

Trabajo Final de Graduación

Lic. en Psicología

***"Taller lúdico teatral para
Pacientes
con Anorexia, Bulimia y Obesidad
en la institución ABO"***

DOCENTES: Introini, Carola
Tulián, Silvia

NOMBRE DEL ALUMNO: María Josefina Posadas

MATRICULA: PSI-626

Noviembre 2010

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por brindarme su amor incondicional y por enseñarme a no rendirme ante los obstáculos de la vida, a mí querido hermano.

A mi gente querida, a mis acompañantes en este largo camino que desde su afecto me apoyaron y me brindaron experiencias inolvidables en cada momento.

A todos aquellos que estuvieron involucrados en el desarrollo de este trabajo que implica el comienzo de mi proyecto de vida.

"En nuestros locos intentos, renunciamos a lo que somos por lo que esperamos ser."

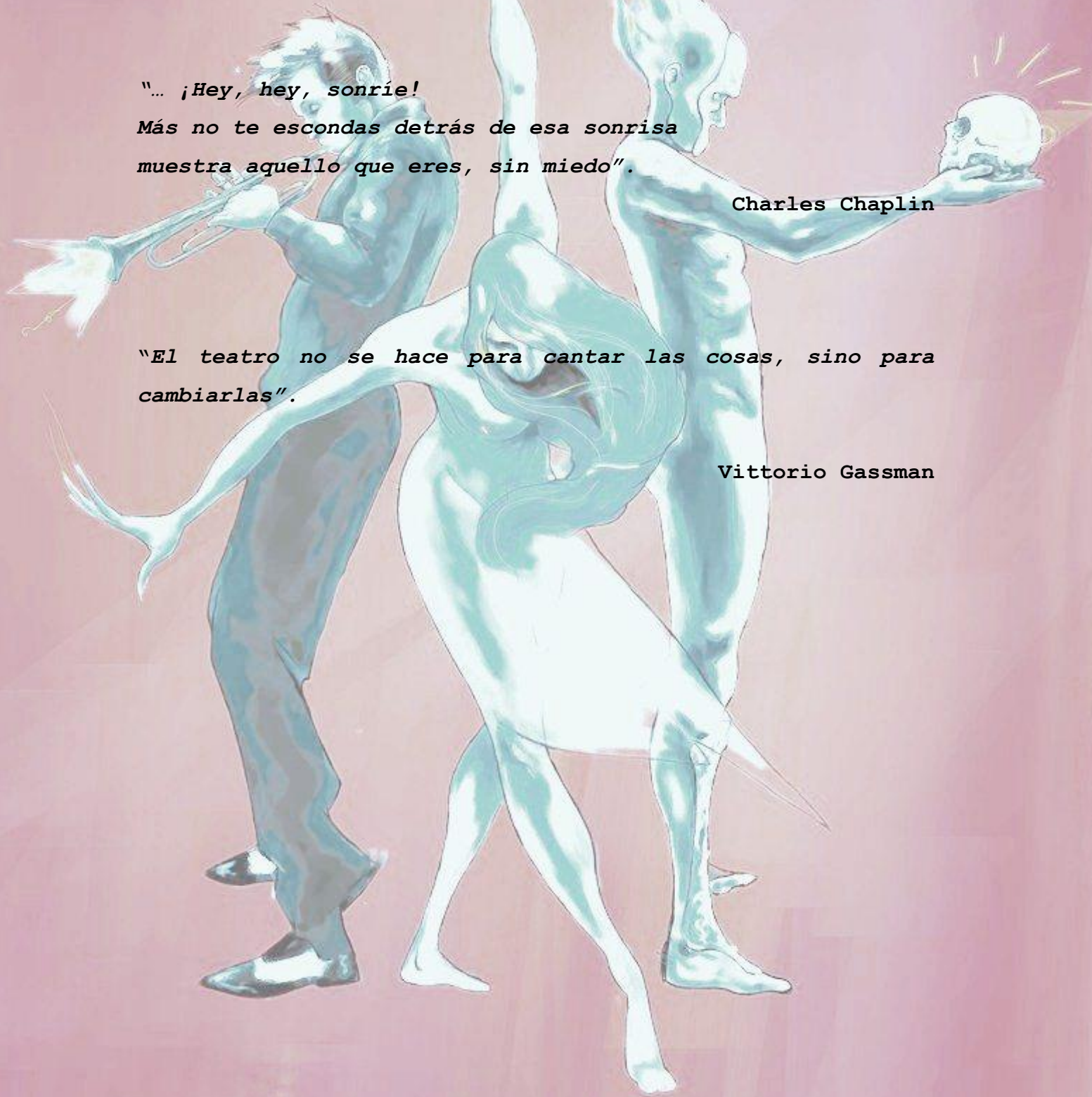
William Shakespeare

*"... ¡Hey, hey, sonríe!
Más no te escondas detrás de esa sonrisa
muestra aquello que eres, sin miedo".*

Charles Chaplin

*"El teatro no se hace para cantar las cosas, sino para
cambiarlas".*

Vittorio Gassman



RESUMEN

El presente trabajo consiste en la realización de un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP), formado por talleres lúdicos teatrales para pacientes que padecen Anorexia, Bulimia y Obesidad en la Institución ABO. El objetivo es que puedan utilizar el empleo del cuerpo y la palabra siendo estimulados en la propia actividad creadora y teniendo al teatro como herramienta implementando actividades de autoreconocimiento.

ABSTRACT

This work consists of conducting a Professional Application Project (PAP), formed by entertainment theater workshops for patients suffering from Anorexia, Bulimia and Obesity ABO Institution. The goal is to use the use of the body and the word itself being stimulated creative activity and having the theater as a tool for implementing activities of self-recognition.

INDICE

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES GENERALES	6
FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL	12
OBJETIVOS	18
Objetivo General.....	18
Objetivos específicos:	18
MARCO TEÓRICO	19
CAPITULO I. PATOLOGÍAS. DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
<i>Bulimia y Anorexia</i>	19
<i>Obesidad</i>	33
CAPITULO II. EVOLUCIÓN DEL TEATRO	40
CAPITULO III. PSIQUISMO Y CONSTITUCIÓN DEL YO	42
Estimulación de la funciones yoicas.....	44
CAPITULO IV. CREATIVIDAD	50
Creatividad desde D. Winnicott.....	51
Jugar haciendo teatro.....	54
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN "CENTRO PRIVADO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS INTERDISCIPLINARIOS. ABO	59
Análisis situacional de la institución.....	59
Introducción	59
Análisis de datos	65
CONSIDERACIONES FINALES	67
PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	107
Anexo I: Entrevista Lic. Psicología.....	108
Anexo II: Entrevista 2: Lic. En Nutrición.....	115
Anexo III: Entrevista 3: Lic. En Psicología.....	122
Anexo IV: Síntesis de anexos.....	124

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES GENERALES

El presente trabajo obedece a la culminación del cursado de la carrera de Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. Pretende integrar los conocimientos aprendidos durante los años de cursado con un carácter intelectual, social y humano.

Dentro del marco del Trabajo Final de Graduación, éste tiene por objetivo presentar un Proyecto aplicable al "Centro privado de Tratamientos Ambulatorios Interdisciplinarios" ABO, (Anorexia, Bulimia, Obesidad) integrando una modalidad de talleres lúdico teatrales, para que los pacientes se expresen a través del cuerpo y las palabras pudiendo ser estimuladas por la creatividad y la imaginación como recursos. En estas técnicas se fomentará a que los pacientes logren adquirir provecho a los recursos yoicos permitiendo que entren en juego la realidad y la ficción.

La modalidad del Proyecto de Aplicación Profesional, consistirá en diseñar talleres que serán brindados para la institución, basados en distintas actividades. Serán tomados desde el teatro espontáneo e improvisado. Estos talleres permitirán que los pacientes trabajen de manera individual dentro del grupo generando un efecto en el otro.

Los talleres lúdicos teatrales permitirán a su vez que se fomente la palabra y el movimiento corporal. A través de esto, se intentará que puedan expresarse a través de los personajes y circunstancias.

En el proyecto de Aplicación se complementa el teatro con un enfoque psicológico y es importante poder diferenciar ambos ya que de alguna manera trabajarán en conjunto. El Teatro es aquel que permite y brinda al sujeto

la posibilidad de expresión, ya sea gestual, verbal, manifestándolo desde un monólogo o simplemente resultando de la interacción entre distintos personajes para la realización de una escena. El Teatro ha tenido su evolución a lo largo de los años y en cada época y en cada país ha sido diferente. Según Arnheim, R. (1989), en la Antigua Grecia del siglo V el teatro era la herramienta de canalización de las emociones. Los ciudadanos iban al teatro a llorar, a gritar, a reír y a exteriorizar sus emociones naturalmente. Se producía como una especie de catarsis y nadie era juzgado.

En años posteriores, 1959, Jacob Levi Moreno, crea una forma de psicoterapia que utilizaba al teatro como herramienta de trabajo terapéutico. Este fue denominado por el autor como "Psicodrama", Jaime G. Rojas y Bermúdez (1984). Fueron novedosos otros métodos en los años '70 por el autor brasilero Augusto Boal, tomándolo a modo de ejemplo. Creó una metodología para tratar temas sociales a través de una vivencia, y utilizó al teatro como herramienta de intervención social y psicológica. Arnheim, R. (1989).

Haciendo un relevamiento de esto último, se puede decir que la psicología juega un rol importante en el teatro ya que gracias a ella se pueden observar aspectos manifiestos, latentes, y dará un sentido a lo que se este interpretando o jugando. La psicología es utilizada en este caso como mediadora con la creatividad teniendo en cuenta cuestiones relacionadas con el psiquismo, la subjetividad, la cultura, la sociedad.

Tanto en el Psicoanálisis como en el Teatro, se forma un paralelismo. En ambos se despliega una expresión de los conflictos humanos, sentimientos, anhelos, y en general del

material inconsciente que se filtra en el encuentro teatral. McDougall (1987), menciona que el teatro puede representarse como metáfora de la realidad psíquica, donde los personajes que son internos representan sus actuaciones en un escenario.

El mismo autor (1987), especifica *"así como el individuo proyecta su inconsciente sobre la pantalla de los sueños, la cultura se proyecta sobre la pantalla del teatro. Toda creación artística, sea plástica, literaria, musical o dramática, es una expresión del mundo interno de su autor"*. (Pág. 92)ⁱ

Ambas, teatro y psicoanálisis, son creativas en la medida en que a partir de una expresión del actor-paciente, exista un espectador-analista, que sea capaz de ver algo donde otros no ven, accediendo a algún contenido nuevo. En ambas se manifiesta un dinámico interjuego entre el consciente y el inconsciente, ya sea a lo largo del encuentro teatral, o de la sesión psicoanalítica.

Mc Dougall (1987): *¿"Para qué el teatro? ¿Para qué el psicoanálisis? ¿Para qué el arte? Para expresar, comunicar, dar un mensaje, sentir y hacer sentir, mostrar que detrás de la superficie hay otra cosa de la que es imposible escapar y que ella nos guiará hacia lo que se oculta en la oscuridad"*. (Pág. 96)ⁱⁱ

Retomando al primer autor; Arnheim, R. (1989) *"se están utilizando como un dispositivo pedagógico con el que nos sea posible generar recursos que nos ofrezcan el acceso a una gran diversidad de prácticas. Comprender la subjetividad de una manera distinta. Se hace uso de la creatividad humana para afrontar y superar el dolor, pero*

también para extraer de él una nueva forma de crear". (Pág. 76)ⁱⁱⁱ

Éste mismo, comenta que la actividad profesional del terapeuta, en el campo de la salud mental, le ofrece la posibilidad de trabajar en diversos ámbitos prestando ayuda en todas aquellas problemáticas relacionadas con el psiquismo, la subjetividad, la cultura y la sociedad. Está demostrado que la expresión teatral mejora los alcances psicoterapéuticos. Menciona por otro lado, *"el teatro con la psicología permite relacionar lo interno y lo externo, evocando y transformando lo traumático". (Pág. 77).^{iv}*

Otra autora, como Mara Selvini Palazzoli (1998), ha sido una de las pioneras en analizar los Trastornos de la Conducta Alimentaria, incorporando el teatro, demostrando su utilidad y la importancia en el proceso de recuperación de las pacientes que padecen anorexia y bulimia.

Con respecto a la evolución de las patologías abordadas; en siglos anteriores la restricción alimentaria y los atracones, ya habían sido practicados. Pedro Chadid (2001), es quien declara una descripción de las mismas cuando menciona que desde la antigüedad los romanos usaban el vómito como castigo y en una época mas reciente los cristianos y místicos utilizaban el ayuno como penitencia, sin embargo las consecuencias de esto distan de lo que actualmente se conoce como Bulimia y Anorexia.

Según Mara Selvini Palazzoli (1998), el cuerpo en la actualidad se asocia al "físico ideal", motivado por distintos medios. Expresa: *"La sociedad actual impone el estándar de delgadez, es por eso que tanto la Anorexia como la Bulimia se han convertido en un flagelo para la juventud. Los jóvenes con estos trastornos suelen desarrollar serios problemas de depresión y tristeza,*

desinterés, aislamiento, falta de comunicación con los demás, y se muestran irritables e impulsivos cuando se les señala que están cometiendo una falta grave contra su salud". (Pág. 33)^v

Es importante saber que pacientes con trastornos alimenticios se sienten generalmente inhibidos, y con baja autoestima; y esto las dirige al retraimiento en distintos ámbitos de su existencia, no pudiendo ser ellos mismos, acabando aisladas de la sociedad, y sintiéndose imposibilitados de poder ser quienes quisieran ser en distintos aspectos de su vida cotidiana. El teatro permitirá que puedan descubrirse, expresarse y animarse individualmente dentro de un grupo de trabajo, a emplear el cuerpo y la palabra estimulando la creatividad.

Citando a Mara Selvini Palazzoli (1998), *"aunque la mayoría de los estudios sobre tratamientos eficaces para pacientes con TCA por lo general se han realizado desde el enfoque cognitivo-conductual, hoy día no existe suficiente evidencia empírica que demuestre la superioridad de un abordaje psicológico sobre otro". (Pág. 34)^{vi}*

Teniendo en cuenta estos puntos, el Proyecto de Aplicación Profesional se centrará en aspectos psicológicos del mismo, dejando el espacio correspondiente al trabajo de otras disciplinas, pero desarrollando de éstos, solo los lineamientos básicos que sirven al proyecto integral en cuestión.

Retomando a los distintos autores, cada cual con sus posturas con respecto a la relación entre psicología y teatro, es necesario aclarar que este Proyecto no pretende una nueva cura psicológica, sino poder adquirir una reflexión con respecto a una nueva forma de trabajo en salud mental, que conjuga especialmente el teatro, la creatividad y psicología.

Se supone que la movilización producto de la tarea lúdica y sus ansiedades pueden elaborarse y contribuir en los grupos terapéuticos.

Se espera que con este proyecto se realice un aporte útil para contribuir al tratamiento de la institución aportando desde el espacio lúdico y el teatro.

FUNDAMENTACION Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

La Anorexia y la Bulimia, son patologías que nacieron en épocas anteriores y se manifestaron en diferentes aspectos. Hoy, se trata desde diferentes enfoques psicológicos, y si bien hay tratamientos e intervenciones, ningún tratamiento ha demostrado ser superior sobre otro.

La Propuesta de Aplicación Profesional, consiste en generar que la actuación sea una herramienta más que ayude al tratamiento en las instituciones. Si bien será necesario trabajar con pacientes que estén armados yoicamente, también será un espacio donde estos recursos puedan ser estimulados por medio de diferentes técnicas de autoreconocimiento en torno a la expresión artística, utilizando la creatividad aplicada al teatro como herramienta, propiciando el afrontamiento de diversos problemas en los pacientes con Anorexia, Bulimia y Obesidad mediante técnicas lúdico teatrales.

Para especificar y no pasar por alto, recordemos que los recursos yoicos son aquellos que permiten tener la capacidad de adaptación a la realidad, sentido de prueba de realidad (distinguir realidad de fantasía), control de los impulsos, regulación de ansiedad, tolerancia a la ansiedad y frustración, creatividad, capacidad de espera y proyección.

Con respecto al Psicoanálisis aplicada al Teatro, el autor Mc. Dougall (1987), plantea que el arte desde cualquier ámbito, refleja deseos y conflictos, y menciona que se pueden compartir con muchos otros. La relación con los padres, la rivalidad, el narcisismo, la locura, la culpa, la depresión, el abandono, el amor, los celos, la envidia, la separación, los sueños, la fantasía, las pérdidas, son algunas cuestiones que encuentran expresión

en el teatro. Si se observa y reflexiona, estos temas también afloran día a día en los consultorios, de manera privada. En ambos casos se establece una interacción bidireccional en un tiempo presente: el actor ofrece un mensaje que es captado en el aquí y el ahora por el público o espectador, en quien evocará una respuesta (explícita o no).

Otro aspecto a ser considerado es que en el teatro se hace una búsqueda de la "verdad" al tratar de desenmascarar las caras del actor-paciente: se dan en una escena, se produce una interacción, se desencadena un discurso, donde cualquiera puede disfrazarse y tomar distintos roles, puede mostrarse lo que se desea, y lo que se puede. Mc. Dougall (1987): *"Un actor es alguien que se quita la máscara de su yo y pone en escena la máscara del mundo, de la cultura, de lo público"*. (Pág. 67)^{vii}. El psicoanálisis hace su parte de manera privada ayudando al paciente a "quitarse" sus máscaras, para ir develando lo que hay en su mundo interior, al ir haciendo consciente lo inconsciente.

A diferencia de las sesiones, en el teatro ocurre lo mismo pero hay variables que son distintas. Hay un público y actores a quien prestar atención. Es el actor quien conduce siempre al espectador a pensar algo nuevo. El actor es quien asocia libremente, y el espectador deberá mantener su atención flotante si desea tratar de comprender qué pasa en la obra, más allá de la idea preconcebida. Esto explicado, es un punto imprescindible a tener en cuenta ya que permite que el lector comprenda cómo funciona la interacción entre el teatro y la psicología.

Otro aspecto a ser considerado, es el por qué y cómo se manifiesta la crisis adolescente y cuáles son sus particularidades a considerar. El autor, Dr. Armando

Mendendez Barriguete (2005) lo determina, y señala que los trastornos de la alimentación, (refiriéndose a la bulimia y la anorexia en particular) se presentan generalmente en esta etapa y hay muchos cambios que van ligados.

Según el autor, se producen por múltiples factores: neurobiológicos, socioculturales, psicológicos y familiares. Estos trastornos suelen ocurrir o manifestarse dentro de una época de muchas crisis, ya sean sociales o personales. Los jóvenes encuentran problemas para descubrir su identidad y para poder identificar sus emociones.

El cuerpo al llegar a una nueva etapa; que tiene nuevos deseos e inquietudes; y tiene gran susto por crecer y desarrollarse, lleva a intentar detener el desarrollo mediante estas conductas alimentarias. También suelen ocurrir problemas en el aspecto familiar, como separaciones parentales, por ejemplo, y esto también afecta al adolescente.

No hay que olvidar, que hay una gran influencia por los nuevos modelos femeninos promovidos por la cultura y que ésta no genera el trastorno, pero si puede llegar a facilitarla.

Ahora bien, hay que prestar atención cómo funciona el psiquismo en estas patologías entendiéndolo desde una mirada psicológica. Hugo Mayer, médico psiquiatra (1997), especifica esto indicando y caracterizando a estas patologías y otras, alcohol, drogas, etc. como formas de adicción. Según el autor, la adicción siempre se manifestó en tiempos anteriores, pero hoy se genera en la posmodernidad como fenómeno masivo. Esta patología emerge en la actualidad en un contexto sociocultural lleno de crisis, como familiar, educativa, demográfica, etc.

Menciona que las adicciones son síntomas que se manifiestan en sujetos donde no tienen o no han tenido un pasado donde apoyarse ni un futuro donde proyectarse. Son sujetos abandonados, sin una historia de afecto, de amor que los acompañe. Recordemos que la palabra adicción refiere a lo "no dicho" haciendo que se produzca o manifieste la compulsión a la repetición con el objeto o acto (patología alimentaria) en este caso. Mayer en su libro (1997) expresa: *"La posmodernidad como conmoción cultural, como cambio de época, como punto de agonía del proyecto moderno, no sólo supone profundas transformaciones en las reglas de juego de las ciencias, del arte y la literatura contemporáneas, sino también de las instituciones formadoras del sujeto humano. Este registrará los cambios y los expresará en sus modos de pensar, sentir y comportarse"*. (Pág.5)^{viii}.

Como causas actuales del comportamiento adictivo, el autor considera, (al igual que el Dr. Armando Menéndez Barriguete, pero con miradas distintas) que hay una manifestación del empobrecimiento y disgregación de la familia moderna, una imposición de los medios de comunicación al psiquismo y el consumismo dentro de la globalización. Por otro lado, el autor toma gran importancia a la relación entre padre-hijo y explica que se produce un fallida función paterna. Según él, la función paterna es el pilar de una organización social, familiar y psíquica. El padre es el que debe encarnar la ley y representarla. Tiene el poder de señalar los límites entre lo prohibido y lo permitido y es el promotor de los límites que ordenan, protegen y esclarecen. Como contrapartida, es frecuente una madre sobreprotectora, incapaz de poner límites ya que no hay una ley que marque la frontera entre lo prohibido y lo permitido. Generalmente no hay falta en lo material, por lo cual el sujeto crece aburrido,

anhelando tener algo que le falte, como ser deseos. Esto ocurre porque la madre elige al hijo como objeto para entregar su amor y que así no le falte nada. Se crea una alianza de madre-hijo que es negativa. El niño crece sin reconocer límites.

A causa de todos estos factores, en el momento en que el niño tenga que asumir responsabilidades y separarse de la madre, reaccionará aislándose. Se acostumbrará a usar la acción como el sustituto de la palabra, el pensamiento y la proyección.

Hugo Mayer (1997): *“Las adicciones definidas como patología expresan una perturbación psíquica que provoca sufrimiento, deterioro, aísla y degrada. Sin embargo, quienes lo padecen no manifiestan conciencia de enfermedad, sino que muestran una adherencia como si la adicción fuera una solución al problema. La adherencia al problema es un modo de huir, de reclamar, de llamar la atención, una forma de vengarse de su familia y la sociedad por quienes no se sintieron entendidos. El adicto busca un camino que le permite la satisfacción narcisista, sin restricción y sufrimiento. Además, lo lleva a un estado de dependencia, de aislamiento social y le procura un goce de necesidad”*. (Pág. 7)^{ix}

Con las descripciones que realiza el autor, se puede reflexionar que hay nuevas subjetividades del sujeto dentro de la sociedad actual; el rol paterno ha cambiado mucho a lo largo de los años y es inevitable comprender que función paterna alude no en cuanto al género, pero si en cuanto al rol que tanto una madre como padre deben ejercer.

Por otro lado, Mayer (1997) apunta, debido a estos hechos y sucesos que se produjeron con dificultades, que es y deberá ser importante un lugar, un espacio propio, en el que estos pacientes, puedan ser comprendidos, refiriéndose

al término "comunidad terapéutica". Podría pensarse que tanto la institución como los talleres lúdicos teatrales específicamente, buscarían que los pacientes tengan un lugar donde expresarse, un lugar donde puedan ser tratados tanto de manera individual como grupal. En este aspecto, ambos podrían cumplir el rol de la comunidad terapéutica que menciona Mayer (1995), caracterizándola como un sitio que viene a suplir esas funciones parentales fallidas que se caracterizaron por su inadecuación. Según el autor, la comunidad terapéutica debe reconocer la singularidad de cada sujeto buscando una respuesta al sustituto de la autoridad paterna, como lugar de la ley que protege y ordena, y representando a la madre que contiene, sostiene, y acompaña al sujeto. El "Centro Privado de Tratamientos Ambulatorios Interdisciplinarios" ABO (Anorexia, Bulimia, Obesidad), aborda estas patologías trabajando en un ordenamiento temporo-espacial que no puede ser destruido por el sujeto, y lo hace de manera interdisciplinaria con distintos profesionales. Los pacientes recurren de manera ambulatoria para reducir y tratarse la enfermedad así como para concientizarse a cerca de la misma.

Hay que reflexionar que es bueno y beneficioso que se tome conciencia de las enfermedades para que la sociedad se desarrolle en un ámbito saludable en todo sus aspectos.

OBJETIVOS

Objetivo General

1. Proponer un abordaje complementario al tratamiento brindado por la institución, basado en la técnica de teatro para pacientes con trastornos de conducta alimentaria del "Centro Privado de Tratamientos Ambulatorios Interdisciplinarios"; ABO (Anorexia, Bulimia, Obesidad) en Córdoba.

Objetivos específicos:

- Facilitar los empleos del cuerpo y la palabra por medio de técnicas lúdicos teatrales.
- Estimular la creatividad y el movimiento en el teatro como herramienta.
- Estimular el desarrollo potencial de las capacidades y habilidades creativas ofreciendo diferentes técnicas de autoreconocimiento en torno a la expresión artística.

MARCO TEÓRICO

En el Marco Teórico, se desarrollarán diversos temas que serán considerables para el Proyecto de Aplicación Profesional en la Institución ABO. Como punto de partida se realizará una descripción de las patologías, luego se tomará la evolución del Teatro y cómo fue su repercusión a lo largo de la historia. Finalmente se tomarán otros aspectos importantes que repercuten y se complementan con los temas mencionados, y que serán ricos para desarrollar.

CAPITULO I. PATOLOGÍAS

DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS. BULIMIA Y ANOREXIA

Historia y actualidad

Históricamente, en el año 1914, ya se conocían hechos que estaban relacionados con la anorexia, que atentaban contra la salud del individuo. Fue Simmonds, el primero en describir a una mujer delgada que murió y que se comprobó que presentaba una destrucción en la glándula pituitaria. Este hecho trajo como resultado que a mediados de los '30, los casos de anorexia se confundieron con la enfermedad de Simmonds. El autor fue quien descubrió la "caquexia hipofisaria" y, desde entonces, los endocrinólogos optaron

por entender la anorexia como panhipopituitarismo, proponiendo un tratamiento endocrino. El cuadro clínico de esta patología presenta síntomas y signos que caracterizan a la anorexia ciertos déficits hormonales: astenia, hipotensión, laxitud, hipoglucemias, estreñimiento, intolerancia al frío, palidez, piel frágil, amenorrea, disminución de libido, ausencia de vello axilar, talla baja, intolerancia para la lactancia, cefalea, diplopía y alteraciones en el campo visual. Díaz Pérez, José Ángel (2004).

A partir del '40, resurgen las teorías de causalidad psicológica mencionando que la anorexia simbolizaba el repudio de la sexualidad.

En el año 1961 Hilde Bruch, destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales. Describe en las pacientes una "sensación de ineficacia" que le atribuye el fracaso de los padres en favorecer la expresión de si mismo. En estas pacientes hay falta de autonomía.

A medida que estos casos fueron desplegándose con mayor frecuencia y empezaron a llamar su atención por la gravedad y consecuencias que traía, la primera descripción clínica de un caso de anorexia nerviosa se le atribuye a Richard Morton en el año 1964, donde relata la pasión exagerada de una joven por el estudio que le provocaba mucha euforia y se sentía tan plena que no comía.

Es en la década de los años sesenta donde se han implementado los trabajos sobre anorexia con una visión más pragmática, considerando que pueden influir factores psicológicos, biológicos y sociales.

Por otro lado, se destaca a lo largo de la historia y con parecida trayectoria, la bulimia nerviosa.

Desde hacia muchísimos años los atracones habían sido practicados. En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

Los romanos se auto inducían el vomito después de banquetes. Sucedió en las clases de poder y en altas sociedades. Sin embargo, el vomito fue utilizado como método de castigo y penitencia en la época feudal.

En tiempos posteriores, la bulimia había sido concebida como un desorden somático causado por parásitos intestinales, lesión cerebral o como una anomalía congénita.

Sin embargo, a comienzos del siglo XIX, los médicos describieron a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito, propio de la histeria y del embarazo.

Tiempo después, la enfermedad fue concebida como un desorden neurótico. Según (Rosenham 1975), el psicoanálisis es totalmente innovador y particular en sus posicionamientos frente a las patologías neuróticas. En primer lugar existe, desde la teoría freudiana, un conflicto psíquico en donde el sujeto, genera síntomas como satisfacciones sustitutivas a los deseos reprimidos. El yo del neurótico queda avasallado por el conflicto entre los mandatos y las reglamentaciones superyoicas y su inconsciente. De esta forma, lo inconsciente sólo puede aparecer mediante formaciones de compromiso que conforman los síntomas.

El psicoanálisis, explica que hay una solución del conflicto que hace sufrir y padecer al sujeto. Freud señala (1900), que el objetivo del psicoanálisis es transformar el padecimiento neurótico en una infelicidad común.

Haciendo referencia a Rosenham (1975), las neurosis son episodios psicológicos que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada. Sus trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación, y una sensación adecuada a la realidad, lo más común es que no se confunden las experiencias patológicas subjetivas y las fantasías, con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables, pues la personalidad no esta desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica, es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. En consecuencia, los síntomas incluyen angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea para resolver su angustia y el estrés. Las neurosis pueden ser de tipo recurrente y se manifiestan de la misma forma a lo largo de la vida del paciente. Pueden variar desde episodios leves hasta graves requiriendo de hospitalización.

En la actualidad, estas enfermedades generaron otras explicaciones en la sociedad a causa de cambios culturales y educativos que se imponen y son verdaderamente inevitables. La autora Mara Selvini Palazzoli (1998), *"las pautas culturales recientes han determinado que la delgadez sea sinónimo de éxito social. Muchos de nuestros jóvenes permiten atraerse y motivarse por distintos medios. La sociedad impone el estándar de delgadez, de lo contrario, pareciera ser que la misma se autocrítica sintiéndose fracasada y/o desvalorizada. Es por eso que la Bulimia y la Anorexia se han convertido en un "castigo" para la juventud de nuestro país"*. (Pág. 35)*

Parece ser y es altamente notorio que en la sociedad, el valor del individuo se rige por la apariencia y por el valor que se le da a esto. El cuerpo se ha convertido en lo más primordial de cada uno. Recordemos que esto se observa en los medios que se consumen. Las cirugías plásticas, los cosméticos, la gimnasia indiscriminada, son factores que predominan para alcanzar el objetivo de adaptarse a la estética. Esto le permite al sujeto la fantasía de control omnipotente en el cuidado y apariencia de su cuerpo.

Por otro lado, el autor Pedro Chadid (2001); oriundo chileno, explica que el logro de la delgadez en personas con patología alimentaria genera un aumento en la autoestima, permitiendo que puedan sentirse poderosas por el control omnipotente que emplean.

Otro autor, como Hevia (1997), plantea que *"se destaca y se le da mucho valor a la influencia del mercado de la globalización. Éste es difundido en gran medida por los medios de comunicación; demostrando así los valores de la estética y la belleza que se debe alcanzar para ser en cierta manera perfectos"*. Pág. (6).

xi

En este sentido, pareciera ser que al tener un cuerpo perfecto, joven, atlético, sobre el cual se ejerce cierto control implicaría alcanzar medidas estéticas permaneciendo dentro de un mercado de consumo. Por el contrario, la amenaza para el sujeto sería quedar marginado de la sociedad sino se responde con los parámetros deseados.

"Por lo tanto, ser portador de un cuerpo con estas características, permitirían que el individuo se sienta más seguro, con mayor autoestima, desarrollándose exitosamente en el campo de las relaciones interpersonales así como en el campo profesional". (Hevia, 1997, Pág. 6).^{xi}

No hay que olvidar que las dietas son un factor importante actualmente. Si bien anteriormente éstas se desarrollaban, ya sea en formas de ayuno, de abstinencia, estaban más que nada vinculadas a ciertas creencias y valores morales, ligados a una religión en particular para "purificar" el cuerpo y el espíritu.

Indudablemente, en los tiempos actuales, no ocurre lo mismo. Se persiguen otros objetivos con el fin de ser exhibidos. La dieta y el consumismo de la globalización, parecerían ofrecer normas por cumplir, prevaleciendo la seguridad en el sujeto con respecto a las comidas, impidiendo su libertad desde la condición de adicción, el desarrollo, el crecimiento. Las personas con

patología alimentaria, quedan sometidas a las dietas y a la restricción alimentaria.

Como se ha caracterizado con anterioridad, la anorexia es un trastorno de la alimentación, esta palabra, Según Hercovici, R. C. & Bay (1995), proviene del griego "A", y significa negación, falta, carencias, junto a "Orego" que significa atender o apetecer, por lo tanto la definición es negarte a lo que te apetece.

Se estima un predominio de anorexia de las mujeres sobre los varones según el DSM IV:

"El 90% de los casos se presentan según las estadísticas del *DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*, en personas de sexo femenino. De la población atravesada, solo el 5% al 10% son víctimas los varones". (Pichot Pierre, 1997, Pág. 909) ^{xiii}

A su vez, el DSM IV, caracteriza subtipos de anorexia nerviosa que son básicos a definir:

El DSM IV (1995) propone especificar el diagnóstico de anorexia nerviosa considerando la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de dicha patología. En la clasificación, se dividen en los siguientes subtipos clínicos:

Tipo restrictivo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas,

provocándose el vomito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas. Existen algunos casos en los cuales no se presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas después de ingerir cantidades de comida.

El DSM IV establece una diferencia entre los dos subtipos. Los individuos con esta patología de tipo compulsivo/purgativo, tienen más probabilidades de presentar problemas de control en los impulsos, de abusar de drogas, alcohol, de manifestar más labilidad emocional, de presentar mayor frecuencia de intentos de suicidio en su historia y de padecer una alteración en la personalidad que cumpla criterios de trastorno límite de personalidad.

A su vez, hay factores que influyen en la anorexia nerviosa. Esta constituye un trastorno muy complejo que entrelaza, de modo consistente y confuso, factores socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, psicológicos y somáticos.

Muchos de estos factores hacen su aparición y se relacionan entre si, mientras que otros pueden o no, estar presentes sin que esto evite el desarrollo de la enfermedad. Por lo que, muchas veces, no es posible determinar si un factor es tal, es decir, una causa, o de hecho una consecuencia de la anorexia. Asociado a esto, Hercovici y Bay (1995), plantea lo siguiente:

"Empieza a generarse cierta dificultad para el funcionamiento autónomo, dificultad para establecer la identidad y acceder a la separación. La persona se percibe a sí misma como falta de control, sobre su conducta y sus necesidades. Comienzan a aparecer trastornos de la autopercepción del tamaño corporal y de los estados afectivos y viscerales". (Pág 128)^{xiv}

Dentro de la patología es sí o sí necesaria la aprobación externa, el perfeccionismo. Son sujetos con "deseos" de complacer a los demás a fin de afianzar su autoestima que es débil, vulnerable.

Si bien se manifiestan factores individuales, los factores familiares también aparecen. Respecto a esto, el terapeuta familiar Salvador Minuchin (1978), describe las características en las familias que tienen un hijo anoréxico y plantea que los patrones de interacción familiar llevan a que los síntomas del hijo tengan un rol central en la evitación del conflicto que subyace en la familia, y en el mantenimiento de un aparente equilibrio dentro de ésta.

Hay características que se observan dentro de estas familias. Una de ellas es principalmente el aglutinamiento. Refiere a una proximidad intensa entre los miembros. Se manifiesta a su vez la interdependencia, y/o intrusiones constantes. El espacio vital es usurpado y se genera la sobreprotección. Los miembros de la familia pueden detectar señales de estrés en los otros, y se preocupan por el bienestar de todos. A si mismo la sobre protección retarda el desarrollo de la autonomía.

También se manifiesta la rigidez a la hora de modificar las pautas de interacción ante crisis evolutivas normales. Los padres pueden sentir que el núcleo familiar está amenazado y niegan cualquier necesidad de cambio.

Otra de las características que se pueden observar es la falta de resolución del conflicto. Puede que los miembros discutan y uno interrumpa o cambie de tema. En otros casos, el problema y las diferencias se niegan, de modo que se van acumulando, haciendo que aumente el

estrés. Generalmente hay un paciente designado en los conflictos familiares, y es utilizado como agente que desvía los conflictos conyugales, para mantener al grupo en equilibrio.

Por otro lado, es importante determinar que los factores de la anorexia nerviosa no son únicos. Para los autores nombrados anteriormente, los eventos desencadenantes pueden ser diversos, tales como una separación, una enfermedad, una muerte, etc. El común denominador de la repercusión que tiene el evento para el individuo, es que percibe el dolor de dos maneras:

1: Como una amenaza de pérdida de autocontrol.

2: Como una amenaza imaginaria o real pérdida de la autoestima.

Según Herscovici y Bay (1995), en la anorexia se pueden encontrar:

Síndrome de iniciación: los individuos pasan hambre, esto produce irritabilidad, ansiedad, depresión, pensamiento obsesivo, conductas compulsivas.

Los vómitos y/o la purga, expresan la solución al problema de la voracidad. Pueden expresar como una "solución" al problema.

La fisiología gastrointestinal: hay un vaciamiento gástrico retardado y constipación crónica que da sensación de saciedad.

Factores no resueltos: conflictos familiares referidos a la maduración y a la autonomía pueden perpetuar el trastorno.

Percepciones corporales: trastornos en la imagen corporal.

Factores cognitivos: estas se distorsionan, de modo que el pensamiento se vuelve egocéntrico y dicotómico. La persona afirma que la delgadez es fundamental para sentirse bien.

Si bien se ha estado desarrollando la anorexia y sus características, a continuación se darán a conocer factores y características de la bulimia. Ésta, al igual que la anorexia, también presenta riesgos en la salud y en la calidad de vida. La bulimia o bulimia nerviosa (hambre en exceso), es un trastorno mental relacionado con la comida. La palabra "bulimia", que proviene del griego se compone por buey y hambre. (Herscovici y Bay 1995).

Para (Herscovici y Bay 1995), *"esta patología se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos o por el uso de laxantes, diuréticos. Para estos autores, la presencia de atracón es lo que define a la enfermedad"*. (Pág. 187)^{xv}

El DSM IV propone los siguientes criterios para un diagnóstico:

Presencia de atracones recurrentes. Se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto período de tiempo en grandes cantidades.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como

son la provocación del vomito, uso de laxantes, diuréticos, etc.

La Bulimia, según el DSM IV (1997), como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y la forma del cuerpo. Hay a su vez una pérdida de control sobre lo que se consume y estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente gran necesidad por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de mucho contenido calórico. Una vez que termina de comer, el paciente siente culpa. Ello le induce a atenuar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias.

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de tres meses.

La auto definición esta influida por el peso y la silueta.

Ayuno y ejercicio físico.

Subtipos de bulimia:

Según el DSM IV (1995) especifica el diagnóstico de bulimia nerviosa considerando la presencia o ausencia del uso regular de métodos purgativos, que posibilitan compensar la ingestión de alimentos durante atracones.

La clasificación también tiene **subtipos**, estos son dos. Se encuentran el tipo purgativo y el tipo no purgativo. En el primero, el individuo se provoca el vómito regularmente al mismo tiempo que puede utilizar diuréticos, laxantes, etc. Y en el segundo tipo, durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea

otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio físico, pero no recurre a provocarse el vómito ni usa diuréticos, ni laxantes.

Por otro lado, se presentan factores que influyen en este tipo de patología, por los que constituyen un trastorno muy complejo. A pesar que no se pueden determinar las causas de esta patología, hay una interacción de factores enunciados. Se presentan el exceso de peso, la dieta restrictiva, baja autoestima, inseguridad, perfeccionismo, y según Mara Selvini Palazzoli (1998), conflictos familiares, presión social, y situaciones de estrés.

A su vez, es necesario poder ser concientes y observar signos que comienzan a ser visibles en ambas patologías.

En la bulimia, se observa generalmente, la preocupación constante por la comida, los atracones de forma compulsiva, produciendo vómitos después de haber ingerido mucha cantidad de alimentos. También, se utilizan diuréticos y/o laxantes.

Los signos fisiológicos también van apareciendo. Se produce la inflamación de las parótidas, pequeñas roturas vasculares por debajo de los ojos, irritaciones crónicas en la garganta, fatiga, deterioro de dientes, bruscas oscilaciones de peso. Se genera el miedo a engordar.

En la anorexia, hay conductas restrictivas, dietas severas, rituales en la comida, ya sean: como despedazar la comida en trozos pequeños. Hay un gran temor a verse obligadas a comer en sociedad, y se origina el aislamiento. En sus signos fisiológicos; la menstruación desaparece con el tiempo, el frío en el cuerpo es constante, y los dedos azulados comienzan a aparecer.

Con respecto al carácter, en ambas patologías, se perturba. Son personas que tienen muchos altibajos debido a su baja autoestima y es así, como los sentimientos depresivos, la inseguridad y la culpa se conciben.

Es importante saber que si estos signos no se tratan, estas personas pueden morir a causa de la enfermedad, pelagra su salud, tendrán problemas en el colegio, trabajo, y familia.

La autora, Mara Selvini Palazzoli (1998), señala y cree importantísimo que pueda incorporarse a la familia en el proceso de recuperación para que las pacientes se sientan acompañadas, protegidas y seguras. De lo contrario, perderán la autoestima y se deteriorará su personalidad, no conseguirán independencia. Con el tiempo, se llegará a tener muy baja calidad de vida apareciendo ideas o actos de suicidio.

Desde el punto de vista terapéutico e interdisciplinario, es necesario que a medida que se vayan detectando los signos y síntomas ya sea, tanto para la bulimia como para la anorexia, sea fundamental un apoyo de equipo interdisciplinario, de una institución organizada, de un grupo de autoayuda que fomente el diálogo, la convivencia familiar. (Mara Selvini Palazzoli 1998).

Finalmente, a los fines de la presente tesis se incluirá la Obesidad dentro de los trastornos alimenticios. La institución ABO lo requiere ya que trata y analiza además de la Anorexia y la Bulimia, este tipo de trastorno.

OBESIDAD. DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Historia y actualidad

En diversas culturas humanas, hace muchos años atrás, la gordura estuvo asociada con el atractivo físico, la fuerza y la fertilidad. Esto era así debido a la capacidad de la mujer obesa para criar niños y sobrevivir al hambre.

Como se explica anteriormente en la patología de la bulimia, en la obesidad ocurría algo parecido con respecto a los alimentos a lo largo de su historia. En las culturas donde escaseaba la comida, ser obeso era considerado un símbolo de riqueza y estatus social. Esto también era así en las culturas europeas a principios de la era moderna. Luego fue más signo visible de "lujuria por la vida", apetito e inmersión en el reino de lo erótico. Este significado fue particularmente usado en las artes visuales, como por ejemplo, en las pinturas de Rubens de figuras femeninas orondas (de donde proviene el apelativo "rubenesco" como sinónimo de gordura).

La obesidad ha sido vista también como un símbolo dentro de un sistema de prestigio. La clase de comida, la cantidad y la manera en la cual es servida están entre los criterios importantes de la clase social. En la mayoría de las sociedades tribales, incluso en aquellas con un sistema social muy estratificado, todo el mundo -la realeza y los trabajadores- comían el mismo tipo de alimentos, y si había escasez todos pasaban hambre. Con el incremento de diversidad en los alimentos, la comida ha llegado a ser no sólo un asunto de estatus social sino también una marca de la personalidad y el buen gusto.

Recientemente está ascendiendo un pequeño pero vivaz movimiento de aceptación de los gordos en Occidente que busca defenderse de la discriminación basada en el peso. Este movimiento y diversos grupos de abogados han iniciado demandas para defender los derechos de la gente obesa y prevenir su exclusión social. Actualmente se acepta que la obesidad es factor causal de otras enfermedades como lo son los padecimientos cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, diabéticos, osteoarticulares, etc.

Según Chinchilla (2005), la obesidad es la enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30). Forma parte del síndrome metabólico. Es un factor de riesgo conocido para enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, ictus y algunas formas de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros. Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, hipertrofia general del tejido adiposo.

Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, la obesidad se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es mayor de 30 kg/m² según la OMS (Organización Mundial para la Salud).

La obesidad, al igual que la anorexia y la bulimia, no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias negativas. El primer paso para saber si existe obesidad o no, es conocer el índice de masa corporal (IMC), lo que se obtiene haciendo un cálculo entre la estatura y el peso del individuo y éste elevado al cuadrado.

Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento: se ha visto que el peso corporal excesivo predispone para varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño y osteoartritis.

En la obesidad, al igual que en las patologías explicadas anteriormente, existen distintas clasificaciones a tener en cuenta, pero primero es importante saber que siempre se establece un índice de obesidad que es definido como la relación entre peso real e ideal (o referencia). Según el origen de la obesidad, ésta se clasifica en los siguientes tipos:

Obesidad exógena: La obesidad debida a una alimentación excesiva.

Obesidad endógena: La que tiene por causa alteraciones metabólicas.

Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides.

- Obesidad hipotiroidea
- Obesidad gonadal

No obstante, los adipocitos están aumentados de tamaño por acción de los ácidos grasos libres que penetran a éstos y, por medio de un proceso de esterificación, se convierten de nuevo en triglicéridos. Éstos antes han sido el resultado de la activación de VLDL circulantes en la absorción de ácidos grasos.

Chinchilla (2005): "Es una enfermedad en cuya génesis están implicados diferentes factores, muchos de los cuales todavía no se conocen muy bien. Los genes, el ambiente, el sedentarismo, son condicionantes básicos que están implicados en la génesis de la obesidad así como los producidos por medicamentos o por distintas enfermedades". (Pág. 136)^{xvi}

En su forma práctica, la obesidad además de ser evaluada típicamente en términos de salud midiendo el índice de masa corporal (IMC) (BMI body mass index por sus siglas en inglés), también puede medirse en términos de su distribución a través de la circunferencia de la cintura o la medida del índice cintura cadera. Además, la presencia de obesidad necesita ser considerada en el contexto de otros factores de riesgo y comorbilidades asociadas (otras condiciones médicas que podrían influir en el riesgo de complicaciones).

La obesidad genera además, **factores** de riesgo a tener en cuenta. Las consecuencias sobre la salud se categorizan como el resultado de un aumento de la masa grasa (artrosis, apnea del sueño, estigma social) o un incremento en el número de células grasas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico).

Además del síndrome metabólico, la obesidad se correlaciona con otras complicaciones, tal como el sedentarismo.

Las consecuencias que esta enfermedad genera se dan desde diferentes aspectos:

Cardiovascular: Insuficiencia cardíaca congestiva, corazón aumentado de tamaño y las arritmias y mareos asociados, dolor pulmonar, várices y embolismo pulmonar.

Endocrino: síndrome de ovario poliquístico, desórdenes menstruales e infertilidad.

Gastrointestinal: enfermedad de reflujo gastroesofágico, hígado graso, colelitiasis, hernia y cáncer colorectal.

Renal y génito-urinario: disfunción eréctil, incontinencia urinaria, insuficiencia renal crónica, hipogonadismo (hombres), cáncer mamario (mujeres), cáncer uterino (mujeres), muerte fetal intrauterina.

Tegumentos (piel y apéndices): estrías, acantosis nigricans, linfadema, celulitis, carbúnculos, intertrigo.

Músculo esquelético: hiperuricemia (que predispone a la gota), pérdida de la movilidad, osteoartritis, dolor de espalda.

Neurológico: accidente cerebrovascular, meralgia parestésica, dolores de cabeza, síndrome del túnel del carpo, demencia, hipertensión intracraneal idiopática.

Respiratorio: disnea, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoventilación, síndrome de Pickwickian, asma.

Psicológico: depresión, baja autoestima, desorden de cuerpo dismórfico, estigmatización social.

Por otro lado, con respecto a sus causas, en la obesidad se incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve, la cantidad de ingesta de alimentos, la poca actividad física.

Como resultado se pueden producir diversas de otras complicaciones, como son la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias.

Hace un cuarto de siglo atrás, la mayoría de los investigadores han concluido que el consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental. A pesar de la amplia disponibilidad de información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas, es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema. Por ejemplo, la comida rápida, se ha triplicado entre 1977 y 1995, así como el consumo de calorías.

Cuestiones sobre el estilo de vida, que pueden influir sobre la obesidad incluyen el estrés, así como

también los trastornos alimentarios que fueron especificados anteriormente.

CAPITULO II. EVOLUCIÓN DEL TEATRO

Los autores César Oliva y Francisco Torres Monreal, (2002) argumentan que el teatro durante su trayectoria *"estudia la evolución del arte dramático a través del tiempo. Si bien el concepto de teatro es muy amplio; cualquier grupo de gente que desarrolla un espectáculo en un tiempo y espacio determinados forman un espectáculo teatral"* (Pág. 27).^{xvii} En el teatro siempre se requiere de un guión y de una puesta en acción, por medio de personajes que lo interpreten en una escenografía. Según los autores mencionados (2002), en sus principios de evolución, los espectáculos se manifestaban por la mímica y la pantomima, haciendo referencia ésta última, a la expresión gestual. A su vez, para que ésta representación se desenvuelva, tenía que haber un elemento indispensable para la comunicación, como la presencia de un público. El teatro tuvo y tiene una función de socialización ya que se requiere de un público que aprecie la obra.

A lo largo de su evolución, el teatro tuvo sus orígenes en antiguos ritos prehistóricos, donde el ser humano empezó a ser consciente de la importancia de la comunicación dentro de su tribu.

A lo largo de su historia, en Grecia principalmente, nació el teatro entendido como "arte dramático". El teatro griego evolucionó de rituales religiosos (*komos*); el ritual pasó a mito y, a través de la imitación, surgió la tragedia. A la vez, el público pasó de participar en el rito a ser un observador, la cual se componía de la educación, de la transmisión de valores y purificación de

los sentimientos, como la catarsis. Más adelante surgió la comedia, con un primer componente de sátira y crítica política y social. César Oliva y Francisco Torres Monreal, (2002) *“la sátira es un subgénero lírico que expresa indignación hacia alguien o algo, con propósito moralizador, lúdico o meramente burlesco”*. (Pág. 28)^{xviii}. Luego apareció la mímica y la farsa.

En el siglo XX, El teatro ha tenido una gran diversificación de estilos. Se puso énfasis en la dirección artística y en la escenografía, en el carácter visual del teatro y no sólo el literario. Se avanzó en la técnica interpretativa, reivindicando el gesto, la acción y el movimiento. Comienza así a darse el teatro experimental, con nuevas formas de hacer teatro y un mayor énfasis en el espectáculo. El director teatral tomó mayor protagonismo, por lo virtuoso de la puesta en escena. En España se destacó Federico García Lorca, entre otros.

Es ya a partir de los años 1960 en el que el teatro busca el dramatismo por sus acciones reales que se caracterizaron por producir un efecto en el espectador. Los directores se basaron en la ceremonia, el divertimento y el exhibicionismo. El lenguaje oral quedó caracterizado por el visual.

Como se puede observar, el teatro ha tenido sus repercusiones y resultados a lo largo de la historia como consecuencia de lo que se vivió en cada época, y cada una de ellas marcó una tendencia en el tiempo. Hoy, el teatro se puede apreciar en distintos géneros aunque siempre con una técnica interpretativa acompañado de la acción, el movimiento y la palabra.

CAPITULO III. PSIQUISMO Y CONSTITUCIÓN DEL YO.

En el momento de la evolución, el bebé es sensible a los olores, a los sabores, y sobre todo a los cambios posturales. La madre, que aún no puede ser percibida como un ser total, y distinto del mismo niño, será reconocida como un sabor, un olor y sobre todo, como una forma de ser sostenido y manipulado. A partir de estas primeras experiencias de contención, y en el marco estructurante de la díada madre-hijo, comenzará el camino de la construcción del aparato psíquico.

Sigmund Freud (1900), plantea que el aparato psíquico, se estructura como un proceso adaptativo del organismo frente a las presiones externas e internas que actúan sobre el Ello, primera matriz del desarrollo psicológico. La energía somática generada en las necesidades biológicas instintivas (pulsiones), y la presión externa de las amenazas o las frustraciones que pesan sobre ellas, interactúan entre si, generándose conflictos.

Las tensiones así producidas en la búsqueda de la satisfacción pulsional, conducen al surgimiento de diversos mecanismos, cuyo objetivo es defender al organismo de dichas tensiones, a la vez que ayudar a descargarlas. Según Freud (1900), la instancia psíquica denominada Ello, sería la sede de las pulsiones instintivas derivadas de la imperiosa tendencia a satisfacer las necesidades biológicas, y resulta una instancia importante de la que luego se diferenciarán otras (Yo y Super Yo), a partir de lo que se podría llamar una domesticación de la pulsión.

Con el nacimiento aparecen necesidades como el hambre, que el bebé no puede resolver por sí solo, y la pulsión busca la descarga inmediata de la tensión que se produce. Por este motivo, el funcionamiento del Ello, se rige por el

principio de placer, que es el intento de descargar cualquier tensión generada. En este caso, el Ello dispone de los denominados reflejos y el denominado proceso primario que consiste en la descarga mediante la formación de una imagen mental del objeto de realización de deseos que Freud consideraba alucinatoria. Como precursor de lo que Freud denominará deseo, se puede mencionar el supuesto "la vivencia de satisfacción primaria".

Pero podría pensarse que la vivencia de satisfacción alucinatoria se articularía con la madre que provea el alimento, ya que dicha alucinación por si misma no producirá la leche que el bebé necesita para calmar el hambre. A través de satisfacciones y frustraciones, el bebé comienza a percibir que el pecho no es algo producido por su necesidad, sino que es libre y externo a él. Es así como la frustración resulta adaptativa para el aparato psíquico, pues obliga a reconocer una realidad externa que no controla. Para Freud, (1923) la madre es el primer objeto aceptado como real cuando el bebé reconoce que no es él mismo quien satisface sus necesidades omnipotentemente. Se instaura así el principio de realidad, con el funcionamiento de la prueba de realidad. De esta forma se sientan las bases para un nuevo modo de funcionamiento el cual Freud llamo "proceso secundario".

Hablar de principio de realidad y proceso secundario supone reconocer que se ha diferenciado del Ello una nueva instancia psíquica encargada de estas funciones: el "Yo". En un primer momento podemos decir que el humano cuando nace es puro Ello y que a partir de ahí se va a ir constituyendo el Yo con la ayuda del auxiliar externo madre-padre.

En la génesis del Yo, además de la contribución del aparato perceptual, participa también el cuerpo propio. En

su artículo el "El Yo y el Ello" Freud expresa, (1923), *"el cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir percepciones internas y externas"*. (Pág 27).^{xix}

Estimulación de la funciones yoicas.

El presente Proyecto tiene como uno de sus objetivos principales, favorecer y estimular el desarrollo potencial de las capacidades yoicas ofreciendo diferentes técnicas de autoreconocimiento en torno a la expresión artística, utilizando la creatividad aplicada al teatro como herramienta, propiciando el afrontamiento de problemas y conflictos con el cuerpo en las pacientes con Anorexia, Bulimia y Obesidad mediante técnicas lúdico teatrales.

En el estudio y en la investigación del Yo, se ha podido destacar que el Yo posee una estructura autónoma, y hasta energía propia para cumplir su función privativa, lo cual implica que posee cierto grado de libertad.

Después de Freud, el psicoanalista mas reconocido por el desarrollo de la Psicología del Yo, es Heinz Hartmann. Hartmann (1958), amplió el foco de los intereses psicoanalíticos, desde la psicología del desarrollo humano general.

Hartmann (1958), creía que el Yo posee capacidades innatas para funciones tales como la percepción, la memoria, atención, concentración, coordinación motriz y lenguaje. Bajo condiciones normales, lo que Hartmann llamaba "ambiente esperable", estas capacidades se desarrollaban en funciones yoicas y poseen autonomía de las funciones libidinales y agresivas. Para Hartmann la tarea del psicoanalista era neutralizar impulsos en conflicto y expandir las esferas libres de conflicto de las funciones

yoicas. Hartmann pensaba que el Psicoanálisis facilita la adaptación del humano a su ambiente.

Como se comentó anteriormente, el objetivo de este trabajo será ayudar a la delimitación de las funciones yoicas y sus efectos como promotoras de cambios posibles en el Yo de los pacientes de la institución ABO. Para ello, se desarrollarán otros conceptos que señala el autor Hector Fiorini con respecto a las funciones yoicas. Le da importancia a la creatividad en su obra, "El psiquismo creador".

Fiorini (2002) explica que el Yo es un sistema que posee movilidad y plasticidad potencial que los otros dos sistemas Ello y Super Yo, y menciona que esta movilidad permite modificaciones en el comportamiento del sujeto que atiende a los otros dos componentes de la estructura.

Fiorini (2002) divide a las funciones yoicas en tres grandes grupos:

A: básicas

B: defensivas

C: sintéticas, integradoras u organizativas.

Funciones básicas: cuando hablamos de funciones básicas se hace referencia al conjunto de actividades que son mentales y están constituidas por la memoria, la atención, la percepción, la anticipación (planificación), el pensamiento, la exploración, la ejecución, el control, y coordinación de la acción.

Aluden a características importantes de la funciones cognitivas y poseen grado de autonomía, que interaccionan con los impulsos y a su vez son influidas por estos.

Los contenidos psíquicos se ordenan, unifican y canalizan a través de los procesos del aparato

cognitivo. Son señales de fortaleza yoica tanto el presentarse no interferidas por mecanismos de defensa que las debiliten, como su grado de conservación y ajuste ante la angustia.

Funciones defensivas: Según Fiorini (2002), son aquellas que están destinadas a neutralizar las ansiedades por diversos modos en cuanto al manejo de conflicto, creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones, restableciendo el equilibrio psíquico eliminando la tensión y la ansiedades.

Los mecanismos de defensa limitan el desenvolvimiento de la angustia y permiten al yo seguir funcionando. Cuando se manifiesta la ansiedad hay un fracaso de las mismas.

Las conductas defensivas, intervienen en el ajuste adaptativo del sujeto y no existen solamente en procesos patológicos. La variación y la plasticidad son los indicadores de salud o patología. Un desarrollo defensivo adecuado implica la posibilidad de lograr el equilibrio y no el uso de algún mecanismo de manera estereotipada.

Los mecanismos pueden ser transitorios, como cuando el aparato psíquico emplea los mecanismos arcaicos para el uso de su integridad, o estructurales.

Finalmente, se encuentran las funciones sintéticas, organizadoras e integradoras, que son aquellas que establecen conexiones entre diversos aspectos para formar una unidad (composición de partes).

La posibilidad de anticipación de un sujeto ante diversas situaciones es el reflejo del estado de estas funciones yoicas. Se ponen a prueba cuando el sujeto, frente a cambios, debe reorganizar sus relaciones con el

mundo acudiendo a nuevas formas de adaptación. Es decir, como se genera el contacto entre el deseo y su posibilidad de satisfacción real.

Algunos de los efectos del ejercicio de las funciones yoicas mencionados por Fiorini (2002) son:

En el trabajo terapéutico cada vez que se quiere evaluar el estado y funcionamiento de las Funciones Yoicas de un paciente en los diferentes estados, (tanto adaptativos, creativos, como elaborativos) se centra en la detección del efecto del ejercicio de las funciones descriptas anteriormente. En la clínica, las funciones son mas detectables, que los efectos en si mismas.

Algunos de los efectos son:

Adaptación a la realidad: es el grado de ajuste que presenta un individuo a las pautas normativas de su cultura; en la práctica se detecta por la calidad de su funcionamiento en distintas situaciones. Su evaluación debe ser realizada dentro de la matriz cultural de la que forma parte el sujeto.

Prueba de realidad: es la capacidad que le permite al sujeto la distinción del origen de una idea, ya sea del mundo externo o del mundo interno. Se basa en la posibilidad de inhibición del proceso primario. Las alucinaciones constituyen un típico ejemplo de falla de prueba de realidad.

Sentido de realidad: es la capacidad de cargar libidinalmente la representación del estado real del mundo exterior y del self desarrollando una coherencia entre el mundo externo y el self. Una falla en el sentido de realidad lo constituye la experiencia delirante primaria, ya que en ella lo percibido hasta

ese momento en forma habitual adquiere una nueva significación.

Regulación y control de impulsos: es la capacidad de captar deseos y/o necesidades y llevarlos a la acción; en la medida en que esta sea posible en la realidad externa, intentando modificar aspectos de tal realidad o del impulso en pos de la gratificación. Su logro, incluye diferentes operaciones, como descarga, ejecución, demora, y es señal de fortaleza yoica.

Tolerancia a la frustración: consiste en recibir una frustración sin que aumente marcadamente la angustia y sin tener que demandar a defensas muy regresivas. Para su logro adecuado es muy importante haber recibido experiencias tempranas gratificantes que neutralicen la agresión, como ciertas experiencias frustrantes que permitan la diferenciación del objeto y el desarrollo de la capacidad de demora. La evaluación de esta capacidad es central a la hora de elegir recursos técnicos, ya que determinados abordajes no son indicados en sujetos con problemas en la tolerancia a la frustración.

Tolerancia a la angustia: es la capacidad de contener los montos de angustia, sin tener que actuar necesariamente para descargarla. Es indispensable determinar el tipo de angustia (señal o traumática) y su intensidad (cantidad) para determinar el grado de fortaleza que posee el sujeto. Cuanto menor es el umbral, mayor la capacidad de acting out.

Capacidad sublimatoria: según Freud, ésta, no guarda relación con la sexualidad, pero que hallaría su energía en la fuerza de la pulsión sexual, la pulsión se sublima en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, sin perder intensidad y apunta hacia objetos valorados socialmente.

Se verifican tres cualidades asignables a las funciones, ellas son:

Autonomía: es el grado de ajuste logrado por ciertas funciones a pesar de la presencia de conflictos y de la organización defensiva sobre ellas montada.

Fuerza: que se evidencia en la eficiencia adaptativa lograda.

Plasticidad: funciones a las que apela el sujeto según las exigencias a las que reencuentra sometido.

CAPITULO IV: CREATIVIDAD

El término Creatividad es muy complejo a la hora de definirlo, y esto depende desde que perspectiva se lo mire o analice. Este Proyecto tiende a una descripción dinámica de la creatividad como espacio estructural del psiquismo, se refiere a los comienzos de la vida psíquica desde que un bebé nace. Y allí se presenta un interrogante. ¿Qué tan importante es la creatividad en la vida del ser humano como espacio psíquico en los comienzos y durante la vida?

Mirrotti (2005), comenta:

"hoy se caracteriza la creatividad como la capacidad de sumergirse a niveles tempranos de la evolución de la personalidad, y contactar allí la singularidad aún no sometida a la presión masificadota, adaptativa del grupo, de la habitual educación y emerger con aportes para enriquecer la propia producción".
(Pag, 22)^{xx}

Este mismo autor, cita en su libro a Schafer, el cual da su punto de vista de la creatividad y dice lo siguiente:

"esta primitivización sutil, controlada y adaptativa del funcionamiento psíquico, permite traer a la superficie fantasías arcaicas, normalmente inconscientes, o modos de razonamientos, recuerdos, conceptos e imágenes que serán modelados y manipulados por un yo crítico y orientado a la realidad, si es sano, y se distinguirá de los impulsos psicóticos

primitivamente experimentados" (Mirotti. 2005. Pág. 23).^{xxi}

Creatividad desde Donald Winnicott

Es importante destacar que los conceptos que se abordan desde la teoría de Donald W. Winnicott psicoanalista post freudiano, aborda a la creatividad desde la constitución del aparato psíquico, y es uno de los precursores psicoanalíticos en estudiarla considerándola sumamente importante en el proceso del desarrollo sano del psiquismo, y plantea que *"lo que hace que el individuo sienta que vale la pena de vivirse es, mas que ninguna otra cosa, la apercepción creadora"*. (Winnicott. 2007. Pág 98).^{xxii}

Winnicott (2007) sostiene que cuando el Psicoanálisis intento estudiar el concepto de creatividad, basándose en importantes personalidades relacionadas a las artes creadoras como pintores, escritores, etc., no se tuvo en cuenta lo que el denominó el "impulso creador". Este autor plantea:

"Por lo tanto el impulso creador es algo que se puede entender como una cosa en si misma, que por supuesto, es necesario si el artista quiere producir una obra de arte, pero también como la que se encuentra presente cuando cualquiera, bebé, niño, adolescente, adulto, anciano o mujer, contempla algo que en forma saludable o hace una cosa de manera deliberada, como ensuciarse con sus propias heces o prolongar el acto de llorar para gozar con

un sonido musical. Se halla presente tanto en el vivir de momento en momento de un niño retardado que goza con su respiración, como en la inspiración de un arquitecto que de pronto sabe que desea construir, y que piensa en los materiales que puede usar para que su impulso creador adquiriera formas y el mundo pueda verlas". (Pág 98)^{xxiii}

Este autor rescata la importancia del desarrollo creativo, argumentando que éste tiene un espacio en la vida psíquica cuando las condiciones ambientales se dan positivamente. Este espacio sería una "zona intermedia", es un lugar neutral de experiencia donde no existe el peligro de ser atacado.

Hablar de zona intermedia implica desde Winnicott, un espacio que se va construyendo entre el bebé y su madre. Es aquí donde comienza un interjuego entre lo subjetivo y lo objetivo de la realidad externa. Este espacio se explica a través de lo que este autor llamó "fenómenos transicionales" y "objetos transicionales".

Cuando Winnicott (2007) habla de fenómenos transicionales, se refiere a los sonidos que un bebé pueda hacer, los que suponen están acompañados de pensamientos y fantasías. Con respecto al "objeto transicional", ésta es la primera posesión no yo, no es un objeto que se ubica ni totalmente adentro ni totalmente fuera, podemos decir que está en el límite. Se establece con el objeto los comienzos de una relación afectuosa, que deberá soportar el amor como el odio.

A lo largo del tiempo, culmina esta relación con el objeto transicional a consecuencia de una pérdida gradual de significación porque estos fenómenos se tornan difusos y pasan a extenderse a todo el campo

cultural. Según Winnicott (2007), el juego es una experiencia creadora y básica de vida que transcurre en un espacio y tiempo, y les da importancia a la realidad que representan. No alude a la madre ni al pecho; sino que alude al simbolismo y es aquí cuando el niño puede distinguir entre fantasía y realidad, entre los objetos internos y los externos, entre la creatividad primaria y la percepción.

Siguiendo al autor, es importante destacar que esta zona intermedia es necesaria para el comienzo de una relación y el conocimiento del niño del mundo externo. Este espacio se construye desde la fusión del niño con su madre, lo que Winnicott (2007) va a llamar "ilusión". Para construir este espacio de ilusión, se necesita una madre suficientemente buena que en los comienzos de la vida del bebé pueda adaptarse a las necesidades del niño para tolerar la frustración. Si se dan estas condiciones el niño tiene la posibilidad de crearse la ilusión de que el pecho es parte de él, se engendra la ilusión de que el pecho es producto de su creación.

La tarea de la madre en un primer momento, es brindar un espacio de ilusión para que el bebé crea que todo lo que existe es producido por él. Luego y de manera paulatina la función de la madre será desilusionarlo poco a poco con las capacidades de adaptación del bebé para tolerar la frustración. Si las cosas salen bien, este es el momento para que el niño pase de la unión o fusión a la autonomía y separación.

Jugar haciendo teatro

Roberto Vega (1981), menciona que el teatro es un instrumento que posibilita el desarrollo de la creatividad, la imaginación, el divertimento o recreación, incrementando el autoestima y porque no, la confianza en si mismo.

Recordemos que el juego es uno de los primeros vehículos de comunicación del niño con el mundo, le permite elaborar situaciones cotidianas sin presión, para que a la hora de afrontarlas en la realidad le sea más fácil poder hacerlo. No obstante, no podemos obviar que, ofrece el escenario perfecto para disfrutar, y sonreír, aspectos tan esenciales para fortalecer su sistema de defensas.

Según Roberto Vega (1981), el juego teatral no es hacer teatro de manera simple y aleatoria. El teatro es el medio, pero no el fin. Con este saber se busca dar respuesta a la expresión y comunicación. Es una herramienta con la que se intenta integrar el pensamiento con el sentimiento.

En las dinámicas teatrales se intenta promover en los pacientes el juicio crítico, se valora su espontaneidad, que rompan con papeles estereotipados. Es importante que cuando hagan o realicen un personaje, cuestionen si representan roles rígidos y que no se limiten a reproducir un texto teatral establecido. Cada uno pone en su actuación aspectos personales de uno mismo.

Algunas propuestas serían:

-Representar los distintos modos de caminar por la calle de diversos personajes: un señor mayor, alguien que pierde el autobús, un chico preocupado, etc.

-Improvisar una escena, donde un hijo no quiere comer y su madre prueba varias estrategias para convencerle de que se alimente. Los participantes van pasando por ambos roles.

-Dramatizar a cámara lenta, los gestos corporales y expresiones faciales de dos amigos, que discuten durante un partido de fútbol.

-Jugar a expresar la alegría, la sorpresa o el enfado, desde diferentes personalidades o personajes.

A pesar de que se les otorga libertad en la actuación, cuando se trabaja con pacientes, estos tienden a enmascararse con la deseabilidad social, es decir, que suelen "decir y hacer" lo que creen que será mejor valorado por los demás (sus compañeros). Por ello, es muy importante que no haya demasiadas restricciones al representar los personajes.

Un clima de confianza, de risas, donde estén permitidos la improvisación y los fallos ayudará a todos aquellos que, por timidez o baja autoestima, se inhiben o no se conceden el derecho a equivocarse.

Aquí lo más importante es el instrumento que se emplea: el cuerpo en vivo y en directo. Ahora bien, se generan aspectos importantes como el lenguaje verbal y no verbal, y demás elementos: tono de voz, gestos faciales, ritmos, miradas, distancias, etc.

En el teatro se aprende a leer la expresión corporal, a codificar los estados de ánimo. Como juego de roles, proporciona la posibilidad de explorar de "haz como si...", que sirve de expresión para la creatividad, la imaginación y la reflexión.

Roberto Vega (1981) plantea que *"El único requisito para jugar aprendiendo es querer explorar y ser respetuoso con los demás, y el juego teatral nos ofrece una alternativa entretenida para conseguirlo"*. (Pág 57)^{xxiv}

Para este mismo autor, el estado de creatividad que se necesita para improvisar e ir acercándose a un personaje tiene que ver con lo lúdico, es un juego de imaginación compartida o solitaria pero un juego donde se descubren los distintos aspectos del personaje y, por otro lado, también hay un objetivo concreto a alcanzar, como pasa en un juego.

De alguna manera se hace referencia a que el juego es fundamental porque permite un vehículo de comunicación que puede elaborar situaciones cotidianas, expresar fantasías inconscientes reprimidas, y llevar a que la persona disfrute de posibilidades. También posibilita encontrar recursos para que los sujetos sean capaces de gozar, de manifestar sus sentimientos, de expresarse con otros, y de apropiarse de significados sociales sin dejar de lado el placer.

Para Roberto Vega (1981), el objetivo del juego teatral no es formar actores. Sino que, *"responde a necesidades de expresión y de comunicación. Es un recurso que permite articular el pensar, el sentir y el hacer. Menciona que la significación del teatro reside en la experiencia a partir de la cual el sujeto aprende a conocerse a sí mismo, y a conocer a los demás a través de la simulación espontánea de situaciones en juego, sin hacer énfasis en la formación técnica"*. (Pág 35)^{xxv}

El mismo autor alude y da importancia a los contenidos dentro del contexto teatral, e indica que los conflictos propios se llevan a escena con sus historias personales y su cotidianeidad.

Es fundamental además, que pueda crearse un clima de confianza que permita al sujeto a ser creativo, se comprometa con lo que hace, descubra cosas, entre en riesgo y no le tenga miedo al ridículo ni al error, porque está permitido equivocarse. Por medio de los talleres se trata de brindarles a los pacientes una seguridad que les permita valorarse y valorar a los demás, tomar sus decisiones y ser protagonistas activos.

Además, es importante que el coordinador sea tan creativo como democrático, y que tenga la suficiente paciencia como para respetar los distintos ritmos de los pacientes. Tiene que ser capaz de desarrollar una lectura del cuerpo y del espacio, es decir, de aquellas actitudes, gestos y ubicaciones espaciales que proyectan estados de ánimo que los sujetos no quieren expresar verbalmente.

Con respecto a la especificidad de la disciplina teatral en relación con otras disciplinas artísticas, Roberto Vega (1981) plantea que:

“El juego teatral trabaja con todo el cuerpo, no hay un instrumento de por medio como el pincel en el caso de la pintura, o la flauta en la música. La danza, igual que el teatro, también trabaja con el cuerpo como instrumento, pero lo que distingue al juego teatral es que permite trabajar mejor el conflicto, los intereses y deseos contrapuestos en un grupo. En los talleres se hace mucho hincapié en lo actitudinal. Sin duda, el juego teatral fortalece el trabajo en equipo, promueve la confianza y desarrolla sujetos participativos. Por medio del lenguaje verbal y del lenguaje gestual, muchas veces olvidado, los alumnos

aprenden más de sí mismos y de los otros, a la vez que superan sentimientos de inseguridad y el temor a la crítica". Pág. (37).^{xxvi}

La finalidad del taller de teatro es que los pacientes con trastornos alimenticios desarrollen habilidades que se ven perjudicadas ya sea por la propia patología o por el entorno donde viven. De esta forma no se habla de terapia con teatro, ni de cura, sino de aprendizaje y crecimiento mediante técnicas lúdicas teatrales.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN "CENTRO PRIVADO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS INTERDISCIPLINARIOS. ABO

Análisis situacional de la institución

Introducción

Mediante el análisis situacional se pretende contextualizar a la institución en relación a los servicios que presta y como aborda la problemática de los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, obesidad).

Para esto, se llevará a cabo el relevamiento sobre como evaluar la institución en relación a su contexto interpersonal (profesionales, organización interna), infraestructura, pacientes que atiende, para detectar fortalezas y debilidades en relación a la posibilidad de hacer el Proyecto de Aplicación Profesional a través del análisis de entrevistas semi dirigidas. Poder analizar la institución para considerar los talleres teatrales para la incorporación del Proyecto y tener respuesta de la institución por medio de entrevistas semi dirigidas ante la aplicación del Proyecto de Aplicación Profesional, "Taller de teatro con pacientes que padecen anorexia, bulimia y obesidad".

Cuestiones éticas:

Consentimiento informado. Es sumamente importante poder preservar la Identidad de los profesionales que participaron en las entrevistas manteniendo el Respeto y el Secreto Profesional. Se conserva a su vez en secreto cualquier información que pudiera comprometer a los informantes del diagnóstico.

Metodología utilizada para realizar el diagnóstico:

Con intención de revelar el estado actual de la situación en que se encuentra la problemática a investigar, se realiza un plan diagnóstico utilizando instrumentos cualitativos.

Las siguientes técnicas fueron:

Visitas al Centro Privado, y lectura del material documentado del Centro Privado, en este caso folletos.

Observación no participante. Esta es una técnica de observación en donde el interesado, comparte con los integrantes del grupo su contexto, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, o sea, conocer sus particularidades de un grupo.

Uno de los principales aspectos que debe vencer el investigador en la observación es el proceso de socialización con el grupo investigado para que sea aceptado como parte de él, y a la vez, definir claramente dónde, cómo y qué debe observar y escuchar.

Durante el proceso de investigación, para recolectar la información, el investigador debe seleccionar el conjunto de informantes, a los cuales además de observar e interactuar con ellos, puede utilizar técnicas como un cuaderno de notas en el cual se escribe las impresiones de lo vivido y observado, para organizarlas posteriormente.

En la institución ABO, las actividades se desarrollan en el ámbito o sala de trabajo donde realizan generalmente otras actividades. Aquí, los pacientes interactúan en grupo con la ayuda de un coordinador que guía el proceso. Los horarios son dependiendo de la institución con una duración de una hora y media aproximada, una vez por semana.

Las actividades que se observan y trabajan por los pacientes de ABO, son talleres gráficos que parten de la espontaneidad.

Otra metodología implementada es la entrevista semidirigida. Los profesionales a los cuales se les aplicaron las entrevistas semi dirigidas, fueron amables, tuvieron buen recibimiento a la hora de la presentación, y contestaron a todas las preguntas que se le realizaron.

Se indagaron en diversos temas de la institución como así también pudieron rescatarse datos relevantes y fundamentales.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a psicólogos y nutricionistas.

Las entrevistas fueron en diferentes consultorios, ambientados de manera cálida con tranquilidad. Los profesionales fueron grabados sin inconvenientes a la hora de consultarles. Lograron explayarse con espontaneidad y naturalidad cuando se les preguntaba para el relevamiento de datos. Cada uno tuvo opiniones distintas y similares en diversos temas. Esto es importante ya que el trabajo interdisciplinario esta presente.

El tipo de tratamiento que utilizan para sus pacientes son ambulatorios. Dependiendo la patología y la gravedad de la misma, las sesiones varían. Es necesario a su vez, entrevistar a los familiares y que estén a disposición y colaboración del tratamiento para que haya un sostén y apoyo.

Se realizan actividades complementarias. Entre ellas talleres gráficos.

En los profesionales hubo muy buena predisposición con respecto al Proyecto de Aplicación Profesional. El teatro y sus técnicas sirven al grupo de profesionales para que

exista otra visión de cómo los pacientes pueden ser intervenidos para su mejoramiento en las patologías. Mencionan que actualmente es fundamental el trabajo interdisciplinario y el empleo de otro tipo de enfoques para el progreso de la Anorexia, Bulimia y Obesidad.

Relevamiento institucional:

1: Estructura y organización interna de la institución:

La institución cuenta con dos secretarías. Una trabaja por la mañana y otra por la tarde.

Las decisiones, con respecto al grupo de trabajo, se realizan de manera interdisciplinaria: se trabaja en equipo y se decide cómo se abordan los casos individuales y familiares. En el tratamiento se refuerza la autonomía del sujeto y se intenta lograr, dependiendo del grado de la patología, que el individuo logre la independencia y la reestructura psíquica en la personalidad.

Los profesionales que están a cargo de los pacientes y del tratamiento son, psicólogos orientados al área psicoanalítica, nutricionistas, psiquiatras y médicos. A su vez, hay un profesional del área recreativa que se encarga de realizar talleres especialmente gráficos para los pacientes una vez por semana.

2: Servicios que ofrece a la comunidad:

Cuando el paciente ingresa a la institución, se realiza un motivo de consulta y a partir de allí un diagnóstico y pronóstico del mismo. Si el paciente o familia deciden empezar a concurrir a la misma, comienzan con el tratamiento y la intervención. Los casos son particulares a cada paciente incluyendo al grupo familiar.

Se dedica a ofrecer: consultas, tratamiento e intervención de manera ambulatoria y concurrencia de talleres gráficos.

Servicio y la consulta: con obras sociales.

Atención de un equipo integral: es interdisciplinaria por los diversos profesionales que asisten.

A su vez, la concientización es muy importante tanto para la familia, como para el paciente y el entorno del mismo.

Módulos de servicios que ofrece:

Se realizan talleres gráficos para la recreación de los pacientes. Es beneficioso ya que a partir de allí pueden observar la creatividad, el compañerismo que va surgiendo y el desarrollo de la autonomía. A su vez, pueden analizarlos en equipo y ver el progreso.

Necesidades institucionales: en un futuro realizar investigaciones acerca de estas patologías. A su vez estar cada día más actualizados y comprometidos con respecto a las diversas familias actuales que integran a los pacientes para manejarse con herramientas óptimas y con responsabilidad.

3: Caracterización de la institución:

La institución es un centro privado que fue fundado en año 1992, por la Directora Cristina Rossi. La misión fue y actualmente interviene de manera ambulatoria e interdisciplinaria los trastornos alimentarios. Entre ellos: anorexia, bulimia y obesidad.

Es necesario que la población se acerque a ellos para que pueda desarrollarse la conciencia de enfermedad, los

buenos hábitos, el autoestima, la seguridad propia y el crecimiento personal y familiar.

Se señala que es un Centro con potencia en el tratamiento ambulatorio de patología alimentaria. En el se realizan sesiones dentro del tratamiento. Los pacientes, pueden concurrir una vez por semana a dos veces por semana, siempre dependiendo el caso y la urgencia.

El abordaje que emplean en el tratamiento es el psicoanálisis para analizar casos individuales. Lo realizan a los pacientes y a su grupo familiar.

El objetivo del tratamiento no está destinado a los alimentos, sino en el desarrollo y reestructuración del aparato psíquico. Es decir, es necesario que haya una evolución en el proceso psíquico para que el tratamiento logre un avance y un resultado óptimo.

Hubo casos excepcionales donde los pacientes debían concurrir al Centro para realizar los hábitos alimenticios, ya que su estado era deplorable y urgente. Esto fue importante para que se reestableciera "un cuerpo" que este presente para la intervención y tratamiento.

Análisis de datos

1: Análisis de contenido cualitativo y entrevistas efectuadas.

Las profesionales cuentan que intenta favorecerse la autonomía en el sujeto, que logre la independencia y el crecimiento tanto personal como familiar. Consideran de importancia la reestructuración del aparato psíquico y el énfasis no está puesto en los alimentos, excepto casos urgentes.

La edad de los pacientes comprende entre los 13 años hasta los 35, 40 inclusive aproximadamente. Se menciona que las consultas son muchas pero son pocas las personas que ingresan al tratamiento. El nivel socioeconómico de los pacientes es variado.

Se trabaja de manera interdisciplinaria con otros profesionales a cargo de la institución y esto favorece el desarrollo personal permitiendo una mirada y un enfoque abierto de las patologías.

El enfoque que emplean es psicoanalítico en el análisis, mencionando que ningún enfoque es superior a otro, sino que a través de éste se genera con el tiempo la autonomía y se respeta al máximo la individualidad y particularidad de los pacientes y familiares.

La institución cuenta con: secretarías, un equipo interdisciplinario, consultorios a disposición, talleres gráficos para la recreación, trabajo en equipo los días jueves por la tarde, consultas a pacientes y familiares. Diagnóstico y pronóstico del paciente, tratamiento e intervención.

Le falta: talleres lúdicos teatrales para la expresión corporal promoviendo el trabajo individual para fomentar el

compañerismo, la empatía y el trabajo en grupo con el manejo del cuerpo y la palabra.

Con respecto a las entrevistas efectuadas, a las profesionales de distintas áreas, se las observa relajadas, con confianza en su relato y con mucha seguridad en ellas mismas. Por lo tanto, la información recabada en el marco de las diferentes visitas permite observar que hoy la institución cuenta con profesionales de distintas áreas. Psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, médicos clínicos.

Por otro lado se acusa a la necesidad de un taller lúdico teatral, ya que solo poseen talleres creativos que apuntan solo a la gráfica.

CONSIDERACIONES FINALES

Si bien la universidad nos posibilita llevar a cabo con el tiempo el aprendizaje de diferentes conocimientos en los cuales se adquiere experiencia, el Trabajo Final de Graduación y la concurrencia a la institución, "Centro Privado de Tratamientos Ambulatorios Interdisciplinarios" ABO, fue una experiencia enriquecedora y única para abordar una Propuesta de Proyecto incorporando de manera global los conocimientos y habilidades aprendidas durante el cursado de la carrera.

A través de ella se permitió brindar con la experiencia propia y adquirida esta Propuesta de Aplicación para abordar de manera complementaria con el tratamiento actual de la institución, las patologías, anorexia, bulimia y obesidad.

A su vez, se debería pensar el modo de trabajo que se realiza en el Centro Privado de Tratamientos Ambulatorios, ABO.

En la institución, y con respecto al equipo interdisciplinario, se observa que el tratamiento y la intervención psicoanalítica que efectúan logra e intenta beneficiar en un futuro la autonomía del sujeto, la independencia y la conciencia de enfermedad. Esto es sumamente importante para que los pacientes adopten salud, un aparato psíquico estable y una buena calidad de vida.

Se cumplieron los objetivos con éxito, ya que se interactuó con los profesionales de manera eficaz. A través de ello, lograron brindar rica información de la institución.

Es importante tener en cuenta y fomentar la participación a actividades a los pacientes, ya que estas

patologías ocasionan problemas en el desempeño de la vida diaria afectando con el tiempo la personalidad. Es por eso, que los talleres o actividades a implementar, (si el Centro requiere la necesidad en un futuro), deben desarrollarse en un ambiente grato y relajado, fomentando el compañerismo, la comunicación, así como la escucha dentro del avance en el tratamiento.

Por otro lado, se debe recalcar y priorizar primordialmente, el futuro rol de profesional. El Secreto y la preservación de la Identidad deben respetarse para que el aspecto ético este siempre presente.

Quisiera agradecer la predisposición de las profesoras, (guías del Seminario Final de Psicología y pertenecientes a mi CAE), así como del equipo interdisciplinario de la institución. Ambos me brindaron su buena voluntad, cordialidad y amabilidad.

Desde el punto de vista de la patología, es fundamental que la familia apoye a sus hijos, que los entiendan en períodos de crisis y que los contengan, fundamentalmente en la adolescencia, período de grandes cambios en diferentes aspectos. Es fundamental aclararlo, ya que ésta puede ser una manera de prevención.

Es necesario saber y estar atentos que no solo es importante que una persona se alimente para vivir, sino que es fundamental que esa persona esté desde su base contenida y estable emocionalmente, que sienta que puede ser escuchada, entendida, apoyada por su entorno, que pueda expresar lo que le ocurre para de que de esta manera se promueva el buen desarrollo de un aparato psíquico para vivir saludablemente.

El individuo debe estar estable emocionalmente para desarrollar una vida sana. La patología alimentaria no solo surge por el deseo de llegar a la delgadez extrema

promovida por los medios, sino que también surge por no mantener una estabilidad psíquica; y es aquí cuando la enfermedad se canaliza por la comida.

Es fundamental empezar desde lo más pequeño, en este caso, la familia, a lo más grande, la sociedad, a concientizar. Es decir, promoviendo el conocimiento, el aprendizaje, el interés para que se pueda obtener un óptimo desarrollo.

Por otro lado, debería ser fundamental que la sociedad pueda y deba ir desarrollando argumentos contra la cultura del mal hábito alimentario para posibilitar la prevención y el mejor desarrollo de todos.

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

Los módulos serán un espacio de encuentro donde los participantes puedan relajarse, expresarse, recrearse, conocerse, favoreciendo la desinhibición con aspectos sanos. El taller lúdico teatral será una instancia para que los pacientes puedan manifestar la propia individualidad por medio de la expresión.

El taller será un espacio en donde la perfección no es necesaria que exista, sino que estará permitido equivocarse, intentando romper con estereotipos cotidianos donde el bloqueo, la vergüenza, la frustración es posible que sucedan. Recordemos que son sujetos estructurados, y en estos encuentros se intentará que puedan romper con estos modelos y que accedan a la libertad de expresión como puedan. El espacio no es lujoso ni muy amplio, pero esto no interesa ya que con la presencia de los pacientes basta. Serán necesarias sus ganas y la asistencia. Por otro lado, si serán fundamentales distintos elementos: como grabador, colchonetas, hojas, lapiceras, etc. y por supuesto un coordinador, psicólogos para que puedan llevar a cabo el comienzo y final de este proceso.

En el taller lúdico teatral, si bien se partirá de la participación de cada uno de los pacientes como se nombró anteriormente, será necesaria además, la complementación de incorporar el juego con lo dramático, lo teatral. El taller generará un espacio para que los pacientes puedan jugar haciendo teatro a través de la expresión oral y corporal.

El autor Alejandro Jorodosky (2005), especifica esto de algún modo haciendo alusión a la actuación, mencionando que *"el único lenguaje que aumenta el nivel de conciencia es el lenguaje del arte y de la poesía, al inconciente le es mas fácil comprender el lenguaje onírico que el*

racional, un acto tiene un carácter más evidente que cualquier palabra. En resumen, un acto vale más que mil palabras". (2005, Pág. 5) ^{xxvii}

Además de la visualización del espacio, se cree necesaria también una fundamentación del Proyecto con distintos autores y criterios propios que se detallarán a continuación. Para comenzar, se tomará con importancia a la Tercera Tópica desde Freud (1938) para explicar como funciona el psiquismo, especialmente en este tipo de pacientes que padecen de patología alimentaria.

En el psiquismo de todo sujeto hay dos modos de funcionamiento. La parte neurótica y la parte psicótica. En la parte neurótica el funcionamiento psíquico se rige desde el principio de placer y el de realidad. Es decir, existe y se manifiesta una represión por el inconsciente. Se manifiestan actos fallidos, sueños, etc. y el conflicto neurótico se resuelve a través del síntoma. Existe diferenciación del mundo interno y externo. Por otro lado, la parte o funcionamiento psicótico, se rige más allá del principio de placer, es decir, hay una compulsión a la repetición, por lo tanto hay un goce con el objeto o adicción que es desmedida. En esta parte, no existen conflictos sino intentos que son fracasados, el sujeto siente un vacío del que no se satisface con el acto. A diferencia de la parte neurótica, no hay diferenciación del mundo interno del externo. Estos serían los dos modos de funcionamiento psíquico que tenemos todos los sujetos, pero en cada uno funciona de manera distinta. Ahora bien, hay que ver como funciona el psiquismo en patologías alimentarias. Lo que ocurre en estos pacientes, es que se genera la desmentida. A esto lo provoca el efecto de barrido correlacionando los dos modos de funcionamiento psíquico, es decir, funcionando los dos de manera simultánea. Freud (1938) "*El barrido es el efecto que*

provoca en el preconciente la existencia de la escisión del Yo, de tal modo que siempre con una percepción realista, existe una desmentida de esa percepción". (Pág. 128)^{xxviii}

Hay que recordar que la escisión no es una defensa del Yo, sino es un hecho que funda el aparato psíquico y la escisión va a ser lo que permitirá que coexistan procedimientos defensivos dirigidos a la realidad (desmentida) y otros hacia la pulsión del ello (represión).

Freud: *"Cada acto psíquico como producto final incluye algo que se reprime y algo que se desmiente, tanto en la percepción como en el recuerdo. Implica algo que se habla y algo que se actúa, algo del orden narrativo y algo inefable". (Pág.129)^{xxix}*

"El aparato psíquico tendría dos modos de funcionamiento inevitablemente coexistentes sin relación transaccional y con una doble dinámica: "vertical" característica de la lógica de la represión y "horizontal" propia de la escisión, que entendemos como tercera tópica". (Pág. 129)^{xxx}

Por ejemplo: en una mujer que padece anorexia y es muy flaca, la escisión en el Yo haría que ella se vea gorda. La escisión, por el efecto de barrido, provocaría la desmentida de su percepción, por lo tanto, esta percepción de su cuerpo no sería verdadera.

En la explicación de la Tercera Tópica, se puede observar y comprender cómo evidentemente funciona el psiquismo en sujetos que padecen trastornos alimentarios. Es importante que se logre entender ya que permite reflexionar como tienen instaurado el "no" y cómo llegan a la manifestación del acto.

Otra autora, que avanza actualmente en el ámbito del teatro complementando también lo lúdico, es Silvia Kanter.

Ella (2005), junto a la Dra. Nelly Ferradas, médica pediatra especialista en trastornos de la alimentación, comenzaron un taller mensual al que llamaron "El cuerpo: alimentación y movimiento". Tomaron la decisión de evitar el tránsito por la emoción y el desborde, ya que estos tienen su espacio en la terapia y en las charlas del consultorio.

Brindaron una experiencia donde el cuerpo dejara de estar estático y fuera el centro de las miradas basadas en sus "imperfecciones". Según Silvia Kanter, (2005) en su libro, *"El juego del Teatro es para Todos"*, plantea que "el trabajo con la expresión y el movimiento era capaz de poner en evidencia la perfección y la belleza". (Pág. 70).^{xxxii} También manifiesta que mediante una nueva forma de conceptualizar el cuerpo, por la puesta en juego de este, los actores pueden visualizarlo y aprehenderlo desde un lugar diferente, modificando la visión desde la enfermedad.

En cada encuentro se comenzaba moviendo el cuerpo, soltando las tensiones y la expresión. Luego, se proponían breves improvisaciones actuadas colectivamente, seguidas de escenas que improvisaban las participantes de acuerdo con consignas que se sugerían. Como cierre, se reflexionaba acerca del trabajo.

En este Proyecto se trabajará con algunas particularidades que señala la autora, especialmente cuando refiere y describe el comienzo del taller y el movimiento previo que debe tener el cuerpo. A continuación se tomarán otras técnicas que tienen que ver con el autoreconocimiento, y finalmente el teatro lúdico con máscaras. Se toman a éstas últimas con una referencia importante al autor Mario Buchbinder (1993), ya que él menciona que el teatro con máscaras revela lo que no puede expresarse. La máscara sería

aquello que también muestra. Hacerse cargo de la máscara implicaría también hacerse cargo de la escena, el cuerpo, el juego. *"Se generan condiciones imaginarias, para que lo real encuentre una fachada y pueda hallar sentidos, palabras. Aquello indecible en la subjetividad individual o social puede transformarse en decible"*. (Pág. 57). ^{xxxii}

"Defino cinco funciones terapéuticas que aporta la máscara: una desenmascarante y reestructurante. Cuando alguien se coloca y oculta detrás de una máscara se produce un efecto de desenmascaramiento. Hay posibilidad de desprenderse de máscaras repetitivas, conflictivas para el sujeto. También permite la reestructuración en otras máscaras, historias y significaciones frente a aquéllas en las cuales alguien está apresado.

La máscara permite marcar, balizar los puntos de conflicto a nivel del cuerpo o de la relación personal y familiar, a ésta función la denomino balizadora. Tenemos una tercera función de metabolismo de la fantasía, por cuanto permite salir de una determinada fantasía y producir su transformación. También permite la Construcción del Mapa Fantasmático Corporal, sobre lo cual después podemos volver. Y finalmente una quinta función, la de Metabolismo de la imagen dado que presentifica la imagen predominante de un sujeto y promueve su conexión con otras imágenes. Lleva al trabajo sobre la significación de la identidad". (Pág. 59)^{xxxiii}

Esto significa que el trabajo con el cuerpo y con las máscaras sería puramente psicoanalítico porque la máscara generaría la condición para la emergencia del inconsciente y unión entre el cuerpo y la palabra, mientras no obstaculice el deseo y permita ese "ir y venir" entre el enmascarar y el desenmascarar. Esto funcionaría como detector de síntomas por así decirlo.

Hay que recordar que en cada sujeto, hay presente una propia subjetividad, ya sea de su mundo, de su entorno, y esto se notará en la elección de la máscara. Surge una relación importante entre sujeto y mundo.

En este trabajo con máscaras los pacientes podrán jugar y desenmascarar los propios síntomas. Esto sería importantísimo ya que se realizaría a través de lo lúdico, de la imaginación y de la interacción para llegar a lo individual.

Haciendo alusión a los autores, Jaime. G. Rojas y Bermúdez (1984), las técnicas que se emplearán serán diversas. Permitirán que se jueguen otros roles dentro del espacio. Servirá para que cada integrante y entre ellos mismos, puedan conocerse y observarse haciendo una introspección personal, de los momentos que vivieron en el taller y de otros tantos. Ayudará a tener contacto con las emociones, los sentimientos y las fantasías del sujeto, gracias a la representación escénica.

Con respecto a lo nombrado, podemos decir que el teatro es una forma de intervención diferente pero elemental que brinda nuevos elementos de trabajo con los trastornos alimenticios, ya que a través del mismo se puede estimular el inconsciente. El taller lúdico permite que surja la expresión de los sentimientos que están ocultos por medio del movimiento y de la creación de personajes. Se ayuda a los sujetos con trastornos alimentarios a tener motivación, ingenio, esfuerzo rompiendo con modelos estereotipados.

El taller lúdico teatral por medio de un coordinador, permitirá que surja el juego, la dinámica de la interacción, trabajando principalmente desde lo individual para poder llegar al problema personal y particular.

Se fomenta la estimulación de los actores con distintas técnicas antes de comenzar con las escenas teatrales, para que pueda surgir la participación activa de ellos mismos. Algunas de las técnicas que se utilizan para esto son la relajación, movimientos corporales, sonidos verbales, creación de personajes.

Es necesario y beneficioso que pueda aprovecharse este espacio en patologías con trastornos alimenticios, ya que permitirá una mayor percepción del cuerpo, los sentidos, las frustraciones, las capacidades personales de cada sujeto de la institución, como así también una elaboración de los conflictos a los que no se les ha puesto la palabra todavía.

Desde esta perspectiva, se pretende plantear un proyecto orientado a las necesidades de estas personas, ayudando al tratamiento que ya reciben, y brindando mayores elementos de elaboración.

Plan operativo de actividades propuestas como intervención.

Modulo I: Presentación del proyecto y Encuadre.

Introducción

En este módulo se pretende realizar el encuadre general de todo el proyecto, dando una breve descripción de cada módulo, que será ampliada y profundizada a medida que avancen las actividades.

Es importante que cada uno de los asistentes, tenga en claro el encuadre, ya que está dirigido a organizar la tarea: o sea, es una función de sostén, de continencia. Va a ser contenedor y limitador de las situaciones resistenciales, caóticas y de ansiedad que se pudieran presentar durante el trabajo terapéutico. Aquellos participantes que no estén derivados por los terapeutas no podrán realizar la tarea. El encuadre se ofrece como un marco que brinda seguridad psicológica al sujeto para un ámbito con el cual no está familiarizado.

Por otro lado, el encuadre, también permite asignar roles claros a cada uno de los participantes, esclareciendo funciones, responsabilidades, deberes y derechos dentro de este ámbito.

Objetivos

- 1) Establecer el encuadre de trabajo con los participantes.
- 2) Introducir a los asistentes sobre las técnicas lúdico teatrales.

Actividades

"Buenos días, mi nombre es Ma. Josefina Posadas, soy Lic. en Psicología y hoy estamos reunidos para comenzar el taller de teatro en la institución ABO. Para esto es importante que acordemos cuantos encuentros vamos a tener, en que horarios y cuáles van a ser las actividades que vamos a realizar.

En el taller, tenemos el objetivo de trabajar diferentes temáticas mediante técnicas teatrales. Usamos teatro por que nos permite involucrarnos con nuestro cuerpo y nuestras emociones y sensaciones.

Para llevar adelante este proyecto, vamos a encontrarnos una vez por semana. Es importante que se involucren con las actividades, pero no se los va a forzar a que participen.

Los encuentros de actividades teatrales van a tener una duración de una hora a una hora y media dependiendo de cómo ustedes se sientan con el trabajo que realicemos. Los encuentros grupales de análisis, tendrán una duración de una hora.

Ahora me gustaría que todos nos presentemos, para que yo los conozca mejor, para que ustedes me conozcan mejor a mi y también entre ustedes. Para esto vamos a usar la técnica del Avión:

En una hoja que ahora les vamos a entregar, todos vamos a escribir tres características de nuestra personalidad que nos haga destacarnos del resto, también vamos a escribir algo sobre lo que nos gusta hacer, estudiar, o quisiéramos experimentar: por ejemplo tirarse con paracaídas, viajar a París, etc.; si tienen mascotas,

si les gustaría tener, si no tienen, etc. Y vamos a escribir también sobre lo que no nos gusta, lo que quisiéramos decirle al resto sobre que no nos gusta a nosotros".

Una vez que terminan todos de escribir, el Coordinador dará las siguientes instrucciones: *"Ahora todos van a hacer un avión con la hoja que escribieron, y cuando todos terminen, la vamos a arrojar al aire, después cada uno deberá agarrar un avión y leer la descripción que tiene adentro. Una vez leída la persona que lo escribió debe levantar la mano y decir su nombre y su edad".*

Una vez que todos los participantes de presentaron se realizara el cierre del encuentro. Para esto se citará a todos al próximo encuentro, dando fecha, hora y lugar del mismo.

Recursos

- Materiales: hojas blancas; lapiceras; un salón de trabajo.
- Recursos Humanos: Psicólogo coordinador, y observador participante.

Modulo 2

En este modulo se pretende poder lograr que los participantes se proyecten en diferentes actividades, y logren la incorporación del cuerpo en la elaboración de sus emociones.

Es importante considerar que sólo accederán al taller de teatro aquellos sujetos que sean autorizados por el psicólogo tratante, ya que deberán estar lo suficientemente fuertes y armados yóicamente como para tolerar la ansiedad y las emociones que pueden generar las actividades.

En caso de que algún participante se sienta desbordado, angustiado o no pueda seguir con las actividades, será separado del grupo momentáneamente y derivado a un psicólogo de la institución a los fines de que pueda superar el momento, y con el resto del grupo, dependiendo de cómo este responda a la situación, se seguirán con las actividades planteadas o se elaborará lo sucedido. Esto deberá ser evaluado por el coordinador de las actividades en el momento.

Actividades

Las actividades que se desarrollarán en la institución ABO, serán realizadas por los integrantes de la misma, y entre ellos, estarán mezclados los dos sexos y las edades.

Será necesaria la colaboración de un terapeuta de la institución para que cumpla la función de observador participante. Los sujetos serán agrupados de 6 a 10 personas aproximadamente para que haya un buen ámbito de trabajo y cada grupo, hasta completar el total de los involucrados, serán intercalados en la semana para trabajar.

Las técnicas que se plantearán en la institución ABO, serán las siguientes.

Se estimará un tiempo de una hora y media de trabajo con un intervalo de 15 minutos.

Primer Encuentro

Los sujetos serán citados a la sala de la institución. Allí serán realizadas las actividades y/o técnicas a desarrollar que formarán parte del primer encuentro.

Al comienzo del proceso, habrá un tiempo de relajación entre los integrantes del grupo, esto permitirá que puedan distender cuerpo y mente. Será necesario música de fondo acorde a la situación, mientras el Coordinador guía este comienzo. Llevará unos quince minutos aproximadamente y valdrá para que los sujetos puedan enfocarse en la tarea. Una vez finalizada, los integrantes comenzarán a desenvolverse en las técnicas seleccionadas para el primer encuentro.

La primera técnica que se desarrollará será la técnica de la **autorepresentación**.

Esta técnica permite que el Protagonista se presente a sí mismo, verbalmente y vaya mostrando dramatizaciones simples de cómo es él, cuáles son los papeles que juega habitualmente en su vida, cómo es su núcleo familiar, su trabajo, sus particularidades; la red de personas de su círculo social, etc. Para ello es secundado por uno o varios Yo auxiliares.

Para esto el coordinador dará la siguiente consigna:
"Ahora cada uno va a hacer la autopresentación. En esta técnica ustedes pueden pedirles a sus compañeros que

participen y darles las indicaciones para que cada uno haga lo que ustedes quieran. Es importante que representen por lo menos dos situaciones que ustedes viven todos los días o seguido, por ejemplo un momento en familia, en curso de la escuela o la facultad, o cuando se levantan en la mañana. La idea es que nos muestren a todos como se comportan ustedes en su vida diaria”.

Así el protagonista que se describe podrá contar con la ayuda de sus compañeros y solicitar cuando crea necesario que suban al escenario o al espacio destinado para esto. Para la presentación contarán con un máximo de 5 minutos cada uno, con lo cual las presentaciones tendrán una duración máxima de 45 a 50 minutos, y después se hará un receso de 10 minutos.

Esta técnica permite que los participantes ya involucren el cuerpo, y por otro lado permite que se vayan soltando, relajando y conociéndose entre ellos en la participación. Una vez finalizada cada presentación los compañeros o coordinadores podrán hacer preguntas sobre lo que vieron en el escenario.

Continuado el encuentro, posterior al recreo, se propondrá la técnica del **soliloquio**. En esta técnica el coordinador dará la siguiente consigna: *“En el soliloquio se expresa durante un diálogo lo que siente o piensa de la situación o escena que está dramatizando. Este “pensar en voz alta” puede darse, además, cuando alguien representa una situación en que está a solas. No debe confundirse con el monólogo, dado que aquí se trata de verbalizar pensamientos, fantasías y sentimientos. El objetivo de esta técnica es que ustedes puedan expresar lo que sienten al venir acá hoy, que sintieron al ver sus compañeros o al estar al frente en el escenario, la idea es que ustedes*

puedan descargar todas las emociones que les causaron las actividades de hoy".

Una vez dada la consigna, se solicitará voluntarios para realizar la actividad, quien sea el actor, podrá representar cualquier escena que quiera, inclusive como se siente realizando la actividad anterior o esta.

Para finalizar, se indagará, (a través de la participación del coordinador) a los integrantes como se sintieron y si hubo dificultades para la realización y desenvolvimiento de las técnicas dentro del grupo del trabajo. Será necesario a su vez, que se realice una breve elaboración por parte del coordinador, lo cual es fundamental porque permite la expresión de emociones y el dialogo mutuo entre los individuos.

Finalmente se los citará para el encuentro siguiente.

Segundo encuentro

Para dar comienzo al segundo encuentro dentro de todo el proceso a desarrollar, se hará un tiempo de relajación. Una vez finalizada, se dará comienzo al progreso de las técnicas.

Como primera técnica dentro del segundo encuentro, se trabajara con la técnica del animal. El coordinador dará la siguiente consigna: *"Hoy vamos a trabajar la técnica del animal, donde cada uno de ustedes debe elegir un animal y construir un personaje desde ahí. Lo que tenemos que hacer es elegir un animal con el cual nosotros creemos que tenemos algo en común, y a partir de ahí comenzar primero a actuar como el animal y de a poco se van transformando en persona, o sea, tienen que pasar de animal a persona, pero conservando algún rasgo de este animal. Para empezar nos vamos a tomar unos minutos para que cada uno piense que animal va a ser y comiencen a transformarse cuando ustedes quieran"*.

Una vez que los participantes comienzan a trabajar el animal, el coordinador observará y tomará nota de cada uno de los participantes. Cuando todos hayan finalizado su transformación, todavía en el escenario, se les pedirá que desde la personificación cada uno describa como es este personaje que está caracterizando, como se llama, cuántos años tiene, que características tiene, etc. Y que cosas tienen en común este personaje que crearon desde el animal con ellos mismos.

Una vez finalizada la técnica, se preguntará si alguno en particular quisiera hacer nuevamente la transformación delante de todo el grupo. A medida que van pasando los voluntarios, se le podrá preguntar cuando termine la

transformación porque eligió ese animal, con que se siente identificado, que contaría sobre el personaje final, etc.

Una vez que finalicen de pasar todos los voluntarios que quieran se trabajará en grupo y se hablará de como se sintieron con la actividad, y se realizará el cierre del encuentro. El coordinador tomará los emergentes que surgieron durante toda la actividad para trabajarlos, y finalmente los convocará para el próximo encuentro.

Tercer Encuentro

En el tercer encuentro, los participantes se juntarán en la sala o ámbito de trabajo de la institución. Será necesario un tiempo de relajación como se explicó anteriormente para que cuerpo y mente estén distendidos y haya un buen manejo de los mismos.

El coordinador, guiará este proceso y a continuación, dará a conocer las actividades. La primera corresponderá a la técnica denominada **situaciones típicas de la vida**. Esta es la dramatización de escenas cotidianas del o de los Protagonistas, una traslación al escenario de su realidad laboral, familiar, social. Es una técnica que puede servir para afrontar situaciones, descubriendo las posibilidades del rol, introduciendo todas las variantes posibles, hasta encontrar la más adecuada para sí mismo.

En esta técnica se aprecia la suma de roles sociales habituales del Protagonista, y los diversos vínculos con sus roles complementarios. Situaciones de competencia, rivalidad, exclusión, encuentro, separación, son puestas en juego.

Para que la técnica cobre dinamismo el coordinador dará la siguiente consigna: *"Hoy vamos a interpretar situaciones cotidianas de la vida, por las que puede pasar cualquier persona en un día común. Yo tengo una bolsa donde hay escritas situaciones que involucran a dos personas. Primero van a formar grupos de a dos personas, con quien quieran trabajar y una de las dos va a sacar una situación de la bolsa, la cual tienen que interpretar. Para esto les vamos a dar unos minutos para que armen la situación y cómo lo van a hacer. Pueden utilizar todos los elementos que hay en la sala y si necesitan pedirle colaboración a otros*

compañeros, pero recuerden los únicos dos que pueden dialogar e interactuar en la escena son los dos del grupo".

Una vez dada la consigna se les dará 10 minutos para que armen la situación, y todos deberán pasar a exponer la actuación que prepararon. Todas las situaciones que se le presentan a los participantes implican un conflicto, lo que se pretende con la actividad es ver como resuelven el conflicto.

Una vez finalizadas todas las presentaciones, el coordinador les preguntará como se sintieron, que pasaba con el conflicto, si cedieron ante el conflicto o no pudieron llevar a cabo la consigna, por qué fue, etc.

Tomando los emergentes, se hará el cierre del encuentro y se los convocará al próximo.

Cuarto Encuentro

En el cuarto encuentro, los participantes se juntarán en la sala o ámbito de trabajo de la institución. Será necesario un tiempo de relajación como se explicó anteriormente para que cuerpo y mente estén distendidos y haya un buen manejo de los mismos.

El Coordinador, guiará este proceso y a continuación, dará a conocer las actividades. En el cuarto encuentro se planteará la actividad de **improvisación con personajes ficticios o imaginarios**. Se facilita el alejamiento de los participantes de lo cotidiano dando libre curso a su fantasía, creando personajes o tomándolos del cine, la televisión o la historia, impregnándolos con su idiosincrasia. La elección no es casual, se lo estimula para que provean las líneas argumentales de la escena para dramatizar, o sea, como proyectan a este personaje en el escenario.

Para esto el coordinador dará la siguiente consigna: *"Ahora vamos a elegir un personaje cualquiera, de la historia, de la televisión, de una historieta, de fantasía, el que quieran. Para representarlo vamos a tener que construir sus vestimentas, su maquillaje, sus características, vamos a hacer una máscara, por lo cual no vamos a terminar en este encuentro. Pero para comenzar, les vamos a entregar unas hojas y ustedes tienen que elegir el personaje, y comenzar a describirlo, quien es, como se viste, que hace, etc."* Para esto se les va a dar 15 minutos para que escriban y piensen sobre el personaje que eligieron. Una vez que todos tienen el personaje se sientan en grupo y presentan verbalmente la elección que deciden interpretar.

También tienen que pensar en que elementos les van a hacer falta para caracterizar al personaje: ropa, pelucas, maquillaje, etc. Y deben evaluar que elementos tienen para armar el personaje y que elementos les hace falta. Entre todos, deben colaborar para lograr que todos los personajes queden caracterizados, ya sea prestar vestimenta, accesorios, pinturas, etc. O construir los elementos, por ejemplo pelucas con lana.

Una vez que todos hayan elegido su personaje y visto cuales son los elementos que necesitan, se pasará a la construcción de una máscara para el personaje. Para la construcción de la máscara se utilizará vaselina, yeso y vendas. Para construir las mascararas se necesita dividir al grupo en pares, primero uno va a tener que ayudar al otro a hacerse la máscara sobre el rostro y una vez finalizada esta actividad se invertirán los roles.

Para el encuentro siguiente cada uno deberá traer la máscara finalizada utilizando las técnicas que se le brindan en este encuentro: completar rostro o semi-rostro con detalles y pintura.

Se finalizará el encuentro cuando todos los integrantes tengan la base de la máscara. Y se los convocarán a los participantes al próximo encuentro solicitándoles que traigan los elementos necesarios para su personaje y aquellos elementos que pueden prestar para la caracterización de los personajes de sus compañeros.

Quinto Encuentro

Los participantes serán citados a la sala de la institución. Se comenzará viendo las mascararas que llevaron terminadas.

Al comienzo del proceso, el Coordinador propondrá un tiempo de aflojamiento del cuerpo entre los participantes que permitirá que puedan distender la mente. Esto consistirá en mover el cuerpo acorde a la música elegida mientras el Coordinador guía el inicio. Tomará unos quince minutos aproximadamente y valdrá para que los sujetos puedan enfocarse en la tarea. Una vez finalizada, los integrantes comenzarán a desenvolverse en las técnicas encomendadas dentro de este encuentro.

En este encuentro, retomando lo que escribieron el encuentro anterior sobre el personaje, deberán comenzar a caracterizarlo, o sea: deberán vestirse y maquillarse de acuerdo al personaje que eligieron.

La primera actividad será un soliloquio del personaje, en este caso todos los personajes van estar en escena, previamente el coordinador anotará los nombres de los personajes y dará la siguiente consigna: *"Ahora todos los personajes se van a subir al escenario, primero van a comenzar a caminar entre ustedes sin interactuar para concentrar en el personaje. Caminen como el personaje, piensen como el personaje, muévase como el personaje. Cuando yo les diga el nombre, quien sea nombrado, deberá comenzar a hacer un soliloquio. Solo el que fue nombrado podrá hablar y dirigirse a los otros, pero el resto no puede contestar y deberá seguir caminando. Durante el soliloquio pueden hacer lo que quieran, caminar, sentarse, gritar, hablar con otros, etc. Siempre como el personaje. Cuando yo vuelva a nombrar el personaje este deberá*

callarse y comenzará a hablar al que yo nombre después. Bueno, ahora comiencen a caminar..."

Una vez que finalizaron de pasar todos los participantes, y todos los personajes realizaron su soliloquio, todos se sentarán en ronda, y junto con el coordinador se trabajará que sintieron, que pensaban, que le paso cuando tuvieron que hacer el soliloquio, como le resulto la interacción, caracterizar el personaje, que hay de ellos en el personaje y que le aportó el personaje en sí mismo.

El objetivo, es que los participantes se animen a dramatizar lo que normalmente no experimentarían en la vida, lo que sería improbable que suceda en su contexto social, todo esto mediante la utilización de estos personajes. A medida que avanza el trabajo grupal de análisis de que sucedió, en los comentarios se espera observar los paralelismos entre el Yo y el rol imaginario representado, que pasan a ser asumidos como una parte de si más controlable y objetivada. Es una excelente técnica proyectiva, por lo que significa para el que lo juega, la asunción del rol y por lo que resulta de la interacción con los demás.

Una vez finalizada la actividad, el coordinador despedirá a todos los participantes, solicitándoles que dejen los elementos de caracterización de los personajes en la institución, o bien que los vuelvan a traer en el siguiente encuentro.

Sexto Encuentro

Se iniciará el encuentro con las actividades de relajación guiadas por el coordinador, durante 15 minutos. Una vez que terminaron con esta actividad, se les pedirá que todos vuelvan a caracterizar el personaje que trabajaron el encuentro anterior.

Una vez que todos estén vestidos, el coordinador dará la siguiente consigna: *"Hoy vamos a trabajar de a dos. Cada uno de ustedes deberá elegir un compañero para trabajar siempre desde los personajes, la idea es que puedan improvisar una escena entre estos dos personajes. Puede haber diálogo o no, puede haber acciones o no, eso lo deciden ustedes. Lo importante es que busquen cual es el eje de la escena y que todos los diálogos y las acciones sean naturales e improvisadas, a partir de un tema que nosotros les vamos a dar. Pueden ser que alguno se trabe, en ese caso es importante que el compañero este atento para ayudarlo a seguir avanzando con la obra. Ahora tienen 5 minutos para pensar la escena y vamos a comenzar"*.

Una vez que transcurrieron los cinco minutos, se pedirá una pareja de voluntarios para que pase a hacer la primera improvisación.

La improvisación es una técnica de actuación donde el actor representa algo imprevisto, no preparado de antemano e "inventado" al calor de la acción. Hay varios grados en la improvisación: la invención de un texto a partir de un boceto conocido y muy preciso, el juego dramático a partir de un tema o de una consigna, la invención gestual y verbal total sin modelo, y que va contra toda la convención o regla; y finalmente la desconstrucción verbal y la búsqueda de un nuevo lenguaje físico.

Durante esta actividad, lo que se pretende es que los participantes, mediante la improvisación, puedan poner en juego sus habilidades y capacidades yoicas para adaptarse y resolver una situación novedosa donde hay pautas, pero muy ambiguas y poco específicas. De esta forma podrán poner en juego su capacidad de adaptación y resolución de conflictos, en una situación contenida por el coordinador, y donde se los puede apuntalar y ayudar en la resolución.

Una vez que todos los participantes pasaron al escenario, se trabajará grupalmente sobre que pasó en el escenario, como se sintieron, si les resulto fácil o difícil, que mejorarían, que emociones les surgieron, etc.

Es importante, en esta instancia, que el coordinador pueda observar y contener las emociones que surjan de la actuación, e ir ayudando a los participantes a realizar un paralelismo entre el personaje y su realidad, e integrar los elementos proyectados en el personaje para reconocerlos en uno mismo, y de esta forma hacer consciente los recursos que poseen para afrontar situaciones en la vida cotidiana.

Una vez finalizado el trabajo grupal, se realizará el cierre del encuentro, y se los citará para el siguiente.

Séptimo Encuentro

Se iniciará el encuentro con las actividades de relajación guiadas por el coordinador, durante 15 minutos.

El objetivo de este encuentro, es trabajar la técnica del absurdo junto con el de la improvisación. Para esto el coordinador dará la siguiente consigna: *"Hoy vamos a trabajar nuevamente con los personajes. Pero a diferencia del encuentro pasado, yo voy a designar los grupos de trabajo y van a actuar un absurdo. En el teatro del absurdo, la situación inicial en la que se hallan colocados los personajes basta para revelar sus sentimientos y está basada en la representación visual, utiliza mucho los objetos, los accesorios y el decorado para representar como se encuentra el personaje. Tienen que tener en cuenta que no necesariamente los diálogos entre el grupo deben tener una coherencia, sino que para el personaje sus palabras son importantes para demostrar quién es y que siente. Sin embargo todos los personajes que trabajen en un mismo grupo deben tener alguna conexión particular que los unan y justifiquen su presencia en el escenario. Esto puede ser un objeto, un sentimiento, una emoción, una palabra, lo que ustedes quieran"*.

Una vez que se conforman los grupos, se les da 10 minutos para que armen la escena y piensen que van a representar. Si bien el objetivo es que puedan trabajar libremente, tiene que haber alguna conexión entre los personajes. Cuando todos los grupos estén listos, van a pasar uno por uno al escenario y harán la puesta en escena.

Una vez que todos los participantes actuaron, se les van a entregar una hoja en la cual individualmente deberán escribir sobre las siguientes consignas:

- 1) Que elemento/s unía a los personajes en el escenario.
- 2) Porque eligieron ese elemento en común.
- 3) Que sintieron los personajes en el escenario.
- 4) Que sintieron como actores en el escenario.

Una vez que todos hayan terminado de escribir sobre estas consignas, se sentarán todos en ronda y se trabajará sobre lo que sucedió en el escenario. Es importante que nuevamente se contrapongan los sentimientos del personaje contra los de la persona, o sea, como se sentía la persona actuando y como se sentía siendo el personaje.

El coordinador irá tomando los emergentes, ayudando en su elaboración a los participantes. Es importante que ningún participante se quede sin hablar, si no lo quiere hacer grupalmente, el coordinador podrá ofrecerle un momento para hablar personalmente. Pero debido a la movilización que puede generar esta técnica, es importante que todos puedan trabajar las emociones surgidas.

Finalmente, el coordinador realizará el cierre y convocará para el siguiente encuentro.

Octavo Encuentro

Como todos los encuentros, se iniciará con ejercicios de relajación con todos los integrantes.

Posteriormente, el coordinador hará que todos se sienten en ronda, y comunicará que este es el último encuentro del modulo dos.

Para poder cerrar el modulo, el coordinador les pedirá que reflexionen sobre lo que han vivido en los últimos siete encuentros, y que cuenten cómo se sienten, para qué les ha servido, si les sirvió, si se sintieron cómodos, que aprendieron, etc.

El objetivo de este encuentro, es lograr que todos los participantes puedan exponer sus emociones y elaborar el cierre de una etapa. Tomando las cosas buenas de ésta, y pudiendo llevarlas a la práctica.

Finalmente, el coordinador los invitará a participar del tercer módulo, en el cual se pretende poner en escena una o varias obras de teatro, convocándolos al próximo encuentro.

Tercer Modulo

En el tercer modulo, se propone a los participantes que realicen una producción teatral para concluir con los encuentro de todo el Proceso de teatro.

Esta producción permite que los participantes expresen lo que vivenciaron dentro de todo el proceso de teatro, por medio del cuerpo y/o palabras, sus habilidades individuales y qué importancia tuvo el taller a nivel personal.

Actividad

“Buenos días chicos, hoy estamos reunidos para finalizar el taller de teatro en la institución ABO. Para esto es importante que hayamos podido disfrutar del mismo, valorándonos nosotros mismos y tomar en cuenta cuán importante es la expresión del cuerpo y las palabras.

El objetivo es que entre todos creemos diferentes puestas en escena, ya sean dúos, tríos o monólogos, que ustedes construyan o adapten. El concepto es que podamos trabajar en grupos e individualmente, utilizando las herramientas que les dejó todo el proceso, para desarrollar temáticas que sean significativas para todos nosotros.

La producción teatral va a tener una duración de una hora y media a dos horas dependiendo de lo que hayan pensado para que sea puesto en escena. Sería bueno, si ustedes quieren, que trabajen con los personajes que creamos durante la etapa anterior y con la cual trabajamos bastante.

Para lograr que esto sea un producto acabado, vamos a contar con la colaboración de un treatrero, que es un

profesor de teatro que nos va a ayudar a dirigir las obras para armar la puesta final”.

Este modulo tendrá entre 10 y 15 encuentros, en los cuales se irán trabajando las diferentes producciones, hasta lograr un producto acabado. El concepto es hacer una puesta en escena para todos los miembros de la institución, como familiares y amigos de los participantes.

EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL TALLER LÚDICO TEATRAL

En la siguiente semana de haber finalizado el taller, se realizarán actividades de observación que permitan determinar el impacto que tuvieron las actividades de los talleres en las conductas de los pacientes de la Institución ABO.

Para esto, se tomarán los siguientes indicadores:

1. Mediante preguntas de los profesionales de la Institución, se tendrán en cuenta las sensaciones subjetivas de los pacientes en relación al enriquecimiento que el taller les dejó.

2. Por parte del coordinador del taller se hará una evaluación de las observaciones de conductas y cambios generados o no, desde los primeros encuentros hasta los últimos.

3. evaluación y análisis de los profesionales de la institución ABO con respecto a cada paciente en la influencia que tuvo el taller lúdico teatral.

PRESUPUESTO

Cedido por la Institución: sala, grabador.

Para adquirir: colchonetas, lapiceras, hojas en blanco, elementos para realizar los disfraces y máscaras. Con estos elementos se necesitan aproximadamente \$800

Adquisición por parte de los pacientes: dependiendo del aporte de cada paciente elementos para los disfraces y máscaras.

Honorarios Profesionales

Coordinador: \$ 1350

Teatrero: \$ 1500

Total: \$ 3650

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Hernández, Ju; Monereo Megías, S.; Moreno E. B. (2000) **"OBESIDAD. La epidemia del siglo XXI"**. 2ª edición. Ed. Aula Magna.
- ANÓNIMO. (s/f) **"El análisis FODA"**. Recuperado el día 23 de Mayo de 2009. Acceso en <http://www.emprender-online.com.ar/el-diagnostico-foda>
- Arnheim, R. (1989). **"Nuevos ensayos sobre psicología del arte"**. Alianza Editorial.
- Barriguete Menéndez, Armando: **"Trastornos De La Conducta Alimentaria"** (2005). Recuperado el día 7 de Junio de 2009. Acceso en: <http://princesacaida.blogspot.com/2009/01/la-anorexia-y-la-bulimia-desafos.html>
- Buchbinder, Mario (1993). **"Poética del Desenmascaramiento; caminos de la cura"**. Buenos Aires Ed. Planeta.
- Chadid, Pedro (2001): "Resumen histórico de la anorexia y bulimia". Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/historia.html>
- Chinchilla, A. (2005) **"OBESIDAD Y PSIQUIATRÍA. Nuevas Generaciones en Neurociencias"**. Ed. Aula Magna.
- Díaz Perez, José Angel: **"Panhipopituitarismo"** (2004). Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1308850>
- DSM IV (1995): **"Manual de Criterios diagnósticos"**. Ed. Mason, Barcelona, España.

- Erkizia, Blas: **"Anorexia: Fracaso de la Mismidad"**. Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en <http://www.ome-aen.org/EUSKERA/2005/ANOREXIA2.doc>
- Fiorini, H (2002) **"El Concepto de Foco, en: Teoría y Técnica de Psicoterapias"**. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión 18^a. Edición.
- Freud, Sigmund (1900) **"Obras Completas Volumen IV - La interpretación de los sueños"** (I) Buenos Aires Ed. Amorrortu
- Freud Sigmund (1923) **"Obras Completas Volumen XIX - El yo y el ello"**. Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- Freud, Sigmund (1938). **"Obras completas Volumen XII La escisión del yo en el proceso de defensa"**. Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- Hartman, H. (1958). **"La psicología del yo y el problema de la adaptación"**. Buenos Aires. Ed. Paidós
- Hercovici, R. C. & Bay, L (1995): **"Anorexia nerviosa y Bulimia"**. Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina.
- Hevia Garrido, Julio (1997): **"Imagen Y Realidad Del Cuerpo En El Mundo De Hoy"**. Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf%20bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/\\$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf%20bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf)
- Jodorowsky, Alejandro (2005). **"Psicomagia"**. Madrid. Ediciones Siruela, S.A
- Kanter, Silvia (2005). **"El juego del teatro es para todos"**. Buenos Aires. Ed. Astralib.

- Lemoine, G. (1996): **"Teoría del Psicodrama"**. 2ª Edición. Ed. Gedisa. Barcelona, España.
- Mayer, Hugo. (1997) **"Adicciones: un mal de la postmodernidad"**. Buenos Aires. Ediciones Corregidor
- Mc Dougall J. (1987). **"Reflexiones sobre el afecto: una teoría psicoanalítica de la alexitimia"**. Teatros de la mente. Madrid. Ed. Tecnos.
- Mc Dougall, J. (1987). **"Teatros de la mente"**. Madrid. Ed. Tecnos
- Minuchin, Salvador. (1978) **"El modelo de Salvador Minuchin"**. Recuperado el día 8 de Mayo de 2009. Acceso en [http://books.google.com/books?id=xWOi0yYFoPcC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=salvador+minuchin+\(1978\)+familia&source=bl&ots=RxqOB5XABQ&sig=udgZbSGKSEygCPihCLZwX7W5RLg&hl=es&ei=jg8JSr23JuCMtgf91_HZCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#PPP1,M1](http://books.google.com/books?id=xWOi0yYFoPcC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=salvador+minuchin+(1978)+familia&source=bl&ots=RxqOB5XABQ&sig=udgZbSGKSEygCPihCLZwX7W5RLg&hl=es&ei=jg8JSr23JuCMtgf91_HZCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#PPP1,M1)
- Mirotti, Miguel Angel (2005) **"Introducción al estudio de las técnicas proyectivas"**. Córdoba. Editorial Brujas
- Monzón Reviejo, Silvia: **"Psocoterapia Psicodramática: Reconstruyendo La Identidad Y Los Deficits Afectivos. Un Nombre Propio"** (2007). Recuperado el día 7 de Junio de 2009. Acceso en: <http://www.psicodrama.es/articulos/pdf/identidadydeficitentrastornoborderlinedelapersonalidad.pdf>
- Oliva, César y Torres Monreal, Francisco (2002). **"Historia básica del arte escénico"**. Madrid. Ed. Cátedra

- Pichot, Pierre. (1997) **"DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"**. Barcelona: Masson S.A. Ed. Paidós. México
- ROJAS J. G. - BERMUDEZ (1984): **"¿Que es el Psicodrama?"** Capitulo 1. Página 4 Ed. Celcius, Buenos Aires, Argentina.
- Roshenan, (1975) **"Aspectos generales"**. Recuperado el día 23 de Septiembre de 2010. Acceso en <http://www.monografias.com/trabajos/neurosis2/neurosis2.shtml>
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M; Sorrentino, A.M. (1998). **"Muchachas anoréxicas y bulímicas"**. Ed. Paidós. Barcelona, España.
Vega R. (1991) **"El teatro en la educación"**. Buenos Aires. Editorial Plus Ultra
- Winnicott, Donald W. (2007) **"REALIDAD Y JUEGO"**. Buenos Aires. Editorial Gedisa

Citas bibliográficas

- ⁱ Mc Dougall, J. (1987). Cap. IV. "Teatros de la mente". Madrid. Ed. Tecnos
- ⁱⁱ Mc Dougall, J. (1987). Cap. IV. "Teatros de la mente". Madrid. Ed. Tecnos
- ⁱⁱⁱ Arnheim, R. (1989). "Nuevos ensayos sobre psicología del arte". Alianza Editorial.
- ^{iv} Arnheim, R. (1989). "Nuevos ensayos sobre psicología del arte". Alianza Editorial.
- ^v Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M; Sorrentino, A.M. (1998). Cap. II "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Ed. Paidós. Barcelona, España.
- ^{vi} Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M; Sorrentino, A.M. (1998). Cap. II "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Ed. Paidós. Barcelona, España.
- ^{vii} Mc Dougall, J. (1987). Cap. V. "Teatros de la mente". Madrid. Ed. Tecnos
- ^{viii} Mayer, Hugo. (1997) "Adicciones: un mal de la postmodernidad". Buenos Aires. Ediciones Corregidor.
- ^{ix} Mayer, Hugo. (1997) "Adicciones: un mal de la postmodernidad". Buenos Aires. Ediciones Corregidor.
- ^x Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M; Sorrentino, A.M. (1998). Cap. II "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Ed. Paidós. Barcelona, España.
- ^{xi} Hevia Garrido, Julio (1997): "Imagen Y Realidad Del Cuerpo En El Mundo De Hoy". Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/\\$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf)
- ^{xii} Hevia Garrido, Julio (1997): "Imagen Y Realidad Del Cuerpo En El Mundo De Hoy". Recuperado el día 5 de Mayo de 2009. Acceso en [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/\\$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/241D98934D32DA9905256E7E006BF228/$file/03-PERSONA6-HEVIA.pdf)
- ^{xiii} Pichot, Pierre. (1997) "DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Barcelona: Masson S.A. Ed. Paidós. México
- ^{xiv} Hercovici, R. C. & Bay, L (1995): "Anorexia nerviosa y Bulimia". Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina.
- ^{xv} Hercovici, R. C. & Bay, L (1995): "Anorexia nerviosa y Bulimia". Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina.
- ^{xvi} Chinchilla, A. (2005) "OBESIDAD Y PSIQUIATRÍA. Nuevas Generaciones en Neurociencias". Ed. Aula Magna.

- ^{xvii} Oliva, César y Torres Monreal, Francisco (2002). "Historia básica del arte escénico". Madrid. Ed. Cátedra
- ^{xviii} Oliva, César y Torres Monreal, Francisco (2002). "Historia básica del arte escénico". Madrid. Ed. Cátedra
- ^{xix} Freud Sigmund (1923) "Obras Completas Volumen XIX - El yo y el ello". Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- ^{xx} Miguel Angel Mirotti (2005) "Introducción al estudio de las técnicas proyectivas". Cap. I. Córdoba. Editorial Brujas
- ^{xxi} Miguel Angel Mirotti (2005) "Introducción al estudio de las técnicas proyectivas". Cap. I. Córdoba. Editorial Brujas
- ^{xxii} Winnicott, Donald W. (2007) "Realidad y juego". Buenos Aires. Editorial Gedisa
- ^{xxiii} Winnicott, Donald W. (2007) "Realidad y juego". Buenos Aires. Editorial Gedisa
- ^{xxiv} Vega R. (1991) "El teatro en la educación". Buenos Aires. Editorial Plus Ultra.
- ^{xxv} Vega R. (1991) "El teatro en la educación". Buenos Aires. Editorial Plus Ultra.
- ^{xxvi} Vega R. (1991) "El teatro en la educación". Buenos Aires. Editorial Plus Ultra.
- ^{xxvii} Jodorowsky, Alejandro (2005). "Psicomagia". Madrid. Ediciones Siruela, S.A
- ^{xxviii} Freud, Sigmund (1938). Cap. Tomo XXII Cap. VII "La escisión del yo en el proceso de defensa". Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- ^{xxix} Freud, Sigmund (1938). Vol. XII. Cap. VII "La escisión del yo en el proceso de defensa". Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- ^{xxx} Freud, Sigmund (1938). Vol XII. Cap. VII "La escisión del yo en el proceso de defensa". Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- ^{xxxi} Kanter, Silvia (2005). Cap. II "El juego del teatro es para todos". Buenos Aires. Ed. Astralib.
- ^{xxxii} Mario Buchbinder (1993) Poética del Desenmascaramiento; caminos de la cura". Buenos Aires Ed. Planeta.
- ^{xxxiii} Mario Buchbinder (1993) "Poética del Desenmascaramiento; caminos de la cura". Buenos Aires Ed. Planeta.

ANEXOS

Se concurre al "Centro Privado de Tratamientos Ambulatorios Interdisciplinarios"; ABO (Anorexia, Bulimia, Obesidad)

Se realiza una entrevista con la secretaria de la misma. Se hace una presentación y se le explica cuál es el motivo de mi asistencia a la institución. Se le comentan las dificultades que surgieron en el trayecto de la búsqueda de institución.

Posteriormente, se acuerda una entrevista a tener con la Directora Cristina Rossi. Se le propone el Proyecto de Aplicación Profesional, el motivo y la necesidad propia.

Se le explica en qué consiste el Proyecto, cuáles serán los requisitos a considerar y las pautas requeridas para el mismo. El director/a de la institución es amable, cordial mientras explica cuáles son los objetivos a los que los profesionales se dirigen y cómo y de qué manera abordan la patología.

Cuando se le explica el motivo de mi objetivo dentro la misma, se observa su interés hacia la Propuesta y se platican temas referidos al contenido del Proyecto.

Luego menciona que se comunicará conmigo para comentarme si se concurrirá a la institución con los objetivos del Proyecto. Primero la Directora, debería dialogarlo con los colegas para conocer la opinión.

Anexo I: Entrevista Lic. Psicología

Estudiante: E

Profesional: P

E: ¿En q año surgió la institución y hay otras sedes en el país?

P: No sé el año, pero creo q fue alrededor del 92, yo no estaba y no hay sedes en el país..

E: ¿Siempre trataron con las mismas patologías, o se fueron incorporando con el tiempo?

P: Esto se fundó para tratamientos de trastornos alimentarios, y es lo que sigue siendo...ha cambiado mucho el equipo de profesionales..

E: ¿Qué diferencias surgieron?

P: El tratamiento básicamente es similar, hay áreas que por ahí antes estaban y ahora no...

E: ¿Qué áreas tiene?

P: En psicología hay terapia familiar, terapia individual, hay médicos clínicos, nutricionistas, hay un área de terapia creativa, coordinada por una psicóloga...y se hacen talleres...

E: ¿Cómo son los tipos de talleres que se realizan?

P: Y variaron con el tiempo, antes había otros profesionales...

E: ¿Qué actividades realizan en los talleres?

P: Trabajan con todo lo que es la expresión gráfica, actividades manuales, y trabajan en grupo. se selecciona quien va con quien, por edad..

E: ¿Esa selección es también por cómo avanzan en el tratamiento?

P: No, no es un taller que está siempre. El criterio es por ahí que chica va con que otra chica o varones, hay distintos grupos, no es q van todos al mismo... y ella decide en cuál de los grupos pone un paciente nuevo por

ejemplo...antes había también taller de teatro, y en otra época hubo un taller de expresión corporal..

E: Y los talleres actualmente ¿cada cuánto se realizan?

P: En casi todas las áreas se ve paciente por paciente, cada terapeuta o médico, en función del caso por caso, va determinando, bueno a este paciente...en un momento a esta paciente muy grave puede tener riesgos físicos, más controles médicos en la semana y eso a medida q se va acomodando va remitiendo y se la va viendo más espaciadamente, sobre todo los controles que tienen q ver con lo físico. Los terapeutas bueno, hay pacientes que vienen dos veces por semana, otros vienen una y después a medida q va avanzando el tratamiento se da espacio cada 15 días.

E: Si bien, observan al paciente de manera individual, ¿hay otro requisito fundamental para hacerlo?

P: Todas las semanas nosotros tenemos reunión d equipo. Ahí hacemos revisión d casos y ahí se va viendo cuales son los pasos a seguir, si se modifica algo...el trabajo en equipo se hace los días jueves

E: ¿Que edades tienen los pacientes generalmente?

P: Y cada vez es más amplio...por ahí cuando recién empezaron la edad tenía más que ver con las adolescentes, pera adolescentes, 12, 13 años, a 20, 21, 23, ...

E: Y eso, ¿hará cuantos años aproximadamente?

P: En los últimos diez años...entre 5 y 10 años se extendió la patología, me parece q por ahí la edad de aparición es la misma...arranco y algunas han consultado más tarde...a partir de 30, 35, 40...

E: Y ¿crees que son la mayoría mujeres o ha aumentado en varones también a nivel Córdoba?

P: En Gral. son más mujeres, los varones hay pero por ahí varia un poco, consultan más por obesidad, por trastornos

de otro tipo, más cercano a la anorexia y a la bulimia, si los hay pero por ahí no consultan tanto, y acá las q consultan son mucho más mujeres...

E: ¿Cuál sería el tema de consulta manifiesto? Porque estas patologías las causas pueden ser distintas y no siempre las mismas...

P: El trastorno alimentario en realidad, el tema de verse flaco o verse gordo no pasa por la moda muchas veces, puede darse por otras cuestiones...muchas veces la persona no se registra como gordo o flaco, puede registrarse muy flaca y aun así no querer comer, el tema pasa porque la comida esta como metida de una significación que la excede. Cuando comen no están comiendo comida, y quizás es comida lo que no quieren comer. Y hay pacientes que tienen ese registro y en realidad vienen porque les falta algo que no saben que es y hay otros que saben que les pasa algo con la comida q en realidad no tiene nada que ver con la comida, pero no saben de dónde q no tienen conciencia de enfermedad y quieren solucionar solo ese síntoma y ese es el motivo de la consulta muchas veces, como hay otros q los traen porque no quieren..

E: Y ¿las terapias se hacen con la familia también?

P: Es un requisito indispensable.

E: Y ¿hacen terapias grupales con los padres?

P: No, terapias grupales no. La única experiencia grupal es la creativa q t comente. Q ahí a través de hacer la expresión gráfica, si se hace un trabajo en grupo. Ellas hablan mucho entre ellas, pero es lo único...y después terapia individual, y familiar.

E: Y ves alguna limitación en el tratamiento?

P: Hay innumerables dificultades. Familiares, individuales, económicas...

E: ¿cómo trabajan con lo económico?

P: Las obras sociales recién ahora empiezan a cubrir, y son muchos profesionales los que trabajan...y este es una limitación enorme para la familia porque no tienen dinero muchas veces...más allá de las dificultades familiares en revisar esta dificultad de ver que hay más allá con el síntoma, porque también es de la familia..

E: ¿Consideras que puede llegar a haber una cronicidad en la enfermedad?

P: Lo que pasa es que acá, el objetivo del tratamiento, es el logro de la autonomía...

E: Claro, no hay hospital de día...

P: Nono, no se trabaja con eso y es una diferencia fundamental con otras instituciones. Acá los pacientes vienen a las consultas y se organizan las consultas en función de sus actividades, si tienen la facu, etc. Preservando todo lo que tiene q ver con su autonomía y sí, hay pacientes q hace mucho q están, 4, 5 años, pero no mucho más d eso, pero hay una paciente q hace 4 años q esta y q inicio con un encuadre de tratase con muchos profesionales, ahora sí, solo viene a terapia individual y ahora ya la están dando de alta por área y la fila ya también está bien, entonces ya cuando llegan a un análisis psicológico más q nada...no ya el encuadre completo de lo q es el trastorno alimentario porque ya la paciente está bien pero hay q seguir un cierto seguimiento... al ir viendo las motivaciones la van dando de alta y continua como una terapia...

E: Se mudaron hace poco...

P: Si, si nos mudamos...y en ese lugar fue que estuvimos desde...

E: Desde el 92.

P: Claro en el mismo domicilio. Y nosotros ahí alquilábamos la casa...y los dueños decidieron no alquilarla más y nos tuvimos que mudar...

E: ¿Y cómo sienten el espacio nuevo?

P: Y toda mudanza implica un crecimiento...así q fue todo un tema p nosotros, por el hecho de que hacía muchos años q estábamos ahí,

E: ¿Y el lugar actual que beneficios trajo?

P: Fue positivo, porque la casa en la q estamos ahora es más amplia, más cómoda y para el paciente no fue complicado porque estamos cerca del anterior domicilio.

E: Y ¿este domicilio actual es propio?

P: No, alquilamos también...

E: Volviendo un poco al tema anterior... ¿cómo crees que debe actuar la fila en el hogar?

P: No hay recetas...lo importante es poder registrar que le pasa al paciente y ver también que les pasa a ellos también...poderse involucrar de q ellos también son la causa de la enfermedad y a partir de ahí pode pedir ayuda. Porque la fila es una de las mayores dificultades. Involucra a todos y tiene q ver con la conciencia de enfermedad...y no intentar minimizar ni negarla...

E: ¿cuantos profesionales son trabajando?

P: Y por área, mínimo de dos.

E: ¿Cuántas áreas hay?

P: Y dos terapeutas, dos nutricionistas, dos psiquiatras, dos médicos clínicos. En una época hubo endocrinólogos y ginecólogos... ya ahora en función de su obra social, el paciente va a estos dos últimos médicos y es por eso que tenemos un medico clínico. No son parte del equipo.

E: ¿cuántos pacientes son anualmente?

P: Mmm..., ese dato no te lo puedo dar, no lo se, te lo van a poder decir las chicas, las secretarias...consultas por

semana hay muchas, de ahí a que empiecen es otra cosa pero hay un montón. No todos inician un tratamiento.

E: Y ¿qué objetivos con respecto a esto les gustaría reforzar o tienen y están conformes con respecto a este enfoque o tratamiento?

P: Eso lo vamos viendo mucho en las reuniones de equipo...y lo vamos viendo caso por caso...a diferencia de Aluba q lo ven más general...

P: Claro, con los padres era lo mismo, hacían los entrenamientos, por ejemplo y era así.

E: ¿Cómo se ven el futuro?

P: Con respecto al futuro, nos hemos planteado siempre tantas cosas porque como hace muchos años que estamos trabajado, eh...bueno en una época hacíamos ateneos, presentábamos trabajos...y en ese sentido es como q ahora nos hemos frenado bastante. Siempre es como una materia pendiente pero tiene más q ver con la investigación, esto sería algo más personalmente y que concuerdo con algunos profesionales que nos hemos planteado, hacer cosas. Y en una época se hacía mucho y ahora no tanto y eso para mi es algo para el futuro que me gustaría q lo pudiéramos hacer.

E: ¿Q normas de la institución cambiarían?

P: Mmm... Buena pregunta, no sé, no sé si cambiaria alguna porque con el funcionamiento actual me siento cómoda y como trabajamos de manera interdisciplinaria, y los jueves tenemos reuniones, cada profesional va poniendo sus inquietudes, y así se puede trabajar en equipo y por eso está bueno, no es una institución cerrada y hermética, entonces no sé si hay alguna norma que me moleste cambiarla, en Gral. Estoy muy a gusto con el modo de trabajo.

E: Y ¿con los talleres? ¿Se notan cambios positivos en los pacientes?

P: Si, la verdad q si porque tiene un efecto terapéutico enorme y por ahí vienen las chicas y t cuentan q se quedaron pensando...y eso es muy bueno porque sirve al grupo y a ellas mismas.

Anexo II: Entrevista 2: Lic. En Nutrición

Estudiante: E

Profesional: P

E: ¿Con que frecuencia ves vos a las chicas?

P: Hablaste inicialmente con la Lic. ¿No? Bueno, tiene que ver con el diagnóstico y con la urgencia en el área, entonces la frecuencia no es rígida, es decir, desde la generalidad lo pautamos una vez por semana, tiene q ver un poco con el diagnóstico inicial. Yo digamos, el abordaje desde la cuestión nutricional tiene que ver con dos aspectos que diría como generales. Uno, aquel q tiene q ver con el estado nutricional del paciente q hace la consulta, entonces según eso, hay como una necesidad de urgencia...si el paciente está muy desnutrido y es necesario poner el peso como en un lugar de valoración importante, si bien eso no tiene que ver con el objetivo del tratamiento, si tiene que ver en algún momento en particular cuando el paciente está en riesgo...no es el objetivo del tratamiento desde el abordaje que nosotros hacemos en la institución no es el peso del paciente. Pero cuando el paciente llega y está en una situación de riesgo con una masa corporal muy baja, entonces el peso cobra importancia ligado a eso.. en ese momento la institución detecta mucho riesgo clínico biológico, entonces ahí se lo ve al paciente dos veces por semana pero la gran mayoría de los casos según el estado nutricional que nosotros recibimos, según la generalidad lo vemos una vez por semana inicialmente, porque la idea cual es...si es prioridad el estado nutricional, salvamos eso para salir del riesgo.

E: Como trabajan en ese caso?

P: En ese sentido, con la frecuencia de visitas, con la familia, como para lograr una ingesta nutricional mínima,

asegurada con un alguien que no solo pueda estar mirando que eso se cumpla, sino comprometiendo a la familia o vínculo, va dependiendo caso por caso...

E: ¿La familia siempre acepta porque puede haber casos en que la familia no sepa de la enfermedad...?

P: Mira, hay pero según todos esos aspectos, uno va detectando, o sea, poniendo a la familia como en función, para que bueno, si no lo sabía, que sepa, ponerle realmente conocimiento al riesgo, para ir comprometiéndola. A veces, tiene que ver con una familia que no está en el momento justo, ir encontrando la vuelta...

E: Y en los casos que la familia no sepa, ¿cómo es traído el paciente?

P: Hay muchos casos, hay algunos en que consulta el paciente, otros en que consulta algún miembro familiar, otro que está más preocupado que puede ser un amigo, que es con el que vive, y su familia está en otro lado. En donde este movimiento mismo de haberse ido de su casa le genera esto, y terminan siendo los disparadores de un problema que ya está y que se traduce en el trastorno alimentario y su problema de base no está puesto en la comida en sí, y la comida termina siendo el síntoma, que es la forma de manifestarlo y que tiene que ver con un aparato psíquico. Por eso te digo que el abordaje clínico no está puesto ni en la comida ni en el peso del paciente de esta institución, pero hay veces que tenemos que priorizar el peso del paciente por la situación de riesgo y para que haya un cuerpo para que se puedan trabajar otros aspectos. Y luego si, en el área de la nutrición, es trabajar en un ámbito alimentario sano que implica la cobertura nutricional, y además la comida con todos aquellos aspectos que la contextualicen...como las preferencias, los gustos particulares de cada uno. °

E: ¿Qué control tienen Uds. de que esa persona saben que se está alimentando?

P: O sea, nosotros trabajamos con la familia, y con el paciente de manera individual...

E: O sea que la familia, esta...y si se resiste que ocurre?

P: Y eso es parte de lo que la familia muestra en el tratamiento y es ahí como se ve la resistencia grupal, y la resistencia es tratada como parte del problema, que hace que un paciente tenga trastornos alimentarios. La resistencia es parte de lo que se trabaja. Cuando no hay familia, no hay nadie, hemos tenido que pedirle al paciente que haga una comida mínima acá, no ha sido la mayoría de los casos...incluso ha habido casos de interacción... se evalúan casos por caso... hubo una vez que tuvimos la necesidad de incluir una sonda en un paciente...siempre intentamos que no sea un recurso, pero a veces, tiene que serlo.

E: Y ¿con que hospitales o sanatorios en casos extremos trabajan? ¿O de qué manera lo hacen?

P: En general, eso es todo un problema...nosotros trabajamos con instituciones psiquiátricas porque en el ámbito de las instituciones clínicas, o de la clínica biológica, es más difícil porque en realidad el paciente puede sacarse la sonda fácilmente...me entiendes? Porque no es un paciente que voluntariamente quiera tener la sonda, entonces necesitamos no la colocación de una sonda, sino un área donde lo pueda vigilar.

Imagínate que la resistencia en el aumento del peso es muy importante, y no pretendemos que aumente 10 Kg. El paciente, para que haya más chances a darle lugar a que trabaje otras cosas...por eso insisto en decir que no tiene que ver con el peso, sino con el riesgo...

E: y ¿cuál es la manera de trabajo? Trabajan con obras sociales?

P: Mira, eso yo no estoy a cargo de esas cuestiones, de eso se encarga la administración, pero de todas maneras, si trabajamos y las obras sociales hoy están mucho más apretadas las coberturas. Pero de todas formas, si, el paciente con un diagnóstico, el paciente va y pide a que se cubran cuestiones. Ya hay otro marco legal para eso, el paciente tiene mejor condición para pedir...

E: Y ¿cuál es el nivel socioeconómico de los pacientes?

P: Y es de lo más variado, si bien el trastorno alimentario se ha postulado como en un nivel socioeconómico alto en algún momento, hoy no...te diría una cuestión del orden de la experiencia abarca muchos grupos etáreos y desde también de la adolescencia, hay personas que no solo surgen desde la adolescencia, también se da en personas mayores de todas las edades...

E: Y ¿hace cuantos años trabajas acá?

P: Y diez años te diría más o menos...

E: ¿Vos crees que ha aumentado la enfermedad a nivel Córdoba y a nivel país?

P: Lo que si quizás haya aumentado son las consultas porque hay más chances de hacerla, hay más información...hay más conocimiento, y otras de las cosas que sí creo que pasan también la delgadez extrema se ha incorporado a la cultura como una cuestión más natural...bueno es un delgado...y no tienen un trastorno alimentario... y el que tiene un trastorno no es porque la moda lo imponga sino porque tiene un aparato psíquico para tenerlo o para que se genere desde el ámbito de la comida...

E: ¿Cuántos nutricionistas actualmente trabajan?

P: Somos tres nutricionistas...

E: Y ¿vos atiendes a edades variadas?

P: Si, el paciente tiene su nutricionista, su psicólogo, su médico clínico, su terapeuta familiar y hay un área de terapia creativa que está coordinado por un psicólogo...

E: O sea que cada paciente tiene su atención personalizada...

P: Exactamente...el encuadre del paciente se arma con determinados profesionales y con una determinada frecuencia de consultas y estos se adecuan a determinados pacientes. El paciente que ha sido recibido por quien hace la entrevista inicial, y luego es derivado a las consultas diagnosticas...una vez que se hace ese diagnóstico, se arma el encuadre...por ejemplo: un paciente que tiene que tener más apoyo en la familia se hace un encuadre que requiera más eso...

E: Y a partir de ahí determinan un pronóstico...

P: Claro, claro...uno va conociendo al paciente a lo largo de todo el proceso que va haciendo, se va armando con el tiempo...

E: ¿Cuál es el ingrediente fundamental de cómo debe actuar la familia? Porque la Li. Me comento que no hay recetas...

P: Hay tantas características familiares como tantas familias...desde la cuestión nutricional, lo que necesitamos es una familia que se haga presente, que pueda instrumentar alguna regla para sostenerla, de la cobertura nutricional, es una necesidad básica...

E: ¿Que recursos terapéuticos además de la manera de trabajar que ya las sé, y que es el grupo interdisciplinario adoptan?

P: Desde lo nutricional, son productos vitamínicos, pero no fármacos, son alimentos nutroterapia...son vitaminas y minerales, que se dan en casos excepcionales, cuando hay un riesgo importante...

E: Te cambio un poco el tema...con respecto a los talleres que se realizan en la institución...¿cómo lo ves a eso?

P: Es grupal, lo que hace de alguna manera a que el aspecto tiene que ver con la socialización, tiene mucha importancia y no solo a partir de poder compartir, sino de la posibilidad de expresión que tiene el paciente, poder expresar que es sumamente importante, con la interpretación...

E: ¿Dónde practican las chicas los talleres?

P: Acá lo hacen en un ambiente que está pensado para eso...

E: Y ¿los dividen por edades o por grado de la patología?

P: Si, esa selección la hace el terapeuta, según el conocimiento de las características de cada paciente...es un lugar que a veces genera mucha resistencia en el paciente y luego es un lugar que cuando el paciente logra hacer lo propio, demanda y eso es muy beneficioso. Lo va incitando...va dependiendo de los momentos también de cómo va evolucionando el tratamiento...

E: ¿Hay pautas o normas que deben cumplir o que sirva como regla para que pueda sostenerse?

P: No hay una generalidad, pero hay veces que son necesarias con respecto al cuidado del paciente. Hay que informar y estar atentos, eso es sumamente importante, ya sea con la familia, con los amigos...hay una indicación concreta ya sea con la medicación, etc...y en esto consiste nuestra interdisciplinar, que en realidad cada paciente es un caso por caso...

E: ¿Crees que hay otros enfoques que puedan abordar la patología?

P: Es difícil, pero uno no debería pensar el tratamiento desde una perspectiva diferente. Hay distintas formas de abordaje, las respeto pero de todas maneras todas deben apelar a la interdisciplina.

E: ¿Y en un futuro como ves a la institución?

P: Esta institución se sostiene hace mucho tiempo trabajando y es una de las más nuevas, pero en tiempos está trabajando a sí, es sólida que ha rendido y tiene posibilidades de seguir así...

Anexo III: Entrevista 3: Lic. En Psicología

Estudiante: E

Profesional: P

E: Así como pregunte a las demás profesionales datos que son fundamentales, me gustaría saber cuál es su opinión con respecto a si hay alguna norma que deba cumplirse dentro de la institución...

P: Bueno, no hay una norma rígida que tengamos en consideración, todo depende de cada paciente en particular. Se prioriza la elección del terapeuta en función de la especialidad...

E: ¿Considera que puede haber alguna limitación con respecto al tratamiento?

P: y...son pacientes muy difíciles, que deben ser reforzados en el espacio del terapeuta y además, la limitación tiene que ver con la gravedad de la patología. Intentamos que se resuelva para movilizar lo individual.

E: ¿Hay pacientes que abandonan rápidamente el tratamiento debido a una resistencia?

P: Si, muchas veces sí. A veces la familia no se hace cargo o no hay un respaldo familiar que este ahí permanentemente y eso es difícil porque es ahí cuando no se puede ayudar al paciente... y es por eso que el tratamiento es con la familia o con la familia sí o sí.

E: Y ¿con respecto a los talleres? Ya que Ud. Me dice que en las consultas pueden surgir resistencias, ¿cómo lo ve en los talleres?

P: La resistencia esta siempre, pero en los talleres creativos es diferente porque les ayuda a una apertura de palabras que son las que se ocultan y no se dicen, que tiene que ver con la enfermedad principalmente. Y además, se detectan cosas que en el tratamiento no salen.

E: ¿Que opina de un tratamiento complementario con el Psicodrama?

P: Yo lo veo muy bien, es un modo de abordar la patología y eso es importante ya que permite que el paciente pueda expresarse hacia los demás con el cuerpo. Este tipo de pacientes, en la mayoría de los casos, necesita de la propia expresión para hacerse ver a los demás y que los demás lo observen a él para que se vaya creando la interacción.

E: En un futuro, ¿cómo observa a la institución?

P: y...ésta patología siempre estuvo presente y hay que seguir aprendiendo cada vez más para estar preparados a la hora del tratamiento y también seguir estudiando los diferentes tipos de familia que hoy en día también son diferentes. Hay que prepararse en eso, porque como te dije, la familia es muy importante para que pueda estar presente como sostén.

Anexo IV: Síntesis de anexos

Se analiza la asociación para considerar el tipo de abordaje de acuerdo a la situación teniendo en cuenta a los pacientes que se podrá incorporar en el Proyecto de Aplicación Profesional por medio de las entrevistas semi dirigidas.

Por medio de profesionales se explica que la institución funciona desde el año 1992 en la ciudad de Córdoba, y que no hay otras sedes en el país.

Es una institución que siempre ha tratado con trastornos alimentarios aunque lo que ha cambiado con el tiempo fue el equipo interdisciplinario. Se fueron incorporando profesionales de distintas áreas.

Es una institución que no trabaja con hospital de día, es decir, los pacientes no realizan allí los hábitos alimenticios, solo consultan y realizan terapia. Esto es tanto para los pacientes como para su grupo familiar. Se menciona que el tratamiento con la familia es un requisito indispensable para la recuperación.

Los días jueves realizan un trabajo en equipo con todos los profesionales. Aquí se trabajan todos los casos vistos en la semana y se indaga en ellos para analizar en cuales se debe reforzar un poco más, con respecto a la intervención del tratamiento.

Las áreas que se ocupan de la enfermedad actualmente son: medicina clínica, nutrición, psicología, psiquiatría y una psicóloga especializada en talleres recreativos y grupales. Anteriormente, estaban incorporados al equipo endocrinología y ginecología. Actualmente estas dos áreas no están presentes ya que los costos actuales son distintos y deben ir los pacientes por cuenta propia a través de sus obras sociales.

Los pacientes concurren a talleres creativos y es positivo ya que implica un crecimiento a nivel individual y grupal. Los talleres son gráficos.

Hace algunos años, se practicó el teatro, y luego dejó de hacerse; aunque se menciona que los talleres son beneficiosos ya que implican el crecimiento en varios aspectos.

Las edades de los pacientes generalmente se comprende entre la pre adolescencia y el adulto mayor y cada vez más, el panorama de casos es más amplio. En los últimos diez años la patología se extendió bastante aunque si bien la edad de aparición es la misma, hay personas que consultan más tarde.

Son más mujeres las que consultan aunque varones también se presentan, pero no en su mayoría.

El tema de consulta manifiesto no siempre es el mismo ya que los pacientes pueden tener otras causas con respecto a la comida. No siempre la consecuencia es poder observarse y sentirse delgados, pueden haber otras cuestiones como problemas familiares, o que el paciente se registra como muy delgado y no quiere ingerir alimentos. Hay pacientes que concurren porque no saben que es lo que les sucede. Otros que no tienen conciencia de enfermedad y otros que sí.

La familia no debe tener receta en cuanto a la ayuda que deben brindar al paciente, solo la paciencia y tener conciencia que ellos también generalmente son la causa de la enfermedad.

Muchas veces el paciente es llevado a la institución.

Se comenta que hay veces que surgen limitaciones en el tratamiento. Ya sean familiares, grupales, económicas.

La institución se mudó hace poco, desde diciembre que permanecen en el nuevo domicilio y fue para mejor porque

además de quedar cerca de la dirección anterior, el espacio es más amplio y los lugares se aprovechan más.

Los profesionales mencionan que no saben si cambiarían normas de la institución, ya que se encuentran conformes con la misma. Se aprende cada día de manera interdisciplinaria y eso lleva a pensar en un futuro.

Anteriormente, realizaban más actividades, como por ejemplo, trabajar en ateneos, presentaban trabajos. Hoy no lo ven como posibilidad, ya que no se plantearon estos temas con los demás profesionales.

A pesar de todo la el grupo profesional siente comodidad en la institución, ya que cada día se aprende mucho gracias al equipo y eso es positivo y enriquecedor.

FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

Este formulario estará completo sólo si se acompaña de la presentación de un resumen en castellano y un abstract en inglés del TFG

El mismo deberá incorporarse a las versiones impresas del TFG, previa aprobación del resumen en castellano por parte de la CAE evaluadora.

Recomendaciones para la generación del "resumen" o "abstract" (inglés)

"Constituye una anticipación condensada del problema que se desarrollará en forma más extensa en el trabajo escrito. Su objetivo es orientar al lector a identificar el contenido básico del texto en forma rápida y a determinar su relevancia. Su extensión varía entre 150/350 palabras. Incluye en forma clara y breve: los objetivos y alcances del estudio, los procedimientos básicos, los contenidos y los resultados. Escrito en un solo párrafo, en tercera persona, contiene únicamente ideas centrales; no tiene citas, abreviaturas, ni referencias bibliográficas. En general el autor debe asegurar que el resumen refleje correctamente el propósito y el contenido, sin incluir información que no esté presente en el cuerpo del escrito. Debe ser conciso y específico".

Identificación del autor

Apellido y nombre del autor:	Posadas Ma. Josefina
E-mail:	majosefinap@gmail.com
Título de grado que obtiene:	Licenciatura en Psicología

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	"Taller lúdico teatral para pacientes con anorexia, bulimia y obesidad en la Institución ABO"
Título del TFG en inglés	"Playful theatrical workshop for patients with anorexia, bulimia and obesity in the institution ABO"
Integrantes de la CAE	Tulián Silvia Introini Carola
Fecha de último coloquio con la CAE	10-10-2010
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	"Taller lúdico teatral para pacientes con anorexia, bulimia y obesidad en la Institución ABO"

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

Publicación electrónica

Después de seis mes(es)

Firma del alumno