terapia largo, en comparación con otros pacientes, porque pasa con las anorexias que abandonan [...]

6.3.1. Alianza y Vínculo como factores fundamentales de los procesos psicoterapéuticos

Dentro los procesos psicoterapéuticos un factor fundamental es la interacción que se da entre paciente y terapeuta, dando cabida al desarrollo de una alianza y vínculo terapéutico en base al rol y experiencia del profesional, permitiendo un cambio de la persona en la terapia. Cabe señalar que la alianza y vínculo terapéutico se dan considerando el enfoque de cada terapeuta y de las circunstancias que se presenten a lo largo de la terapia.

En relación con lo anterior, Krause et al (2006) señala que un elemento clave a considerar dentro de los procesos psicoterapéuticos es la alianza terapéutica, dado a que es central para el proceso de cambio del sujeto en la terapia. Así mismo, el desarrollo de la alianza terapéutica se le atribuye de predecir los efectos de la terapia y ser responsable en gran parte de la efectividad de este. (Krause et al. 2006).

Respecto a la relevancia de la alianza terapeuta, las terapeutas señalan que:

Narrativa de la Entrevistada n°2

[...]Entonces, el primer periodo es en general si tú piensas en la alianza, en que confíen en ti, en tener... esta sensación que tú no lo estás retando, no lo estas controlando, y que tú estás queriendo ver que es lo que pasa para después de ahí ver qué es lo que se puede hacer y que él va a decir que es lo que hace y después eh... hay una especie de psicoeducación alimentaria, o sea, porque están llenos llenos, todos en general,

hombres y mujeres... y los hombres que me han tocado a mí, tienen ideas más locas aún sobre los alimentos que hacen bien y que hacen mal[...]

Narrativa de la entrevistada n°3

[Aquí, vínculo, vínculo, vínculo, la condición básica de operación de este proyecto psicoterapéutico es que tú tienes una lanza férrea, férrea y unívoca con el sujeto, que tú soy capaz de estar con él, y para él, y él te siente como un adulto sano, él te tiene que sentir como un adulto sano, si él no te siente como un adulto sano no se puede vincular contigo, porque lo ha pasado tan mal con esta mamá niña que tiene [...]

6.3.2. Equipo multidisciplinar en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa

El equipo multidisciplinar de profesionales especializados en el área de la salud será fundamental para un tratamiento integral de la anorexia nerviosa, junto al proceso psicoterapéutico, más aún si es con niños o adolescentes que padezcan el trastorno, ya que incluirá además un abordaje terapéutico familiar, permitiendo un mayor complemento psicoterapéutico.

Según Lenoir y Silber (2006) la rehabilitación nutricional es completamente esencial en estos pacientes, mencionan que los pacientes en este caso pueden presentar un “progreso psicológico” o “comprensión sobre los motivos de su comportamiento” es inadmisibles sin una ganancia de peso que acompañe en este proceso. Para estos autores, “la psicoterapia no es compatible con un cerebro hambriento”. En este caso una terapia familiar sería útil en relación con el abordaje con niños y adolescentes, mientras que en

los adultos con estos trastornos es más óptimo una terapia individual. Lenoir y Silber (2006).

Así mismo, otros autores plantean que los equipos multidisciplinares agilizan los procesos psicoterapéuticos, que otorgarán una mayor probabilidad de recuperación en este tipo de trastornos alimentarios.

Según Madruga et al (2015) “La creación de unidades específicas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria ha supuesto un considerable avance terapéutico, mejorando el pronóstico de estos pacientes. La agilidad funcional y la aplicación de una terapia multidisciplinar representan una herramienta fundamental que incrementa las posibilidades de recuperación.” (p 331).

Así mismo, las terapeutas señalan el equipo multidisciplinar como:

Narrativa Entrevistada n°3

[...]entonces la psicoterapia aquí es muy importante, porque cuando los cuadros son psicógenos la mente es muy relevante, pero tienen consecuencias físicas por lo tanto uno tiene que trabajar en equipo multidisciplinar, yo siempre trabajo con nutricionista, psiquiatra, trabajadores sociales y terapeutas familiares, entonces soy parte de un equipo que me pliego a un equipo que ya existe o que levanto un equipo o a veces creo un equipo, derivo al hijo a la nutricionista, al psiquiatra, al terapeuta familiar y muchas veces yo tiendo a trabajar al menos en una primera etapa aunque sé que algunos terapeutas solo hacen trabajo familiar, un trabajo muy individual con el sujeto y después prescribo con

otra terapia familiar, porque creo que el sujeto, sobre todo el joven varón que vive una anorexia debe tener un sistema terapéutico privado que le es propio y en que en él puede se mantengan ciertos grados de secreto y reserva que se le han privado en su vida cotidiana[...]

Narrativa de la entrevistada n°2

“Sí, ahí estamos hablando de los casos más grave, ósea si estamos hablando de un adolescente de muy bajo peso, con fuerte síntomas, con riesgo vital, necesita de un psiquiatra, necesita terapia, necesita terapia familiar, y necesita una nutricionista y probablemente también un nutriólogo, entonces el tratamiento es súper intenso, interdisciplinario. Pero si tienes algún paciente que tiene algunos síntomas que tiene trastornos por atracón y blablá, tal vez podrás hacer una interconsulta con la psiquiatra con la que se trabaja, pero ahí tú vas midiendo, hay ciertos pacientes que por su gravedad es necesario.”

En cuanto a lo expuesto en el marco teórico y en las narrativas de las terapeutas, se comprenden los procesos psicoterapéuticos como procesos complejos, ya que requiere de las habilidades del terapeuta para generar un vínculo estable, para tratar la Anorexia de manera integral en conjunto con un equipo multidisciplinar, ya que este será fundamental para un posterior cambio y recuperación de los pacientes, sobre todo con aquellos pacientes en un estado grave, que requieren de un tratamiento rápido y eficaz. Además, un aspecto fundamental será tener en cuenta que cada caso es diferente, ya que muchas

veces la Anorexia se encuentra relacionada con otros trastornos como depresiones, y de este modo determinarán la duración de cada psicoterapia.

Otro elemento fundamental a destacar, es que los hombres con anorexia nerviosa tienen a responder de manera más positiva a los procesos psicoterapéuticos, esto se evidencia ya que en cuanto a la experiencia relatada por las entrevistadas, daban cuenta que existe menor abandono que las mujeres, y que ellas al ser terapeutas del sexo contrario, éstos tienden a ponerlas en un rol muchas veces relacionados con su figura materna, por ende se torna fundamental la manera y forma de ser de cada terapeuta para llevar a cabo un proceso tan complejo, que requiere ponerse en una posición en la cual la terapeuta cumple un rol clave, pero no es el único, sino que necesita de un equipo, y que lo principal de la terapia es hacer sentir al paciente como alguien único, en donde no habrán prejuicios, ni obligaciones, ni presiones, sino que será un espacio para ayudar y comprender al otro, que además cada proceso es variado y depende de los múltiples factores que influyen en ello.

6.4. Adolescencia como etapa del ciclo vital y sus implicancias en los sistemas relacionales

La adolescencia es una etapa del ciclo evolutivo la cual está caracterizada por los diversos cambios ocurridos en esta, tanto a nivel biológico, físico, como también psicológico y donde principalmente apunta hacia la construcción de una identidad del

adolescente, acompañada de una autonomía emocional y del compromiso con respecto a lo que se enfrenta en la sociedad. Cabe mencionar que esta es una etapa compleja por las características antes mencionadas, por lo que entonces poseer un trastorno de la conducta alimentaria durante este proceso la dificulta aún más.

En relación con lo anterior se puede mencionar a partir de las teorías que:

“... La construcción de esta nueva identidad que implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad, se extiende a lo largo de toda la adolescencia.” (Moreno, 2015 p.11).

La adolescencia es una etapa la cual está totalmente ligada al entorno donde se desenvuelve el adolescente, y donde las relaciones tanto familiares como entre pares se tornan muy relevantes, cumpliendo así los padres un rol fundamental en el desarrollo evolutivo de estos.

Bronfenbrenner (1979) citado por Perinat (2003), señala al respecto que *“las relaciones de la familia con otros sistemas en los que participa el adolescente–, podemos observar que su mundo social se ha ido expandiendo a través de las relaciones en la escuela y en otros ámbitos, por lo que llega a conocer modelos alternativos de vida adulta y de relación familiar, al tiempo que surgen nuevos lazos afectivos con sus iguales. La figura de los padres no necesariamente es devaluada, pero cuando menos sí resulta relativizada con la aparición de estos otros significativos.”* (Perinat, 2003 p. 134).

De este modo se presentan a continuación lo que las entrevistadas dan cuenta de la etapa adolescente y su relación con la anorexia nerviosa, señalando al respecto que:

Narrativa Entrevista n°4

“Ya... el otro caso era un niño más pequeño, adolescente entre 14-15 años, estaba en el proceso de octavo a primero medio, como que van y cuentan las notas, ven lo de la psu, “No sé qué hacer”, entonces yo lo empecé a ver como en el verano, porque los papás lo empiezan a ver muy ansioso, y esta ansiedad no lo dejaba dormir, no lo dejaba comer, y ellos no sabían por qué si ya salió del colegio y ya era verano, si era primero medio lo que lo asustaba..., él estaba en un colegio de alto rendimiento él era muy inteligente, eh... y empezamos a diagnosticar y descubrimos que él no estaba grave como el otro paciente, pero si estaba en un estado de ehm... confusión de identidad...”

Narrativa Entrevistada n°5

“yo creo que una limitación importante también es en pacientes adolescentes y al ser paciente adolescente a uno como psicóloga a una la ponen en un lugar como más de... Haber, son pacientes que vienen generalmente por sus padres, como que el paciente no quiere tratarse por sí mismo porque cree que está bien, entonces una primera cosa es cómo sortear... es armar el motivo de la consulta con el paciente”

Si bien en el marco teórico la adolescencia se aborda de manera explícita y completa respecto al proceso que viven en una parte de su ciclo vital del desarrollo, al estar en constantes cambios por una búsqueda de identidad que otorgue una madurez

psicológica esperada, las narraciones de las terapeutas dan cuenta que en esta etapa los adolescentes son más susceptibles a padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, como en el caso de la anorexia en los adolescentes hombres, además dentro de ello se evidencia que los adolescentes oscilan entre la obesidad en la infancia y que por circunstancias relacionadas a los diversos sistemas de los cuales son parte (Familia, colegio, amigos, etc.) desencadenan finalmente en una anorexia nerviosa.

Otro aspecto fundamental, es la diferencia que existe en hombres y mujeres en torno a la edad en que prevalece el trastorno de Anorexia, según lo mencionado en el marco teórico, sin embargo, respecto a lo señalado por las terapeutas, ésta no surge como una diferencia, sino más bien existe similitud, además cabe mencionar que algunos casos, la edad de inicio de este trastorno en hombres se dió en niños menores de 14.

Finalmente es posible interpretar que cualquier padecimiento psicológico que vivencien los adolescentes, se torna aún más complejo, ya que los procesos llevados a cabo por las terapeutas deben ser rigurosos y estar constantemente atentas a todo cambio, dinámica y cómo se desenvuelven a lo largo del proceso, para generar un vínculo que permita ayudarles íntegramente, tomando en cuenta los distintos escenarios de los cuales es parte el adolescente, sea hombre o mujer, que sin duda depende de la visión de las terapeutas al comprender la adolescencia como una etapa compleja, que requiere un manejo adecuado e íntegro para cada caso.

6.5. Género como concepto constructivista

El género como concepto incluye una serie de características sociales y culturales que serán claves para entenderlo en cuanto a los roles establecidos que se espera de cada hombre y mujer como son conductas, expresiones emocionales, entre otros, sin embargo, se diferencia principalmente de los aspectos biológicos y reproductivas atribuidos a cada uno.

Según lo señalado por autores que abordan el género en el ámbito de la psicología esta puede entenderse como una distinción entre sexo y género, la cual en primera instancia se alude a la biología reproductiva del hombre y la mujer, determinados al nacer, por otro lado, se encuentra el término género que surge como una construcción social-cultural, determinada por la identidad que le otorgan en primera instancia los padres y el contexto en el cual se configuran. (Barberá & Martínez, 2004).

De este modo lo señalado por las entrevistadas da cuenta que el género se asocia a normas culturales, en concordancia con el autor ya antes mencionado.

Narrativa Entrevistada n°5

“...como de que está mucho más quizás más investido o idealizado el cuerpo femenino que el cuerpo masculino, desde los programas de televisión desde las propagandas más sensibles a eso, los hombres en general son más descuidados de su cuerpo lo veo no sé poh, no usan tantas cremas etcétera como que invisten menos su cuerpo de como un lugar de identidad más propio.

6.5.1. Diferencias y similitudes de Género y su relación con la Anorexia Nerviosa

De este modo, el género será entendido a partir de lo que se entiende por masculinidad y feminidad, que enmarca las distinciones en cuanto a los roles y formas de comportarse en determinadas situaciones y contextos sociales, que dependen de diversos escenarios relacionados a lo educacional, económico e incluso en el ámbito de la salud mental, en el cual se evidencia que en trastornos como la Anorexia Nerviosa, se excluye de manera significativa a los hombres de este trastorno que se atribuye casi exclusivamente a lo femenino.

Según lo que señalan autores se vuelve necesario otorgar a los trastornos de la conducta alimentaria una nueva visión al respecto, comprendiendo que no sólo será determinada por el género, como es la anorexia nerviosa que se atribuye a la mujer, sino que permita su abordaje en el género masculino dado a su incremento actualmente. De este modo la perspectiva más sistémica comprende la anorexia nerviosa y los TCA en general en el cual Díaz-Aguarilo (2002), citado por Sánchez et.al (2010 p.40) da a entender que “debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos”.

Así mismo, las terapeutas señalan al respecto que:

Narrativa Entrevistada n°2

“Otra diferencia que podría ser entre hombres y mujeres es que desde las mujeres (aunque no todas sean así) las que han tenido trastornos alimentarios al principio son

como las niñas perfectas, súper mateas, sacándose puros siete, la mejor compañera, la mejor en deporte, un nivel de sobre adaptación espantoso, porque nadie puede ser mejor compañero todo el año. Y de repente eso al crecer donde las pulsiones comienzan a movilizarse, la sexualidad comienza a movilizarse, y de repente pumm controlan y ahí la niña perfecta se le comienza descontrolar esto. Y en los hombres desde mi experiencia no han venido desde este cuadro más bien perfecto, de mucho éxito, de ser ordenados, de que se han ganado todos los premios, no, no necesariamente. Yo creo que si en ellos dos es mucho más pegoteo familiar, como una especie de protección desde las familias.”

[...] hay una especie de psicoeducación alimentaria, o sea, porque están llenos llenosllenos, todos en general, hombres y mujeres... y los hombres que me han tocado a mí, tienen ideas más locas aún sobre los alimentos que hacen bien y que hacen mal, o sea... en general para ellos todos los carbohidratos son el diablo en persona, para que hablar del azúcar, el aceite, eh... Pero eso es términos generales... A mí me tocaba ver, por ejemplo, que el aceite de pescado era excelente, entonces lo tenían que consumir. Eh.... más preocupados por ejemplo por las proteínas ¿no?, pero finalmente más o menos terminan comiendo más o menos lo mismo[...]

6.5.2. Género y Prejuicios entorno a la sexualidad vinculados con la Anorexia Nerviosa

Otro elemento que es fundamental considerar en cuanto al género, es que todo estigma, prejuicio o condicionantes sociales que se encuentran en cualquier ámbito que

implica ciertas conflictivas en relación con lo que se espera tanto del género masculino como femenino y que dependen de la identidad y orientación sexual de cada uno.

Según lo señalado por los siguientes autores, “...la identidad sexual, generalmente tiene que ver con si una persona se considera “heterosexual”, “bisexual”, “homosexual”, “gay” u otras identidades sexuales definidas culturalmente. La orientación sexual se vincula entonces a la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales”, de este modo se debe considerar que a partir de las identidades y orientaciones sexuales pueden surgir muchas veces discriminaciones o estigmas de la sociedad respecto a lo que se espera en cuanto a características, comportamientos, entre otros de lo que es ser hombre y mujer (Minsal y UNESCO 2012. p.11).

Esto es posible evidenciarlo en el relato de las terapeutas señalando que:

Narrativa Entrevistada n°3

[...] Muchos de los casos especialmente en varones resultan ser enfermedades comunes y corrientes, llamémoslas físicas sin un componente psicológico, la mayoría de los casos se van para allá, pero los casos que yo he visto, que no son muchos por que mayoritariamente este cuadro es mucho más femenino, son como dos o tres máximo y siempre y está estudiado, la constante, variable o patrón que nos explica la aparición de este cuadro es la aparición y descubrimiento de una sexualidad diversa a la hetero normada, todos mis pacientes masculinos que han sido atendidos han sido homosexuales en proceso de descubrimiento de su homosexualidad o transexuales en proceso de

descubrimiento de su transexualidad, no he tenido ningún paciente anoréxico heterosexual [...]

[...]si nosotros como terapeuta no estamos abiertos ante el descubrimiento del otro realmente como un otro no vamos a poder hacer lo que hay que hacer y lo más relevante que estos jóvenes que están tan debajo de la jerarquía social necesitan especialistas que no miren su homosexualidad o su transexualidad como un problema, que respeten la diversidad, es que sean realmente “Open mind” [...]

Narrativa Entrevistada n°4

[...]estuvimos mucho rato trabajando la ansiedad, de cómo manejar la ansiedad y el psiquiatra le daba cosas para ansiedad y la ansiedad no se iba, entonces no estábamos dando, hasta que el mismo se atreve a hacer algunas preguntas, me tantea, ¿No? “Que pienso de los homosexuales, que tiene un primo que es”, pero en realidad uno cacha ¿No? (pequeña risa), entonces me tantea a ver si soy psicóloga homofóbica ese es el otro caso.]

Narrativa Entrevistada n°5

“yo no te podría decir que la homosexualidad es como que tiene una relación directa con la anorexia. No te podría decir que estén directamente relacionados. Si ponte tú tuvimos un paciente que era bailarín que era homosexual y que claro, había por su

profesión para él era muy importante el cuerpo y el ser delgado y cayó en el tema de la anorexia, pero tampoco te puedo decir que todos los bailarines son anoréxicos.”

“Llama la atención, porque se ha dado cierto grado de sensibilidad y de que tengan que quizás como ciertos aspectos femeninos un poco más marcados pero no necesariamente de una homosexualidad, puede que sean más sensibles, artistas como por esa línea.”

Respecto a lo planteado en lo teórico y las narrativas de las terapeutas, dan cuenta que las diferencias de género están más ligadas a lo social y cultural, que existen ciertos patrones o roles establecidos que se esperan de cada uno, y que toda identidad u orientación sexual que se evalúe como inaceptable para los demás, generará ciertos prejuicios al respecto, como lo mencionado por las terapeutas que daban cuenta de la relación que puede darse en algunos casos entre homosexualidad y acercamiento a aspectos más femeninos, sin embargo existen desacuerdos entre las entrevistadas, ya que mencionan que en las anorexias puede ser una relación inseparable con la homosexualidad, otras basadas en prejuicios asociados a lo cultural y social y aquellas que no le son relevantes ninguna relación con respecto a la orientación sexual, confusión de identidad o conflictiva.

Por otro lado, con respecto a los síntomas de este trastorno, cabe mencionar que tanto hombres como mujeres adolescentes presentan similitudes en cuanto al

padecimiento de la anorexia, sin embargo, se destacan diferencias relacionadas al contexto en que se desarrolla el trastorno, siendo coherente con lo planteado en lo teórico, evidenciando de este modo que la cultura en la cual estamos insertos de algún modo influye de manera directa en el ámbito de la psicología, en donde al parecer según las experiencias de estas terapeutas depende de cada caso, y que el género no es un determinante para otorgar la ayuda pertinente, que la diferencia radica en la especificidad como individuos únicos, que es necesario repensar la teoría más que la práctica.

6.6. Familia como sistema predominante

Familia se puede comprender como un núcleo relevante en la vida de las personas y así como también en el desarrollo de las distintas enfermedades, como lo es la Anorexia Nerviosa. Un elemento fundamental es la relación de la madre hacia su hijo, la cual influye de manera directa en el desencadenamiento de esta patología. Cabe mencionar, que este término no es posible de evidenciarse a lo largo del marco teórico como concepto propiamente tal puesto que surgió durante las entrevistas como un indicador emergente de total relevancia para esta investigación, por lo cual se podrá evidenciar en las narrativas de las terapeutas entrevistadas, no obstante, se puede apreciar a lo largo del marco teórico en el concepto de anorexia donde se hace alusión a este y se explicita que tiene directa relación con el trastorno alimenticio.

6.6.1. Relación madre-hijo

Dentro de la categoría Familia como sistema predominante se puede apreciar en primera instancia, una subcategoría la cual es denominada como relación madre-hijo y tiene que ver como esta relación puede influir de manera directa en el padecimiento o progreso de esta enfermedad, puesto que existen determinados vínculos y modos de relacionarse dentro del sistema familiar que influyen de uno u otro modo en el trastorno, por ejemplo como suele suceder en el caso de la dinámica particular que existe cuando se presencia un trastorno alimenticio que influirá en dichas relaciones familiares, por ejemplo la sobreprotección de la madre hacia el paciente hombre diagnosticado de Anorexia Nerviosa o al viceversa, como las relaciones previas pueden influir en el padecimiento de un trastorno alimenticio.

Existe consenso de que existen ciertos patrones familiares específicos o también llamadas familias disfuncionales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno, estas familias son denominados según Minuchin “Familias psicósomáticas” o “Familias anorexígenas” según Selvini-Palazzoli (Stierlin & Weber 1989 citado en Cook-Darzens et al., 2005).

Ahora bien, de acuerdo a estos antecedentes en las cuales se relaciona a las familias y más específicamente a la madre con la anorexia nerviosa, se puede dejar en evidencia que durante las narrativas de las terapeutas se confirman tales planteamientos.

Al respecto las terapeutas mencionan:

Narrativa de la entrevistada n°5

“yo lo que trabajo con estos pacientes es lo que hay detrás del trastorno de la conducta alimentaria que muchas veces tiene que ver con conflictivas familiares, ha tenido que ver con abusos también distintos factores que se entremezclan y finalmente hacen que el paciente tenga este tipo de trastorno, muchas de las veces lo que nosotros apuntamos”

Así mismo la entrevistada n°5, nos menciona un caso en específico donde la abuela es la cuidadora principal de un niño que fue diagnosticado de anorexia nerviosa.

“para él la figura de su abuelita era muy importante, porque un poco lo crió, porque mientras su mamá trabajaba estaba con ella. Entonces también cómo trabajar esa relación, como el de alguna manera dejar de aceptar el cariño de la abuela a través de la comida, en el fondo aceptar otras formas de cariño o aprender a relacionarse desde otro lugar con su abuela en fin con una infinidad de temas que uno trabaja en la terapia. Es que figura materna también es como una abuela sobreprotectora que está muy encima”.

6.6.2. Enfoque familiar en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa

Otra subcategoría es el enfoque familiar en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, el cual se comprende como la disciplina psicológica que presenta como enfoque teórico el abordaje de las familias para los tratamientos de los pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa como lo es en el caso de la presente investigación. Sin embargo,

cabe mencionar que este trabajo terapéutico debe ser abordado en simultáneo con una psicoterapia individual de modo tal que se puedan complementar.

De esta manera, lo antes mencionado es posible de evidenciarse a través de las narrativas de las terapeutas entrevistada y en como es el abordaje práctico en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa.

Al respecto las terapeutas señalan:

Narrativa de la entrevistada n°5

“También es muy complejo porque tú ahora estamos haciendo un trabajo multifamiliar una vez al mes hacemos un encuentro con todas las familias del programa y ha resultado súper interesante porque uno se da cuenta del dolor que ha producido este diagnóstico en las familias no solamente en las personas que lo tienen si no como esto tiende a cambiar toda la dinámica familiar”.

En relación con el enfoque familiar aplicado a los tratamientos de la anorexia nerviosa, llama la atención la diferencia en cuanto al abordaje de esta en el sistema público y privado, ya que en la primera son parte de un programa que permite reunir a las familias de los pacientes hombres y mujeres, de modo tal que se sientan acompañados en este proceso, mientras que en el sistema privado de salud, el abordaje es más personalizado, enfocados en el sistema familiar en cuestión, rescatando la particularidad de sus miembros.

Ahora bien, cabe mencionar que hubo un consenso en relación con lo planteado sobre la importancia de la familia en el trastorno de la Anorexia Nerviosa y lo observado en las diferentes entrevistas, ya que en todas sin excepción se acoto la familia como factor fundamental en el padecimiento o progreso de esta patología, es decir de uno u otro modo esta era un factor que estaba presente en el trastorno alimenticio, por lo cual era fundamental a la hora de la terapia que la familia también fuera parte de este proceso, por este motivo fue considerada como indicador emergente y fundamental. Esto se pudo constatar en las narrativas de una de las entrevistadas, la cual al respecto menciona que la familia es clave en esto, y un requisito para la psicoterapia, tanto así que tenía un comedor amoblado apto para varios miembros de la familia para poder realizar una intervención, pues los hacia recrear una interacción familiar cotidiana como lo es comer juntos y a partir de eso podía analizar la situación presente y como esta se relacionaba con la patología del paciente. Sumado a esto, la relación madre-hijo también cobro un papel relevante dentro de todo esto, por lo que da a entender que las personas significativas con las cuales se relaciona el paciente son factores determinantes en este proceso.

VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES FINALES

A partir de la investigación realizada, podemos reflexionar de manera más detallada la pregunta de investigación que inicialmente planteamos, para ello es necesario primeramente sintetizar cada paso lo cual nos llevó a los resultados obtenidos. En primera instancia se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructurada con el propósito de recoger las narrativas de las terapeutas en relación con los procesos psicoterapéuticos que hayan atendidos a pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa, de este modo dar cuenta de la importancia de este trastorno, que comprende aspectos tanto físicos, biológicos, psicológicos y sociales y que se ha incrementado con el paso de los años, siendo abordada desde diversas perspectivas psicológicas, sin embargo una de las principales problemáticas ha sido su atribución casi exclusiva del padecimiento de ésta en cuanto al género femenino, de este modo surge la necesidad de tomar en cuenta el relato de las terapeutas que llevan a cabo procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres para dar cuenta de los elementos y factores que surgen en el abordaje de este trastorno en el género masculino.

Ahora bien, en un segundo momento para la obtención de los resultados, se inició con un pre análisis de las entrevistas que luego dieron paso al análisis propiamente tal, el cual nos permitió la elaboración de categorías y subcategorías de las principales temáticas que surgieron de las narrativas de estas terapeutas, así mismo aparecieron categorías emergentes de manera que completa aún más la información, posibilitando contrastar los

datos recogidos en el marco teórico, lo cual posteriormente esto es posible de evidenciarse en el análisis anteriormente descrito.

Por último, el análisis final respecto a las entrevistas, considerando los pasos anteriormente señalados, se realizó un diálogo entre autores, entrevistadas e investigadoras para una posterior interpretación de los resultados, considerando las teorías utilizadas en esta investigación y los aspectos relevantes de los relatos obtenidos por las terapeutas.

Ahora bien, respondiendo a la pregunta de investigación inicial cabe mencionar que la anorexia nerviosa a grandes rasgos es una enfermedad psicógena compleja que va progresivamente en aumento, por lo que requiere de conocimientos previos o un acercamiento a lo que implica este trastorno, debido al riesgo en el que pueden estar estos pacientes por su peso significativamente bajo, de este modo un aspecto a destacar es que si bien la anorexia ha sido considerada como un trastorno de mujeres y existe un gran conocimiento teórico y práctico acerca de sus causas, factores, síntomas, entre otros aspectos que influyen en el padecimiento y evolución de este trastorno, de esta manera es posible evidenciar similitudes en relación con los hombres, que a partir de los relatos de las entrevistadas pareciera ser que no existen grandes diferencias, más que aquellas referentes a las conflictivas familiares hitos de infancia y por algo más cultural como aquello que se espera de ambos géneros que llevan al padecimiento de la enfermedad, haciendo hincapié que no por ser hombre, implica necesariamente una diferencia marcada, pero en donde es necesario destacar que los procesos psicoterapéuticos que se llevan a

cabo con estos pacientes se toma en cuenta la particularidad de cada caso, siendo unos más graves que otros.

De este modo llama profundamente la atención, que a pesar de existir ideas o aproximaciones al respecto de lo que es un trastorno de anorexia en hombres, éstos no se han abordado con la profundidad que requiere, ya que según autores de distintas disciplinas de las ciencias sociales, existe un cambio en relación con lo que tradicionalmente hemos conocido y hecho parte de toda práctica profesional en cuanto al género masculino y su relación con la anorexia ha ido en aumento, de este modo la necesidad va más allá de incluir a los hombres en la teoría de los trastorno alimenticios como la anorexia, que se asocia casi exclusivamente a la mujer, sino que se requiere tomar en cuenta el contexto socio-cultural del cual somos parte, en el caso de Chile, que ha sido en los últimos diez años que se ha pensado en una equidad de género en todo ámbito, ya que se da cabida a las nuevas masculinidades, donde existe mayor tolerancia a la diversidad sexual, a la expresión emocional de los hombres, entre muchos otros factores que influyen de manera significativa en todo ámbito social, profesional, familiar y como lo es en psicología como disciplina integral que incluye múltiples elementos, ya que como se pudo constatar en esta investigación, es necesario ver al otro como un ser único, que independiente de ser hombre o mujer, padecen una enfermedad compleja, en una etapa de cambios y donde sus relaciones con otras personas son claves para poder llevar a cabo procesos que le permitan adaptarse a cualquier contexto social.

Cabe señalar que otro aspecto que surgió como relevante en cuanto al trastorno de anorexia en hombres, es la diferencia atribuida a la edad de prevalencia de la patología, la cual señalaba que en los hombres aparece de manera más tardía que las mujeres, sin embargo lo obtenido en los relatos de las terapeutas, éste no fue un factor diferenciador, ya que existían casos en donde se daba incluso en niños y en los otros en una edad similar a las de las mujeres, que incluso existe similitud en relación con sus síntomas, sin embargo lo interesante está presente en aspectos asociados a la identidad sexual, o prejuicios que se asocian al trastorno que ante la sociedad e incluso dentro de la disciplina ha sido atribuida a las mujeres por su relación con lo estético e ideales de delgadez que se han inculcado erróneamente.

En cuanto a los procesos psicoterapéuticos relatados por las terapeutas en relación con estos pacientes, se torna relevante mencionar que existe también similitud en cuanto a al tratamiento con pacientes mujeres, ya que el vínculo o alianza surge como elemento fundamental para llevar a cabo estos procesos, además de considerar la importancia de un equipo multidisciplinar, sobre todo aquellos terapeutas que abordan a las familias de estos pacientes, siendo éste un tema que emergió con gran potencia en cuanto a lo relatado por las mismas terapeutas, como parte fundamental para un proceso psicoterapéutico eficaz y que permita un posterior cambio y recuperación de cada caso, ya que al ser parte de este proceso del adolescente que padece la anorexia requiere la atención necesaria para ser un factor facilitador, más que obstaculizador, que puedan ser capaces de comprender lo que está sucediendo con el adolescente que está sufriendo de esta patología, y que en la mayoría de los casos se debe a conflictivas familiares, en especial con algún miembro de

la familia significativo como la madre, el padre u otros, y de ese modo la ayuda sea íntegra, abordando el trastorno más allá de su diagnóstico, sino que tomando en cuenta que ese adolescente es parte de un contexto familiar, escolar, social y que si existe un cambio y posterior recuperación influirá de uno u otro modo en todos sus sistemas relacionales.

Por su parte, cabe señalar que si bien no fue un requisito o criterio al momento de buscar la muestra que las terapeutas que abordaran el tratamiento de la anorexia nerviosa en hombres fueran psicólogas mujeres, ésta se presentó de manera constante en las cinco entrevistas realizadas, sin embargo surgen interrogantes respecto a lo que se pueda evidenciar de las experiencias de terapeutas hombres que aborden el trastorno con pacientes del mismo sexo, ya que en este caso se daba un fenómeno interesante entorno a la alianza psicoterapéutica, en donde los pacientes hombres otorgaban un rol similar a la madre en relación con las terapeutas.

Es relevante mencionar que a pesar de ser una investigación exploratoria en la cual se dio énfasis en los relatos de las terapeutas y sus propias vivencias en cuanto a los procesos psicoterapéuticos con estos pacientes, existe la necesidad de seguir profundizando el tema, ya que es necesario comprender que la disciplina de la psicología es parte de un contexto socio-cultural, que influye de manera directa entorno a la manera de ver al otro en función de su padecimiento psicológico, entorno al género, sus relaciones, entre muchos otros factores que se vuelven teoría y finalmente práctica, por ende el foco está puesto en conocer las experiencias de los pacientes, de sus familias, los enfoques de terapeutas que pueden marcar ciertos lineamientos entorno al tratamiento de la anorexia

en hombres y también aquellos profesionales expertos en trastornos alimenticios que pueden aportar de manera más significativa a la comprensión del trastorno en hombres, que está en estrecha relación con una nueva mirada a la masculinidad, dejando de lado las normas y estereotipos establecidos para hombres y mujeres, y que cualquier tipo de vivencia puede ser similar independiente de las distinciones, ya que lo fundamental es ayudar al otro por ser persona y único/a, como lo han planteado las terapeutas a través de sus relatos experienciales, contribuyendo a un aprendizaje importante y repensar de la psicología entorno a los constructos y teorías asociadas a hombres y mujeres.

VIII. REFERENCIAS

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
- Adrián J.E., & Rangel E. (2013). Teorías generales sobre la adolescencia y desarrollo cognitivo de este periodo. Aprendizaje y desarrollo de la personalidad. La transición adolescente y la educación. pp. 1-16.
- Aguilar, I., & Catalán, A. (2005). Influencia del entorno social en el desarrollo de las capacidades de los o las adolescentes.
Disponble en:
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/I nfluencia_del_entorno_social_en_el_desarrollo_de_los_adolescentes.pdf
- Almagiá E. B., Fajardo, V. C., Muñoz, G. L., González, P. L., & Vera, J. S. M. (2014). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. American Psychiatric Pub.
- Angel, L. A., Vásquez, R., Chavarro, K., Martínez, L. M., & García, J. (1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario. *Acta médica colombiana*, 22.
- Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., González, C. M., Aguilar, X. L., Rayón, G. L. Á., Martínez, A. O. R., & Paredes, K. F. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de psicología*, 22(1), 53-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020643005.pdf>
- Arévalo, R. V., Aguilar, X. L., Rayón, G. L. Á., Díaz, J. M. M., & Ruiz, A. O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes

- varones mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Georgina_Alvarez-Rayon/publication/26483539_Insatisfaccion_corporal_e_influencia_de_los_modelos_esteticos_en_ninos_y_jovenes_varones_mexicanos/links/54b91da80cf28faced626ed1/Insatisfaccion-corporal-e-influencia-de-los-modelos-esteticos-en-ninos-y-jovenes-varones-mexicanos.pdf
- Báez & Pérez de Tudela, J. (2007). *Investigación cualitativa*. España: ESIC
- Barberá, E, y Martínez, I. (2004). "Psicología y Género". Editorial Pearson Educación S.A. Madrid. pp. 60-76.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was isttherapeutisch an der Psychotherapie? VersucheinerBestandsaufnahme und Systematisierung der PsychotherapeutischenProzeßforschung. *ZeitschriftfürklinischePsychologie*, 18, 3-22.
- Baztán A. (1994). "Psicología de la adolescencia". Editorial Marcombo. Pp.1-339.
- Behar A, Rosa, Alviña W, Marcela, González C, Trinidad, & Rivera A, Natalia. (2007). DETECCIÓN DE ACTITUDES Y/O CONDUCTAS PREDISponentes A TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA DE TRES COLEGIOS PARTICULARES DE VIÑA DEL MAR. *Revista chilena de nutrición*, 34(3), 240-249. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000300008&script=sci_arttext
- Behar R. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar A, Rosa. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500007
- Bernasconi O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. Centro de estudios sociológico. México. P.22-28

- Bolívar, A. & Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campo de desarrollo y estado actual. *Forum: Qualitative social Research*, Volumen 7, N° 4, artículo 12
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260
- Build et. al., (2001) “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA” En: Sociedad Española de Contracepción (2001) *MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA*, España; INO Reproducciones S.A. Disponible en:http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/1_-_1_-_trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf
- Camejo, A. J. (2006). La epistemología constructivista en el contexto de la post-modernidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 14(2), 97-103. Disponible en:<http://site.ebrary.com/lib/edibrisp/reader.action?docID=10428551>
- Cabasés, J. S. S. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 17-22.
- CIE-10 ES(2016). “Manual de codificación de diagnósticos”.Unidad Técnica de Codificación CIE-10-E. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Trastornos mentales y de comportamiento. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
- Colegio de psicólogos de Chile. (1999). Colegio de ética profesional. Santiago, Chile.
- Carretero, M, Palacios, J. y Marchesi, A. (1985). “Psicología evolutiva 3: Adolescencia. Editorial Alianza. Madrid, España. Pp.1-15 Disponible en:<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/genetica/zalazar/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud.pdf>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2). Recuperado

de:<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8010/1/La%20alianza%20terapeutica.%20Historia%2C%20investigacion%20y%20evaluacion.pdf>

Chavarría, María Paulina, & Barra, Enrique. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica*, 32(1), 41-46.

Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000100004&script=sci_arttext

Chica H., Coronel J. & Romero J. E. (2012). *Anorexia Nerviosa*. Universidad de Cuenca. pp. 26.

Cordella M, Patricia, Lizana C, Paula, Urrejola N, Pascuala, Figueroa E, Dolly, del Río V, Pilar, Hodgson B, Isabel, San Martín B, Consuelo, & Unger Ch, Carol. (2006). Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento. *Revista médica de Chile*, 134(8), 973-980. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000800005&script=sci_arttext&tlng=pt

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe (Santiago)*, 17(1), 81-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100008&script=sci_arttext

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhe (Santiago)*, 19(1), 3-17.

Cruzat C., Díaz, F., Kirszman, D., Aspillaga, C., & Behar, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), 102-115. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000200004&lng=es&tlng=es

- De torres M. (2013). Detrás de la apariencia. pp.13-40 Disponible en :<http://site.ebrary.com/lib/edibrisp/reader.action?docID=11295763>
- Díaz, E. R., Fernández, A. R., Zabala, A. F., Revuelta, L. R., & Rey-Baltar, A. Z. (2016). Apoyo social percibido, autoconcepto e implicación escolar de estudiantes adolescentes. *Revista de psicodidáctica*, 21(2), 339-356.
- Dominguez de la Ossa E. & Herrera J.D, (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. Universidad de marizales. Colombia, 621-638.
- Erickson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Editorial Taurus.
- Feixas, G. (2015). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, Vol.2 n°6-7. Universidad de Barcelona. 93-95
- Fernández-Núñez, L. (2015). Cómo aplicar el análisis narrativo temático a narrativas escritas en entornos online. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació* 8 (1), 92-106.
- Figueroa Varela, M. D. R., & Careaga Pérez, G. (2013). La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(37), 324-360. Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/ventana37/p13.pdf>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España Ed. Morata. pp.18
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: HogarthPress.
- Flick U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ed. Morata
- Gaviria, E. S., Cuadrado, I. G., & López, M. S. (2009). *Introducción a la psicología social*. Madrid: Uned. Disponible en: <https://psicuagtab.files.wordpress.com/2012/06/introduccion3b3n-a-la-psicologica3ada-social-edit-sanz-y-torres.pdf>

- García, C. (2009, 06 de agosto). Anorexia y bulimia en varones adolescentes: Factores de riesgo. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 11(12). Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/anorexia-bulimia-varones-adolescentes-factores-de-riesgo>
- Gasteiz .V. (2008). “Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades”. España. EMAKUNDE. Pp.1-58. Disponible en:http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejoscolares/archivos/P_013_los_hombres_la_igualdad.pdf
- Guadarrama, R. G., & Mojica, S. A. M. (2016). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Marmar, C. R. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Koffman, R., (2015). Las 4 visiones del proceso psicoterapéutico. *Revista médica rosario*. Vol, 88. 74-77.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M., & de la Parra, G., & Arístegui, R., & Dagnino, P., & Tomicic, A., & Valdés, N., & Vilches, O., & Echávarri, O., & Ben-Dov, P., & Reyes, L., & Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/pdf/805/80538206.pdf>
- Kvale, S. (2008). *La entrevista en investigación cualitativa*, Madrid: Morata

- Lenoir, Melissa, & Silber, Tomas José. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes: Parte 2. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(4), 338-344. Recuperado en 26 de noviembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752006000400011&lng=es&tlng=pt.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). Masson S.A. pp. 553-570
- Madruga, et. al., (2010) “Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa” En: SEGHNPAEP (2010) Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas. España; Madrid. Ed. ERGON. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
- MINSAL y UNESCO. (2012). “Índice compuesto de Estigma y Discriminación Hacia hombres homosexuales , otros HSH y Mujeres Transgénero en Chile (ICED).” Pp. 1-60. Disponible en: <http://www.onu.cl/onu/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-ESTIGMA-Y-DISCRIMINACION-HSH-Y-MUJERES-TRANS.-CHILE-dic-2012.pdf>
- Mitchell, S. A. (1997). Influence and autonomy in psychoanalysis. Hillsdale, NJ, US: The Analytic Press, Inc.
- Moreno, A. (2015). La adolescencia. España, Madrid. Ed. UOC (Oberta UOC publishing, SL). 1-56.
- Moreno González, Miriam Angélica, & Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext
- Muñoz. N. (2012). “Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico”. Psicología, conocimiento y sociedad. Universidad de Antioquia, Colombia. Pp.11-12.
- Murawski, Brenda María, Elizathe, Luciana, & Rutzstein, Guillermina. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre

- mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. Anuario de investigaciones, 16, 65-72. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100006
- Nebot, F. J. A. (2008). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona (Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=4067>
- Noceloni T. (2013). Título para la obtención de licenciatura en psicología. Insatisfacción Corporal en pacientes con trastornos alimenticios: un estudio comparativo. Universidad Abierta Interamericana. Argentina. 32-45. Disponible en :
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110609.pdf>
- Núñez. J. (2005). “Psicología de lo Masculino: Conceptos y Reflexiones actuales sobre la masculinidad a partir de Freud”. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. México. pp.18-24.
- Onnetto. H. (2004). Constructivismo en psicología. Universidad de las Américas. Chile. Revista semestral Pharos, Arte, ciencia y tecnología. Volumen 11 n°1. 37-49
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M.^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
- Ponce de León C. (2002). Los aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario. Hospital universitario de San carlos. España, p.36
- Safran, J. y Muran, J. (2000). Negociando la Alianza Terapéutica. Guía para el tratamiento relacional. *Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas*, 14
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>

- Salgueiro, M. D. C., & Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2).
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13 , p.381- 392
- Salas. J.M. (2008). “LA PSICOLOGÍA, LA MASCULINIDAD Y EL TRABAJO CON HOMBRES”. *Revista Costarricense de Psicología*, vol. 27, núm. 40. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica San José, Costa Rica. pp. 53-65. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748705002>
- Sautu, R. Boniolo, P. Dalle, P. Elbert, R. (2005). Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de las metodologías. Buenos aires. Argentina. CLACSO. 45-50
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 8. p.67
Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- Salazar Z. (2011). Informes finales de investigación. Adolescencia y trastornos alimenticios: influencias de los modelos televisivos. Costa Rica. pp. 60 Disponible en: <http://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/informes/informe4.pdf>
- Sánchez J.C, Villarreal. M.E y Musitu G. (2010). “Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial”. Universidad Autónoma de nuevo León. Pp.23-40.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Paidós.
- Staud et. al., (2006) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, N° 156, pp. 24-30. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/156.htm>

- Schöngut. N. (2012). "La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia", Psicología, conocimiento y sociedad. Universidad autónoma de Barcelona. España.
- Téllez A. y Verdú A.D. (2011). "EL SIGNIFICADO DE LA MASCULINIDAD PARA EL ANÁLISIS SOCIAL". Universidad Miguel Hernández de Elche. Revista Nuevas.Tendencias en Antropología, nº 2, 2011, pp. 80-103. Disponible en:<http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N2/El%20significado%20de%20la%20masculinidad.pdf>
- Toro-Alfonso, José, Walters-Pacheco, Kattia Z., & Sánchez Cardona, Israel. (2012). El cuerpo en forma: masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. Acta de investigación psicológica, 2(3), 42-857. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000300007
- Toro. A, Nieves. J y Borrero. K. (2010). "Cuerpo y Masculinidad: Los Desórdenes Alimentarios en Hombres". Interamerican Journal of Psychology, vol. 44, núm. 2. pp. 225-234. Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional. Universidad de Puerto Rico.
- Torres I. (2004). Tesis Doctoral. Comorbilidad de la anorexia y bulimia nerviosas con trastornos de personalidad. Facultad de psicología. España, Sevilla. 34-71
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (1990). "Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?" Versuche einer Integration. En V. Tschuschke & D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407- 412). Berlin: Springer.
- Valles Casas, M. (2013). La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3712/TEISIS%20Valles%20Casas.pdf?sequence=1>
- Vallejos, R. (2006). Introducción a la psicopatología y psiquiatría.

- Vallejos J. (2006). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. ed. Masson, 7^o Edición. España, Barcelona. Cap 51.
- Vázquez R., López X., Ocampo M.T., Mancilla J. M. (2015) “El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM- IV -TR al DSM- V”. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, México. Rev. Mex. de trastor. aliment vol.6 no.2 Tlalnepantla jul./dic. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Vázquez R. (2004). Presencia de trastornos la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. Universidad nacional autónoma de México.
- Perinat A. (2003). “Psicología del desarrollo - un enfoque sistémico”. Editorial UOC. Pp.131-134.
- Rivas, T., Bersabé, R., & Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2),25-31. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam012e.pdf>
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J.A. & Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, 331-351.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios.. *Fundamentos en Humanidades*, IV (7-8), 149-161.
- Rivera. A. (2013). “*Narrativas de masculinidades de hombres que han vivido una terapia de pareja.*”. Tesis para la obtención de Título Licenciatura en Psicología. Universidad de Chile. pp.24-28. Disponible en:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130687/TESIS%20AMPARO%20RIVERA.pdf?sequence=1>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge. MA: Riverside Press.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*, Madrid. Universidad de Deusto.
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
- Urribarri R. (2016). *Adolescencia y Clínica psicoanalítica*. Ed. FCE. pp.71 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/edibrisp/reader.action?docID=11295651>
- Urzúa M, Alfonso, Castro R, Sandy, Lillo O, America, & Leal P, Carolina. (2011). PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL NORTE DE CHILE. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 128-135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000200003
- Yañez, J. (1999) *Teoría clínica constructivista*. Documento de Trabajo Inédito. Grupo de Psicoterapia Constructivista Cognitiva. CAPs. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

IX. ANEXOS

8.1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA HENRÍQUEZ.
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

El presente documento tiene por objetivo principal ayudarle a tomar una decisión informada, con la finalidad de participar en el estudio ***“Narrativas de terapeutas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de anorexia”***. Lea cuidadosamente el documento y realice las preguntas pertinentes al investigador/a responsable del estudio.

Usted ha sido invitado/a a participar en el proyecto de investigación ***“Narrativas de terapeutas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de anorexia”***. Esta investigación llevada a cabo por la Universidad Católica Silva Henríquez, en marco de la realización del proceso de seminario de grado de la carrera de Psicología, con la participación de las investigadoras Carol Dennis Figueroa Retamal, Karen Beatriz González Oliva, Katherine Lisette Monje Ruiz cuyo objetivo es poder realizar entrevistas que contribuyan y permitan llevar a cabo el trabajo de investigación requerido para ser candidatos a optar al grado de Licenciados/as en Psicología por la Universidad Católica Silva Henríquez.

En base a lo mencionada anteriormente, por dicho motivo se solicita a usted su colaboración como informante. Esto consistirá en participar de una entrevista, que abordará principalmente su vivencia y experiencia como terapeuta de

paciente(s) hombre(s) diagnosticado(s) de anorexia nerviosa. Por ende será de suma importancia aproximarnos a dichos testimonios, mediante las narrativas que se puedan extraer en base a la entrevista en profundidad.

La investigación se encuentra dirigida por la Mg. Paula Riquelme, académica de la Escuela de psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez; correo electrónico: priquelme@ucsh.cl

Este estudio, tiene como beneficio producir conocimiento científico para la obtención de datos y posteriormente resultados. Usted se podrá retirar de esta investigación cuando lo estime conveniente sin necesidad de justificar un eventual abandono. Así mismo podrá solicitar información de la investigación en todo momento, como también sobre sus resultados.

En lo que respecta a la confidencialidad, sus respuestas serán absolutamente confidenciales y cualquier alusión a su entrevista será presentada/divulgada de manera anónima, de tal modo que usted no pueda ser identificado por ninguna persona (familia, amigos, vecinos, pacientes, miembros de su trabajo etc). Además queda resguardada la identidad de sus pacientes y en el caso de ser reveladas, se conversará directamente con usted, pues será meramente con un fin investigativo y académico y no de divulgación de otra índole.

A juicio de los investigadores, su participación en este estudio no conlleva a riesgos ni consecuencias para usted. Las entrevistas tienen como propósito ***conocer las Narrativas de terapeutas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de de anorexia nerviosa.*** No hay mayor riesgo para las personas que participan. No hay propósitos evaluativos, debido a que las entrevistas no involucran respuestas correctas o incorrectas, ni tampoco informativos como transmitir a profesores o apoderados lo que en las entrevistas se trate.

Derechos y deberes del informante de la investigación

Almacenamiento de los datos para la confidencialidad del proyecto: las entrevistas serán grabadas y posteriormente transcritas, resguardando la identidad de los participantes, por lo que no se identificará el nombre de los participantes, ni cualquier otra información que lleve a identificarlos.

Lugar y tiempo de los involucrados: las entrevistas serán realizadas en el lugar y tiempo convenidos con usted autorizadas por la dirección de la Universidad Católica Silva Henríquez. El tiempo que demandará cada entrevista es de aproximadamente entre 45 minutos a 1 hora y media. De existir dudas con respecto a ciertos temas planteados en la entrevista, se abrirá la posibilidad de un nuevo encuentro para realizar una segunda entrevista.

Cómo se usará los resultados: los resultados serán utilizados únicamente para fines investigativos, por ende aparecerán en la publicación de nuestra investigación, revistas y otros documentos que contribuyan al conocimiento científico y académico especializado, siempre y cuando se ciñan a los lineamientos teóricos de los investigadores.

Derechos de los participantes:

He leído y discutido la descripción de la investigación con el investigador responsable. He leído la oportunidad de hacer preguntas, acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio:

- Mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento sin perjuicio para mi futuro profesional.
- Si durante el transcurso del estudio nueva información significativa llega a estar disponible y se relaciona con mi voluntad de continuar participando, el investigador deberá entregarme esta información.
- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la investigación o con mi participación, puedo contactarme con las investigadoras responsables, Carol Figueroa Retamal; Karen González Oliva; Katherine Monje Ruiz quienes responderán a mis preguntas. Sus correos electrónicos son cfigueroar@miucsh.cl, kbgonzalez@miucsh.cl, kmonje@miucsh.cl.
- Si en algún momento tengo comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas acerca de mis derechos al participar de este estudio, yo puedo contactarme con la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y Económicas de la Universidad

Católica Silva Henríquez, a través de la Académico a Cargo, Mg. Paula Riquelme; priquelme@ucsh.cl.

- Firmo este documento en dos ejemplares y recibo uno de estos.
- Mi firma significa que acepto participar en el estudio ***“Narrativas de terapeutas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de anorexia”***, y ser entrevistado.
- Además estoy de acuerdo en que estas sean registradas **en grabaciones y transcripciones.**

Consentimiento Informado

Yo _____
cédula de identidad _____ estoy de acuerdo con
participar del estudio titulado **“Narrativas sobre los procesos
psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados de
anorexia nerviosa pertenecientes a la región metropolitana”**. El propósito y
naturaleza de esta investigación me ha sido explicado por los/las responsables
Srtas. Carol Figueroa Retamal, Karen González Oliva y Katherine Monje Ruiz.
Yo comprendo lo que se me pide. Sé que puedo contactarme con la investigadora
responsable de este estudio o con la Escuela de Psicología de la Universidad
Católica Silva Henríquez, para realizar preguntas o resolver dudas. También
comprendo que puedo renunciar al estudio si lo estimo conveniente.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Nombre de la Investigadora Responsable:

Firma de la Investigadora Responsable: _____

Firma Investigadora
Carol Dennis Figueroa Retamal
RUT: 19.238.356-0

Firma Investigadora
Karen Beatriz González Oliva
RUT: 19.024.827-5

Firma Investigadora
Katherine Lissete Monje Ruiz
RUT: 18.925.647-7

Santiago, 2017.

8.2. Entrevistas

Transcripción entrevista n°1

Investigadora:

Como le habíamos mencionado somos de la escuela de psicología de la Universidad Católica Raúl Silva Henríquez y estamos llevando a cabo una investigación que lleva por título ***“Narrativas de terapeutas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa”*** y es por esto es que queremos hacerle una serie de preguntas para poder ahondar en este tema.

Para comenzar nos gustaría que pudiera contarnos con respecto a su trabajo clínico con pacientes diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria.

Entrevistada:

Ehm... en realidad, no soy especialista en temas de los trastornos de alimentación. Nunca he hecho una especialidad al respecto, pero me ha tocado tratar a una persona hombre hace un par de años y cuando me preguntaron si es que alguna vez he visto a un paciente anoréxico hombre dije que sí por esto.

Él no consulto por esa razón, pero si sus síntomas, su descripción... fueron orientándome que sí tenía un problema alimentario secundario, probablemente a otras cosas que para mí eran tal vez más centrales. Yo, tal vez por mi orientación teórica no veo mucho a las personas por su diagnóstico, me parece que el diagnóstico es una sugerencia, una conjetura transitoria que sirve para orientar, para conocer un poco pero que encuentro que hay que olvidar rápidamente cuando uno empieza a tratar a alguien, porque la idea desde la orientación desde que yo trabajo es más bien ver a la persona y a lo que le está sucediendo y tratar de ayudar.

Investigadora:

Disculpe ¿cuál es su orientación de trabajo?

Entrevistada:

Yo trabajo desde el psicoanálisis vincular (silencio)

Investigadora:

Ok. ¿Nos podría contar un poco como llegó a trabajar con ese paciente con trastorno alimenticio?

Entrevistada:

Fue nada más que por qué me derivaron un paciente. Un psiquiatra me derivó a un paciente que básicamente tenía un trastorno tal vez obsesivo compulsivo y entonces fue saliendo de a poco en su historia las dificultades alimentarias que él tenía y fuimos... un poco como tratando de entenderla. En mi orientación como es básico tratar de entender que es lo que hay detrás de un síntoma ¿no es cierto?, y de tratar de entender con el paciente por que se defiende de esa manera.

Investigadora:

Ya, la siguiente pregunta ¿en qué contextos clínicos ha desempeñado su trabajo?

Entrevistada:

Eh..., ¿cómo es eso de los contextos?... es que es un hospital...

Investigadora:

Claro.

Entrevistada:

Ah ya, bueno yo por ejemplo, trabajé con niños que tienen problemas de alimentación en el hospital calvo Mackenna en unos grupos que hicimos, pero que no me acuerdo ni quien fue, pero eh... harán de 15 años atrás, entonces en esos niños... había de todo tipo de pacientes con problemas de obesidad, o de bulimia, etc., es ahí donde me contacto con estos problemas alimentarios por primera vez yo creo en forma como grupal y eh... acá en la consulta es el otro contexto en el que yo trabajo.

Investigadora:

¿Qué lugar tiene el proceso psicoterapéutico en el tratamiento de paciente con algún trastorno alimenticio? A lo que va enfocado nuestra tesis es sobre el proceso psicoterapéutico en relación con los trastornos.

Entrevistada:

¿Eso es como una opinión?

Investigadora:

Claro.

Entrevistada:

A mí me parece fundamental que un paciente con problemas alimentarios tenga tratamientos psicoterapéuticos me parece que en general pienso que, el tratamiento psicoterapéutico no solamente en estos pacientes, sino que en general en cualquier problema que tengan, niños adolescentes, adultos, parejas, familias, eh... que tenga que ver con salud mental me parece que la psicoterapia es para mí forma de ver lo más importante.

Investigadora:

Ah ya... lo considera fundamental.

Entrevistada:

Sí.

Investigadora:

Y, ¿qué especificidad tiene el trabajo psicoterapéutico con pacientes que tienen el diagnóstico de anorexia nerviosa? Ahora yéndonos más específicamente al tema que nos convoca que es la anorexia nerviosa.

Entrevistada:

A ver yo pensaría que uno está delante de un paciente que está utilizando fórmula dañina para el mismo en el que corre riesgo su vida tratando, eh... que el supone que sería bueno para él, ósea ya hay una concepción bien grande entonces digamos, esto pasa en otros contextos también, ósea hay muchas cosas que las personas hacemos y que no son tan sanas para uno mismo, entonces en ese sentido yo le quitaría esa especificidad, es decir, yo pienso que las personas tenemos que ser tratadas de forma integral, como... siempre me acuerdo de una autora, que ya ni me acuerdo quien era, pero lo que escribía, que contaba que en su caso recibió a una chiquilla anoréxica y que la chiquilla le llama la atención su terapeuta porque ella no se iba específicamente al síntoma y entonces la terapeuta le dijo cómo algo así como... ¡va! es que yo no te veo como una anoréxica, yo te veo como "X" y eso es como que había sido bastante central en la dirección de la cura de ese caso ¿No? Ver a una persona que transitoriamente está haciendo uso de cosas que no son muy buenas para la salud, un

mecanismo. Pero que viéndola de una forma integral se pudo haber entendiendo a como llego a eso y como pudiese salir.

Investigadora:

Ahora, en cuanto a su experiencia ¿existe alguna especificidad con respecto al proceso psicoterapéutico en hombres con anorexia nerviosa?

Entrevistada:

Es que no encuentro que haya alguna especificidad la verdad, es que como yo trabajo en una...yo no trabajo con ese síntoma ni siquiera cuando trabaje con niños obesos del hospital Calvo Mackenna, no íbamos por el síntomas, sino que íbamos por una cosa más general y pensando que conocerse, más que entenderse y entender porque uno reacciona cómo reacciona, como uno se defiende en realidad todo lo que tiene que ver con el insight y con el autoconocimiento es lo fundamental para dejar herramientas negativas y optar por cosas que tenían más que ver con la vida, la salud la entretención el pasarlo bien.

Investigadora:

A nosotros nos surgió esta pregunta en relación con la información que recogimos de la literatura que revisamos, ahí igual se daba a entender a que el proceso psicoterapéutico era distinto por ejemplo en el sexo femenino como en el masculino, se daba de distinto modo.

Entrevistada:

¿Esto en general en hombres y mujeres o distintos en anoréxicos o mujeres anoréxicas?

Investigadora:

Distinto considerando el trastorno de anorexia nerviosa, también nos llama la atención y en porqué va orientada en esta pregunta el tema de la anorexia nerviosa se tiende a dar bastante... se asocia a las mujeres, como de hecho hay un montón de paper que se hace mención como “las anoréxicas” “las pacientes”, excluyendo totalmente al género masculino. Entonces por eso nosotras queríamos saber que Ud. Considera que... bueno que en la práctica se da alguna diferencia....

Entrevistada:

Yo considero que en la práctica clínica no solo existe diferencia entre los sexos, ósea digamos en general y ahora específicamente en la anorexia que yo he visto. He visto a algunas chiquillas con anorexia que es más común, que ver chiquillos con anorexia, pero que en este caso yo no diría que para mí implicó diferencia en la práctica clínica... ósea a mí me parece que la práctica clínica es una cosa súper específica caso a caso... eh..., yo no podría hacer como generalizaciones en base a que las personas que sufren de este miedo deben ser tratadas de esa manera... No porque yo lo veo como una cosa como yo les decía como más integral. Pienso que las personas tenemos que ser ayudadas para funcionar de una manera sana en muchos casos y que eso va más allá de las edades y del efecto.

Investigadora:

Entonces, ¿su rol como de terapeuta no se ve afectado dependiendo del género?

Entrevistada:

Yo creo que no.

Investigadora

¿Y con respecto a la alianza terapéutica...?

Entrevistada:

Bueno ahí a mí me parece que hay algo como específico en el sentido en que el paciente estaba como siempre dudando si yo estaba a favor o en contra de él. Desde mi orientación no se suelen dar como opiniones o decir que está bien o que haga tal o cual cosa o tome tal o cual decisión ¿no?, entonces yo creo que él probaba mucho en un momento como para ver si yo iba a poder dejarlo como quien dejarlo libre... escoger libremente, en ese sentido podría ser que yo piense que ese síntoma lo llevo a poner más en juego a la terapeuta a ver si ella le iba a indicarle que tenía que comer más por ejemplo, o tenía que dejar de tener miedo de cómo se iba a ver porque eso no era tan importante... ósea como que habría, me da la impresión desde el punto de vista del paciente una serie de cosas que él había pensado que yo como terapeuta le iba a sugerir cosa que no suele ser así digamos.

Investigadora:

Y por ejemplo en ese mismo caso pero tratando a una mujer con anorexia nerviosa... ¿no se daba con los hombres?

Entrevistada:

Si, me parece que es exactamente igual

Investigadora:

Ah ya, entonces en ese sentido no hay alguna....

Entrevistada:

No, yo pienso básicamente que las personas no se tienen que hacer diferencias, ¿No?, yo no lo veo tan específicamente las diferencias en la clínica digamos.

Investigadora:

Y ahora con respecto a las limitaciones por ejemplo que sea... reitero bastante en los hombres porque es de nuestro interés. ¿Habría alguna limitación con que sea hombre como la persona que está atendiendo?

Entrevistada:

Yo creo que no hay limitaciones especiales para tratar a un hombre, lo que sí me parece que en la anorexia masculina pasa más inadvertido porque las niñas en realidad uno ve un curso contagiando de anorexia ósea es una cuestión bien complicada... como en otras edades por ejemplo yo trabajé en un jardín infantil durante muchos años, entonces me di cuenta que hay algunas conductas que son como contagiosas, por ejemplo mordermorder como el año más o menos cuando aparecen casos en un jardín aparecen más de un caso ya... y se traspasa muy rápidamente. Esta preocupación por mantenerse delgado por cumplir con cánones de belleza establecidas me parece que están más facilitadas en el caso de las mujeres; en el caso de los hombres un poco menos entonces los hombres declaran menos fácilmente este problema.

Investigadora:

Entonces, no es posible encontrarlo en la literatura

Entrevistada:

Claro, claro.

Investigadora:

Ahora con respecto a las implicancias... ¿tiene ciertas implicancias por ejemplo un hombre que padezca anorexia nerviosa?,

Entrevistada:

¿Implicancias? ¿Cómo de que tipo?

Investigadora:

Implicancias...

Entrevistada:

¿Como para la terapia...?

Investigadora:

Sí

Entrevistada:

Es que eso es lo que a mí me cuesta hacer, me cuesta separar por cualquier categoría ¿entiendes?... tal como se me haría difícil contestar que especificidad tiene tratar a una niñita con déficit atencional o un niño con déficit atencional, yo te diría que básicamente yo pienso que las personas somos todas peculiares, únicas, entonces como que trabajar con una persona implica tratar de verla conociendo bien en profundidad para que ella se vaya conociendo bien en profundidad entonces no me parece fácil a mí por lo menos no se me hace fácil establecer así como reglas que eso se da más entre los hombre o más entre las mujeres en la clínica ¿no?, porque el hecho de que en las mujeres sean más habituales sean más fácil de percibir, eso es una cosa casi que no tiene que ver mucho con la clínica.

Así te llega el caso, es un chiquillo que tiene anorexia y que su entorno no se encuentra enterado de esto no es cierto... sino que en el conocimiento de ese paciente uno va entendiendo que ahí hay básicamente algo que ... tiene que ver con anorexia, pero que él no ha consultado por eso ni es un problema para sus padres, o todavía no lo es...no es con ese nombre... en el caso que yo recuerdo es de un chiquillo que comía muy poco desde hace mucho tiempo y sus padres estaban preocupados por eso pero nunca le pusieron ningún nombre ni el pienso que era importante ponérselo tampoco.

Investigadora:

Entonces tampoco habría implicancias en la parte terapéutica pensando que es hombre y mujer.

Entrevistada:

Yo pienso que no. Ahora ... a mí me confunde un poco la pregunta, te explico, porque me da la impresión de que tratar a un hombre o tratar a una mujer tiene implicancias en el sentido de que eh... somos diferentes, hombres, mujeres, niños y adolescentes, grandes somos diferentes, pero también es diferente Juanito, pepito, etc. O sea, yo pienso que tratar a cada persona es un desafío muy grande y muy peculiar entonces como que hay asuntos que van viviendo en esa terapia, pero a mí me costaría hacer eso que Uds. quieren.

Investigadora:

Bueno nosotros hicimos esa pregunta como que la literatura mencionaba que por ejemplo a las mujeres le daba de una forma el trastorno y a los hombres de otro, entonces al momento de abordar un tratamiento también era diferente, en las mujeres era un fenómeno muy frecuente que se normalizaba, en cambio en los hombres era como ¡wow! algo distinto que está pasando ahí, porque era menos recurrente. Entonces a eso iba, si esto fue un suceso que le marco, porque puede que para Ud. haya sido como... no es un paciente más lo vi con... claro era un chico distinto que tenía el trastorno...

Entrevistada:

Un chico que desesperaba a sus padres por su forma de comer, yo creo que como yo veo familias también es decir, yo lo veía a él y lo veía a él dentro de su familia en otra hora, entonces se podría decir que una de las cosas características de esta enfermedad tiene que ver con el impacto emocional terrible para el padre y con la violencia que genera entre ellos porque se centran en el síntoma entonces se centra en que el chiquillo coma y que eso es bien complicado, pero creo que eso es característico en el funcionamiento familiar de anoréxicos en hombres como en mujeres, incluso yo diría que más que... me da la impresión de que algunos casos uno podría pensar que ya descentralizar el síntoma es una cosa muy importante porque a veces el síntoma se agranda, muchísimo por cómo funciona los padres ¿no?, los padres muy generosos pudieran agrandar o hacer una anorexia que no iba a ser de esa magnitud por el tratamiento que le dan digamos. Entonces muchas veces es bastante útil que los padres estén bastante tranquilos, lo más que se pueda.

Investigadora:

La literatura señala hartito de que la anorexia nerviosa se da en familia como que tenían conflictos importantes, por ejemplo, lo en familia sobre protectoras que

tenían un ideal para el hijo demasiado alto entonces también ahí se iba dando la anorexia.

Entrevistada:

Claro. Sí, yo pienso que en realidad eso es así y que por eso mismo descentrarse del síntoma e ir a lo que hay detrás es muy central, entonces ir como identificando en esa familia el grado de exigencia o el grado de dificultad de que el hijo elija lo que quiera, así como que coma lo que quiera también eso es mucho más importante que la cantidad de cuanto coma el chiquillo ese día.

Investigadora:

Ahora que lo menciona con respecto... ósea me llama la atención de que mencionara a la familia, en nuestra investigación queremos orientarnos desde un enfoque sistémico y encontramos que se incluyen varios factores y que no se puede estudiar el fenómeno solo, por ejemplo estudiar solo la anorexia, sino que incluye a su círculo cercano...

Entrevistada:

Estoy totalmente de acuerdo.

Investigadora:

Entonces, ¿nos podría comentar un poquito más al respecto...?

Entrevistada:

Yo la verdad es que pienso que... yo hice un magister en parejas y familias y realmente eso fue muy central para mi práctica clínica porque nunca más pude ver a las personas de a uno ¿no?... no las veo de a una en mi mente me entiendes, de repente claro los veo de a uno pero tengo como súper claro no solo

el impacto de las familias en el funcionamiento sino que en el impacto de cada grupo al que pertenece esa persona y el impacto transubjetivo que se podría decir el impacto social ¿no? A la cultura que esa persona pertenece, entonces me parece que dentro de la anorexia es muy central el impacto de la cultura, me parece que estamos en una cultura de poco fomento de la interioridad entonces es como que básicamente hay que mantener un afuera con bastantes reglas ¿no? Y bueno eso impacta a los jóvenes, entonces se van armando asuntos complicados.

Yo creo que la sobre protección en algunos grupos también es un asunto complicado porque la sobreprotección conlleva a una cierta agresividad una cierta agresión hacia al niño ¿no? En el sentido de que unos padres muy sobre protectores no lo dejan desplegarse como es...sino que están como siempre adelantándose a la necesidad.

Si uno lo ve desde Winnicott por ejemplo uno podría decir que no esperan el gesto espontaneo no es cierto porque un hijo necesita hacer un gesto en las cuales sus padres se den cuenta de una cierta necesidad para que entonces puedan proveer algo que el niño sienta en él, que él también es el creador de eso... a mí me parece que los padres sobre protectores de esa época se da mucho esa vuelta ¿no? Que termina por sacar el motor del niño y ponerlos en los padres, entonces tenemos un niño que espera que todo les llegue o adolescentes que esperan que las cosas les lleguen en vez de que ellos tengan claro del rol que ellos tienen en producir las cosas ¿no?. Yo pienso que el psicoanálisis vincular está muy cercano de lo sistémico en cuanto a las familias, al rol que le se lee otorga a las familias, que se les reconozcan.

Investigadora:

Me imagino que el tema de la anorexia... claro también incluye mucho a la familia... como nos comentaba que hace terapia como por ejemplo con las personas y después con la familia de esa persona y en el tema de la anorexia ¿es lo mismo?

Entrevistada:

Sí

Investigadora:

¿Siempre es necesario...?

Entrevistada:

Yo diría que especialmente en casos así es necesario porque para mi experiencia en general cuando alguien consulta a veces ya no es posible tomar a la familia o porque esa persona que consulta es muy grande o porque están todos como dispersos ¿no? Pero en general yo podría decir que el funcionamiento familiar tiene mucho que ver en el síntoma que haga una persona entonces me parece que es más rápido en la solución a los problemas cuando uno aborda el problema de forma personal y en forma familiar. Me parece que los niños en general si pueden ser ayudados por sus padres es algo que potencia cualquier tratamiento, que lo agiliza y que además es más multiplicador, los tratamientos yo creo que siempre han sido multiplicadores, siempre que una persona se trata se convierte en un agente de cambio en el fondo tanto dentro de su familia como dentro de sus amistades, me parecen que son personas que van tomando conciencia y eso es un efecto súper positivo en sus familias en sus amistades, en el medio en que se desenvuelven.

Investigadora:

Con respecto a la anorexia pero basándose en los adolescentes, me imagino que ahí es mucho más relevante...

Entrevistada:

Yo creo que en general se da ahí y que es muy relevante en las familias porque por ejemplo, alguien que empieza a limitar su ingesta drásticamente y que tiene a una mamá al lado y un papá relativamente tranquilos y más aún que lo ayudan por ejemplo, que esa persona le preguntan que está comiendo muy poco y esa persona pudiera decir es que en realidad quiero bajar un par de kilos y esos papás pudieran no alarmarse y en cambio ayudarles ¿no?, porque a mí me ha tocado ver por ejemplo y me estoy acordando de una chiquilla que tenía anorexia en que era chiquitita entonces ella no sabía mucho de calorías y de qué se yo que engordaba y que no entonces resulto muy útil que los padres, la terapeuta pudieran como abrir la información que existe al respecto no es cierto... porque ella, yo opino así que tenía todo el derecho de querer conservarse en un peso que a ella le hacía sentir bien, más aún, creo que es sano para cualquier persona tratar de conservarse en un peso que le parezca adecuado para ella y entonces me parece que es muy diferente ese caso que yo estoy recordando que tuvo una evolución súper positiva a pesar de que los padres llegaron terriblemente alarmados.

Hubo un caso de unos papás que se desesperan y que empiezan a poner reglas concretas con respecto a la cantidad que esa persona tiene que comer entonces ahí se meten rápidamente a un problema de que esa persona va a botar la comida o la va a vomitar o va a hacer una cantidad de conductas autodestructivas y destructivas de la confianza de la familias entonces la familia debe mucho que decir y mucho que hacer y a mí me parece que antes en el psicoanálisis clásico en tratar a un niño muchas veces era como, un poco sacarlo de su ámbito familiar, verlo a él solo y tratar de sanarlo a él un poco como quien dice a pesar de su

familia, ¿ya?, yo creo que eso es una eh... como quien dice, una cosa bastante negativa porque a mí el psicoanálisis vincular en ese sentido como que cree más en la posibilidad de sanar de una familia, de una mamá y la capacidad de ser un aporte en el funcionamiento del niño, no se trata de sacarlo y de sentir de que los padres van a boicotear la terapia, por supuesto que entendemos y vivimos ... ósea yo trabajo como 30 años y veo que muchas veces los padres llegan a boicotear una terapia, pero me parece que es más que nada cuando te da esa relación, de que el terapeuta no los puede involucrar positivamente en el tratamiento del niño.

Entonces, en cambio a mí me parece en esta cosa de mirar lo que pasa en la familia hay.... Claro hay algunas familias que les parece eso como muy terrible, una exigencia muy grande, muchos padres quieren llegar y dejar al niño aquí que uno lo arregle y se los devuelva sin que ellos tengan que hacer mucho trabajo, pero eso es una ilusión entonces uno logra que los padres se involucren a mí me parece que es una cosa... un círculo virtuoso el que se hace, una cosa funciona más rápido y mejor.

Investigadora:

Bueno ahora volviendo a los procesos psicoterapéuticos ¿Cómo han sido estos procesos terapéuticos que ha llevado Ud. con pacientes hombres diagnosticado de anorexia nerviosa?

Entrevistada:

Pienso que han sido todo un desafío en el sentido que no ponerme en el rol que el paciente quiere ponerme, ósea es como tener que estar haciendo un trabajo psíquico muy grande... bueno que uno hace con todos los pacientes en el fondo ¿no? Es como estar muy consciente de lo que es la transferencia y la contratransferencia para ver en qué rol me están poniendo y para qué y porqué

y si eso será útil o no para el paciente entonces un paciente... ese paciente que yo recuerdo... claro de repente me trataba de poner a mí en el rol de que había puesto a su mamá toda su vida.

Entonces como de que fuera ella de que se preocupaba por su salud física por decirte...entonces yo notaba un cierto intento que yo trataba de tener claro para no tener que actuar en esa forma, porque a mi bueno en general ¿no? No con él no más, sino que con todos mis pacientes es bien importante como el respeto por lo que le hará bien a ese paciente realmente uno creo yo que tiene que guardarse un poco sus opiniones eh lo que a uno le ha servido como para uno y ver con ese paciente que le servirá hoy. Entonces a mí me parece que siempre trabaje como en descentrarme del síntoma no cumplí con lo que él me estaba proponiéndome eso mismo que uno haría en el caso de un niño que tiene dificultades en el colegio yo trataría de descentrarme en ese síntoma y trataría de hacer que él le tome el peso y se vaya haciendo cargo de que es lo que quiere hacer... ¿querrá que le vaya bien? Entonces por ejemplo notaria cuando llega contento porque se sacó una buena nota, ósea notaria que ahí hay algo más que simplemente por cumplir, cuando uno realmente puede apreciar ese contento o porque en realidad aprendió algo nuevo y le abrió como una ventana ¿no es cierto? Entonces como ir entendiendo que todas esas cosas probablemente tienen inhibiciones detrás no un niño que le va mal en el colegio probablemente esta inhibido de alguna manera y por alguna razón que él tiene que ir descubriendo, eso es lo que le va abrir las puertas.

Investigadora:

Ahora con respecto al diagnóstico en este proceso ¿Cómo se toma el diagnóstico en base a su trabajo?

Entrevistada:

Yo el tema del diagnóstico en general es un conjunto que para mí no es demasiado relevante, una vez descartadas grandes cosas cuando yo conozco a un paciente... eh... yo casi siempre tengo la esperanza de poder ayudarlo siempre cuando él también esté dispuesto a trabajar conmigo y con algunas condiciones que yo pongo para ese caso en particular. Por ejemplo de repente uno refiere a algún paciente y piensa que ese paciente necesita ir al psiquiatra y a veces esa necesidad de que vaya al psiquiatra es tan imperativa que uno supedita el hecho de tratarlo a que el consulte con un psiquiatra, porque a las personas a veces les cuesta consultar, le tienen como una cosa así de anti remedio muy marcada y yo no sé si sea fans de los remedios pero la verdad es que pienso que a veces en algunas patologías y en algunos momentos de una persona pueden ser de gran ayuda los remedios para que esa persona pueda trabajar en psicoterapia justamente... creo que es la psicoterapia... la primera pregunta que tú me hiciste eso de que rol le veo a la psicoterapia, pienso que la psicoterapia es lejos el rol más importante que yo veo en cualquier trastorno de la psiquis en que la psiquis intervenga, pero a mí me parece que hay algunos pacientes, por ejemplo, un alcohólico yo pienso que un adicto de algún tipo es bueno que tenga un equipo para que lo vea ¿no? Entonces me parece que en estos casos específicos yo pondría como parámetros... entonces no vería a alguien adicto si no es con un equipo de profesionales, y yo no tengo un equipo profesional por lo tanto no vería a una persona que ese fuera su problema más central, ahora lo vería una vez que esté controlado esa parte la vería porque pienso que esa persona no necesita solo controlar eso sino que probablemente necesita trabajar cosas mucho más profundas pero para eso es necesario lo otro... ahí hay como una cosa de orden aquí, entonces para un chiquillo que este con una anorexia yo en caso del que yo vi no estaba en un riesgo vital, nunca pensé que yo tendría que psicoanalizarlo por ejemplo, pero sí que él estaba en un tratamiento psiquiátrico y a y me parecía importante para él y para mí ósea yo

podría trabajar más tranquila sabiendo que él estaba siendo abordado por otros lados, por otro profesional desde otra perspectiva ¿no?

Investigadora:

¿Considera que existen factores obstaculizadores y facilitadores en este proceso terapéutico?

Entrevistada:

Sí yo diría que hay factores de todo tipo, así por ejemplo hay sociedades en las que ir a tratamiento es más fácil que otras es como un valor social, por ejemplo yo que he estudiado en argentina bastante por ejemplo el magister lo hice en buenos aires podría decir que en buenos aires sabe de psicoanálisis todo el mundo que ir a análisis es como casi ir a gimnasia es algo que te hace bien en otro aspecto, en cambio en Chile yo creo que estamos un poco más atrasados en ese aspectos y especialmente en los hombres. Las mujeres pienso que desde hace muchos años consultamos mucho mayor posibilidad, más frecuentemente en cambio creo que los hombres están empezando ahora a tomar otros roles por suerte para ellos y para nosotras ¿no?, porque es importante que los hombres también puedan no solamente cambiar los pañales, sino que también su tratamiento psicológico va a ser un aporte en su pareja para sus hijos para su familia en general. Entonces en ese sentido sí me parece que hay condicionantes que facilitan ¿no? por ejemplo, estudiantes de psicología son personas que obviamente van a consultar con mucho mayor posibilidad, porque está claro que uno estudia eso ¿no? Como se va beneficiando y además dentro de la orientación que yo tengola gente que está en el área psicoanalítica siempre ha sido gente que se supervisa, que va a análisis, que tiene esa forma de funcionar para siempre, o sea ... nunca uno piensa que llega una edad donde no necesita más supervisión, no existe en la orientación en la que yo estoy, entonces...es como saber que uno se tiene que ir pillando siempre para poder tratar bien a alguien, y

entender bien la contratransferencia. (pausa breve) la transferencia y la contratransferencia no cómo mm... incluso la contratransferencia y... la transferencia en el vínculo que no haya tanto eso del psicoanálisis vincular, como que descentra el problema incluso de la persona no cierto, y la pone en el vínculo. Entonces un paciente anoréxico, estamos como muy claros, en qué es lo vincular que está ahí funcionando (silencio)

Investigadora:

Y esto llevándolo al plano de la anorexia nerviosa, por ejemplo, por clase, quien consulta más o quien consulta menos o quien está más dispuesto al tratamiento

Entrevistada:

¿Cómo por clase?

Investigadora:

Clase social, por ejemplo, o algún factor que sea diferente.

Entrevistada:

Ah no, yo pensaría, por ejemplo, que, en esto, ser hombre o ser mujer marca una diferencia muy grande, las mujeres somos más proclives a consultar, a no ocultar la necesidad eh... los hombres están empezando a caminar un poco en ese sentido, pero me parece que para ellos es más difícil. (silencio)

Investigadora:

¿Y algún factor facilitador?

Entrevistada:

Yo creo que la exigencia, las altas exigencias eh... podría ser un factor facilitador para entrar en una anorexia las exigencias familiares altas y no habladas, muchas veces eh... se nos olvida que conversando las cosas, todo es menos complicado, no?, entonces tener un par de papás muy exigentes pero que hablan sobre las exigencias con sus hijos y son capaces de darle vueltas al asunto y entender la posición del chiquillo, la chiquilla o el niño en relación con las exigencias hace una situación mucho menos grave que las altas exigencias no mencionadas, verbalmente, entonces ese hijo o hija están con menos posibilidad de elaborar psíquicamente, en el contexto en que ellos están, porque son tabú, la exigencia es tan grande, que no permite hablar de las exigencias.

Investigadora:

¿Con respecto al proceso psicoterapéutico? ¿Hay algo que gatille o que impulse a las personas que padecen este trastorno, a tomar la decisión de iniciar el proceso? ¿O que le dificulte?

Entrevistada:

mm... no sabría establecer una cosa, porque eso estaría antes de que la persona venga no?, o sea yo pienso que hay causas, una vez más, así como intra, inter y trans, es como algo que uno podría definir causas intra como por ejemplo, darse cuenta solo de un grado de sufrimiento y de... decidir que en realidad basta y que es bueno consultar, eso podría pasar incluso en lo físico, una persona que le duele algo y de repente dice : “No, esto es absurdo, ¿por qué no voy al doctor?”, y va, no cierto?. Después lo inter, que tiene que ver con los vínculos con otras personas a mí me parece que es bien determinante también, hay familias que están, entre comillas “No creo en los psicólogos”, “No creo en los psicólogos ni en los psiquiatras”, es una cuestión muy absurda no?, porque uno no tiene por

qué creer en nada específicamente, yo no podría decir “Yo creo en los traumatólogos”, pero si me duele la rodilla, es altamente probable que yo voy a consultar a un traumatólogo, puede ser que le crea a uno más que a otro, pero voy a consultar, porque tengo como en mi disco duro que son personas que han estudiado y algo que a mí me sirve en ese minuto, entonces el estilo, de las creencias familiares, hay familias por ejemplo, que tratan de hacer todo solas, que no piden ayuda en nada, que es un valor no consultar, en general son familias que tienen hartos problemas pero, que no consultan.

Yo por ejemplo, que tuve la oportunidad de trabajar en un jardín infantil por 25 años, en un jardín infantil sala cuna, yo pienso que lo más sano y lo más enfermo, yo lo vi en el jardín, porque es gente que no consulta, los más enfermos por lo general no consultan, la parte más enferma de la población queda fuera de las consultas entonces, pucha... que distinto es cuando una chiquilla empieza a tener anorexia o empieza a tener algunos síntomas en relación con esto, y está en una familia amorosa, que puede... digamos dialogar, que puede... presentar oportunidades como, “quieres ir al psicólogo”, “tal vez... vi que en la católica hay una cosa de... alimentación, no te gustaría participar” , o sea como que están abiertas a que la vida en el fondo es crisis, crisis y soluciones, es como distintas visiones, la familia, o las personas que ven más crisis como parte de la vida, encuentro que... es más fácil todo, cuando las exigencias apuntan a qué no hayan problemas es muy complicado.

Investigadora:

Se dificulta aún más todo...

Entrevistada:

Claro, claro, porque lo primero para abordar un problema es verlo; los padres por ejemplo que niegan que su hijo o hija tiene un problema, ya todo se hace más complicado (Silencio)

Investigadora:

Hay una cosa que llama bastante la atención, es qué dentro de la literatura, mencionaba que las personas que tienen anorexia nerviosa, les costaba asumir su trastorno, por ejemplo en el caso de los hombres claro también iban por otro tipo de problemas, como drogodependencia, depresión, y a través de eso se iba dando la anorexia, porque claro quedaba descubierto que existían problemas con la alimentación, entonces también era llamativo, porque no eran capaz de asumir el trastorno, por lo menos yo me pregunto si uno no asume que tiene un problema es complicado dar el paso para querer tratarlo.

Entrevistada:

Por supuesto, yo creo que eso es muy muy importante, y por eso es tan importante todas las campañas públicas, respecto de cualquier dolencia, como bien dice, porque te abre los ojos, permite que las personas nos preguntemos “¿Me pasará esto a un grado que yo debería consultar?”. (silencio)

Investigadora:

Claro, porque a veces las personas tienden a... cómo no se ve “No voy a ser yo el primero en reconocerlo”, por así decirlo.

Entrevistada:

Claro

Investigadora:

El otro tema... Bueno le comento un poco nosotras, primero queríamos orientar la investigación y entrevistar adolescentes que tuvieran anorexia nerviosa, hombres, ahí encontramos que había muchas limitaciones, el mismo tema que ellos no reconocen su enfermedad...

Entrevistada:

Claro, cómo encontrar la muestra

Investigadora:

Claro, uno era encontrar la muestra y lo más difícil, y como eran hospitales era un proceso muy largo, por ejemplo, seis meses y nosotras ya en diciembre tener la tesis lista, y lo otro que nos dificultaba era como acercarnos a ellos y hacerle una serie de preguntas si ellos tal vez ni siquiera reconocen que tienen el trastorno.

Entrevistada:

Yo creo que es posible, yo creo que es posible ir a esos pacientes que están en un hospital, ya hospitalizados, porque en realidad... la anorexia si evoluciona mal, termina en una muerte, que probablemente va estar un tiempo hospitalizado, y le van a dar por suero los nutrientes necesarios, es una cosa muy terrible digamos, entonces eventualmente se podría hacer un estudio en un hospital con pacientes que ya están este grado, pero no serían pacientes que dan vuelta digamos, que están en la vida común corriente de cada uno. (silencio).

Investigadora:

Por lo menos lo que yo me preguntaba era como acercarme a ellos, por ejemplo cuando usted atiende un paciente con anorexia, entonces es algo que siempre me ha dado vuelta, ¿Cómo va a ser el primer contacto?

Entrevistada:

Yo creo que no es fácil, eh... por ejemplo eh... , a mí me gusta mucho grupo, hacer grupo como forma de terapia, entonces eh... una vez traté... de aplicar la herramienta grupo psicoanalítico a el problema de alimentación, con una colega eh..., leímos hartoo, investigamos hartoo, yo trabajo con una cosa que se llama fotolenguaje que es una herramienta bien útil en clínica e incluso en fotolenguaje hay un libro específico, con un set fotografías específicos para usar en trastornos de la alimentación, pero empezamos a darnos cuenta que una buena parte de la bibliografía decía que no era útil hacer un grupo de gente que tuviera anorexia por ejemplo, porque se instalaba en el grupo una cosa bastante mortífera de competencia por quien come menos, entonces tampoco era una forma muy útil de hacer ese acercamiento del que tú estás pensando (Refiriéndose a lo que comenta la investigadora), nosotras alcanzamos a hablar con varios médicos que se dedicaban al trastorno de la alimentación para que nos derivaran pacientes para hacer este grupo y finalmente no resultó, todo por todas esas razones que yo te estoy dando.

Investigadora:

Pero por ejemplo su experiencia en consulta privada con pacientes que tienen este trastorno... ¿Cómo se daba el tema, cuando llegaban por ejemplo?

Entrevistada:

Es que a mí nunca me interesa, decirle a mi paciente que tiene anorexia, por ejemplo, o que mi paciente me diga a mí que tiene anorexia, no va por ahí mi trabajo, mi trabajo es como abordarlo, o sea, ayudarlo a entender, ¿por qué hay algo que causa placer?, así como bastante generalizado y que para él es un problema, te fijas?, es como yo pienso que los niños que tienen dificultades en el colegio, en el rendimiento escolar, pasa como por el mismo lado ¿Por qué hay

algo que causa placer?. Uno podría decir, que hay algo de impulso epistemofílico, así como quién dice, algo que te lleva a conocer y que produce placer, el tránsito digamos, cuando uno ve un niño, cuando puede juntar dos letras y entendió la forma en que se hace, es una cuestión super placentera, ¿hasta de observar no?, porque es muy lindo, ver a alguien cachando algo, como quien dice, lo mismo pasa en terapia, es como ah! Si junto esto con esto, entonces entiendo por qué le tengo miedo a lo otro, digamos, es una cosa bien bonita de vivir como proceso, entonces un niño que no disfruta con ese proceso, al tiro me lleva a preguntarme bueno, ¿por qué?, es lo mismo que yo me preguntaría con un paciente anoréxico, ¿por qué... no se poh?, a todos nos encantan ciertas cosas de comer, pero la persona está como bloqueada en ese aspecto, con inhibición de algún tipo, (pausa breve), como tener menos goces posibles digamos.

Investigadora:

Bueno, nos podría contar ¿Qué ha aprendido al trabajar con personas que tienen este trastorno de anorexia nerviosa?, algo que rescate...

Entrevistada:

Me parece que, básicamente con este chiquillo que yo recuerdo, eh... una de las cosas que me.... no podría decir que lo aprendí con él, pero sí como que me reafirmó, me confirmó, en mi percepción, de que las personas, cada persona necesita de su metro cuadrado como quien dice, ir decidiendo todo lo que le atañe, tenga la edad que tenga, aunque sea bien chiquitito, el decidir si quiere o no quiere comer el plato, me parece que es bien central para una salud mental futura, o para no tener que estar, estarse oponiendo sus padres, castigándose en el fondo, sino que oponerse a sus padres sea algo lúdico también, como de competencia, de poder pelearle el punto, de poder competir en algo, y en ese caso yo recuerdo que habían padres terriblemente sobreprotectores, entonces no es que lo haya aprendido ahí, pero sí, comprobé una vez más que el tratar de,

que se dé una sana autonomía, yo no pienso en que las personas podamos ser autónomas totalmente, pero sí, como interdependientes, teniendo claro que cosas necesitamos de los demás que nosotros podemos aportar, eso se me confirma, en este caso, (pausa breve)

.... el hecho para defenderse de los padres, que a veces es tan difícil, el padre o la madre que se mete en el plato del chiquillo y... le pone lo que estima que es lo que tiene que comer o la que le pone el chaleco cuando en realidad no... él no tiene frío no?, eso se puede ir haciendo hasta de muy chiquitito, cuando un niño realmente no puede hacerlo solo, peor ya tipo dos años, los niños ya expresan “¡oye yo no tengo frío!”, entonces es útil el ir pudiendo escuchar, la terapeuta también tiene que ir guardando esos chalecos que ella se ponga, pero pensando en que al paciente no le hace falta en ese momento, cómo, una cosa no necesariamente me sirve a mí, le sirve a él (pausa breve)

.... El rol de agresión también, cómo, me confirma una vez más, que el buen manejo de la agresión es útil, el poder devolver, poner límites, decir “hasta aquí nomás llegas tú mamá” “Yo veo como lo hago”, entonces ese es un buen uso de la agresión diría yo, como poner límites... eso son cosas cómo generales, que podría decir yo que son importantes

Investigadora:

Para ir cerrando, bueno le comentamos que existen pocos estudios relacionados al proceso psicoterapéutico con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa, entonces es un campo poco investigado. ¿Qué opina usted al respecto? ¿Por qué cree que se da esto?

Entrevistada:

O sea, yo empezaría por lo más macro, pienso que en Chile hay pocos recursos para investigación y para tratamiento, también diría que en los tratamientos

mentales, tienen menos posibilidad que otros, son menos reembolsados incluso, si no lo saben, ya lo van a saber, porque es terrible ver a un paciente que tiene una cosa física, le van a dar más posibilidades, en su Isapre, en Fonasa, en cualquier cosa, y... para pacientes que tienen algunas, que tiene que ver con la salud mental, bueno habrán tres sesiones, seis sesiones a veces y es muy complicado eso que no hayan recursos para que se adjudiquen a una disciplina que yo creo que marca terriblemente, incluso otro tipos de enfermedades, o sea yo creo que una persona que está sana mentalmente, se va enfermar menos, incluso de un resfrío, entonces me parece que mm... eso sería como una razón, en general de por qué esto ha sido poco estudiado, también porque tradicionalmente en la cultura, los hombres no se preocupaban tanto de su apariencia física, antes teníamos más ese esquema de troglodita, la bella y la bestia un poco así, eh... entonces, bueno, no ha sido muy mirado, y ellos consultan poco en relación con ellas, yo creo que eso ahora está revertiéndose, por ejemplo yo tengo más pacientes hombres que mujeres, en este momento (pausa breve), que más podría ser...

Investigadora:

Nos llama bastante la atención, que por ejemplo en manuales con respecto a la anorexia nerviosa, había un apartado que hablaba de “las pacientes” y super poco mencionaba a los hombres pero eran como dos líneas. Eso igual habla que en nuestra sociedad, atribuye el trastorno de anorexia a las mujeres...

Entrevistada:

Lo que pasa es que ahí hay una cosa que es una interacción, que por algo se le atribuye más a las mujeres, por ejemplo uno ve en un curso mixto por lo menos una o dos niñas que están al borde de la anorexia en relación a ningún niño que está al borde de la anorexia, entonces se podría hacer ese estudio en colegios, que no sería malo, pero a mí tampoco me parece que los estudios que apuntan

al diagnóstico sean lo central, me parece que la terapia es lo más central, y tener recursos para la terapia y estudiar más sobre la importancia de la terapia y la incidencia de la terapia en las distintas enfermedades físicas o no físicas, por ejemplo, acabamos de ver, yo venía escuchando en la radio sobre las licencias médicas, acaba de aparecer ayer, me parece un nuevo dato, un nuevo aumento de la cantidad de licencias, las primeras son enfermedades mentales, entonces es curioso que no se pongan más recursos ahí (pausa breve)

Investigadora:

Sí, llama la atención

Entrevistada:

Sí... es como un auto boicoteo

Investigadora:

Bueno, con esto finalizamos, gracias por su disposición, fue muy claro.

Entrevistada:

Qué bueno, me alegro. A mí también me hace bien pensar de vez en cuando... en estas cosas

Transcripción entrevista n°2

Investigadora:

Bueno para comenzar nos gustaría que pudiera contarnos un poco acerca de la experiencia como ha sido el trabajo clínico con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria en general.

Entrevistada:

Ya yo empecé... bueno siempre tuve la inquietud, como que me interesaba el tema pero nada especial ... buena experiencia encontraba como interesante la enfermedad en sí y empecé a estudiar más del tema en el año 2000, años atrás... porque me invitaron a formar una unidad en ese momento con Freddy D. que es un chileno, un psiquiatra chileno que se especializó en trastornos alimentarios trabajó en Chile pero se fue a vivir a Estados Unidos, vive en New York, entonces me invitaron a ser parte de una unidad de tratamientos de trastornos alimentarios donde participaba, además una nutricionista, una terapeuta familiar ósea se estaba formando y Freddy este psiquiatra teníamos con él videos conferencias todas las semanas, eh no en realidad dos veces a la semana donde él nos empezó a enseñar un poco el manejo de arquetipos de pacientes y algunas perspectivas más cognitivas conductuales desde lo que pasa nutricionalmente, manejo con la familia, etc. y ahí estuve en esa unidad... ¡uff! no sé debió a ver sido 12 o 13 años no menos y ahí me independicé y sigo trabajando en el tema, ósea pero acá en la clínica sola, no en el instituto ese fue mi comienzo.

Investigadora:

Entonces en el contexto clínico como mencionaba había sido primero con este psiquiatra...

Entrevistada:

Claro primero con este psiquiatra para tener experiencia y luego con la doctora HALMY que es una mujer gringa también vino a Chile a hablar con nosotros que es como que una que ha desarrollado uno de los manuales para el tratamiento de este tipo de paciencia y ellos tienen hay no sé poh, tienen hospitales con tratamientos específicos de hospitalizados, entonces aprendí a manejar esos manuales, el tratamiento desde lo hospitalario desde el paciente más grave hasta el paciente que tiene algunos síntomas entonces ahí estuvimos como un buen training pero era casi siempre desde la perspectiva cognitivo conductual y yo estoy en el ICHPA, soy psicoanalista entonces si bien es cierto es importante, muy importante tomar ese aspecto porque es imposible pensar en cómo aplicar algunas cosas en pacientes que están desnutridos severamente también empecé a estudiar y a investigar por mi parte sobre todo en la línea del psicoanálisis para integrarlo como terapeuta familiar... ósea, perdona como terapeuta individual, porque el tratamiento era psiquiatra, nutricionista, terapeuta individual y terapeuta familiar y yo en el equipo era el terapeuta individual.

Investigadora:

Bueno con respecto a la anorexia nerviosa ¿cómo llegó a trabajar en ese trastorno en particular?

Entrevistada:

Eh... bueno son las pacientes que nos empezaron a llegar una vez que ya teníamos conformada la unidad... eh empezamos a hacer cierto ruidos y nos empezaron a llegar pacientes... eh... y ahí tuvimos la experiencia de ver anorexias nerviosas de tipo restrictiva que son las que no comen pero no purgan

y anorexias purgativas que son las flacas, pero que si vomitan, eh... y también muchas veces creo que era no sé yo creo que entre la bulimia y la anorexia era lo que me llegaba el mismo porcentaje.

Investigadora:

¿Se refiere en la bulimia y la anorexia como el mismo porcentaje?

Entrevistada:

Claro, como en la cantidad de pacientes donde pueden estar de un lado del otro...

Investigadora:

bueno ahora entrando en la anorexia en hombres... ¿Cómo llegó a trabajar con estos pacientes eh cuanto duro si es que duro la psicoterapia cuanto es el tiempo estimado...?

Entrevistada:

El tratamiento supuestamente en la psicoterapia es a lo menos dos años todo va depender del diagnostico de la edad de la gravedad de los antecedentes premórbidos de la personalidad etc. Pero en promedio en general uno piensa que son dos años si nosotros pensamos en un paciente tipo con una anorexia de tipo restrictiva con un peso demasiado disminuido lo primero que se hace es ingresarlo a clínica a clínica psiquiátrica que estén especializadas en eso y donde participamos activamente ósea vamos todos los días y donde precisamente en donde la intervención es hacia lo nutricional básicamente los pacientes empiezan con un régimen de ensure el ensure es un tarrito bueno hay harta propaganda, que tiene muchas vitaminas y minerales y no sé qué ... entonces era más probable que ellos acepten un régimen liquido en donde se vayan regulando eh nutricionalmente porque están tan severamente desnutridas que es muy difícil

que piensen adecuadamente eh y un trabajo psicoterapéutico de contención de vínculos eh... porque en general van a desconfiar mucho de uno lo que piensan en general es que uno lo quieren engordarlos entonces se trabaja con la idea de que ellos tienen el control, ósea de que si no se quieren tomar todos el ensure que son los primeros días eh no se lo toma etc. Y después se pasa a régimen de comida solida con las porciones y el porcentaje de comida que son adecuadas al tamaño estructura edad, etc. Ósea jamás se va a dar un plato grande de comida... no la idea es ir acostumbrándoles la visión eh tamaño de los platos también en la educación con las familias

Investigadora:

Me había comentado que tenía experiencia con dos pacientes hombres.

Entrevistada:

Sí, dos pacientes no más

Investigadora:

Y en este caso, ¿cuánto ha durado la psicoterapia específicamente en estos pacientes?

Entrevistada:

Bueno, uno en particular debe haber durado 2 años y medio y con el otro paciente creo que estuve 4 años pero el proceso de salir netamente de la anorexia debe haber durado un año, año y medio después se quedó en psicoterapia... eh en otros aspectos.

Investigadora:

Entonces, respecto a esa experiencia que nos menciona que aspectos aparecía entonces en estos procesos psicoterapéuticos en estos pacientes... en cosa de

alianza ¿cómo a lo mejor eh era su experiencia como terapeuta en un hombre que tenía anorexia?

Entrevistada:

Bueno primero eh recuerdo de enfrentar los prejuicios de etiquismo y de la gente que te rodea de que al tiro te dicen que es gay antes de que entre... “es gay” eh... no son gay puede que alguien sea gay, pero no es eso ¿cachai?, eh... hay muchos prejuicios entorno a eso entonces es difícil además de que los hombres relate que tienen ese tipo de problemas porque está muy relacionado con algo femenino... cuando en mi experiencia con estos tipos de pacientes en general los síntomas de los trastornos alimentarios son casi iguales a los de las mujeres ósea no hay mucha diferencia. Le tienen terror a la comida, a subir de peso tienen distorsión de la imagen corporal eh les cuesta mucho comer eh si llegan a restringir mucho después tienen atracones ... si tienen atracones a lo mejor van a vomitar o a lo mejor se encierran al gimnasio... lo que yo he visto es que los pacientes hombres con TCA son pacientes que al igual que las mujeres no les gusta que se les note o se les vea las características propiamente del sexo. Por ejemplo las mujeres no quieren tener poto ni pechuga ni cintura ni nada ósea el ideal es como un palito eso es lo bello, es como estar en un estado muy infantil pero muy delgada y en los hombres por lo general les molesta la espalda uno podría pensar que está relacionado con este... que se obsesiona con el cuerpo también y que pueden estar metidos todo el día en el gimnasio que se yo pero eso son otros tipos, es otra características. Los pacientes con TCA en términos de anorexia son pacientes que no les gusta tener pectorales que se sienten en shock en general uno puede ser súper flaco pero que en su estructura se sienten gigante y hacen todo lo posible por disminuirse por tratar de estar pequeñitos, delgados.

Investigadora:

Y el tema de la edad... ¿ahí influye?

Entrevistada:

¿La edad?

Investigadora:

Si

Entrevistada:

Si yo creo que la edad influye ósea la gran mayoría se da más en la adolescencia o en algún minuto de lo que uno podría considerar adolescencia, así como entre octavo básico hasta mitad de universidad o casi finales de universidad ese es como el periodo en general que se gatilla la enfermedad muchas veces en el colegio eh uno puede apreciar principalmente los TCA en las mujeres eh... no tengo la incidencia en el porcentaje que puedan tener los hombres y tengo la impresión de que los hombres a lo menos lo que yo he conocido ha comenzado en la época de universidad.

Investigadora:

¿En el caso que ha atendido se dio en ese periodo?

Entrevistada:

En ambos se dio al ingreso de universidad, porque hay algo del cambio vital y del proceso de crecimiento que por un lado tiene que ver con el crecimiento físico pero el shock de las mujeres de la menstruación y del cambio corporal produce mucha angustia en términos de crecer cuerpo y crecer cabeza y de ser adulto o ser más grande eh... y como que se concretiza en el cuerpo, es como casi una especie de pensamiento mágico o delirante que no lo tienen muy consiente pero es como que si “yo regreso si yo desaparezco yo vuelvo a esa infancia” y en los

hombres en general pasa lo mismo pues es como un rechazo a seguir avanzando quiero quedarme en la casa con mi mamá idealmente y ya se quedo ahí y no quiero nada más.

Investigadora:

Como ajustándonos a estos dos pacientes... como ha sido este proceso psicoterapéutico si se ha puesto dificultades en el vínculo, como se muestran ellos, que pasa dentro de este proceso psicoterapéutico.

Entrevistada:

Ósea al principio hay mucha desconfianza, depende ambos tenían distintas personalidad, uno era mucho más como necesitado de afecto y el otro mucho mas frio, eh... pero si bien es cierto lo que uno puede apreciar que al principio siempre hay desconfianza, nunca te van a contar todo uno lo da por contado... "has vomitado o no has vomitado, cuanto vomitái" ósea es como... eh en el periodo de desconfianza es porque realmente piensan que lo que tú quieres es hacerlos engordar y que tienes una cierta alianza con las familias y que les das grandes platos para que ellos sean gordo, es habitual que ellos hayan sido hombres gordos en la infancia por ejemplo ya y que después en la adolescencia no se quedaron con ese temor presente, una vez que ha pasado ese periodo de desconfianza eh las temáticas pasan a ser parecida pero sin embargo ellos tienen más incluido en la cabeza tener que ser como hombre lideres, machos alfa, las chiquillas o las niñas que veo, en general la adolescente no necesariamente tienen eso en la cabeza por que crecer es esta relacionado mas con la sexualidad, con salir de la familia con un pegoteo familiar , etc. Millones de fantasías, eh hay muchas ideas obsesivas alrededor, suelen ocultar muchas cosas asquerosas, se ven muy pulcra pero son súper muy asquerosas las cosas que hacen y los hombres hacen lo mismo que las mujeres lentamente empieza a aparecer la verdad de cuanto realmente comen o cuanto realmente vomito, no sé

uno de los pacientes que me toco atender por ejemplo comía solo las cascarras de las comidas, cascarras de plátanos, no me preguntes que pero eso hacía y pescados y tienen algo más narcisista es como yo sé lo que hay que comer porque en las cascarras se concentran todas las vitaminas y minerales y lo tu me estás diciendo o lo que la nutricionista está diciendo no vale eh entonces tienen más defensas narcisista en ese sentido como para recibir o tal vez porque la transferencia con una terapeuta mujer va hacia lo materno y ahí se da mucha desconfianza... Entonces, el primer periodo es en general si tú piensas en la alianza, en que confíen en ti, en tener... esta sensación que tu no lo estás retando, no lo estas controlando, y que tú estás queriendo ver que es lo que pasa para después de ahí ver que es lo que se puede hacer y que él va a decir que es lo que hace y después eh... hay una especie de psicoeducación alimentaria, o sea, porque están llenos llenos, todos en general, hombres y mujeres... y los hombres que me han tocado a mí, tienen ideas más locas aún sobre los alimentos que hacen bien y que hacen mal, o sea... en general para ellos todos los carbohidratos son el diablo en persona, para que hablar del azúcar, el aceite, eh... Pero eso es términos generales... A mí me tocaba ver, por ejemplo, que el aceite de pescado era excelente, entonces lo tenían que consumir. Eh.... más preocupados por ejemplo por las proteínas ¿no?, pero finalmente más o menos terminan comiendo más o menos lo mismo.

Investigadora:

Entonces ahí, ¿Cómo se trabaja con el diagnóstico de estos pacientes? ¿Si llegan por alguna derivación o no?

Entrevistada:

No... cuando el paciente llega porque tiene un problema alimentario, está muy delgado, gordo, muy aquí muy allá, o lo han visto vomitando, se hace una evaluación, la evaluación consiste en entrevistas clínicas de psiquiatras, de la

nutricionista... historia de vida, historias familiares, según la edad en general uno puede tener accesos familiares al esposo o la señora en este caso, eh... de la historia y uno puede ver que eso coincide con un cuadro de trastorno alimentario de determinadas formas.

En los trastornos alimentarios en general empiezan de determinada forma, empiezan con un deseo a lo menos de ser una anorexia restrictiva, es decir, de no comer, eso es como el máximo de la pirámide, son las mejor vistas dentro de... o el control máximo es super importante, después en segundo plano son las anorexias purgativas, después vienen las bulimias y después trastorno por atracón, es como dentro de esa mm.... de esa bolsa mientras más control hay, son más valorados entonces. "Puedo controlar el hambre, puedo controlar el no comer. tu no podí controlar nada" y eso se liga harto al narcisismo masculino... ahora cuando uno ya ha establecido un peso mínimo puedes trabajar en él... es que hay como dos caminos, una vez establecido el peso mínimo, probablemente va a generar un cambio anímico importante, o sea para mí fue bien impresionante, porque yo como buena psicóloga encontraba que todo esto era solo psicología, pero cuando los pacientes con bajo peso entran a la clínica y comen bien, el cuadro desaparece sin haber hecho nada, o sea solo comió, y ahí uno se da cuenta de que importante es lo que uno come! O sea, como, que de verdad eso de comer bien era cierto, uno vive también en una sociedad llena de prejuicios, es una cultura que está llena de prejuicios, que tú vayas a decir que en realidad comer arroz es bueno, te miran como... me miran como que estas igual mal ¿Cachai?, porque somos una sociedad en donde el peso normal, es un peso malo, eso deseado es un bajo peso.

Investigadora:

Entonces, dentro del proceso psicoterapéutico con estos varones. ¿Qué factores obstaculizadores se evidenciaron y facilitadores?

Entrevistada:

Mira, en general hay un pegoteo con las familias, hay un pegoteo de ellos con la familia, ellos dos tenían lo mismo, familias que son... mamás que son muy Eh... Como sobreprotectoras, mira es una sobreprotección que no es cuidado afectivo, es como una especie de sobreprotección controladora ¿ya?, que los mete en medio de un núcleo familiar donde no tienen amigos, o pocos amigos, no tienen relaciones de pareja, no se han logrado insertar bien en la universidad, y hay una probablemente, en general, conflictos familiares donde ellos están metidos entremedio, y además conflictos familiares no hablados, siempre hablamos con la terapeuta familiar que trabajo, esta cosa del secreto de las familias, o de que los papas saben que uno de los hijos tiene tal problema pero no se habla con los otros hijos, o los papas saben algo y no le dicen a nadie, como... algo que siempre está dando vuelta y hay un paciente que hace síntoma que expresa algo... como rechazando el alimento, y yo creo que ese elemento bien manejado puede facilitarte mucho la tarea, si logras entrar en la familia y que ellos entiendan el proceso, yo creo que en estos dos me toco de las dos, una que entendió y otra que no entendió nada, pero igual son cabros que uno puede empoderar, como quizás... orientarlos hacia lo externo, hacia hacer amigos, hacia buscar relaciones de pareja, agarrar redes fuera, o sea lo que no tienen acá lo tengan allá.

Investigadora:

En caso de que existiera alguna especificidad respecto a estos procesos con estos pacientes ¿Cuáles podrían ser?, en cuanto a su rol como terapeuta, si es que existen ciertas limitaciones y las implicancias también que llevan al atender a estos pacientes.

Entrevistada:

Bueno yo creo que... una de esas es sobre los prejuicios en términos de un hombre que tiene una anorexia, como esto que decía al principio que era Gay, entonces... ¿qué otra pregunta me hiciste?

Investigadora:

En general, si existe una o varias especificidades...

Entrevistada:

Bueno, esa es una especificidad importante a tomar en cuenta eh... porque de alguna forma u otra rechazan la masculinidad así como las mujeres rechazan la feminidad, pero pareciera que está mucho mejor visto, acá eh... en algún minuto se habló de una enfermedad que te metías todo el día en el gimnasio que la llamaban Vigorexia ¿ya?, que claro es también es un cuadro que está también dentro del trastorno alimentario, porque lo que haces tú es estar obsesionado todos los días con que tienes que comer no sé cuánto, para lograr un determinado cuerpo, en suma el exceso de control "Yo voy a manejar mi cuerpo", pero los hombres que lo hacen en general quieren ser musculosos, quieren tener espalda más ancha, musculoso un poco más grandes, pero los que tienen anorexia no, realmente quieren volverse guaguas otra vez, entonces eso es importante a la hora de encontrarse con un hombre que está rechazando eso ¿No? Y que la sociedad, los amigos en general no los van a ver ... no los van a evaluar bien, que si uno piensa que hay un grupo donde llega... pensemos en una anorexia extrema que eso pone nervioso a todo el mundo, pero que llega una chica muy flaca pasa bastante piola y algunos dirán "¿¡oh que envidia!" ¿Cachai? Eh... pero si eso pasa en un grupo de hombres y ves que ese mismo a la hora de almuerzo se está comiendo una ensalada no es lo mismo si tú ves a diez mujeres comiendo ensalada ¿Cachai? Es como... se normaliza y eh... en general hacen harta actividad aeróbica también, los hombres, yo creo que las mujeres somos más proclives a ... la purga puede ser a través de cualquier cosa, que te metiste algún

diurético eh... purgante eh... no sé... vomito, ejercicio y ahí yo diría que las mujeres hacen ejercicio sí, pero los hombres que yo he visto es la principal purga es a través del ejercicio, o sea por ejemplo, Jamás toman Locomoción ni metro, todo lo caminan, eh... cuando venían para acá, eh... no tomaban el ascensor, ocho pisos, yo digo como (Sonríe)... yo llego punto y codo, pidiendo oxígeno y no sé qué, y tú los ves no sé poh! debiera ser un hombre imagínate de un 1,75 con 45 kg, subiendo ocho pisos.

Investigadora:

O sea, es como bien evidente su comportamiento...

Entrevistada:

Sí, pero escondido, o sea tú lo vas a saber porque, yo no supe la primera vez que venía que subía por las escaleras, ¿Cachai? en algún minuto ya te dicen “subí por las escaleras” porque en la mañana ya encuentra que subió de peso y no sé qué y no sé cuánto, entonces yo creo que por ahí puede haber un conflicto y otro conflicto puede ser eh... la negación tal vez social frente a esto , porque con las mujeres o con las púberes, adolescentes en el colegio , etc., como que ya hay mayor información, los profesores están más habituados, tienen más ojo en los almuerzos ,por lo menos lo que a mí me ha llegado, muchas veces no saben la cantidad de veces que los que derivan son los colegio, o sea una chica con 34 kg, 34, pero bajita, pero 34, o sea “Yo no como”, y la mandó el colegio, estaba en una familia que tiene cinco hermanos, y ella era delgada, estaba con ropa ancha, pero... hay una negación que es muy fuerte, la sociedad está tratando de romper eso con los hombres, los hombres que me han tocado estos dos, los dos pidieron ayuda, cuando ya no pudieron más, ellos... ellos le dio la crisis de angustia, les dio algo que hablaron con las familias, “Esto me pasa”, en las mujeres yo no he escuchado tanto eso, yo he escuchado más que las ven, o las cachan que están

vomitando, o en el colegio ven comportamientos raros y las mandan a evaluar y ahí sale a la luz la historia.

Investigadora:

Y en este caso, dentro de este proceso con estos dos chicos que mencionaba, ¿Su rol como terapeuta, podría explicar qué rol cumple dentro de esto?

Entrevistada:

Pucha es que uno hace de todo, o sea yo no soy muy proclive... es que hay distintas líneas, por ejemplo, otra terapeuta familiar... me da por lo familiar.... Era individual, esta terapeuta que trabaja en el equipo era más cognitiva conductual, entonces estaba... por ejemplo uno le dice al paciente que haga un registro de lo que come, entonces analizas desde lo cognitivo, que comió, que no comió, que no hizo, si efectivamente ésta dentro de la pauta alimentaria que le dieron, que cosas les cuesta comer, entonces ponen metas, entonces “Esta semana vas a tratar de incluir dos cucharadas de... eh... arroz” ¿ya?. Y se va trabajando lentamente en ese camino etc., eh.... Y se basa en general en la comida hasta lograr un plan completo, un peso, y se hacen ejercicios dirigidos a la distorsión de la imagen, por ejemplo, que uno dibuje su figura, uno se imagina su figura la de uno y en un papelógrafo la dibujo y después en un papelógrafo alguien me marca, entonces puedo ver la diferencia entre lo que yo creo y lo que soy ¿ya? Eh...

Investigadora:

¿Eso también lo trabaja usted?

Entrevistada:

Sí, la técnica es que yo incluyo, pero eso es como,,, los cinco o diez minutos, al principio es mucho más porque obviamente no tenía más cabeza pa’ pensar, eh... pero, es mi estilo terapéutico y es mi formación como no estar análisis

propiamente tal, pero si sacando a raíz cuales son todos estos rollos que no quiere tener ¿Cachai?, y que los saca del cuerpo como si los pudiera sacar de la cabeza, cuáles son las conflictivas a la base, cuales son al conflictivas en la familia, eh... padres ausentes, madres sobreprotectoras, no son siempre lo mismo, pero en general puede ver uno ahí que hay conflictivas que lo han llevado a eso y... al principio es difícil que hablen porque tienen muy negado el conflicto eh... mental, porque esto es como un toc, como un cuadro obsesivo, y lo único que hablan y piensan es en “cuanto comí, que comí, que no sé qué comí”, entonces cuando uno se pone a dieta uno se pone toc, pero esto les pasa al cubo, entonces todo lo que hagan, todo lo que piensan y a pesar que puedan hablar contigo otra cosa, todo el rato están pensando en eso, están absolutamente atentos ante cualquier comida, quien comió que, cuanto te pueden relatar todo, entonces, es impresionante es como su eje eh... entonces sacarlos un poco de eso y hacerlos pensar es importante abrirles ese espacio y que... empiecen a contactarse más con las emociones que estar ahí tratando de ser controlados, porque es puro control, control, descontrol entonces, Estoy tratando de controlar todas mis emociones, controlarlo todo, y si no los puedo controlar (Chasquido) sale el impulso, sale el impulso me siento culpable vuelvo al control, y así, bueno son muchos, en muchas ocasiones de la vida, pero el tratar de comprender cual es el mecanismo que hay detrás, es decir, todos vamos a comer más, hablar más, tomar más, fumar más, ser más proclives a hacer tonteras o tener accidentes, cuando nuestro mecanismo de defensa quedan... escasos un poco para enfrentar una situación de estrés, o sea si a uno se le muere un familiar probamente si fumaibai cinco, vay a fumar veinte, ¿Cachai?, porque acá pasa lo mismo, teni que empezar a reforzar otros mecanismos de defensa y que puedan ir levantando la negación viendo que es lo que sucede y la importancia que tiene formar nuevas redes que son súper sanadoras además.

Investigadora:

Entonces es importante conectar sus emociones...

Entrevistada:

Exacto eso es lo importante, por ejemplo si entrevistas a un paciente con anorexia, probablemente solo te hable de comida entonces es súper frío en el contacto.

Investigadora:

Claro... Se podría pensar que ellos están desde la orden racional solamente y las emociones muy contenidas?

Entrevistada:

Claro es que es como si todo estuviera canalizado ahí, es como si el mal quisiera meterse en ese canal que es la comida, “que es lo que comí, que es lo que no comí, que hice que no hice”, ósea por ejemplo yo tuve una paciente que tuvo un trastorno alimentario de anorexia y luego bulimia que eso es lo más típico y hace poco se fue a vivir sola y estaba súper angustiada porque había separado de sus papas, que efectivamente tiene problemas con la separación que no es normal y a la segunda sección su problema era que se había pesado y había cachado que había subido de peso y es como que todo se había ido para allá, no tengo más problemas, mi problema es mi peso, y si yo controlo mi peso controlo mis problemas y eso como es imposible nunca es suficiente.

Investigadora:

Eso sucedía en la chica, ¿y en los hombres paso algo similar?

Entrevistada:

En los hombres pasa lo mismo, cuando se me acumula una situación de mucho estrés y yo no puedo manejar y no tengo otros mecanismos a la base uso el

control, por lo general son mecanismo que uso toda la vida pero que son escasos hasta que de repente creen que si yo manejo mi peso controlo todo, como fantasía probablemente, por ejemplo toda mujer cree que si tengo 5 kilos menos me veo regia y que tal vez me vería mejor, pero quizás nadie lo noto cachai? No vas a ser ni más feliz ni más triste, es la sociedad la que implanta esto.

Investigadora:

Volviendo al tema de la anorexia en general, ¿Cómo usted podría definir la anorexia nerviosa según toda su experiencia que ha adquirido?

Entrevistada:

Yo la definiría casi como una enfermedad psicosomática, en términos de que la mente no es capaz de pensar de reconocer y procesar las emociones de diversos conflictos que en general tienen que ver con crecer con hacerse adultos, conflictos familiares y que al no poder ser pensado se van al cuerpo y eso se transforma en el mundo y eso hace que todo sea comí o no comí, yo controlo o no controlo.

Otra diferencia que podría ser entre hombres y mujeres es que desde las mujeres (aunque no todas sean así) las que han tenido trastornos alimentarios al principio son como las niñas perfectas, súper mateas, sacándose puros siete, la mejor compañera, la mejor en deporte, un nivel de sobre adaptación espantoso, porque nadie puede ser mejor compañero todo el año. Y de repente eso al crecer donde las pulsiones comienzan a movilizarse, la sexualidad comienza a movilizarse, y de repente ¡pum! controlan y ahí la niña perfecta se le comienza descontrolar esto. Y en los hombres desde mi experiencia no han venido desde este cuadro más bien perfecto, de mucho éxito, de ser ordenados, de que se han ganado todos los premios, no, no necesariamente. Yo creo que si en ellos dos es mucho más pegoteo familiar, como una especie de protección desde las familias.

Investigadora:

Con esos factores que menciono anteriormente, que habían sido obesos cuando pequeños y que se da más tardíamente

Entrevistada:

Uno de los que yo trate tenía una malformación producto que su mama biológica había tenido cuando estaba embarazada, él era adoptado, y el intentaba a través de dejar de comer que eso no se notara, que la malformación desapareciera, es como concretizado, como pegado en el cuerpo el conflicto cachai.

Investigadora:

En general ¿qué ha aprendido de toda esta experiencia de atender a estos pacientes hombres?

Entrevistada:

He aprendido que los trastornos alimentarios son una brecha muy amplia desde el síntoma hasta enfermedades crónicas graves donde hay un porcentaje de mortalidad importante, es una enfermedad que tiene mayor probabilidad de mortalidad, pero que es algo muy amplio, y que por ejemplo dos personas que han sido diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentario determinado no significa que tengan el mismo grado de gravedad ósea, la personalidad, la estructura, la sanidad mental no implica de que si tuviste un trastorno mental que son todo de la misma gravedad, uno más o menos de todo.

Aprendí además que se pueden sanar, que pueden pasar a ser algo secundario a pesar de que en un minuto tú dices imposible. Pero el terapeuta se pone obsesivo, yo tengo una paciente que vomitar hasta el agua, 30 o 40 vómitos diarios, ahora debe tener 1 vomito a la semana y yo me desespero por el vómito cachai, hay que tratar de parar el control.

Investigadora:

¿Y qué sucede cuando atendió a estos pacientes hombres, que aprendió nuevo con ellos?

Entrevistada:

Bueno a mí me llamo mucho la atención esto de las características secundarias, ósea estas dos cosas puntuales, los gay y esto de los prejuicios sociales que venían desde a psiquiatra con la que yo trabaje que me decía no si son gay, antes de preguntarles el nombre. Me llamaba mucho la atención eso de que no quisieran tener espalda, que los brazos los quisieran tener tan delgados que no quisieran tener pectorales, ósea todo esto que hace como al macho, lo rechazaran y lo sintieran como raro, eso me llamo la atención porque yo tenía la impresión de que iba llegar un hombre queriendo tener un cuerpo prototipo masculino y que se iba internar en el gimnasio 6 horas al día, que iba comer puras proteínas, pero no realmente no iba por ese lado.

Investigadora:

El proceso psicoterapéutico es súper amplio... y con estos dos pacientes se han mostrado algunas limitaciones que complicaría este proceso como tal? Aparte de la desconfianza para general vínculos.

Entrevistada:

Haber, en estos dos casos en término del trastorno alimentario no, pero por ejemplo uno de los dos tiene un nivel de narcisismo que en algún minuto le impidió seguir viniendo estaba por sobre sus posibilidades, entonces ahí son las limitaciones de cada paciente y las motivaciones de querer seguir. El otro se recuperó bien, estaba con pareja se fue a vivir con ella y ya, de alta, el otro quería pero tenía más limitaciones, aunque igual estuvo harto en terapia

indudablemente. Siempre hay que tener un grado de humildad para poder reconocer las cosas, yo estoy mal, yo vomito etc. Yo creo que todos tenemos mucha vergüenza de nuestros síntomas más internos, más graves o que uno los encuentra grave, y eso pasa hasta con los médicos en general, si el paciente va por jaqueca y no le cuesta cuanta jaqueca tiene por ejemplo, hay algo que tú quieres absurdamente que el terapeuta te va a encontrar bien.

Investigadora:

A mí me pareció curioso lo que menciono al principio, eso de que trabaja con un equipo en la clínica, un equipo multidisciplinar

Entrevistada:

Sí, ahí estamos hablando de los casos más grave, ósea si estamos hablando de un adolescente de muy bajo peso, con fuerte síntomas, con riesgo vital, necesita de un psiquiatra, necesita terapia, necesita terapia familiar, y necesita una nutricionista y probablemente también un nutriólogo, entonces el tratamiento es súper intento, interdisciplinario. Pero si tienes algún paciente que tiene algunos síntomas que tiene trastornos por atracón y blablá, tal vez podrás hacer una interconsulta con la psiquiatra con la que se trabaja, pero ahí tú vas midiendo, hay ciertos pacientes que por su gravedad es necesario.

Investigadora:

¿Y sucedió con estos pacientes hombres, se trabajó en equipo?

Entrevistada:

Sipoh, estos chicos estuvieron hospitalizados, dos meses cada uno, requerían de ello y el menos grave por ejemplo no lo habían notado.

Bueno si yo tuviera que opinar, va aumentando esto de los hombres con anorexia anoréxica, de todas maneras, era de mujeres, pero ahora no es solo de mujeres, porque socialmente ya no hay una exigencia solo en el cuerpo de la mujer, sino que también la hay en el cuerpo del hombre, antes de verdad, si era chico guatón no importaba nada, no había una exigencia, ahora tu tení que llegar a los cuarenta y tanto bien, si estas guatón, no poh, esto socialmente está asociado al descontrol que está mal mirado, onda el control come canapé, el control habla bien, me entiendes? Se comporta bien, en cambio el descontrol llega gritando, se comporta de otra forma y eso está mal mirado. Ya, entonces tenemos una sociedad donde lo que está bien mirado es el control y esto te da el narcisismo.

Investigadora:

Otra duda que me quedo fue que dijo que estos pacientes hombres fueron ellos los que vinieron a solicitar la ayuda.

Entrevistada:

Bueno vinieron las familias, porque ellos le solicitaron ayuda a sus familias.

Investigadora:

Vinieron en conjunto con sus familias

Entrevistada:

Exacto, hubo terapia de familia en estas ocasiones, con padres y hermanos, incluyendo a toda la red familiar, uno más exitoso que el otro.

Investigadora:

¿Por qué uno más exigente que el otro?

Entrevistada:

Porque hay familias que son más resistentes, otras que están más abiertas y que tienen más posibilidad de reflexionar, en cambio hay otras que se defienden constantemente, es decir, que dicen yo vengo acá a hablar de mi hijo que tiene problemas con la comida y hablemos de la comida y de mi hijo, anda a tocar otro tema.

Investigadora:

Entonces se podría decir que la familia podría ser un limitante dentro del proceso psicoterapéutico?

Entrevistada:

Sí, totalmente, sobre todo con los adolescentes, tenía familias que le dicen cosas horribles, por ejemplo un papa que le dice a su hija, tus piernas se están viendo como una salchicha cachai? Entonces hay muchas familias que tienen trastornos alimentarios, pero que ahí hay síntomas mayores.

Investigadora:

¿Qué le sucedió a usted cuando comenzó a atender a hombres, hablando netamente en relación con el género, como usted es mujer y él es hombre?

Entrevistada:

Bueno yo ya era más mayor, pero lo que a mí me paso fue intriga, yo estaba muy deseosa de explorar eso, para mí era muy extraño, sabía de algunos casos que me habían contado, pero para mí era algo nuevo poder explorar y descubrir que era lo que había pasado en un hombre hasta darme que era igual que una mujer. Yo tenía otros prejuicios. Pero por lo visto para mis estos son iguales, también en el proceso psicoterapéutico, es decir cada uno tendrá sus temáticas particulares, pero los síntomas son iguales.

Investigadora:

¿Por qué cree que es menos abordado este fenómeno en hombres aun?

Entrevistada:

En la literatura sigue siendo escaso, por ejemplo en la literatura del año uno, se habla de las niñas y de las mujeres, anda a buscar las personas que.. Cachai? De hecho cuando escribí un artículo, estaba como que no sabía que poner si mujeres, hombres o si mujeres y los hombres.. Porque sabía lo que pasa, desde mi experiencia los casos que más había eran mujeres pero estaban estos hombres, entonces me pareció importante plasmarlo en la literatura. Hay algo de machismo, algo cultural cachai? Y desde ese sentido a mí me pareció súper valioso lo que ustedes hacen como de mostrar que eso existe.

Investigadora:

De hecho se habla de la nueva masculinidad que ahora al hombre se le permite elegir y a su vez como las mujeres tener más libertad, porque tiene que ser musculoso o así...

Entrevistada:

Hay una cultura horrorosa al respecto, entonces es una locura, yo siempre digo la mitad de las revistas es moda fashion, mujeres altas delgadas preciosas y después recetas de comida, entonces cachai?

Investigadora:

Bueno, la verdad esta entrevista cubrió muchas de las preguntas que nosotras necesitábamos y por ello queremos agradecerle la disposición y también la confianza de transmitirnos la experiencia que era lo importante.

Transcripción entrevista nº3

Investigadora

Bueno, nuestra investigación es sobre los procesos psicoterapéuticos de terapeutas con pacientes hombres diagnosticados con anorexia nerviosa, para ellos necesitamos centrarnos en la experiencia con estos pacientes hombres.

Para comenzar me gustaría que me contara sobre su experiencia respecto al trabajo clínico de trastornos de la conducta alimentaria, como llegaron estos pacientes, como comenzó este proceso.

Entrevistada

Soy psicóloga titulada de la Chile, me titule en el año 94 y pase varios años haciendo laboral, y cuando iba cumplir 30 decidí que me quería entrenar como terapeuta clínico y empecé a mirar que era lo que me interesaba y que de las necesidades de las personas me interesaba a mí, y habían dos tendencias que me interesaba y que terminaron estando vinculadas, abuso sexual y trastornos psicógenos de la conducta alimentaria, volví a la universidad a la misma que estudió e hice un diplomado de trastornos psicógenos de la conducta alimentaria y estude 6 meses todas las formas de tratar la conducta alimentaria y todos los cuadros posibles y después de eso hice un curso de psicoterapia postracionalista de Guidano que es un enfoque de psicoterapia avanzado dentro de la línea cognitiva y me especialicé en terapia cognitiva de Guidano y dentro del espectro ellos hablan de concepto de organización de significado personal basado en las alteraciones de la conducta alimentaria y se dice que es la más frecuente la más destacada en la actualidad y las más probable de obtener en nuestra sociedad, ya que nuestra sociedad es una sociedad de la imagen, es una sociedad que se ha vaciado en lo valórico y que está imponiendo modelos a sus miembros de cómo vivir y que nos hacen sentido y que producen un vacío existencial y los principales trabajos que hacen esos tipos de terapeutas son los trastornos alimentarios. Tengo en total dos años y medio de entrenamiento solo en trastornos alimentarios, además hice una investigación en el año 2007 que se llama “Alimentación saludable y trastorno de la alimentación en Chile” y que escribí con una nutricionista que se llama Margarita González, es un libro técnico para estudiantes de pregrado que aborda los aspectos psicógenos familiares sociales y culturales de los trastornos de la alimentación en el contexto chileno,

es un libro que le va súper bien, en Estados Unidos y México y me encanta que se venda en otro lugar porque le va llegar a los estudiantes de cuarto medio entonces si tienen algún caso en su familia, sepan consultar o no, este lo escribí cuando estaba en la universidad De Los Lagos.

Investigadora

Eso contribuye mucho a las personas que le aqueja este tipo de problemas. Bueno ¿en qué contextos se ha desarrollado sus trabajos del TCA?

Entrevistada

Bueno yo siempre me desempeñado en clínica privada y no en clínica pública porque hay ciertos elementos en la práctica de la pública que no me gustan, por ejemplo, la pérdida de confidencialidad, la contricción y la pérdida de tiempos necesarios para el cliente que tienes optar por un enfoque familiar o individual, no puedes usar uno mixto y además desde mi perspectiva el único enfoque permitido es el enfoque cognitivo conductual. Y a mí me parece que son restricciones que son demasiado importantes y temas muy muy relevantes, ósea yo creo que si se permitieran hacer más sesiones y más largas y en menos tiempo, porque finalmente la persona termina viendo una vez al mes a su psicólogo, tendríamos mucho más avance. Entonces por elementos bioéticos no considero que yo sea capaz de insertarme en un sistema público de atención y siempre he atendido de forma privada, en distintos lugares y ahora termine atendiendo acá, tengo dos consultas, una donde tengo solo dos sillones uno frente al otro y una alfombra donde no tengo nada más para hacer la simetría de la relación y tengo un comedor porque parte de la terapia con el joven o la joven y la familia es que vuelvan a normalizar y sentir natural el hecho de comer juntos, entonces parte de la terapia que yo hago es que me siento con la familia, el papa la mama, el hijo a comer y a hablar de algo que no sea comida, imagen, operar gente, etc. y hablamos de algo que sea trascendental y comemos, eso es parte

de mi protocolo de intervención, de hecho, es un comedor, tiene sillas, tiene mesa, tiene tazas, y de echo yo atiendo comiendo y ofrezco comida como comer es normal, no hace mal, es normal, la idea es despenalizar el comer.

Investigadora

Entonces... ¿Qué lugar tiene el proceso psicoterapéutico en el tratamiento con estos pacientes?

Entrevistada

La psicoterapia lo es todo en esto, cuando uno trabaja trastorno de la alimentación va encontrar a alguien que por lo general viene a consultar en riesgo de muerte, porque ha perdido el 25% de su masa corporal de su cuerpo, porque su masa corporal es menor a 18, tiene perdida cardiaca, perdida del tejido cardiaco, tiene daño respiratorio, tiene daño a nivel de los riñones, en general los jóvenes que yo atiendo me son derivados por agentes de la salud o por sus parientes muy desesperados y han estado hospitalizados por problemas procedentes de las patologías, problemas físicos relevantes, deshidratación, desnutrición, daño orgánico, o están internados en diferentes hospitales psiquiátricos, yo me los conozco de memoria, porque por lo general las primeras sesiones han sido en hospitales psiquiátricos para después recibirlos aquí o yo he mandado hospitalizar pacientes y parte de lo que yo hago si he hospitalizado pacientes es que aunque él tenga su terapeuta yo visitas sociales al hospital, voy igual a ver al paciente, igual mantengo el vínculo y sostengo a la familia. Y si la persona salió del hospital y llega a mí, yo por lo general trato de mantener informado al sistema terapéutico del hospital por si necesito volver a hospitalizar, entonces este es un trabajo que antes se llamaba psicología de la salud que tenía que ver con el rol del psicólogo en los trastornos que tienen consecuencia física y ponen a los sujetos en riesgo de muerte, entonces la psicoterapia aquí es muy

importante, porque cuando los cuadros son psicógenos la mente es muy relevante, pero tienen consecuencias físicas por lo tanto uno tiene que trabajar en equipo multidisciplinar, yo siempre trabajo con nutricionista, psiquiatra, trabajadores sociales y terapeutas familiares, entonces soy parte de un equipo que me pliego a un equipo que ya existe o que levanto un equipo o a veces creo un equipo, derivo al hijo a la nutricionista, al psiquiatra, al terapeuta familiar y muchas veces yo tiendo a trabajar al menos en una primera etapa aunque sé que algunos terapeutas solo hacen trabajo familiar, un trabajo muy individual con el sujeto y después prescribo con otra terapia familiar, porque creo que el sujeto, sobre todo el joven varón que vive una anorexia debe tener un sistema terapéutico privado que le es propio y en que en él puede se mantengan ciertos grados de secreto y reserva que se le han privado en su vida cotidiana, entonces yo además de hacer solo la terapia con los padres, me parece que violo el secreto y violo el hecho de que yo soy su terapeuta, y no de la familia. Entonces es una instancia muy tajante en eso, yo sé que otros terapeutas no lo trabajan así, pero yo sí lo trabajo así.

Investigadora

Según su experiencia, ¿Cómo podría definir propiamente la anorexia nerviosa? Con sus propias palabras.

Entrevistada

La anorexia en hombres es completamente distinta que la anorexia nerviosa en una mujer, entonces ahí tú ya tenías varios problemas, el primero, un problema conceptual, anorexia significa sin orexia a es sin y orexia es el deseo de comer, entonces es como que no tengo deseo de comer y eso es completa y absolutamente falso, los pacientes sí tienen deseos de comer y de hecho en la anorexia restrictiva son nulos o no existen, tú tienes una persona que come pero que vomita después de que come, o que come cosas que no impliquen aumento

calórico o que come y hace ejercicios, ósea tú tienes una baja de peso rápida y descargada que lo más impresionante es que nadie se da cuenta hasta que el sujeto está casi en riesgo de muerte, los padres no se dan cuenta que el chiquillo no tiene nada, no tiene poto, no tiene pechuga no tiene nada, es un hueso ambulante, ¡cómo no se dieron cuenta que perdió el 25 % de su peso!, es lo primero que a ti te llama la atención. Entonces es el primer indicador que hay una patología familiar, ósea el gallo no es relevante para su papa ni para su mama, porque si ustedes estuvieran con menos el 25% de su cuerpo tu mama se da cuenta, ósea como pueden pasar 6 meses y que la mamá no se dé cuenta, entonces ahí tiene que ver con la alteración vincular demostrada científicamente en todos los tipos y grados de anorexia.

Además, la anorexia para mi formación teórica, pertenece a un continuo de los trastornos psicógenos de la alimentación donde el continuo empieza en la obesidad mórbida y termina en la anorexia, pero el sujeto fluctúa en su ciclo vital en las distintas posiciones en este continuo, entonces no es una enfermedad en sí misma, sino que está relacionada con el significado personal, que es la extrema sensación de evaluación social la sensación de ser definido por el miedo, miedo extremo de ser evaluado que se vive en una corporalización muy dura, entonces lo que es un extremo pasivo de la obesidad mórbida y un extremo activo que es la anorexia y al medio esta la bulimia y la anorexia bulimia, lo más frecuente es que la persona haya oscilado si tu revisas una de las condiciones para llegar a tener una anorexia restrictiva es haber tenido una obesidad, no hay ningún paciente de peso normal que llegue a ser anoréxico, a menos que haya una causante biológica muy importante, cáncer, síndrome de cronos, enfermedades autoinmune, que parecen ser anorexias y lo primero que hace un buen clínico frente a un trastorno de la alimentación es un chequeo médico, como esta tiroides, como está la hipófisis como están todas las variantes físicas, como este sujeto está viviendo su salud, si realmente está sano.

Muchos de los casos especialmente en varones resultan ser enfermedades comunes y corrientes, llamémoslas físicas sin un componente psicológico, la mayoría de los casos se van para allá, pero los casos que yo he visto, que no son muchos por que mayoritariamente este cuadro es mucho más femenino, son como dos o tres máximo y siempre y esta estudiado, la constante, variable o patrón que nos explica la aparición de este cuadro es la aparición y descubrimiento de una sexualidad diversa a la hetero normada, todos mis pacientes masculinos que han sido atendidos han sido homosexuales en proceso de descubrimiento de su homosexualidad o transexuales en proceso de descubrimiento de su transexualidad, no he tenido ningún paciente anoréxico heterosexual. Y eso es un patrón súper importante que se conozca para hacer terapia, lo más probable es que este en un proceso de descubrir su homosexualidad o en proceso de descubrir su transexualidad pero lo que yo nunca me he encontrado es un hombre heterosexual que le gusta verse como mujer, que tenía con ese hombre, un gallo gordo que baja y sube de peso y que puede ser súper sensible a la opinión ajena pero no va llegar al extremo de una dieta restrictiva o una apreciación tan significativa de su autoimagen y rol en la sociedad, entonces generalmente “oiga me dijeron que usted trabaja con chicos y chicas que tienen anorexia y blablá”, las mujeres hay mucho más orígenes pero con los hombres es mucho más asociado a la vivencia sexual, y curiosamente aparece en adultos jóvenes o en adolescentes.

Investigadora:

y eso en rango de edad ¿podría delimitarlo?

Entrevistada

Yo he atendido pacientes desde chicos de 10 años varones y transexuales, ehhh chicos de 15 y 14 y personas de 20 y 22, los dos últimos homosexuales, el último

con una vida sexual activa pero con problemas con su familia para liberar el secreto que él tiene una sexualidad diversa, el cabro de al medio descubriéndose como homosexual, además que la familia donde se dan estos cuadros es una familia muy particular, por eso la terapia familiar funciona muy bien, pero también hay una alteración del significado personal, una alteración del sentido vital e identitario y eso queda de lado en la terapia sistémica, se hace el reajuste familiar pero no se cambia la emocionalidad del sujeto como se percibe a sí mismo como empieza a verse con otro, lo que Guidano llama el desarrollo de la hetero referencialidad, como mi propia opinión se vuelve más importante que tu opinión o que cualquier otra opinión sobre mi sexualidad u orientación sexual y la evidencia de mi cuerpo, como me doy cuenta entonces que yo soy el principal personaje en mi vida, la terapia familiar no resuelve eso, entonces yo tengo entrenamiento estratégica de escuela y por lo tanto comprendo la terapia familiar y se usarla pero yo derive a un modelo mucho más desde el sujeto con elementos de familia, ósea mucho más individual con elementos familiares porque a mí me pasaba que no se trabaja el significado del cuerpo ni la emocionalidad del cuerpo ni que les pasaba a ellos con la violencia de la homosexualidad, entonces si bien la familia se equilibraba y la persona subía de peso caímos ciclos de recaída ¿por qué? Por qué de nuevo la familia y aquí está el tema de la familia que es central, tenemos una familia rígida, aglutinada, que Minuchin lo diría, de hecho, se llama la familia que promueve los trastornos del área exógena, tenemos una familia que tiene grandes secretos y mentiras, una familia basada en la imagen, tenemos una alteración vincular con la madre, un padre secundario y externo promovedor y tenemos un proceso de decepción y de ahí es donde se parte la terapia en el enfoque postracionalista.

Que decepción han vivido ellos que los ha llevado a tener que guardar silencio desde el cuerpo, entonces yo me paro del proceso de decepción y sabiendo lo que se de anorexia, bulimia y obesidad por supuesto que con los chicos varones

empiezo con la decepción del descubrimiento de su homosexualidad, que ha pasado cuando ellos pasaron de ser este guion modelo, tranquilo, monedita de oro que le cae bien a todo el mundo a este cambio que tiene más problemas y que quiere meterse en el mote, pero que no tiene puede meterse en el mote porque hay algo de sí mismo que él considera que va decepcionar a todo el mundo o sus padres lo han decepcionado profundamente, a mí me pasa que cuando trabajo con niños con anorexia siento que están muy decepcionados de sus padres especialmente de la figura paterna la que tenían muy idealizada porque estaba lejos y yo trabajo con muchas chiquillas anoréxicas y hay decepción muy grande del padre que tiene otra mujer, que es violento, que no provee o que dice proveer y que está en deudado hasta las cachas, pero también hay muchos casos el 60% por lo menos, la estadística de la doctora Rosa Behar en la Quinta región nos dice que abusos sexuales en un 60% y por tanto esto está en una sesión que cubre mis dos intereses teóricos de la psicología, pero en el caso de los varones no es necesariamente la presencia de abuso sexual lo que mejor explica la difusión familiar, tiene que ver con el descubrimiento del cuerpo, del sí mismo y de descubrir desde una sexualidad que va decepcionar al otro más que, que la familia también lo decepciona, es una decepción de ida y vuelta, pero en el caso de las mujeres es una decepción de venida no más, es decir mis padres me decepcionan, en cambio en los hombres es los voy a decepcionar y también tiene mucho que ver con el rechazo del grupo de pares, para este tipo de jóvenes el tipo de pares es importante, pero en el caso de las chicas cuando bajan o suben de peso no es tanto elementos de violencia escolar, pero cuando tu estas descubriendo transexual o homosexual la posibilidad de sufrir violencia homofóbica es exponencial, entonces que trabajo yo con estos chicos, lo primero que yo chequeo como lo primero que yo chequeo con las chicas es que si hay abuso sexual en algunas de sus formas, lo primero que cheque con los chicos es como viven su cuerpo, como están orientado sexualmente.

Y finalmente lo que pasa es que es un alivio poflaca así como “¡ah por Dios!, a alguien le puedo decir que soy gay y no hay problema” me entendí, ok que me da lo mismo, le da lo mismo que yo sea gay, porque oye, cáchate tu estai super confundido quien eres a nivel de sexualidad, y el cabro se abre ¡puag!, como que abrieras una botella de champagne, todo sale pa afuera, porque nunca nadie ha querido preguntarle, la familia suele tener sospechas de que él es diverso sexualmente y que no es heteronormativa, y que no van a ser abuelos de ese niño ponte tú, pero insiste en forzarlo por la imagen social y por el que dirán, y por ... no quedar nunca mal con nadie, porque esta es la familia clásica que nunca queda mal con nadie pero es su forma de entrar, que es perfectamente violenta con sus miembros ¿Cachai?, entonces lo primero que yo chequeo con ellos, es como se ha tomado la familia la aparición de una posición sobre la sexualidad o sobre su orientación sexual...

generalmente progresan muy rápido porque, yo me olvido del peso, de la pesa, de cuanto come, cuanto no come, y de hecho por prescripción de mi enfoque teórico, yo jamás refuerzo conductas relacionadas con hablar de la comida, del peso, de la ganancia o pérdida de peso, o como se ven en un espejo, ellos vienen ... “T...viste que engordé”, entonces es como no... tu sabí que soy volada, pero ¿No tení una pesa? ¿No yo no uso esas webás, no me interesa, hablemos de lo que realmente importa”, porque en el fondo yo tengo que llevarlo de una comunicación desde lo superficial, desde la imagen a una comunicación desde su identidad y lo que realmente importa en su proceso, de convertirse en persona, como diría Rogers, en un proceso de ser quienes son sin pedirle permiso a nadie, entonces no le pueden estar pidiéndole permiso al peso, a la balanza, a la cinta de medir, al nutricionista, ¿Cachai?, entonces cuando tu vai al nutricionista habla con él de eso, cuando tu vai al médico habla con él de eso, “T...., pero subí un kilo como no te dai cuenta, ¡ay un kilo es una cagá me da lo mismo!, o sea un kilo

más un kilo menos”, entonces... y el fondo es llevar el foco terapéutico a la conciencia de que ellos... si bien pueden decepcionar a otros, la persona que no podrán decepcionar nunca es a sí mismo..., pero suena super bonito pero, llegar a ejecutarlo en un proceso diagnóstico es de una alta complejidad.

Investigadora

Sí, me imagino debe ser super difícil en cuanto ... llevarlo a cabo en el proceso psicoterapéutico, me pareció muy curioso algo que... bueno abordó toda la diferencia entre mujeres y hombres del trastorno, peor nombró un caso de un niño de 10 años, como que me impactó porque es primera vez que lo escucho

Entrevistada

Sí, la anorexia se puede dar desde los dos años y en la vejez, yo nunca había visto casos de personas físicas reales excepto en los libros, sobre 50 años. Este año pase las vacaciones en Italia y nunca había visto tanto anoréxicos y anoréxicas en mi vida!, y eso que yo vivo de esto, si yo juntara a todos mis pacientes no eran tantos como los que vi en la calle, me impresionó... mujeres de 70 años con una anorexia activísima, que se veían coyunturas de los huesos incapaces de moverse, pero bronceadas, teñidas y con bikinis, o sea un montonera de huesos, o bien en un parque tomando sol al lado de una gorda gordagorda como una pelota en bikini, al lado de una flaca flacaflaca que era como un hilo, que yo no sabía que era peor, o sea qué me daba más asco, mi esposo decía “esto no puede estar sucediendo”, o sea una mujer de 200 kilos conversando con una de 20 kilos que toma sol sin bloqueador sin nada, sin la parte de arriba del bikini, o sea “esta webá da asco, por favor vámonos de esta playa”, o sea porque era terrible... y vi niños y niñas de cuatro o cinco años, claramente con preocupación por la imagen, claramente vestidas combinadas desde el primer cachirulo de la pata hasta el último zapato, y flaca flacaflaca con cinco años, me impresionó, pero Vittorio Guidano es italiano, así que el creo sus

sistema en Italia y su clínica todavía es famosa por eso, entonces digo “¡Obvio que Vittorio Guidano podía estudiar esto aquí, si aquí tenemos para tirar pal techo!” (suelta una pequeña carcajada) ...

el caso al que yo me refiero es un chico de diez años que consulta por su conducta en relación a la forma en que come, y a su baja sostenida de peso pero en forma secundaria más bien en la forma en que come, sus papás estaban muy, era hijo de segundas nupcias por ambas partes, y... mostraba una conducta de rechazo de parte de sus pares de la misma edad, que lo consideraban raro, extraño, que hablaba de otra manera, que se relacionaba de otra manera y que efectivamente cuando tú lo veías comer... por eso es que yo tengo un comedor porque quiero ver como come la gente y había un trastorno de alimentación, eh... por ejemplo tú, yo pongo de todo en la mesa, o los papás traen de todo y lo ponen en la mesa, entonces... el chico tomaba la comida, se la servía, servía mucha, y después no se la comía, pero se comía lo pescaba del plato del papá eh... y después devolvía casi que chupaba las cosas, cosa que me daba un asco enorme, a la bandeja la comida y después empezaba a decir “oye no esto no me lo voy a comer, entonces si me lo voy a comer, esto lo voy a experimentar” y literalmente jugaba con la comida, y si yo contaba lo que había comido después de unas horas enteras de “comamos y conversemos”, era la nada y la cosa ninguna y lo que se había comido, se lo había comido del plato del padre y no de su propio plato... (silencio breve) y era un niño que tenía varios indicadores sabiendo lo que sé, porque en realidad son años de webeo y de leer y de formarse eh...

claramente yo... le interpreté a los papás que claramente me parecía que este joven tenía que revisar su orientación sexual, porque creía que él estaba descubriendo una orientación sexual que no era la heterosexual, y que yo no sabía muy bien que era pero que teníamos que verlo, y hoy ese joven... cuando yo tomé esta familia y como yo como terapeuta familiar, lo derivé a un terapeuta

individual eh... yo conozco esa terapeuta individual y él en este momento está en el proceso de cambio de género, ya tiene ... debe tener unos 17 o 18 años, se cambió de colegio, tenía un nombre super neutro así como "A...", que tu no sabí, si es mujer u hombre ¿Cachai?, o Dani, que no es ni hombre ni mujer, maravilloso, porque el no tuvo que modificar su carnet ni nada porque él decía "Yo me llamo A... por ejemplo" y de verdad poh, con un apellido raro, podría ser hombre o mujer eh... y... se hizo todo un trabajo familiar para que estos papás que ya tenían hijos adultos y este era su hijo común era "el nuestro digamos" eh... de los tuyos los míos, el nuestro eh... ellos aceptaron la sexualidad diferenciada de su hijo y estos papás hoy día se hicieron líderes en la comunidad de los padres con hijos transgéneros y es otra familia, entonces tú ahí decí, valió la pena entera sacarme la chucha 25 años demás demás, ver que estos papás transgéneros ayudan a otros papás, a descubrir que su hijo no tiene anorexia sino que en realidad está explorando su sexualidad y que eso es lo que lo perturba profundamente y ver que recupera peso, y que recupera autoestima, que se posiciona en el mundo es! Maravilloso, es maravilloso es un trabajo largo, muy largo muy difícil, pero vale completamente la pena.

Investigadora

Sí me imagino, en la actualidad saber que todo eso, obviamente alegra mucho a uno. Bueno eh... Nos mencionó un poco sobre que es dificultoso todo este trabajo con chicos anoréxicos pero, ¿ puede ejemplificar alguna situación que dificultara el proceso psicoterapéutico, como los factores obstaculizadores y facilitadores dentro del proceso terapéutico?

Entrevistada

A ver... Nosotros tenemos una familia aglutinada, intrusiva, con límites difusos, un padre periférico, la madre sobre involucrada que está en una relación de en una situación de relativa simetría y que no comprende su rol y que quiere que el hijo sea como ella quiere que sea... altamente controladora y no como él es, o

sea la ¡mamá! ya es un caos... pasa al papá poh, periférico, externo, nada involucrado, descubriendo que su hijo es homosexual con un rollo con la adecuación social que te odia porque le dicen “que tu hijo es transgénero” y ya... otro elemento obstaculizador es el sistema escolar, tu tení que trabaja indirectamente el bullying que se produce con los chicos de ambos géneros, cuando hay una oscilación importante aumento o disminución de peso, o sea los cabros chicos son ¡brutales! Con los chicos en estos procesos, son ¡brutales!, y si es un chico varón, homosexual, anoréxico, o sea yo te puedo contar lo que son capaces de hacerle en el baño, o sea es una cosa ¡terrible!, tu tení que meterte en la escuela, ir a hablar con la profe, hablar con... y generalmente yo pido que los cambien de colegio una vez que recuperan peso y estabilizan su imagen ¡paf! “cámbienlo de colegio”, a mí me importa una raja si era bueno, si era caro, lo de incorporación donde te caiga, ¡Chao! O sea, se tiene que ir a un lugar donde exista diversidad, que la diversidad sea aceptada.

Otro factor obstaculizador, es que ellos tienen un tipo de vínculo con las mujeres, siendo yo mujer, o sea hay una alteración vincular más que probada científicamente, donde tengo esta madre controladora, castigadora, que vive según este deber ser ¿Cachai? Eh... entonces te mira a ti y ve a la mamá poh y no ve a la mejor mamá del mundo y ellos son activos en su posición y entonces un cabro chico de estos te puede no hablar en 45 minutos y tú tienes que parecer amable, seria y tranquila por 45 minutos y no te puede dar ningún dato por 45 minutos por un mes entero, y tú tení que probarle y resistir que tú no vas a romper el secreto terapéutico, que puede confiar en ti y que tú no te vas a enojar que él no te hable, porque tú no quieres controlarlo eso es difícilísimo en la interacción clínica o sea, en el fondo tu tení que desarrollar desde la mirada Rogeriana una actitud de aceptación incondicional en una situación de agresión, donde a ti te pasa todo el raro “por qué no me habla, si yo no le he hecho nada, de qué se trata esto... por qué me agrade, que no sé qué... la cuestión”, manteniendo un

límite super claro en la relación terapéutica y protegiéndolo, pero el tipo te pega patadas, así psicológicas, “Ah no sé porque me trajeron a esto, si yo no tengo idea pa qué porque yo tú no me vas a aportar nada”, 45 minutos de silencio.

Investigadora

Y entonces con esos factores que mencionó va fortaleciendo la alianza terapéutica...

Entrevistada

Aquí, vinculo, vinculo, vinculo, la condición básica de operación de este proyecto psicoterapéutico es que tú tienes una lanza férrea, férrea y univoca con el sujeto, que tú soy capaz de estar con él, y para él, y él te siente como un adulto sano, él te tiene que sentir como un adulto sano, si él no te siente como un adulto sano no se puede vincular contigo, porque lo ha pasado tan mal con esta mamá niña que tiene, o sea el cabro empieza a ganar peso y lo primero que te dice la vieja es eh... “¿ y cuándo puede volver a clases?, ¿y usted cree que rápidamente va a recuperar las notas?, porque yo no quiero que repita, sería atroz que repitiera, la cantidad de plata que yo pagué para la incorporación de ese colegio, que es mi colegio donde yo estudié..” y porque esto tiene distribución socioeconómica super fuerte, o sea clase media-alta pa arriba, o sea gente con lucas y entonces “No, es que yo estudié en tal colegio, el san Benito y mi hijo tiene que volver sano, o sea al cien por ciento y completamente sano, o sea tú me lo tienes que devolver y él tiene que sacarse buenas notas... a mí no me importa que esté enfermo, tiene que volver pero ¡ya!”, y tú por dentro sintiendo... pescar un hacha y matarla, entonces todo eso son los factores obstaculizadores, la familia y su dinámica familiar basada en que a la mínima mejoría te tratan de retirar al cabro ¿Ya?... la madre en sí misma que se opone activamente a que tú deber es el secreto, que la cabra fue violada, que fue abusada que no la quieren, o sea yo he atendido un montón de chiquillas que llegan y dicen “a mí mi mamá me da asco”...

Investigadora

Es fuerte...

Entrevistada

O sea, “por mí mi mamá que se muera, que no me toque”, eso es muy fuerte en términos de vínculo ¿Cachai?, entonces es bien difícil, entonces otro factor obstaculizador es la sociedad misma, la sociedad de masas que todo lo que tú tienes que trabajar mucho es el desarrollo que Guidano dice que es la hetero referencialidad, que lo vean en la situación social, como un impuesto social desde que otro que pueda flexibilizar su mirada desde el sí mismo, “Quien soy yo, que es lo que yo quiero ser independiente de los otros y cómo los otros tienen que aprenden a diferenciar” y no tienen para nada claro... que es lo que ellos desean lo que son, entonces tú te encuentras con un trabajo de reconstrucción de identidad, que yo diría que con los varones anoréxicos es mucho más fácil, porque cuando tú ya reconstruyes la identidad sexual él se para sobre la identidad como un potenciador ¿ y no como un factor de castigo social, el Webón se empodera y llega y se para y dice “Ya, yo lo quiero pasar bien, quiero tener pareja, quiero experimentar y no sé qué, y todo”, y es muy fuerte pero... requiere un trabajo de autonomizarlos de la opinión del otro que es un trabajo Rogeriano, entonces es un trabajo muy lento, uno disminuye los niveles de sensibilidad, uno nunca los elimina, porque si los elimina, eliminarías el tipo de identidad, pero tiene que hacerse consciente porque oscila frente a la opinión del otro, y en el caso de los varones, por qué le parece tan repulsiva su sexualidad y eso es super fuerte, porque tú te encuentras con esta familia machista que dice “este no es el niño perfecto”, toda la familia tiene esa visión de que este no es el niño perfecto, pero a mí me tocó el más imperfecto, homosexual, anoréxico, opositor, “Que hice

yo para merecer a este cabro” entonces, yo me rio peor las señoras me lo dicen así digamos.

Investigadora

Bueno, ¿Qué limitaciones se pueden presentar entorno a este proceso psicoterapéutico cuando se atiende a un paciente hombre?, ya sé que algo nos nombró...

Entrevistada

La verdad es que yo creo que ya cubrí ese tema, pero creo que es super relevante que uno tenga... para mí la terapia es un evento humano y humanizante y siempre debe ser así, y yo creo que lo que hace que el joven se reconozca en su sexualidad diversa como un ser válido tiene que ver con tu actitud terapéutica absolutamente, y eso no... no se compra se desarrolla y se tiene por tu formación, entonces yo me puedo equivocar en la técnica y el paciente te puede decir “no... no te metai por ahí en realidad no me importa... te equivocaste ¿Cachai?”, pero mm... lo que si tiene que sentir que él puede ser él en tu presencia, porque tu no estas evaluándolo constantemente, entonces, yo creo que si vieran mi enfoque terapéutico, yo respeto mucho a Rogers cuando nos habla del marco de referencia de la terapia, como la aceptación incondicional y autentica del otro, el joven anoréxico responde a eso pero inmediatamente y generalmente cuando tú tienes a alguien mayor de 17-18 años que viene a consultar por este motivo de consulta tú vas a ver este cuadro asociado a consumo de drogas, porque para anestesiar este sentido de no despertar su sexualidad o para vivir su sexualidad, literalmente se anestesia generalmente con drogas de diseño., entonces tiene que tener harto conocimiento de desintoxicación de abuso de drogas y desintoxicación en medio abierto... no te sirve la desintoxicación solo en medio cerrado como un uso se herramienta psiquiátrica, necesitas saber desintoxicar a

alguien frente a las sustancias, y son patologías comórbidas ¿No?, o sea que compiten entre sí.

Investigadora

Entonces en este caso cuando atiende a chicos con anorexia el diagnostico ¿Qué lugar ocupa?

Entrevistada

Para mí, ninguno...

Investigadora

Desde su orientación nada...

Entrevistada

Lo que pasa es que mi orientación si nos hace describir eh... la patología y si Nos enseña a respetar ciertos elementos de la psicopatología, pero la verdad es que Guidano te diría, "Bueno el perro se llama bobí", ¿Resolviste algo de eso? ...

Investigadora

No.

Entrevistada

Entonces diagnosticar diagnostico diferencial sí, de causas no psicógenas, enfermedades graves que llevan a la pérdida progresiva y rápida de peso, como el cáncer, la enfermedad de cronos, infecciosas o autoinmunes, pero tú no puedes confiar en que la mamá diga "debe tener anorexia", porque está flaco, la mamá probablemente no hizo todo este paneo del cuerpo del cabro y además aunque supiera que es de origen psicógeno hay que ver el nivel de daño

orgánico... como está el corazón, los pulmones, el hígado que sufren enormemente, como están los riñones, o sea en que esta grado esta persona está destruido o no está destruido, eso hay que irlo segmentándolo paralelamente, el diagnóstico para mí si ya eliminé una causa física o tengo bajo control una causa física, que la persona tiene que al menos cumplir, comer, dormir, yo siempre empiezo con el vínculo, el vínculo es todo lo que yo necesito para operacionalizarlo, y yo creo que el vínculo es irremplazable y con estos chicos es absolutamente reemplazante porque ellos están en una posición de desmedro social, son la escoria, son lo que quedo abajo, son lo último entonces tú tienes que decirle que ellos no son los últimos, y ellos tienen que creerte ¡Creerte!, entonces tienen que leerte como auténticamente de una imagen positiva de ellos que tú crees que tienen potencial, uno de mis ex paciente, hoy ese cabro salió muy curiosamente de una población, porque este cuadro muy raramente sale de una población es uno de mis ex paciente que yo traté y hoy es un adulto gerente de finanzas de una empresa italiana, y no es raro que sea así porque buscamos inserción laboral para él donde la homosexualidad no fuera un problema y cuando él fuera a su entrevista laboral le dijeran “¿Usted es casado?, sí con un hombre”, y el italiano al otro lado le dijera “!Ah qué bueno!” no importa, mejor no va a tener hijos va a tener más tiempo para trabajar... next, sirve. Entonces elegimos contextos para que él floreciera como persona entonces nos fijamos que el tenía que... era un gallo brillante trabajaba en una empresa transnacional europea, pero ¿por qué ahí? Porque ahí él no iba a necesitar este síntoma para regular la agresión del miedo a temer que ser igual con los demás, entonces es un gallo que es fantástico pero que viene regularmente una vez al año como le digo yo a revisarse las perillas, o me llama o viene a hacerse un seguimiento... todo, que hacia el ejercicio desde que era estudiante universitario y actualmente él es un personal de ejercicio exitosísimo ósea a me encantaría, te lo doy por firmado.

Investigadora:

Bueno ya terminando ¿Qué ha podido aprender de todo esto? Ósea, me imagino que mucho, pero en palabras propias que ha aprendido de toda esta experiencia, en trabajar con pacientes hombres específicamente.

Entrevistada:

Haber, los pacientes en psicoterapia son... hombres siempre son el caso, la mujer viene a consultar 3 de cada 3 casos de mujeres, pero en los hombres que vienen la mayoría... están asociado a problemas laborales y una minoría a problemas sexuales y dentro de esa minoría una minoría dentro de esa minoría son los pacientes con anorexia nerviosa, eh cachai es una cosa súper chiquitita, pero a pesar yo creo que por eso no hay muchos profesionales que estén capacitados para comprender lo que trae el otro dentro y que pueda ayudar con relativa efectividad y rapidez, porque aquí hay un deterioro físico, la persona no puede seguir viviendo su cuerpo desde donde lo está viviendo porque o si no se va a morir, ósea así... se va a morir, no es que va a tener un problema, no, hospitalizado con suero eh sonda nasogástrica, alimentación parenteral amarrado a la cama y destruyéndose el corazón... no ósea es eso lo que nosotros hacemos si no tenemos la herramientas. Eh, el libro que yo escribí con Margarita que es una amiga mía, nosotras decíamos que, por el tipo de estructura social, por la gran cantidad de niños obesos y por el aumento de la homosexualidad nosotros creíamos que esto iba a crecer exponencialmente Y así fue, y yo creo que está en aumento.

Investigadora:

Sí y cada vez más

Entrevistada:

Va a seguir aumentando, yo cuando elegí mi especialidad clínica, todo el mundo me decía que vas a estudiar ¿Qué? ¿Cómo? ¿Qué? ¿Qué es eso? Nadie tiene eso y ya ves ... entonces tiene que ver así con la tendencia que aparecen, eh yo creo que no es aprender es re aprender es re aprender que si nosotros como terapeuta no estamos abiertos ante el descubrimiento del otro realmente como un otro no vamos a poder hacer lo que hay que hacer y lo más relevante que estos jóvenes que están tan debajo de la jerarquía social necesitan especialistas que no miren su homosexualidad o su transexualidad como un problema, que respeten la diversidad, es que sean realmente "Open mind", Ósea un psicólogo cerrado de mente, tradicionalista solo hace daño, porque la verdad se le van traslucir sus prejuicios ósea necesitamos gente para que trabajen desde este ámbito no desprejuiciado si no ... yo siempre digo que como decía Freud el inconsciente es atemporal cierto, es amoral, y el psicólogo tiene que ser atemporal y amoral porque finalmente trabaja con lo más profundo de las personas, entonces tú tení que tener eh tu representación dentro del paciente tiene que ser que siempre ser un recurso para él y amoral que tú ... él no se siente enjuiciado, nunca no importa lo que te cuente cierto, el inconsciente es ahistórico ósea, "A" sin historia siempre se viene constante presente y desde el significado personal entonces alguien que sea constante y desde el significado personal repercute en la interacción y repercute en las conductas, entonces que me pasa a mí con lo cognitivo conductual, maneja súper bien la conducta pero olvidan las interacciones y olvidan el significado y que me pasa con lo sistémico se le olvida intervenir la conducta y el significado y que me pasa solo en la formación de Guidano se me va a olvidar la familia y se me va a olvidar la conducta, entonces como que tiene que ser un terapeuta que sea capaz de explorar cualquier marco teórico que le permita brindar el servicio que el sujeto requiere porque por su especificidad yo no puedo ser cerrado de mente, ni con él en la aceptación ni con lo que me dice la teoría de cualquier parte, ósea si me dicen que en Tailandia hay un hueon que aprendió a curar la anorexia masculina

y lo hace con caca, yo te juro que voy y como caca para saber si se me cura, porque quiero... cualquier herramienta y tan pocas, entonces uno tiene que ser generoso en darle a otro sistema terapéutico en darle cabida y salir entre las tontas peleas entre las escuelas. Ósea, al paciente no le importa, yo te digo, a mí nunca nadie me ha pedido que le muestre nunca el título yo le digo que estudie en la chile y todos me creen nadie me pide el título o la certificación clínica o el certificado de libros especialista. Entro por esa puerta un cabro en brazos de un papa enorme de grande que pesa 25 kilos o 35 kilos y mide 1.70 y me mira y me dice “ayúdame”, que le importa la teoría a ese viejo... nada todos mis pacientes anoréxicos y mis pacientes anoréxicas han entrado a mi consulta en brazos, ¡En brazos como bebés!, muy poco han entrado caminando, entonces que me importa a mí la teoría, se la pueden guardar donde quepa. Eh no es que hay que mantener el “setting”, estay hueon para que voy a mantener el setting si eso no le ayuda al sujeto, ya en una segunda parte de la terapia si él quiere seguir con algo de profundización para su desarrollo personal y modificar más profundamente sus patrones de interacción con si mismo lo otro bacán poh hueon haz lo que quieras, pero yo soy la psicóloga que esta cuando al hueon lo sientan en una camilla, no yo soy para estar... “en realidad tu no me puedes tocar” o “oye llegaste 5 minutos tarde así que no te voy a atender”, ósea no puedo porque yo soy un psicólogo de emergencia.

Investigadora:

Bueno, igual quedaron algunas cosas pendientes, por ejemplo, igual mencionaba que la actitud entonces del terapeuta en este caso es bien importante, entonces podría ser como un factor facilitador.

Entrevistadora:

Es un factor básico y facilitador para la terapia, si la persona, si el otro se siente autentico si el joven no te siente comprometido y no te siente que tú estás

realmente de su lado, aquí la neutralidad terapéutica no te sirve de nada, ósea tu estay con un hueon que puede decidir comer o no comer según como le fue en su proceso de terapia y la terapia en el primer mes es un infierno siempre empeora, entonces aquí los gramos si importan, si tu o yo la junta bajamos un kilo a la semana que importa, quedamos igual, en cambio el baja un kilo a la semana, daño a la fibra cardiaca, daño renal, daño cognitivo, perdida de diente, estamos hablando de una cosa súper difícil, entonces la actitud terapéutica es esencial y clave sí y la mantención de los límites entre los sistemas digamos, limite parental, del sistema parental del sistema familiar, del sistema escolar siempre decir aquello que es necesario que sepan pero nunca entrar en detalle y a la gente puta que es copuchenta, cuando tú le vas a decir a la profesora jefe “oye mire que yo estoy trabajando con este cabro necesito que tú me apoyes, que se yo” – “y que tiene, y porque lo tiene y no sé qué y la huebada” y yo digo pero los odio porqué se meten en hueas que no van a poder arreglar, todos son psicoanalistas al final todos saben hacer mejor tu trabajo, “es que yo creo que la mama de...” “mira yo estoy casi segura que J... lo que tu deberías...” es que te tienes que tragar una cantidad de cantinelas porque necesitas poner a la vieja a tu lado.

Investigadora:

Tolerancia.

Entrevistada:

¿Cachai?, pero es difícil, es difícil porque a ti dan ganas de mandar al final a la chucha a todos. Eh es muy complejo también trabajar con otros profesionales que no comprenden los elementos psicógenos de la alimentación, por ejemplo la nutricionista, son súper complicadas no les gusta trabajar con estos cabros, son fundamentales pero tienen una mirada muy técnica y enfocada en la comida y en la ingesta que es el escondite, es el síntoma es el escondite del cabro, entonces

siempre te amplifican la distorsión de los elementos que estás haciendo y lo expresan en todas las sesiones y yo digo y que subió cuanto 0.4 gramos o 0.8 gramos, “hay es que lo tengo que pesar por protocolo” entiende con un cabro así, no importa ... ¡NO!, entonces el equipo médico que esta medicalizado y que lo único que quiere es la ganancia de peso para ti es como que tienes que seducirlo todas las veces, y el nutricionista de echo – me decía “yo no quiero trabajar más con anorexia porque es difícil”, no es difícil es muy complicado, le digo no más difícil que los diabéticos, “ah no pero es que los diabéticos por ultimo no se mueren, o se mueren lento”, entonces ponte tú ya hay cosas que son mañas como por ejemplo cosas básicas que vienen del enfoque conductual pero son súper efectiva, yo a los chicos que no están comiendo primero elimino todos los rituales de comida sola, aislado, viendo youtube en sus piezas, boto todas las bandejas, recupero todos los rituales de alimentación conjunta, comida familiar, no comida chatarra, la mamá tiene una cantidad de pega enorme y adicionalmente hago que se sienten en la mesa con un plato vacío sobre todo en la primera etapa de tratamiento y que nadie los obligue a comer y eso es muy difícil, porque la mamá lo ve sentado y lo único que quiere es mengucharle la comida para adentro.

Investigadora:

Hay una ansiedad por parte de...

Entrevistada:

Lo que pasa es que la mamá se ve interpelada porque en el fondo todo el rollo entre la mala madre y el hijo, la anorexia es porque tú no me quieres por quien soy entonces yo no acepto la comida que tú me das, y ahí viene lo más psicoanalítico de todo que es el significado de la comida que en nuestra sociedad la comida es el amor entonces en que el hijo le está diciendo conductualmente a la madre, como tú no me quieres y yo no acepto, la salud que me afecte la salud

para que todo el mundo sepa que tú no me quieres, entonces hay un juego súper fuerte en que la vieja lo único que quiere es que el hueon engorde para que digan que buena mamá soy y es una vieja como las pelotas, ella quieren que le digan que buena mamá es y que rapidito repunte y que rapidito salga y cuando pasa es muy peligroso, porque la subida acelerada de peso es tan peligroso como la bajada acelerada de peso a nivel físico tiene el mismo daño y otra condición y anótenlo grande que el terapeuta debe saber mucho mucho de medicina y fisiología.

Investigadora:

Eso como factor facilitador

Entrevistada:

Claro porque tiene que poder comunicarse con el equipo médico, hablar con nutricionista, hablar con médicos, sin saber lo que es la fibra cardiaca, sin saber que es un paro respiratorio saber cuáles son los exámenes que se usan, saber que es la hipófisis hueon, saber que es latiroide, tener idea que es el índice de masa corporal, la tira de ideación te llega la cacha clínica que dice “IMC, no sé qué” “no sé cuánto” que para ti es chino porque no te gustaba biología, un hueon que no le guste la biología que no haga la carrera, porque al final del tratamiento uno habla de la comida ya con ellos pero con una mirada muy científica muy técnica, entonces el tema es eso no que el psicólogo que trabaja en esto debe conocer elementos de la medicina, de la nutrición de la fisiología de la kinesiología, porque se va a ver enfrentado por ejemplo para tener conversaciones con la mama sobre comida, sobre suplementos, sobre formas de hidratación a través de la comida sobre la hidratación del cabro chico y la mamá te pregunta y a veces es el único profesional que ve en un día, más si trabajas en privado como yo entonces es como “bueno y como ve a “X”no sé pregúntele a la nutricionista”, no le puedo decir esa huea, tienes que saber de electrolitos

huevo, ósea tienes que saber pero un montón de neurofisiología pero un montón, entonces por ejemplo, los sistemas cuando tu pierdes la grasa corporal y ya en su índice de masa corporal ya tienes pérdida del músculo, pero en los niveles más profundos vas a tener daño cognitivo ¿porqué?, porque el cerebro es una gran masa de grasa que está envuelta en los axones que está encubierto en la vaina de mielina que está hecho de grasa y el cerebro que no come suficiente grasa, que la rechaza inconsistentemente está exponiendo la integridad de su sistema nervioso central, entonces tú tienes que poder decirle a la mamá, tiene que comer grasa, no puede ser solo lechuguita o pollo porque no te sirve porque el huevo tiene que ser rem estabilizante y tienes que saber de rem estabilizante, tienes que saber que suero se usa, porque el médico se va a para contigo y te va a decir mira IMC, no sé qué, no sé cuánto, no sé cómo bla blabla, va a hablar en tailandés y si tú no sabes tailandés lo más probable es que cagó poh, él te está dando el grado de gravedad del cerebro a través de indicadores fisiológicos entonces te dice “bueno esto representa las presiones colapsadas, las diastólicas, las sistólicas, tienen dos puntos de separación, ¿sabes lo que significa eso? No, así que si quieres ser terapeuta de este cerebro tienes que saber quiere decir que entre la presión más alta y más baja está así, por lo tanto, puede entrar en un paro respiratorio en cualquier momento, tenlo en cuenta cuando hablé con el huevo poh, porque si se emociona esto va a ser así. Entonces se requiere saber mucho de biología, no lo puede tratar un profesional que no se lleve bien con un kinesiólogo con un nutriólogo, es una condición para.

Investigadora:

Complementa con otras áreas.

Entrevistadora:

Porque a mí me gusta, porque es muy integrativo, porque te obliga estar así siempre mirando y mirar al ser humano como biopsicosocial y eso es raro, hay

pocas patologías que son así y el tratamiento debe ser biopsicosocial y esto no hay escapada a lo biopsicosocial, cierto entonces también hay que estar preparados que la presión de la homosexualidad de la transexualidad va a ser un shock familiar heavy. Y ahí hay que tener muy claro como formación que desde el año 1978 la homosexualidad no es una enfermedad psiquiátrica y por lo tanto no puede ser tratada como una enfermedad ni es motivo de consulta valido, entonces cuando tú y el cabro está en un índice de masa corporal adecuado está comiendo bien pero con gusto con ganas está inserto en un colegio que respete la diversidad, y que el papa diga que “podríamos quitarle la homosexualidad, uno tiene que decirle que no poh, eso no se quita, porque le quitas la identidad y no tiene derecho de vaciarte de sentido”.

Investigadora:

Exactamente, por eso es un proceso que como del ciclo vital que va como transformándose.

Entrevistada:

Entonces es fuerte, es un trabajo impactante. Solo verlo físicamente y no mostrar repulsión o no mostrar preocupación es súper impresionante.

Investigadora:

Ya con haber dicho que llegaban en brazos, me hice la imagen y me genero impacto.

Entrevistada:

Sí poh, yo una vez tuve una chiquilla de 1.75 con 45 kilos, yo peso 50 kilos y me veo flaca y mido 1.60, alguien de 1.75 con 45 kilos no te puedes ni imaginar lo que era eso, yo la atendía acostada en un sillón, no podía estar sentada porque los isquiones que son los huesos que están el poto están tan afuera que les duele

cachay que le salen escaras, tapada y con dosis de azúcar al lado para que pudiera resistir la duración de la sesión porque o si no se iba entonces ¿cualquier psicólogo está preparado para hacer eso?

Investigadora:

No. La verdad nos quedó claro.

Transcripción Entrevistan°4

Investigadora

Bueno para comenzar nos gustaría que nos pudiera contar con respecto un poco acerca de su experiencia de cómo ha sido el trabajo clínico con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria. Más o menos como llego a trabajar con estos pacientes.

Entrevistada

Con respecto al trabajo clínico, para mí es muy importante que usted sepa cómo trabajo ya, que mi formación es en la Chile fue psicoanalítica, por lo tanto, me especialice en diagnóstico, y muchos de los pacientes que me llegan es para diagnóstico, porque no saben muy bien que les está pasando, quieren más herramientas, o quieren un informe para retomar acciones. Pero llegando al punto de la práctica, sentí que el psicoanálisis me estaba quedando chico para la clínica, para acercarme al paciente entonces me especialice en el área humanista y desde ahí he ido trabajando en la aceptación incondicional del otro, en que aquí no hay nada bueno ni nada malo, sino que conclusiones de las cuales podemos

entender nuestra historia, alejándome de las interpretaciones duras y castigadora.

Bueno ahora trabajo desde la perspectiva del psicoanálisis relacional que integra el psicoanálisis y el humanismo y estoy demasiado feliz que por fin se integraron. Entonces desde esa perspectiva me llegan pacientes para el trabajo clínico que tienen que ver con mi parte humanista y de desarrollo y también pacientes para el trabajo diagnóstico. Entonces los pacientes de la conducta alimentaria que me han llegado hasta el momento siempre vienen por diagnóstico, que les está pasando, y ese generalmente que les está pasando no tiene que ver con la comida, sino que esta desanimado, es que la carrera no le gusto, que la polola lo dejo y nunca más se quiso levantar, que anda irritable, etc. en realidad siempre los traen por algo que no tiene que ver con la conducta alimentaria. Entonces pareciera ser que en la familia es algo bien inviable, con esto te quiero decir que no me llegan los pacientes más graves, por ejemplos esos que están en los huesitos que es obvio su trastorno, entonces en el nivel que yo trabajo es del diagnóstico previo que está pasando. A mí lo que más me llama la atención es que muchas veces la familia no tiene idea de la conducta alimentaria o que lo asume como una etapa “no es que es una etapa”, pero resulta que no desayuna, no almuerza no come nada, y es ahí donde pierden el conocimiento de lo que el joven se alimenta, es decir el conocimiento de la regulación de su alimentación. No lo ven, entonces lo traen por odioso o por cualquier otra cosa.

Investigadora

¿Cómo llegó a trabajar con estos pacientes que tienen problemas con la conducta alimentaria?

Entrevistada

Es aleatorio como te decía, aquí llegan diversos pacientes y como vienen a diagnosticarse, si es que tienen un déficit atencional, una depresión, una crisis de la adolescencia y dentro de eso descubrimos que hay un trastorno alimentario, no es que llegue, sino que llegaron y yo empecé a diagnosticarlos. No creo que estoy etiquetada como especialista que trabaja con trastornos de la conducta alimentaria exclusivamente.

Investigadora

¿Y en que contextos clínicos trabaja?

Entrevistada

Yo trabajo en clínica particular siempre, Entonces los pacientes que llegan son derivados por otros especialistas, psiquiatras, neurólogos, profesores, etc. y ahora que llevo tantos años también por recomendaciones, el amigo del amigo del amigo y así. Entonces llegan. Pero yo diría que los principales derivadores son los colegios y los psiquiatras y los neurólogos, a veces los pediatras.

Investigadora

Ok, ¿Qué lugar tiene el proceso psicoterapéutico en el tratamiento de pacientes diagnosticados con algún trastorno alimenticio?

Entrevistada

Yo te diría que es vital, pero no, yo diría que en estos trastornos es necesario que sepan muchas personas, ósea sería pecar de omnipotencia decirte que solo la terapia va poder ayudarlo, entonces el lugar de la terapia es bien humilde, es como alguien que viene a contribuir en un caso que es muy complicado, muy complejo. A mí me ha tocado hacer conciencia que hay una dificultad respecto a

esto, como la primera mirada de esto, como de que algo está pasando con que escondan la comida debajo de la cama, con que vomite, con que algo está pasando con que no soporte verse un rollo, con que algo está pasando con que se desnude frente al espejo y se vea las costillas, de hacer conciencia de que eso parece que no está saludable, como una parte bien preliminar, y a hacer conciencia del paciente y de la familia que tal vez vamos a necesitar más ayuda y de que la psicoterapia tiene un lugar, pero tiene un lugar bien humilde y que tiene que ponerse a la par de psiquiatras, de la nutricionista, a veces del cardiólogo, dependiendo de los órganos que se vean interferidos, es un patología súper riesgosa entonces poner a la psicoterapia como lo central, yo te diría que no, ósea desde mi aprendizaje tienes que ser bien humilde y bien multidisciplinaria y de repente bajar el moño en que otro sabe también, y que los retan, los retan mucho, estos pacientes no son bien tratados, le dicen cómo te estás haciendo esto, no hay una actitud comprensiva, aparte que los pacientes son gente difícil de tratar, irritables etc. son pesaditos, no son amorosos, ellos están en un estado de que “no quiero que me saquen de esto” entonces por lo general no se sienten cómodos con los especialistas que queremos sacarlos involuntariamente de ahí, entonces no es fácil el trabajo con este tipo de pacientes, pero yo creo que mientras uno más este regulada y sepa cuál es el lugar que ocupa, las expectativas que debe tener, porque esta es una enfermedad por siempre, así como las adicciones, algo que siempre va estar vigente y así que tienen otras patologías asociadas, a veces trastornos de la personalidad, entre otros.

Investigador

Ahora centrándonos sobre uno de los conceptos principales de nuestra investigación, ¿podría definir anorexia nerviosa desde su experiencia?

Entrevistada

¿Tú quieres una definición clínica?

Investigadora

Como lo comprende usted según su experiencia.

Entrevistada

Yo creo que para mí es una enfermedad donde la persona está en un estado de dolor, de mucho rechazo a su existencia, que ha desarrollado una rabia con su cuerpo, una necesidad de control de lo que entra de lo que sale, de cómo quiere verse, la rabia es uno de los sentimientos más potentes que me ha tocado ver, de sentirse no comprendidos, como fuera de la realidad, de que comer es rico, comamos para celebrar, etc. y también es un mundo de mucha mentira, no es que soy vegetariana, no es que soy vegano, es disfrazar un poco lo que les está pasando con cosas cruciales, son personas que se transforman en poco confiable, porque son personas que tú le preguntas cuantas veces vomitas y te dicen 5 y probablemente 10, están siempre falseando, el vínculo es difícil, esta como interferido el cuerpo principalmente, que no querer que se noten los caracteres principales, estar en un estado infantil, esta todo conflictuado con el entorno, tienen una capacidad de resistir el dolor físico de una manera impresionante, y eso mismo está asociado a otras conductas, los cortes, etc.

Investigadora

¿Hace cuánto tiempo comenzó a atender a pacientes hombres que padecieran anorexia nerviosa?

Entrevistada

Hace 12 años. Siempre he trabajado con adolescentes, nunca he trabajado con niños diagnosticados con anorexia, siempre con adolescentes, porque la

anorexia se comienza a detectar como los 15 aproximadamente y de ahí en adelante.

Investigadora

Ah ok, entonces tiene años de experiencia con este tipo de pacientes.

Entrevistada: Si claro.

Investigadora

¿Cuántos pacientes ha tenido diagnosticados con este trastorno, específicamente hombres?

Entrevistada

Dos casos, porque son poco los casos de hombres con anorexia diagnosticados, a las mujeres las traen más, yo te diría que trabajo con muchos varones de 3 a 10 años porque son inquietos, por que molestan en clases, etc. los traen a esa edad y las niñas comienzan después de las 10 años después que les llega el periodo, cuando ya están con todo eso hormonal, entonces de ahí para adelante hay muchas pacientes mujeres. Pero en la parte de la adolescencia, si no los traen obligados, los hombres consultan muy poco, ósea adolescentes hombres.

Investigadora

Con respecto a su experiencia ¿Cómo han sido los procesos psicoterapéuticos que ha llevado a cabo con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa?

Entrevistada

Difícil, siempre la anorexia, tanto en hombre como en mujeres es muy complicada. Porque generalmente yo no he sido la primera especialista que los atiende, ha sido la quinta, la sexta o la séptima, entonces parto diciendo “ay que susto, si ya desechaste a cinco psicólogos porque me va preferir a mi” entonces

es súper complicado el vínculo, dicen ya se a que vine, como me vas ayudar solo hablando, ya sé que tengo que dibujar, que lata esto ya no va cambiar, ósea no vienen ellos pidiendo ayuda, sino que son derivados por otros especialistas para que los podamos ayudar.

Investigadora

Claro, ahora podría explicar esto ejemplificando con los dos casos que ha tratado

Entrevistada

Sí, yo los voy a separar porque ambos son distintos. Bueno el primero de ellos es un joven de 17- 18 años que estaba terminando el colegio, en un instituto técnico, donde iba salir con un título y de repente la mama lo ve cambiándose la ropa, porque siempre usaba ropa ancha y ve huesos, y tuvieron una pelea muy grande, esa pelea término de una forma muy violenta y a partir de eso el papá lo llevo al médico, el medico lo derivo al psiquiatra, después a una psicóloga, no le gusto esa psicóloga, luego fue a un grupo de jóvenes, no le gusto el grupo de jóvenes, no quería nada, entonces frente a la amenaza del psiquiatra que lo iba a internar que le iban a poner suero y que de esa forma igual iba tener que comer, el cedió a venir, si no venía lo iban a internar, entonces súper amenazado. Entonces él vino, me decía yo vine para acá para que no me internen no para que me ayudes, un psicólogo como me va sanar hablando, esa era la actitud de él. Lo que hice fue empatizar, decirle “que violento es que todos quieran ver tu cuerpo... que violento es que todos rechacen tu cuerpo”, por ahí me fui, en poder entender lo que él estaba viviendo, no por el lado que todos querían verlo, tocarlo, medirlo, etc. y “si no quieres venir, tienes la libertad de no venir eres casi mayor de edad, me lo puedes mencionar y yo se lo digo al psiquiatra, tú puedes decidir morir”, en esa frase me la jugué y el quedo ¡wuau!, se espantó porque en realidad él estaba en un estado de depresión, no quería vivir con ese cuerpo, pero no es que quisiera morir y ahí entonces el cómo que lo repensó, y ahí tuvimos un

proceso de terapia largo, en comparación con otros pacientes, porque pasa con las anorexias que abandonan.

Investigadora

¿Cuánto tiempo?

Entrevistada

yo diría que estuvimos cerca de 6 meses juntos en una terapia semanal donde había psiquiatra, donde había más especialista. El requisito de la terapia era que el siguiera con su psiquiatra y él tenía que saberlo.

Ehm... y en ese periodo lo que resolvimos fue la rabia... como esta cosa rabiosa con el otro de no dejarse ayudar que es como claro no quieres morir, pero tampoco quieres que te ayudemos ¿No? Como abrir preguntas eh... o hacer elemento en tu escucha de "Sí yo te conozco tan poco y ya siento afecto ¿No? Y me preocupa que estés bien, que le pasara a tu mamá, a tu papá, tu hermana ¿No?... Y él ahí haciendo conciencia de ¡claro!, si en este poquito tiempo hemos logrado "Querernos" entre comillas y desear que tú vivas, que le pasará a tu familia ¿No? Y él logro entrar en un estado de "ya, voy a dejarme ayudar hasta donde yo quiero porque tampoco quiero engordar", y estuvo internado en una clínica psiquiátrica después de esos 6 meses, para que le pudieran nivelar en términos biológicos, porque él estaba en una forma de alto riesgo, y... te diría que estuvo un mes o dos meses y lo odió, porque te alimentan, te ponen sondan, se empiezan a sentir hinchados con el agua, se sienten hinchado y ya eso les molesta y no quieren... eh... y después salió de ahí y no volvió a tratamiento y yo me enteré por la mamá por algunas entrevista que ella en los jugos que él le gustaba le ponía vitaminas, le ponía a escondidas, tenían una relación como de mentiras el hacía como sí y ella no, lo alimentaba y le metía las vitaminas, ehm... y después a los años él volvió mucho más recuperado o sea ya estaba fuera del

estado crítico, aunque seguía delgado, ya estaba trabajando, me vino a contar que se casó, y tiene tres o cuatro niñitos como que es muy productivo, pero él nunca se recuperó del estado depresivo que tenía que ver con la infidelidad de su padre a su madre, él era muy regalón de su papá y esta infidelidad, no quiso ser hombre, no quería, tenía un odio, entonces él lo logra ver en esta otra etapa, cuando ya tiene su familia y él es un papá querendón, como que logra reparar, pero sigue con este estado rabioso, depresivo, no recuperó su vínculo con el papá...

Investigadora

¿Qué lugar tiene el diagnóstico en este proceso?

Entrevistada

Era vital, porque en el fondo él tenía una anorexia, pero él no lo veía... él no veía que tenía un problema con su cuerpo, era él... lo que él veía que se querían meter con las cosas que él quería hacer, como él lo veía como una rebeldía, no quería ser delgado por estética, era un gallo que se estaba atacando a sí mismo, su masculinidad, él no quería ser hombre, los hombres son muy pencas "Engañamos a las mujeres, le hacemos daños a los hijos", ahora en esa etapa ni nos asomamos a eso, sabíamos que eso estaba que no quería ver al papá, pero claramente a muchas personas nos pasa eso y no desarrollamos una anorexia, la condición de él es que eso fue, y en la construcción de su identidad fue devastador, y él lo logra recuperar en un tiempo.

Investigadora

Y ahora con respecto a lo que nos comenta ¿Podría mencionar algún factor obstaculizante o facilitador por ejemplo en este caso?

Entrevistada

Yo te diría que los obstaculizantes siempre son como la... son poco confiables en el sentido que si tú le preguntas si comiste siempre te van a decir que sí, me entiendes, entonces es una pregunta que ya yo no hago, porque... o que estuvieron en la casa de Juanita y comieron un asado, como que eso es lo complicado que atacan sus vínculos, entonces al final la gente siempre está como desconfiando, “¡Ah fue al baño!”, yo me acuerdo que en las entrevistas con los papás, los papás me decían “No, es que fue siete veces al baño”, o sea ya no tenía vida!, si estas contando las veces que tu hijo fue al baño, entonces todo se empieza a dar desde las sospechas, que ya no confían, que me va a mentir.

Investigadora

Lo que pasa es que nos comentó un caso que ha tenido, como para comentar el otro...

Entrevistada

Sí, al tiro, peor para terminar... los facilitantes eh... yo creo que en mi caso personal en estos dos casos ha sido la empatía, como decir “sabes que yo no soy alguien que quiere nada, básicamente estoy aquí basado en quien eres y en eso te puedo ayudar”, te ¿fijai?, como desde la cercanía más que de la erudita que va a darte mucha información de ti misma cuando en realidad no sé nada de ti, la tarea es conocerte y ver como ver desde ahí yo poder ayudarte, con mucho respeto, yo creo que eso ha sido un elemento facilitador, “Amí no me interesa que me mientas, me interesa... como te puedo ayudar”.

Investigadora

Y ¿Existe algún factor externo, por ejemplo, familia amigos?

Entrevistada

La familia yo te diría es la de la sospecha, la desconfianza, la que nunca les cree ¿No?, entonces hay una cosa valiosa, aparte en términos prácticos son tratamientos caros ¿No?, yo no cobro barato, el psiquiatra no cobra barato ¿Cachai?, entonces es caro el tratamiento, porque uno también en algún momento se cansa, yo me estaba acordando de una paciente mujer adolescente que me decía “Cuando me enteré de la cuenta de la clínica, nunca más tuve anorexia”, ¿Cachai?, porque no toman conciencia de lo caro que es, si todos tuvieran la fortuna que ella tuvo, que lo pudieron solventar, pero es un caso que pudo venir y pagar otros especialistas y lo otro que es dificultoso que en el caso de los dos hombres que te estoy contando, los dos permanecieron en tratamiento, pero en el caso de las mujeres hay muchas que abandonan, entonces ese es otro factor obstaculizante, como ya sienten que no... y abandonan.

Investigadora

¿Nos podría contar respecto al otro caso?

Entrevistada

Ya... el otro caso era un niño más pequeño, adolescente entre 14-15 años, estaba en el proceso de octavo a primero medio, como que van y cuentan las notas, ven lo de la psu, “No sé qué hacer”, entonces yo lo empecé a ver como en el verano, porque los papás lo empiezan a ver muy ansioso, y esta ansiedad no lo dejaba dormir, no lo dejaba comer, y ellos no sabían por qué si ya salió del colegio y ya era verano, si era primero medio lo que lo asustaba..., él estaba en un colegio de alto rendimiento él era muy inteligente, eh... y empezamos a diagnosticarlo y descubrimos que él no estaba grave como el otro paciente, pero si estaba en un estado de ehm... confusión de identidad ¿ya?, entonces él no sabía si era homosexual, y él estaba en un colegio de hombres, estaba sintiendo cosas por los compañeros, y en el verano estaba con una ansiedad tan alto que

dejó de comer, entonces era como reactivo a una confusión más general... esta era una familia tradicional católica, homofóbica, él era el primer hijo, o sea el mayor, tenía más hermanos y era el ideal poh, el que se ganaba los premios de todo, atleta, o sea esta noticia no podía existir, o sea el no podía decirle a nadie que esto estaba sintiendo ni siquiera puliendo, y en el proceso que partimos que esta fue una psicoterapia un poquito más larga entre comillas que fue como un año, claro abordamos el tema de la confusión de identidad y en ese proceso él se fue agravando, porque empezó a hacer conciencia de que a lo mejor...sí... siente atracción por los hombres y que no pasa nada, que es algo que él tiene que luchar contra eso porque parece que a su compañero también le gustaba él, tampoco era algo que tenía que privarse, entonces él se privaba se privaba, se privaba de comida, dormía poco, entonces paso un momento de mucha gravedad, en que se transformó en una anorexia...

No es un caso que partió así, sino que hace síntoma a partir de la confusión, o sea es uno de los aspectos de trastorno de identidad, "Que es mi cuerpo, que soy, porque me pasa esto", él fue un niño muy auto exigido y exigido por la familia, porque siempre fue un niño delgado... un niño nervioso... ¿No?, y entonces esta crisis lo agudizó.

Investigadora

Y ¿Qué pasó cuando lo diagnosticaron de anorexia nerviosa?

Entrevistada

Yo creo que para los papás fue aliviador, porque para los papás ellos tenían la sospecha de la homosexualidad, obviamente no era algo que podríamos revelar, tampoco era algo que él tenía tan claro ¿No?, cuando ellos ponen la anorexia nerviosa como tema o la ansiedad... ellos pulularon por varios diagnósticos, papás muy ansioso también, ehm... cuando la nutricionista dice "Esto va para

anorexia”, entonces son fue tan grave como lo otro, y bueno yo estaba de acuerdo porque yo lo veía que estaba enjuto, tú ves la clavícula, entonces te fijas que ya tienes experiencia en la piel y todo ehm.. para los papás era como “ya no es homosexualidad”, claro ya le pusimos nombre esto ehm... entonces empezaron con nutricionista, psiquiatra, con psiquiatra ya estaba, pero ya empezaron con un especialista en trastornos alimentarios y ahí yo tuve una reunión con ellos y con autorización de él les conté de la manera que estábamos trabajando y ellos dijeron “Bueno esto es un tema más” dentro de un agravamiento de forma más amplia ¿No?...

Investigadora

Y ¿Algún factor obstaculizador o facilitador? ... lo mismo que en el caso anterior

Entrevistada

Mira lo obstaculizador aquí es la ética... ¿No? Porque en el fondo es un niño menor de edad... y es hasta qué punto tú puedes contar, ¿me entiendes? ¿debes contarles a sus papás que el niño se está sintiendo homosexual?... ¿No? Y que eso es lo que lo tiene tan triste, es que ellos con su rigidez y homofobia y con esta sospecha y le preguntaban continuamente “Ah mira Juanito salió con pedrito ¿qué opinas tú?” ... Entonces lo sometían a ese estrés de “! haber! tienes que hablar contra los homosexuales, ehm... fue difícil ¿No?, porque en el fondo siempre estuvo eso ahí de “¿será bueno de cómo decirle para que no se agrave?”, pero por otro lado uno debe supervisarse, porque el vínculo ya está avanzado y tú eres la depositaria de esto, Que él no quiere revelar tampoco la homosexualidad no es un delito, no es que tu tengas que denunciar nada, ¿No? él no está haciendo nada en contra de su cuerpo... y entonces fuimos contándole a los papás lo triste que estaba, la presión familiar que sentía, que pudiéramos darle libertad para que explorara su identidad, y estuvimos trabajando temas más

amplios que ellos intuían de que se trataba, por lo tanto no quería hacerlo tampoco no.

Investigadora

Y ¿Algún factor facilitador?

Entrevistada

Facilitador te diría que fue eh... la complicidad que teníamos, de que este era un espacio donde él podía existir, podía decirme todo lo que le pasaba, y que yo no lo iba a enfrentar, que le veía en mí y me lo recalco varias veces naturalidad, entonces no veía que me espantaba ni nada, que al contrario que era un ser humano y que me interesaba ir descubriendo lo que le pasaba, entonces esa complicidad que se armó entre los dos, donde este era un espacio donde él podía existir fue que el siguiera viniendo y tampoco fue tan fácil, que ocultara lo que le estaba pasando estuvimos mucho rato trabajando la ansiedad, de cómo manejar la ansiedad y el psiquiatra le daba cosas para ansiedad y la ansiedad no se iba, entonces no estábamos dando , hasta que el mismo se atreve a hacer algunas preguntas, me tanea, ¿No? “Que pienso de los homosexuales, que tiene un primo que es”, pero en realidad uno cacha ¿No? (pequeña risa), entonces me tanea a ver si soy psicóloga homofóbica ese es el otro caso.

Investigadora

Sí, como terapeuta igual la pone en una posición ...

Entrevistada

Igual fue un poco complicado pa mi porque era un niño más chico, que pasaba momentos de harta tristeza, entonces hablamos hartito con el psiquiatra y yo tenía supervisiones yo me angustiaba mucho con este caso, más que con el otro que era más grave, pero era todo más evidente te ¿fijai?... Entonces teníamos que

movernos a la ayuda, era como más práctica, pero él me generaba mucha pena su soledad... me daban ganas de remecer a los padres y decirle a sus padres que se estaba agravando, se estaba enfermando, me pasaban muchas cosas entonces tuve que supervisarme mucho tiempo, harto harto tiempo, pa poder yo ¡ugggh! calmar mi guata y diferenciarla de la de él, ¿No? Y poder ser alguien posible de ayudar y también de esta cosa que los papás un poco intuían como familia, pero tampoco podi decirle aparte que era tan vital que no lo dijera...

Investigadora

Bueno ahora, pasando a una nueva pregunta ...según su experiencia ¿Qué especificidades ha tenido el trabajo psicoterapéutico con estos pacientes?

Entrevistada

Yo te diría que lo multidisciplinar no?, o sea en muchas terapias tu solita puedes ¿No?, eh..., neurólogo psiquiatra en caso muy neurológicos o graves, pero en este caso tu reconoces un trastorno alimentario y tienes que saber multidisciplinariamente y la posibilidad del tiempo muerto que está muy activa porque hay riesgo de suicidio, por los aspectos más depresivos y rabiosos eh... el desapego de la realidad porque empiezan a ver su cuerpo de una forma que no es eh... y a veces lo mismo depresivo que no logren recuperarse de la alimentación, no he tenido ningún caso de muerte ...así que... de abandono sí que vuelven que se van que vuelven que se van, son pacientes que son bien oscilantes, tengo una mamá que también tuvo una anorexia en el embarazo y todavía veo al hijo ya... en las consecuencias de eso.

Investigadora:

En cuanto a su experiencia existe una especificidad con respecto al proceso psicoterapéutico del hombre con anorexia nerviosa, es decir más particularmente.

Entrevistada:

No entiendo... ¿especificidad de?

Investigadora:

Si hay como algo más específico en el proceso psicoterapéutico con hombres que por ejemplo con mujeres... si es que hay algo distinto.

Entrevistada:

Voy a referirme a los dos casos, no sé si es “del género” ¿no?, me daría como susto decir que es del género, pero en estos dos casos yo te diría que es la vergüenza (interrupción telefónica) la vergüenza ¿no? Porque siempre ha sido muy diferente en las mujeres, algunas vienen muy angustiadas, otras vienen rabiosas, como media empoderada por decirlo así. En los hombres es como la vergüenza ¿no? Como en reconocer que hay algo en la conducta y en la alimentación que tienen que ver como en este otro caso con una identidad más global ¿no? Es que no te gusta tu cuerpo, no te gusta la masculinidad de que tienes algo con la masculinidad ¿no? Eh, hace que sea muy vergonzoso hablar de eso.

Investigadora:

Y ahí, por ejemplo, hay algo especial con respecto al rol del terapeuta a la alianza terapéutica que se da

Entrevistada:

Yo creo que, como fue un caso grave eh siempre te pasa o a mí me pasa que uno tiene miedo de que le pase algo, yo creo que unas de las fantasías de un psicólogo es que se te muera un paciente, entonces estos pacientes te enfrentan a eso porque están tan deprimidos están tan aislados, puede ser ¿no? Eh y

cuando vienen acá y hacer una nueva alianza terapéutica como que te sientes que eres la única, que eres depositaria de algo muy especial entonces eso es complicado, como que te carga de mucha responsabilidad, por eso siempre es necesaria la supervisión, necesario trabajar con las familias, necesario que hayan otros especialistas porque tenemos que tener una responsabilidad compartida de esta vida ¿no?

Investigadora:

Y hay ahí una limitación, por ejemplo

Entrevistada:

Yo te diría que el tema que como fue casos graves, generalmente estos casos graves no se dan eh aislado, se dan en lo relacional, entonces hay familias que están graves. Ya entonces hay familias que han heredado el trastorno alimentario, ósea este hace un trastorno alimentario pero tú ves una mamá, una abuelita, una tía que alguien tuvo, que es una forma de vivir las emociones en la familias que ha sido como aprehendidas además así como la obesidad poh, en el sentido de que nosotros celebramos y comemos 3 completos ¿no?, en este caso no es como que él hizo la anorexia y nadie en la familia ... solamente cuando tu indagas ha habido un aprendizaje de vivir las emociones, a través de castigarse de controlar con la comida.

Investigadora:

¿Y existen implicancias para usted de atender a estos pacientes?

Entrevistada:

Si pues, porque uno lo pasa mal, son paciente que ¡uff! “hoy día vienen” como que te duele la guata, como que te hacen pensar mucho en ellos, eh de repente sabes que esa semana va a pasar algo especial estas preocupada, que ojalá le

vaya bien. Al menos a mí me pasa de esa manera ¿no?, entonces como que hay que estar acompañada, supervisadas con personas que tienen más experiencia y hace de esto más aliviador, como preguntarse ¿Por qué te pasa eso a ti con ese paciente? Te ayuda mucho eso ya.

Investigadora:

Bueno, en base a su experiencia ¿cuáles son las limitaciones que se presentan en el proceso psicoterapéutico cuando se atiende a un paciente hombre diagnosticado de anorexia nerviosa?

Entrevistada:

Yo te diría que las primeras... yo te estoy hablando de hace tiempo ¿no? Eh, era la ignorancia, había muy poca información, entonces yo te diría que en esos tiempos es la ignorancia... con quien hablo, ¿alguien ha tenido casos así?, ¿no? Como que yo me sentía bien sola, como que ¿la estaré embarrando? ¿Lo estaré haciendo bien? Como que en el fondo se sabía de ello muy poco muy poco, como que teníamos que estar inventando digo yo, mi supervisora en ese tiempo me decía creando ¿no? Eh... si poh es difícil, ahora hay más información yo te diría que ya se sabe más pero tampoco que se sabe tanto

Investigadora:

Pero eso ha afectado de alguna u otra manera el proceso psicoterapéutico

Entrevistada:

Claro, porque por ejemplo cuando tú sabes mucho sobre “déficit atencional” y todos los especialistas saben mucho sobre déficit atencional y entonces tú dices ah dos cucharadas y a la papa. La psicoterapia funciona así, tu trabajo por ejemplo iría así, vas al colegio y haces esto, es muy fluido, porque esta todo súper

investigado y todos trabajas con distintas miradas obviamente, pero.... Si tienes una depresión está el GES, ósea tienes un montón de cosas ¿no?, si se muere un papá tienes la etapa de duelo, en la anorexia nerviosa en los hombres era como bueno pongámosle en los patrones de las mujeres, ¿pero tienes experiencias tú? No nunca había visto uno ¿y tú? No parece que una vez tuve la sospecha entonces tampoco había algo así como en lo clínico, tenía que ir a los especialistas en trastornos psiquiátricos en trastornos de la personalidad, ellos te podían contar un poquito más.

Investigadora:

Usted considera que desde su experiencia consideran que son bueno hablando de anorexia nerviosa en hombres y mujeres ¿Qué son diferentes?

Entrevistada:

No yo te diría que la anorexia nerviosa es básicamente lo que te dije este rechazo a la corporalidad en la identidad ¿no?, no veo una diferencia en eso, yo te diría que hay una diferencia cultural ¿no? De que, lo triste de que es cultural, como que aquí valoramos más a un guatón parrillero, es raro que un hombre se acompleje por la guata o que tenga rollos con la comida, como que hay muchas cosas culturales que están sobre los hombres que hacen que sea como más vergonzoso y sospechoso, que lo desarrolle. En cambio, las mujeres siempre estamos preocupadas del peso, siempre estamos... que nos sentimos gordas, entonces siempre estamos en la alimentación y el cuerpo, entonces yo te diría que es un factor cultural.

Investigadora:

No es por ejemplo diferencias con respecto al modo de tratarlo

Entrevistada:

Es que mira es tan poquita mi experiencia que yo te diría todos los casos más graves desde mi posición con la diferencia de cómo es el paciente, explicarle los riesgos de su situación, hacer conciencia de su situación contarle que yo soy una más de un equipo grande de gente que lo vamos a ayudar, eh y que este va a ser un trabajo respetuoso de lo que el necesite. Entonces desde ese punto de vista no veo como una diferencia como yo no soy especialista en trastorno de la alimentación, si lo que a mí me han llegado yo te diría que es una base que yo tengo para todos los casos graves no, a donde yo voy a llegar donde soy éticamente capaz, que para eso se va a considerar entrevistas con su familia, se puede necesitar a sus hermanos, que probablemente en algún minuto si esto no funciona bien, se exija una nueva derivación.

Investigadora:

Ahora cuénteme ¿Qué ha aprendido de esta experiencia de trabajar con pacientes hombres diagnosticados de anorexia nerviosa?

Entrevistada:

Quizás yo creo que ahí no sé si te sirva ¿no? Eh a mi me interesa el ser más como individuo, me es difícil ponerlo más en categorías, como los niños con “déficit atencional” no. Eh los dos casos que te conté son dos personas diferentes, dos contextos diferentes se organizó esta patología en su cuerpo diferente ¿no?, entonces no podría categorizar así como los hombres “anoréxicos”, me cuesta pensarlo así, para mí son “x” y “x”.

Investigadora:

Pero no le genero nada especial, como por ejemplo que fuesen hombres porque si bien se conoce el tema de la anorexia nerviosa más vinculado más al género

femenino. Entonces que le sucede a usted cuando le comienzan a llegar hombres.

Entrevistada:

Para mí es una persona, sea hombre sea mujer sea un niño sea un adulto, tiene que ver quizás con mi mirada formativa

Investigadora:

En base a su experiencia de esos dos casos que tuvo lo que aprendió como terapeuta, que fue nuevo también.

Entrevistada:

Yo lo que fue nuevo y difícil eh es poder tener la paciencia suficiente para esperar el tiempo sobre todo en el que estaba definiendo su sexualidad, en no apurarme, ya en decirle a los papas y apurarlo a él ¿no? En condiciones en que yo lo veía que estaba más triste más grave, tolerar eso me fue difícil pero nunca llego a estar muy grave, pero fue como aprendizaje es que mi tiempo como terapeuta, lo que yo considero como correcto no necesariamente es lo que es bueno y correcto para el paciente y que eso exige en mi ética y en mi trato humano que yo sepa esperar ¿no?, esperar hasta un punto ético también ¿no? él sabía que en algún momento yo podía decirles a los padres, no la homosexualidad pero si otras conductas que pudieran ser graves ¿no?, rasgos suicidas, eso tipo de cosas, y como fue hace tiempo y yo estaba chica entonces fue un aprendizaje difícil, pucha si fuese mamá me gustaría que mi psicóloga me dijera, pero yo no era esa mamá y mi paciente era él, entonces también en definir quién es tu paciente... entonces aprendí hartoo hartoo en respetar el tiempo del otro y que resulto bien en los dos casos.

Transcripción Entrevista n°5

Investigadora:

Nuestra pregunta principal de nuestra investigación cuales son las normativas sobre los procesos psicoterapéuticos con pacientes hombres diagnosticados de anorexia. Para comenzar nos pudiera contar como llego a trabajar con las personas de las conductas de alimento, en qué contexto, como se dio el proceso psicoterapéutico.

Entrevistada:

Como llegue a trabajar con este tipo de paciente... Siempre me interesó la anorexia como tema, como para hacer psicoterapia con pacientes diagnosticados de anorexia y desde que entré al hospital, que eso fue hace desde casi 4 años me ofrecieron la posibilidad de entrar al programa que es específico de la conducta alimentaria en el hospital y desde ahí que comencé a trabajar con ese tipo de paciente.

Investigadora:

Ahí ¿fueron hombres, mujeres?

Entrevistada:

Hombres y mujeres, principalmente la anorexia es un cuadro que se da en mayor cantidad de mujeres que hombres, pero aún así tenemos pacientes hombres con anorexia.

Investigadora:

Entiendo, Bueno ¿hace cuánto tiempo que atendió a estos pacientes hombres específicamente?

Entrevistada:

Trabaje con pacientes hombres y sus familias durante estos 4 años, algunos de mayor tiempo, otros se retiraban, pero siempre hay alguien hombre en el programa digamos, o sea siempre estamos trabajando con ellos.

Investigadora:

¿Cómo llegaron a atenderse acá?

Entrevistada:

Mira es que lo que pasa es que nosotros somos un programa de referencia nacional en la Unidad de Trastorno Alimentario, específicamente anorexia y bulimia, entonces llegan derivados de todo Chile, prácticamente. La verdad es que como somos un equipo compuesto por 3 psicólogos, 2 psiquiatras y 1 nutricionista y una enfermera, somos un equipo chiquitito, entonces son tenemos muchas horas para abrir y en el fondo darnos a conocer mayormente, pero en general nos conocen en ciertos hospitales y nos mandan pacientes directamente a la unidad que pasan por todo un proceso previo de entrevista y que se yo, para que finalmente lleguen a la unidad.

Investigadora:

Y estos 4 años los ha atendido... a estos pacientes hombres

Entrevistada:

Si, de distinta gravedad de diferentes familias, pero sí.

Investigadora:

Y ¿Cuántos han sido aproximadamente?

Entrevistada:

Hombres, unos 5

Investigadora:

Igual es harto...

Entrevistada:

Si.

Investigadora:

¿Y la edad por ejemplo?

Entrevistada:

Teníamos uno bien joven, como de 14 años, 13, 14 años y él ya se dio de alta, con un buen resultado, y otro de unos 20 que el llegó muy grave, sigue en tratamiento ya, ya ha ido evolucionando positivamente, otro que llegó hace poquito al programa que también ha ido evolucionando positivamente y los otros fue hace tiempo.

Investigadora:

Pero más menos eran de ese rango de edad 14 a 20 años.

Entrevistada:

Si, no más que eso

Investigadora:

Bueno entonces ¿Cómo han sido los procesos psicoterapéuticos que ha llevado a cabo con esos pacientes? ¿Cómo se ha dado por ejemplo factores que obstaculizan o facilitan el proceso? Si pudiera como ir ejemplificando.

Entrevistada:

Mira en general los pacientes, los pacientes que han llegado al programa, pacientes bastantes graves en su patología de la anorexia, la verdad es que como todo proceso psicoterapéutico, primeramente uno empieza a establecer un vínculo, un poco tener confianza, muchas veces dependiendo del paciente yo no abordo directamente la anorexia en términos de que tiene que comer o que por que no ha comido o y otras veces sí, depende un poco del paciente de lo que el traiga a la sesión , le dejo más esa pega al nutricionista que es como el que hace un poco el rol más de indicar y decir que tiene que comer y la lista y por qué no comió o si comió etcétera, generalmente yo lo que trabajo con estos pacientes es lo que hay detrás del trastorno de la conducta alimentaria que muchas veces tiene que ver con conflictivas familiares, ha tenido que ver con abusos también distintos factores que se entremezclan y finalmente hacen que el paciente tenga este tipo de trastorno, muchas de las veces lo que nosotros apuntamos psicoterapéuticamente es que el paciente aprenda a vivir con esto más que quitárselo , que nunca más tenga anorexia porque generalmente los pacientes que son pacientes que por su gravedad difícilmente va a remitir el cuadro de la anorexia en un cien por ciento, así que es más bien, que ellos aprendan a vivir con esto y no terminen muriéndose, ya que finalmente la anorexia pudiera ser letal.

Investigadora:

Entonces en este caso había estos factores más facilitantes que, o sea llevarían por ejemplo a entregarle las herramientas al paciente para aprender cómo saber llevar eternamente toda su vida.

Entrevistada:

Sí que aprenda como vivir con eso hay todo un tema que se hace corporalmente, también que aprendan a aceptar su cuerpo, generalmente no les gusta ahí también hay muchos temas que se entrecruzan, se miran al espejo, se encuentran feos, se encuentran gordos, ahí también depende de cada paciente. Como es difícil, como hablar de los pacientes anoréxicos, no, porque cada uno tiene su propia historia y su propia particularidad, entonces vemos pacientes que tienen que la distorsión de la imagen corporal se ha creado de distintas maneras, en el fondo no hay una sola forma de llegar a tener una distorsión de la imagen corporal.

Investigadora:

Por ejemplo, en otras entrevistas apareció el tema de la orientación sexual, si usted ha visto algo así

Entrevistada:

Sí, de los pacientes que hemos atendido 2 eran homosexuales, el resto no... o no abiertamente que lo hayan expresado al menos en este proceso, quizás después uno no sabe.

Investigadora:

¿Pero dos pudieron verificar que había una relación con el trastorno...?

Entrevistada:

Yo no te podría decir que la homosexualidad es como que tiene una relación directa con la anorexia. No te podría decir que estén directamente relacionados. Si ponte tú tuvimos un paciente que era bailarín que era homosexual y que claro, había por su profesión para él era muy importante el cuerpo y el ser delgado y

cayó en el tema de la anorexia, pero tampoco te puedo decir que todos los bailarines son anoréxicos.

Investigadora:

Entonces eso es algo que se da, no hay una relación como directa, solo como ha aparecido llama la atención

Entrevistada:

Llama la atención, porque se ha dado cierto grado de sensibilidad y de que tengan que quizás como ciertos aspectos femeninos un poco más marcados, pero no necesariamente de una homosexualidad, puede que sean más sensibles, artistas como por esa línea.

Investigadora:

y podría ejemplificar como uno, a lo mejor un caso, como fue el proceso, cuanto duro, que factores influyeron en el proceso.

Entrevistada:

A ver, por ejemplo el paciente que yo atendí de 14 años, con el estuve un año y medio o dos, fue un buen proceso incluimos a la familia también, había una multiplicidad de factores que influían en su cuadro , pero fíjate que el tema de la anorexia con él se trató más tangencialmente e obviamente hablábamos de lo que comía y de lo que le producía comer y la angustia de sentarse en la mesa y que se yo, pero también ponte tú se abordaron muchos temas de como él se iba relacionando con su familia, con su mama , con su papa, en el colegio. Aparece mucho también que son pacientes que fueron obesos y le hicieron Bullying en el colegio, y luego empiezan con un cuadro de querer bajar de peso y ahí se les pasa la mano y se pasan para el lado de la anorexia entonces, con el tratamos todos esos temas, así como el bullying que lo molestaban en el colegio, el cambio

de colegio se cambió de colegio, lo acompañamos en todo ese proceso. Te digo que lo acompañamos porque en realidad, claro yo la parte ponte tú, yo le hice terapia, pero otra le hizo terapia familia, otra la psiquiatra, el nutricionista controles con la enfermera , entonces es todo un equipo el que está interviniendo en el caso, Yo como que hago una partecita de todo ese caso, si bien es súper importante, porque es como el paciente entiende a verse de una manera distinta en donde finalmente el resultado es que puede comer y no le genera tanto asco comer y ya no se encuentra tan feo y acepta su cuerpo , pero después de una serie de temas que uno pasa como ocurren esas consecuencias. En conjunto con la farmacoterapia y todo lo que también está el trabajo de la familia es un tema bien complejo. Que por ejemplo este paciente claro era obeso le hicieron bullying quiso bajar de peso tuvo anorexia pero paralelo a eso por otro lado ponte tu tenía una abuela que lo regaloneaba mucho y la forma de regalonear de esta abuela era darle la comida que él quería, entonces si quería comer todos los días papas con papas fritas con no sé qué cosa, le daba papas fritas con, entonces obviamente se hizo obeso , entonces después era como él, también va regulando, porque para él la figura de su abuelita era muy importante, porque un poco lo crio, porque mientras su mamá trabajaba estaba con ella. Entonces también como trabajar esa relación, como el de alguna manera dejar de aceptar el cariño de la abuela a través de la comida, en el fondo aceptar otras formas de cariño o aprender a relacionarse desde otro lugar con su abuela en fin con una infinidad de temas que uno trabaja en la terapia.

Investigadora:

Es interesante, porque hasta el momento lo que hemos visto es como la relación con la madre que puede ser una mamá muy sobreprotectora. En cambio aquí sería la figura de la abuela.

Entrevistada: Es que figura materna también es como una abuela sobre protectora que está muy encima.

Investigadora:

Bueno en base a tu experiencia también si ha existido quizás alguna especificidad respecto de tratar hombres anoréxicos, por ejemplo, en relación a como cuando se trata de una mujer, ¿Si existe alguna especificidad?

Entrevistada:

Es menos frecuente, es mucho menos frecuente anorexia en hombres que en mujeres creo que uno de diez a la proporción cada 10 mujeres hay 1 hombre. Ahora en términos de ponte tu rasgos de personalidad, son bien parecidos, autoexigentes con rasgos obsesivos, de cumplir con todo, de hacerlo todo perfecto, de no equivocarse en eso yo te diría como que se comparten rasgos de personalidad generalmente, con buenas notas en el colegio, buen rendimiento y se repiten también los rasgos familiares, padres más ausentes, madres muy sobreprotectoras, más que sobreprotectoras diría yo que son un poco como avasalladoras de la intimidad de sus hijos que va más allá de sobreproteger es como inmiscuirse en la intimidad de su hijo, madres que no quieren que crezcan, que se hagan grandes, eso un poco lo comparten tanto hombres como mujeres la mayoría de estos pacientes fueron obesos y a después tuvieron anorexia. Porque creo yo que es una patología que se da más en mujeres por una cosa quizás más social como de que esta mucho más quizás más investido o idealizado el cuerpo femenino que el cuerpo masculino, desde los programas de televisión desde las propagandas más sensibles a eso, los hombres en general son más descuidados de su cuerpo lo veo no sé poh, no usan tantas cremas etcétera como que invisten menos su cuerpo de como un lugar de identidad más propio. Las mujeres somos un poco más distintas en eso, y desde ahí quizás como que los hombres que tienen anorexia que tienen estos rasgos femeninos

quizás un poco más marcados lo que no necesariamente habla de una homosexualidad, Pero eso si , un poco como que generalmente se comparten artos los patrones.

Investigadora:

Y se trata igual de la misma manera

Entrevistada:

Sí en general de la misma forma, o sea igual de la misma forma de, o sea con cada paciente es distinto pero, claro no hay una manera de tratar hombres y una manera de tratar mujeres

Investigadora:

Ahí por ejemplo, su rol como terapeuta y que le pasa a usted cuando llega un hombre con este tipo de trastorno

Entrevistada:

Como te digo no es muy distinto a como llega una mujer uno se conmueve con los pacientes de diferentes maneras no porque sean hombres o mujeres más bien por su historia como narran su historia como se encuentran en ese momento hay pacientes que vienen más y otros menos pero no es que pase algo distinto cuando llega un paciente hombre como cuando llega una paciente mujer con anorexia si nos ha tocado que los pacientes que tienen anorexia en general son pacientes graves como que han sido pacientes muy graves con anorexia, a diferencia de las mujeres que como vemos más mujeres , hay pacientes mujeres que tienen anorexia que no son tan graves y otras que sí lo son. Pero los hombres han sido pacientes graves

Investigadora:

Bueno entonces en base a su misma experiencia como... si existe como limitación como al respecto al proceso psicoterapéutico con estos pacientes

Entrevistada:

Si, yo te diría que depende de la gravedad, pero las limitaciones a mí me ha tocado sabes que hay distintas maneras de ir abordando como te digo como mi experiencia es como que yo no voy directamente al tema de anorexia trato de abordar por otro lado, porque sé que si voy directamente como al tema de la anorexia voy a generar como resistencia entonces intento hacerlo ahora si es que no abordara directamente, pudiera ser como un limitación para entablar el proceso psicoterapéutico yo creo que una limitación importante también es en pacientes adolescentes y al ser paciente adolescente a uno como psicóloga a una la ponen en un lugar como más de a ver son pacientes que vienen generalmente por sus padres, como que el paciente no quiere tratarse por sí mismo porque cree que está bien entonces una primera cosa es como sortear es armar el motivo de la consulta con el paciente y eso puede llevar varias sesiones como el paciente pueda hacerse una pregunta sobre sí mismo entender que pasa y preguntarse por qué le pasa eso un poco tomar se le llama conciencia de enfermedad del que tiene eso por una parte una limitación importante es que a uno como psicólogo a uno los pacientes tienden a ponerse un poco en el lugar que los van a acusar entonces no te hablan no te cuentan y ahí hay que intentar generar un vínculo de confianza y salirse de ese lugar de que lo voy a acusar o que le voy a exigirle cómo una directora de un colegio como que lo ponen a uno en ese en esa posición, esas son las limitaciones que uno tiene que sortear el primer momento , también hay otras limitaciones cuando los pacientes están muy graves y no quieren comer y se adelgazan mucho tampoco quieren el tratamiento, les cuesta venir , yo intento ir por el lado más afectivo del ánimo como se siente como esta

y ahí como si en realidad no me he sentido tan bien me pasa esto lo otro me angustia esto y ahí le digo que venga y que conversemos y como que por ahí puede ir entrando pero como bien de a poco hay harta resistencia del paciente a tratarse y además es un pavor tremendo a engordar todo lo que ellos relacionan ellos al tratamiento es que uno los quiere hacer engordar y eso no es así a mí no interesa que el paciente engorde a mí lo que me interesa es que el paciente pueda comer lo suficiente para que viva me ¿entiendes?, eso lo que a mí me interesa

Investigadora:

Usted maneja hartito a los otros le piden que pueda paciente adolescente y que más encima traiga este trastorno la resistencia es aún más El lugar del diagnóstico que tienen

Yo la psicoterapia en realidad no la abordo como directamente e si el paciente lo pone bien lo conversamos pero igual tiene un peso el diagnóstico, imagínate que el paciente entra al programa de trastornos alimentarios del hospital generan bastante resistencia con el programa, y con el hospital la mayoría de los pacientes no quiere venir al hospital por que lo ven como un lugar de enfermedad mucho pacientes además estuvieron hospitalizados o llegan y los tienen que hospitalizar luego de eso empieza todo el tratamiento entonces relacionan el hospital con el lugar con enfermedad con el lugar que lo pasan mal porque obviamente un hospital es un hospital psiquiátrico y menos si bien hay buenos equipos y buenos profesionales en cuanto a comodidades y hotelería es nulo , es un hospital público entonces obviamente no lo pasan también como una clínica privada yo soy la titular los pacientes si el diagnóstico tiene un peso como lo significan y lo viven pero la psicoterapia también trato de traspasar la barrera del diagnóstico, tú no eres una anoréxico, una anoréxica eres mucho más que eso.

Investigadora:

Entonces hay que ver lo que hay detrás de ese diagnóstico, el rol de la familia que lo mencionó entonces ¿sería como fundamental igual dentro del?

Entrevistada:

Nosotros como parte del tratamiento incluimos terapia familiar como uno de los pilares fundamentales para que repunte, para que tengamos un proceso exitoso.

Investigadora:

También esta como la familia ve el trastorno también

Entrevistada:

También es muy complejo porque tú ahora estamos haciendo un trabajo multifamiliar una vez al mes hacemos un encuentro con todas las familias del programa y ha resultado súper interesante porque uno se da cuenta del dolor que ha producido este diagnóstico en las familias no solamente en las personas que lo tienen si no como esto tiende a cambiar toda la dinámica familiar como al cocinar, al sentarse a comer el estar pendiente no dejarlo solo, son diagnósticos que las familias han sido mucho , y la han pasado muy mal y además con pacientes jóvenes y adolescentes es como que tienen que estar todo el día que viene por lo menos dos veces a la semana al hospital, o la psicólogo o al psiquiatra o al nutricionista o la terapia familiar entonces el rol de la familia es súper importante y estos talleres un poco ha servido para que ellos un poco se vayan fortaleciendo en esto y no se ven que están solos sino que hay otras familias que también están en lo mismo y eso ha sido interesante como se han ido interesando y como se han ido motivando porque también las familias se cansan y se desquitan con el sujeto que estamos enfermo que tiene la anorexia y también hay todo un trabajo con las familias de poder desmitificar lo que es la

anorexia lo que es decir como que uno escucha muchos papas que dicen: “ Oye esto es una cuestión de voluntad”, es como que “tení que comer no más”, “ tení que comer no más se acabó el cuento”, y no pueden ver todo lo que implica para el paciente que tiene anorexia lo que significa comer entonces hay que ir como trabajando eso, harta pega.

Investigadora:

Y ese equipo que uno no pensaría que en qué momento o sea de qué manera y a ese nivel está así de completo poder a tratar a esos pacientes que están más encima en gravedad

Entrevistada:

Y los atendemos todas las semanas nos juntamos tenemos una reunión clínica se conversa el caso la gente que tenemos, las familias y hacemos las retrospectivas del programa

Investigadora:

Por eso me intereso porque es algo que llama la atención y que investigar por qué hasta el momento no hay mucho es como bien exploratorio muy humano que se ha implementado este último tiempo mucho, porque ese entiende también o sea dejando de lado un poco el tema de la masculinidad que nos tiene puede ser hombre y su sensibilidad que los hombres no pueden tener tales cosas y hemos visto las mujeres. Algo como más concreto según con sus palabras ¿cómo podría definir la anorexia?

Entrevistada:

La anorexia, yo te diría que en casos más graves que son como anorexias puras uno ve poco generalmente son anorexias que han quedado de ciertas

personalidades pro la anorexia que es pura yo te diría que es la nada, es la nada misma, misma es la muerte es el fiel límite de la muerte de la posición del lugar de la muerte tu vez como el paciente se muere delante de ti así , él no se va a matar pero tampoco va a hacer nada para vivir , es la anorexia es eso es la nada el lugar mortuario e incluso la fascinación por ese lugar la fascinación de ver aparecer los hueso verse en el espejo por ejemplo

Investigadora:

Igual es fuerte la forma que le da...

Entrevistada:

Esa es la anorexia que yo he visto así pura, pura

Investigadora:

Es fuerte.

Entrevistada:

Es fuerte yo he visto una paciente que tenía ella decía esto para mí es como una vela que se va apagando eso soy yo, finalmente han podido salir adelante hoy día están mucho mejor , pero en el momento más crítico estos pacientes que tienen anorexia como que tienen anorexia como decirlo , que uno puede ver cierta, que síntoma claro de alguna cosa, entonces en vez de cortarse vomita igual e visto lo de la imagen corporal la anorexia que hay distorsión de la imagen corporal pero uno puede ver que es una anorexia que es más tratable que se deben a algo, pero la anorexia pura que se ve poco muy poco porque son pacientes que no consulta y que están muy lejos de consultar y que además duran casi toda la vida, claro esa anorexia es la más grave y es el lugar de la muerte y es la más difícil de tratar y la más dura de ver. Y una manera de vivir siempre anoréxica comiendo lo mínimo para poder hacer sus funciones diarias. Jamás van a engordar tal vez

Investigadora:

Me quedo claro.

Entrevistada:

Y con eso para nosotros como equipo es suficiente y ósea la paciente trabaja, come lo mínimo no importa, pero trabaja y después ya no quiere en el fondo desaparecer

Investigadora:

Acá es cercano a traumarse la paciente que era como una vela aquí ya pueden por lo menos realizar sus actividades cotidianas

Entrevistada:

Y seguramente igual se van a encontrar gordas y que se yo, pero también lo aprenden a llevar y ya no les angustia tanto como le angustiaba antes

Investigadora:

Otra cosa que hemos visto también es los factores que facilitan el proceso psicoterapéutico

Entrevistada:

Bueno también tener familias presentes trabajar en equipo es fundamental durante el mismo proceso o sea yo por ejemplo en una consulta particular yo no necesito un equipo para una anorexia que no es grave para trabajar bien, que el paciente quiera ir que de alguna manera se dé cuenta de lo que está pasando yo creo que con eso es suficiente, como que el paciente vaya y tenga una familia

que lo apoye y bueno y si no tiene familia es más difícil pero uno también trabaja sin familia o sea.

Investigadora:

Claro quizás es más necesario en un adolescente, que sean todavía dependiente de sus familias.

Entrevistada:

Pero si no uno trabaja, hemos tenido adolescentes que la familia no ha estado presente y no viene y no los acompañan pero como que el equipo un poco hace como de familia entonces lo andamos llamando “oye vas a venir, tienes hora, no te vayas así “ahí uno va tomando distintos roles, ponte tu yo trabajo de una línea más psicoanalítica, así que yo en general no dirijo a mis pacientes así como lo que tienen que hacer como tienes que hacer esto, esto otro , tienes que respirar, en general no, pero hay pacientes que están en peligro y que las familias no están y bueno uno toma el rol quizás un poco más de ley no, de poner un límite de decirle oye tu estas riesgo y esto esto y esto y tú tienes que hacer esto, límites y ahí también reaccionan y ya y se dan cuenta y vienen, mucha pega.

Investigadora:

Bueno ya para ir cerrando un poco que es lo que ha aprendido de esta experiencia.

Entrevistada:

Infinito, yo creo que uno nunca uno termina de aprender y en general con la clínica uno nunca termina de aprender. Lo que he aprendido es la importancia que tiene un poco la formación personal desde lo teórico pero también desde lo que significa poner en práctica lo que es ser psicólogo clínico, el ser psicólogo clínico no es sentarse a escuchar solamente es como uno escucha es desde el

lugar que uno escucha es como uno se hacer cargo de eso que uno está escuchando por uno mismo también y eso es algo que uno ve en su propio análisis y el las supervisiones que uno o que yo hago de mi paciente, trabajar en equipo es fundamental uno no puede trabajar sola con estas pacientes tan graves y yo creo que uno también aprende de los pacientes como de la clínica, en que hay veces en que uno por más que quiere, no puede salvar a los pacientes son ellos lo que de alguna manera los que encuentran su propia forma si quieren hacerlo, y uno ahí decide si los acompaña o no en la posición que ellos tomen, o como los acompaña, de la anorexia bueno uno aprende mucho, también uno al ver estos pacientes uno ve lo que es probable con lo que uno se encuentra con el tipo de resistencia, con las angustias el tipo de familia un poco lo piensan

Investigadora:

Estos eran los temas que queríamos abordar, le agradezco igual haber tenido la entrevista.