



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**Proceso Psicoterapéutico con Enfoque Psicoanalítico para el Trastorno Dismórfico Corporal**

**TESIS**

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

**PRESENTA**

Lic. Claudia Lucía Aguirre Arana

**Director de Tesis:**

Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano

**Comité Tutorial**

- Dr. Arturo Juárez García
- Dr. Valentín de Mata Arce
- Mtra. Mónica Ivonne Guzmán Bargagli
- Mtra. Adriana Cienfuegos Montoya

Junio, 2018.

## **Tabla de contenido**

Introducción .....	1
Justificación .....	4
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Marco Teórico.....	7
Generalidades Teóricas del Trastorno Dismórfico Corporal .....	7
El Narcisismo desde la Teoría de las Relaciones Objetales y el Self .....	13
Método .....	22
Participantes .....	22
Técnicas e Instrumentos .....	22
Escenario .....	23
Procedimiento para la Recopilación y Análisis de la Información.....	24
Resultados .....	26
Discusión.....	63
Conclusiones .....	67
Referencias.....	69
Anexos .....	73

## **Agradecimientos**

A los maestros que han contribuido en mi formación y a aquellos que me apoyaron en la realización y mejora de esta investigación con su experiencia y conocimiento, Al Dr. Valentín de Mata Arce, al Dr. Arturo Juárez, a la Mtra. Ivonne Guzmán y a la Mtra. Adriana Cienfuegos Montoya. En especial a la Dra. Lucía A. Ramírez Serrano, con quien he trabajado dos tesis sobre Dismorfia Corporal, enseñándome cómo hacer investigación, cómo realizar intervención y cómo conservar un lado humano y empático en todo momento.

A quienes me ayudaron a la realización de esta investigación, Michelle, Jordi, Lilian, Susan, Jorge y Antonio pero, sobre todo, a los ocho participantes que quedan en el anonimato y son los personajes principales de esta historia.

A los amigos que siempre están presentes en todo momento y hacen mis trayectos más tranquilos: Montserrat, Carlos y José Manuel.

A mi familia que me han hecho quien soy hoy, mis abuelos Gastón y Luz María, a mi tía Carmen que siempre me motiva y me escucha. A mi padre José Ángel que me enseñó tanto con su presencia y me sigue enseñando tanto con su ausencia. A mi madre Claudia que, sin su apoyo, cuidados y crianza no podría haber llegado a este punto de mi vida.

A Diego, por su compañía, su amor, su apoyo, pero sobre todo por hacerme entender lo importante que es la mirada.

Comencé a dudar concienzudamente de mí,  
ahora no todo es tan fácil ni me resulta tan indiferente  
como esperaba. Reconozco que necesito de los demás y no  
sólo en aspectos negativos en los que pongo suposiciones en su boca  
para atacarme a mí mismo. Confío en ellos, no es que no lo viera antes,  
sino que ahora les confío con respecto a los comentarios positivos respecto a mí.

Participante 3.

## **Introducción**

“Sí, yo lo amaba, porque cada vez que él se recostaba sobre mi orilla yo podía ver, en el fondo de sus ojos, el reflejo de mis aguas” (Oscar Wilde, S.XIX).

Actualmente es notorio que existe una pérdida considerable del significado de lo colectivo por una ganancia de la autonomía individual, lo que conlleva un incremento a la indiferencia y al aislamiento. Debido a esta deserción social, la relación con el otro muere, al igual que sucede con los ideales y valores que son sustituidos por el deseo y el placer egocéntrico. Es posible observar que en la actualidad existen conflictos con la identidad social que, a causa de la desvalorización y falta de confianza por los líderes, ha generado que las personas lleven a cabo un abandono ideológico y político, la sociedad se ha tornado flexible y se basa en la información, la estimulación y el hedonismo; ahora es la imagen propia la que se idealiza generando una desestabilización de las personalidades.

Al igual que la sociedad, la familia se ha transformado, la educación es ahora permisiva y es evidente la carencia de funciones parentales, lo que hace que la interiorización de la autoridad familiar sea difícil; empero, explica Lipovetsky que el Superyó no se destruye, se transforma en una crítica contra el Yo, favoreciendo el desprecio contra uno mismo y destruyendo el placer a la auto contemplación. Existen nuevas representaciones del cuerpo que lo convierten en un proyecto que está vinculado a la identidad, por tanto, tiene la posibilidad de ser exhibido y controlado. Foucault comenta que es necesario un cuerpo dócil para ser sometido, transformado y por ende perfeccionado, hablando así de la micropolítica de la regulación corporal y la marcopolítica de vigilancia de poblaciones. Como explica Karl Marx (1867) es una época donde se lleva a cabo “una personificación de las cosas y materialización de las personas” (p. 139).

Lipovetsky comenta que cada generación busca reconocerse y encontrar su identidad en alguna figura mitológica que reinterprete los problemas actuales. Hoy en día esa figura es Narciso, donde la ideología es vivir sin ideal, sin objetivo, renunciar al amor y a la necesidad de los otros.

Cada uno de los aspectos antes mencionados están vinculados con las vivencias de dolor que cada sujeto puede presentar, sin embargo cuando se habla de Dismorfia Corporal existe una referencia particular en la expresión de dolor emocional por medio del cuerpo; de igual manera, se presenta una contradicción importante. Por un lado, el miedo a ser observado por el semejante y por el otro el deseo de ser mirado. Pareciera que quisieran evitar a toda costa la necesidad de reconocimiento pero esta no desaparece, se privatiza en círculos íntimos y se manifiesta en una repulsión proyectiva de la mirada. Se asemeja a un juego: debido a la suspensión de la mirada del otro pareciera que se presenta la sensación de no existencia, donde la única manera de hacerlo es atrayendo la mirada de los otros por desprecio a sus atributos físicos, como si fuera la repetición de una sensación anterior de desprecio que, al no encontrar explicación, se le atribuye a las condiciones físicas.

Es preciso mencionar que sobre esta vivencia de dolor hacia la percepción subjetiva del aspecto físico se tratará en las siguientes páginas, sin embargo, para ello es necesario tener en claro que no solo basta hablar de sintomatología, sino también de la formación de las representaciones del cuerpo. Así mismo se habla del Narcisismo no solo porque este tema se presenta cotidianamente o sea una figura mitológica para identificarse en el mundo moderno, es propuesta del presente incluir la Dismorfia Corporal como una característica de estas personalidades donde la preocupación, dolor e inestabilidad emocional por la apariencia física se presentan desmesuradamente. Es por ello que el objetivo de esta investigación es: Analizar el

Proceso Psicoterapéutico con Enfoque Psicoanalítico del Trastorno Dismórfico Corporal para determinar los elementos técnicos a aplicar en el Trastorno Dismórfico Corporal a partir de los factores etiológicos que se presentan en el Proceso Terapéutico con Enfoque Psicoanalítico, por lo que en el primer capítulo del marco teórico se dan a conocer los aspectos generales de la Dismorfia Corporal para pasar al segundo capítulo en el que se retoma desde la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales y del Self la conformación del Narcisismo.

El método utilizado es cualitativo, exploratorio, descriptivo en el que se utilizó la entrevista en profundidad y la observación participante en el proceso terapéutico. Los resultados nos afirman que la Terapia Psicoanalítica Kohutiana resulta aplicable en la Dismorfia Corporal a partir de su técnica de interpretación de las Trasferencias Especular, Idealizadora y Gemelar.

## **Justificación**

La Dismorfofobia fue acuñada por primera vez por el Médico Enrico Morselli (1886) en el Boletín de Ciencias Médicas de Génova describiéndolo como “una enfermedad que produce sensación subjetiva de deformidad, estando el aspecto físico de esa persona dentro de los límites de la norma, donde quien lo padece tiene una preocupación obsesiva y conducta compulsiva”. Actualmente a este padecimiento se le conoce más comúnmente como Trastorno Dismórfico Corporal donde, tomando como referencia un marco teórico psiquiátrico, se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V, 2013) incluido en los Trastornos Obsesivos Compulsivos; empero, no se proporciona explicación sobre la conformación de este a pesar del incremento en el número de personas que lo padecen. Phillips comenta en el 2009 que se estimaba que el 1% de la población mundial cumplía con los criterios diagnósticos para el Trastorno Dismórfico Corporal, sin embargo en el 2012 comenta que lo presentan entre 1.7 al 2.4% de la población mundial.

El tratamiento para este padecimiento actualmente se basa en una serie de medicamentos inhibidores en la recaptación de serotonina y terapia Cognitivo Conductual que consiste en una serie de actividades que ayudan a la comprensión de los factores que generan y mantienen la sintomatología de este trastorno, llevando al paciente a una reestructuración cognitiva (Phillips et al., 1993). La combinación de ambos tratamientos ha dado buenos resultados. Hay que esclarecer que debido a las características de estos tratamientos, estas modalidades de terapia son llamadas de apoyo, siendo de corta duración y poseyendo una mayor sistematización a comparación con otros enfoques terapéuticos (Ruiz et al, 2012).

Por otro lado, Phillips señala que el Trastorno Dismórfico Corporal es un padecimiento multifactorial pero sin dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué hay de la psicodinamia de

los sujetos con este trastorno?, ¿cuál es el conflicto psíquico predominante en quienes lo presentan?, ¿qué mecanismos defensivos están presentes?, ¿cómo se presenta la transferencia? Con base a ello, ¿cuáles serían las temáticas que necesitan una reelaboración psicoterapéutica? ¿Qué efectividad tiene la terapia expresiva para el abordaje de este trastorno? Debido a lo anterior, es necesario conocer las pulsiones que generan esos síntomas, entender el origen y determinar técnicas y estrategias que coadyuven a la resolución del conflicto, por lo que la pregunta que guía esta investigación es:

¿Cuáles son los elementos técnicos a aplicar para el Trastorno Dismórfico Corporal a partir de los factores etiológicos que se presentan en el Proceso Terapéutico con Enfoque Psicoanalítico?

## **Objetivo General**

Analizar el Proceso Psicoterapéutico con Enfoque Psicoanalítico del Trastorno Dismórfico Corporal para determinar los elementos técnicos a aplicar en el Trastorno Dismórfico Corporal a partir de los factores etiológicos que se presentan en el Proceso Terapéutico con Enfoque Psicoanalítico.

## **Objetivos Específicos**

1. Evaluar la presencia del Trastorno Dismórfico Corporal en adultos a partir de la aplicación del “Cuestionario para Autoestima Físico”.
2. Determinar los elementos etiológicos asociados en la conformación del Trastorno Dismórfico Corporal.
3. Determinar los elementos técnicos a aplicar en la Intervención Psicoterapéutica con Enfoque Psicoanalítico.
4. Reevaluar la presencia del Trastorno Dismórfico Corporal en adultos a partir de la aplicación del “Cuestionario para Autoestima Físico”.

## **Marco Teórico**

### **Capítulo 1.**

#### **Generalidades Teóricas del Trastorno Dismórfico Corporal**

De acuerdo con Arcas (2009), en el Trastorno Dismórfico Corporal se genera una imagen distorsionada de una o varias partes del cuerpo provocando extrema preocupación. Otros autores (Phillips, Wilhelm y Steketee) afirman que pueden existir deformaciones reales que tienden a incrementarse al igual que la ansiedad. Phillips y otros señalan que en promedio la preocupación se da en cinco o seis zonas del cuerpo, pero es posible que también sea en una sola parte o en todo el cuerpo. Así mismo, reportan que entre el 1.7% al 2.4% de la población posee los criterios diagnósticos para este Trastorno, siendo considerado por los pacientes como un padecimiento de orden estético y por lo tanto los primeros tratamientos que se buscan son quirúrgicos, dermatológicos y médicos; esto, conlleva a que el diagnóstico y el tratamiento oportuno sean aplazados y dado que los síntomas son de curso crónico, se ve afectado el pronóstico.

La aparición de esta problemática comúnmente ocurre en la adolescencia debido a que durante esta etapa se suscitan cambios relacionados con la morfología del cuerpo y, por tanto, el sujeto reconstruye su propia imagen corporal. Se puede presentar tanto en hombres como en mujeres, pero ha ido incrementándose el número de casos en las mujeres y es un trastorno que se caracteriza por vivirse en silencio ya sea por vergüenza, miedo e insatisfacción (Phillips, 2009).

#### **Etiología de la Enfermedad**

Phillips (2009) refiere que las causas sobre este padecimiento aún no son estudiadas a profundidad, pero es considerado un trastorno multifactorial que comprende factores de orden psicológico, biológico y social, los que describe de la siguiente manera.

### ***Factores Biológicos***

La predisposición genética es un factor que está presente en este trastorno a pesar de contar con un cerebro estructuralmente normal. Sin embargo, el problema radica en su mal funcionamiento, específicamente en el procesamiento de detalles visuales, presentándose una percepción de alta frecuencia y atención selectiva. Estas alteraciones son el resultado de una disminución en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores.

### ***Factores Psicológicos***

Comprende los malos tratos, abuso físico o psicológico, abandono y críticas durante la infancia. Es posible que estas vivencias generen una necesidad de autovalía y afecto donde la ideación dismórfica es el producto del desplazamiento de conflictos emocionales y sentimientos de inferioridad hacia una parte del cuerpo que tiene valor simbólico para ellos (Gabbard, 2005). De igual forma es importante considerar la influencia que existe de las experiencias tempranas de vida en donde se genera una asociación entre el cuerpo y el éxito, lo bueno, lo bello.

### ***Factores Sociales y Culturales***

Dentro de estos factores están implicados los medios de comunicación, los estándares y cánones de belleza actual, el concepto ideal de belleza familiar y el rechazo de los demás por la apariencia física.

Cada uno de estos factores incide en la presencia de comportamientos, pensamientos y sentimientos que ayudan a desarrollar y mantener esta condición. Para ampliar la comprensión de este padecimiento, se procede a puntualizar los criterios sintomatológicos expuestos por Phillips así como los señalados por el Manual de Clasificación de Trastornos Mentales (DSM – V).

## Sintomatología

Presentan:

1. Sensibilidad al rechazo acompañado de autoestima, autoimagen y autoconcepto pobre, por lo que desvalorizan su apariencia física por medio de la autoevaluación usando descalificativos de su propio cuerpo, así mismo tienden a compararse constantemente con los demás
2. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, asociado a conductas de hostilidad. En etapas avanzadas se presenta evasión del contacto social.
3. Tendencia al perfeccionismo.
4. Uso de rituales que ayudan a examinar y ocultar los defectos que perciben, acompañados de técnicas de comprobación, evitación y de distracción.
5. Ideas o prácticas a someterse a tratamientos médicos riesgosos (quirúrgicos, odontológicos, dermatológicos). Es posible que posteriormente aparezcan nuevos defectos que pueden desembocar en un fenómeno llamado policirugías.

El Trastorno Dismórfico Corporal puede presentar sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia Social, Bulimia, Anorexia, Depresión, Uso y Abuso de Sustancias y Trastornos de Ansiedad Generalizado (Hollander et al, 1993).

### Criterios para el Diagnóstico en el DSM-V: Trastorno Dismórfico Corporal 300.7 (F45.22)

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos o actos mentales repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un Trastorno Alimentario.

### **Tratamientos**

Uno de los tratamientos más recomendados y utilizados para este trastorno es la terapia cognitiva de comportamiento, donde se hace uso de técnicas como la imaginación de áreas corporales que desagradan, la exposición en vivo del cuerpo frente al espejo, afrontamiento de situaciones evitadas, prevención de las respuestas obsesivas, reestructuración cognitiva y programación de actividades placenteras y de dominio. Esto se realiza por medio de sesiones estructuradas y planificadas en las que se le muestra al paciente una serie de formatos y se le explica cómo llenarlos para hacerlo en casa, en estos se registran los pensamientos obsesivos, se puntúan según su intensidad y se intenta relacionarlo con otras actividades y pensamientos para determinar qué condiciones detonan el malestar (Phillips et al, 2012). Asimismo, se le muestran técnicas para poder afrontar la ansiedad y erradicar los pensamientos obsesivos que esta condición genera. La principal limitación de esta técnica es el abordaje psicologista. La segunda forma de tratamiento más utilizada y que en la mayoría de los casos se hace en combinación con la primera es la farmacoterapia, que se caracteriza por el uso prolongado de inhibidores de la recaptación de serotonina como la clomipramina, fluvoxamina y flouxetina (Hollander et al, 1993), limitándose a un abordaje organicista. Existen otros tipos de terapia como la sistémica familiar, hipnosis, así

como grupos de autoayuda que intentan combinarse con los antes descritos (Raich, 2011). Por otro lado, la Teoría Psicoanalítica aporta elementos teóricos que coadyuvan en la comprensión etiológica, considerando la manera en cómo se construye la representación del propio cuerpo y los posibles conflictos circunscritos en este trastorno.

### **El Concepto del Cuerpo en el Psicoanálisis**

Dolto (1896) comenta que para entender la composición del cuerpo es necesario diferenciar dos conceptos. En primer lugar se encuentra el esquema corporal que es aquello que está en contacto con el mundo y hace al ser humano representante de la especie, por lo que es evolutiva en el tiempo y el espacio. Este tiene una parte inconsciente, preconscious y consciente, en otras palabras, es el cuerpo anatómico. En segundo lugar se encuentra la imagen del cuerpo la cual está ligada al sujeto y a su historia, afirmando Ulnik (2011) que la historia familiar y la imagen corporal de cada uno marca el cuerpo del niño.

Por tanto, para Dolto la imagen del cuerpo es una síntesis de experiencias emocionales y es inconsciente, se encarga de dar soporte al Narcisismo y se constituye por la articulación dinámica de la imagen de base la cual genera continuidad de espacio y tiempo; esta funcionalidad ayuda a objetivarse en relación con el mundo y el otro y la de las zonas erógenas donde se focaliza el placer o displacer en la relación con el otro. Estas tres se metabolizan, transforman y reorganizan formando el sustrato dinámico. El esquema corporal es también el intérprete de la imagen del cuerpo. Si sufre algún trastorno por afecciones, es posible que se generen modificaciones definitivas en la imagen del cuerpo.

Alternadamente, el esquema corporal es la fuente de las pulsiones y la imagen del cuerpo es el lugar de su representación. Lo que permite al niño estructurarse como ser humano es que el esquema corporal se entrecruce con la imagen del cuerpo con la ayuda de otro ser humano. Lo

que para otros autores (Bleichmar, Norberto; Bleichmar, Leiberman, 1989) representa que “la mirada del otro me produce mi identidad por reflejo, a través de él sé quién soy y en ese juego narcisista me constituyo desde afuera” (pp.172).

Lacan (1971) afirma que al inicio el bebé percibe al cuerpo fragmentado y al verse en un espejo se sorprende ya que lo que ve reflejado es una Gestalt, una imagen anticipatoria de la integridad. Esta imagen responde a sus movimientos y gracias al Otro da parte de que ese reflejo de control es él, esta imagen es asumida para posteriormente generar la identificación originaria. Entre la imagen y el bebé se construye una imagen ficcionaria, algo que el Yo quiere ser. Dentro de ese espacio se presenta a su vez la dimensión imaginaria sobre la pretensión de ser algo. Esto genera una discordancia entre lo que se quiere ser y lo que no se puede ser; entre lo real y lo imaginario. En adelante los esfuerzos del bebé serán la búsqueda del reconocimiento del Otro bajo una subordinación, de su deseo al deseo del Otro, de esta manera la identificación del sujeto será a lo que no es.

Aunado a lo anterior, Ulnik (2011) comenta que el sujeto, para restaurar el sentimiento de identidad, requiere buscar la mirada del otro y de esa manera sentirse reconocido para lograr una identificación con la imagen que el otro mira, son los ojos los que fungen como un espejo y si estos no devuelven nada aparece la angustia. Cuando un niño no es mirado ni tocado generan un sentimiento de no existencia, por tanto, se presentarán problemas en la constitución del Yo y la imagen corporal, generando a su vez una dificultad en la separación del objeto y el sujeto, lo interno y lo externo, el Yo y el no Yo. Otro aspecto que se presenta es cuando un conjunto de reglas y del deber ser se expresan en el cuerpo. A esto se le denomina como Superyó corporal y es una instancia superyoica (Sami Ali, 1991). Para Doltó esto es una manifestación crítica de la influencia de un Ideal del Yo perfeccionista y de un Superyó exigente.

## **Capítulo 2.**

### **El Narcisismo desde la Teoría de las Relaciones Objetales y el Self**

Como se ha observado en las líneas anteriores, existe una estrecha relación entre la construcción de la imagen del cuerpo con el Narcisismo. Es por ello y debido a las características principales de los casos de Dismorfia Corporal que se presentan considerar lo normal y patológico del Narcisismo (Kernberg 1999 y Kohut 1990).

#### **Conformación de las Relaciones Objetales**

Con base a Mahler (1977) el niño al inicio de su vida experimenta al mundo como una extensión del Self y la diferenciación se realiza como parte de un proceso por medio de las interacciones gratificantes y frustrantes que le brinda el mundo y sus cuidadores, lo que conlleva al desarrollo de la consciencia interna de separación, dándose la internalización de una imagen empática del cuidador, el cual pasa a ser parte de la estructura psíquica del niño.

Así mismo afirma que el nacimiento biológico y el nacimiento psicológico del niño se dan en tiempos diferentes y propone una serie de fases por las que pasa el infante para lograr la separación e individuación, entendiendo la separación como la emergencia del niño de la fusión simbiótica con la madre y la individuación como logros del niño que generan sus propias características individuales; ambos son complementarios y están entrelazados con los procesos evolutivos.

Después del nacimiento, explica que el infante presenta una ausencia de catexia a los estímulos externos, pero es por la maternalización que el infante sale gradualmente de este estado de autismo para comenzar una fase de simbiosis normal donde la libido se ha desplazado progresivamente del cuerpo hacia la periferia simbiótica. Como resultado a las respuestas de

atención de la madre a las necesidades del infante es que diferenciará calidades de experiencias en placenteras y displacenteras transformando la necesidad por deseo y posteriormente por afecto. En relación a esta idea, Freud (1914) comenta que el niño elige sus objetos sexuales a partir de vivencias de satisfacción, donde estas primeras experiencias autoeróticas están relacionadas a la conservación presentándose así las demarcaciones de las representaciones del Yo corporal.

Para Mahler esta es una etapa donde la madre y el mundo se comienzan a catectizar y el infante empezará a diferenciar lo familiar y lo no familiar. Posteriormente el niño comprenderá que los deseos de su madre y los suyos no son los mismos, por lo que su sentimiento de grandeza y omnipotencia se perderán pero el infante presentará un deseo de actividad especular. Durante la última fase y por medio del lenguaje, el proceso de internalización y el juego simbólico, el niño encuentra la distancia óptima con su madre hasta lograr la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal. Esto último se da por medio de una internalización gradual de la imagen unificada y catectizada de la madre, como resultado se comienza a experimentar un sentimiento de entidad estable y consolidación primitiva de la identidad sexual.

### **Conformación del Self**

Kohut (1990) propone la denominación del Self a una estructura psicológica en la que, considera, es una parte de cada una de las tres instancias de la estructura tripartita de la mente pero no es ninguno de sus constituyentes. Este se forma por medio de la internalización de objetos con los que el individuo establece un vínculo Narcisista.

En primera instancia, el niño llega al mundo con un Self rudimentario con el que inicia su desarrollo ipso facto al nacimiento y continuará toda la vida por medio de la relación entre el

niño y sus Objetos del Self que responden en el mejor de los casos con una observación empática. Los Objetos del Self son internalizados por medio de un proceso denominado internalización transmutativa, llevándose a cabo la cristalización del Self nuclear.

Posteriormente se realiza un intercambio de los Objetos del Self y sus funciones por un Self y funciones propias dando como resultado un Self autónomo. Este proceso aparece a causa de frustraciones tolerables que provee el medio y los cuidadores. Es por ello que la cohesión del Self de los cuidadores es necesaria, en otras palabras, influye en lo que los padres son, no lo que hacen.

Cuando existe un fracaso en el desarrollo de la persona este comienza a centrarse en el Self y es el grado de patología Narcisista la que evidencia la cantidad de abandono emocional y ausencia de empatía ejercida por parte de los padres. En esos casos existe un Self frágil no desarrollado con riesgo a fragmentarse y un sentimiento de vacío interior, del cual surge la sobrevaloración de la belleza física, la riqueza y el poder. Ante el terror de la fragmentación surgen fantasías compensatorias de grandeza y omnipotencia.

### **Narcisismo Normal y Patológico**

Freud (1914) consideraba al Narcisismo como una perversión sexual ya que el objeto de deseo era el propio cuerpo, posteriormente lo utilizó para describir un estadio normal del desarrollo característico de los lactantes. Cabe mencionar que el Narcisismo es necesario y está presente en todo momento para organizar una estructura sana, mantener una autoestima básica, experimentar placer, sentir alegría por los demás y aceptar elogios, así como reconocer su independencia y capacidad de amar y ser amado. Posteriormente Kernberg (1979) afirma que el Narcisismo normal existe cuando la autoestima está regulada por medio de una estructura del Self relacionada con representaciones objetales normales integradas por un Superyó. Por el contrario,

el Narcisismo patológico posee una estructura anormal del Self que está identificado patológicamente con un objeto, donde la representación del Self infantil se proyecta, dando como resultado una relación libidinal donde las funciones del Self y el objeto se han intercambiado. Dicho en otras palabras, existe una ruptura de las relaciones eróticas con las personas y las cosas, los histéricos y neuróticos sustituyen objetos reales por imaginarios y los Narcisistas parecen haber retirado realmente su libido de las personas y las cosas sin llevar a cabo una sustitución, que posteriormente se le aportará al Yo (Freud, 1914).

Kohut, (1971) en su distanciamiento de las ideas de Freud, distingue la libido de objeto de la libido Narcisista. La diferencia de energía entre ambas es el tipo de objeto en el que se deposita. La objetal catectiza objetos externos y la Narcisista objetos del Self que se experimentan como partes del propio Self, a los que se quiere controlar.

Mackinnon (2008) menciona que en estos trastornos se presenta una patología del Superyó, lo cual le permite hacer lo correcto sin sentirse bien y lo idealizado en estos casos es el ideal del Yo grandioso. Se presenta en una variedad de patologías con una modificación en su gravedad y se pueden observar conductas manifiestas de impulsividad y violencia, baja tolerancia a la frustración e incapacidad para aplazar la gratificación. Kernberg (1979) comenta que existe un pensamiento en proceso primario, por lo que se presenta una reactivación de Relaciones Objetales patológicas así como de operaciones de defensa tempranas y refusión parcial de imágenes primitivas del Self y del objeto, por lo que la estabilidad de límites yoicos disminuye y puede presentar una regresión hasta estructuras primitivas del Yo. Debido a esto surgen experiencias subjetivas de dolor como: sensación de vacío, hastío, incapacidad para sobreponerse a la realidad y sentimiento de abandono. Para alejar la separación y proteger las

introyecciones e identificaciones positivas se activan mecanismos primitivos como lo son la escisión, la identificación primitiva, la proyección, la omnipotencia y la desvalorización.

### ***Sintomatología del Trastorno Narcisista***

Además de entender la forma en la que este tipo de patologías se conforman, es necesario conocer cuáles son los aspectos sintomatológicos que presentan este tipo de personalidades.

Kohut (1971) considera que los trastornos del área Narcisista de la Personalidad que se presentan comúnmente son los siguientes:

1. En la esfera sexual por medio de fantasías perversas y pérdida de interés en el sexo.
2. En la esfera social se encuentran inhibiciones en el trabajo e incapacidad para formar y conservar relaciones significativas, también es posible que se presenten actividades delictivas. Existe una pérdida de humor y de la empatía respecto a las necesidades y sentimientos de los demás, pérdida del sentido de la proporción, tendencia a los ataques de ira incontrolada y mentira patológica.
3. En el ámbito psicológico se presentan preocupaciones hipocondriacas sobre la salud física y psíquica, así como perturbaciones vegetativas en diversas áreas orgánicas.
4. En relación a la autoestima se presenta labilidad ante las desilusiones y dificultades, desinterés e incapacidad para disfrutar actividades.

### ***Clasificación del Trastorno Narcisista***

Gabbard (2006) comenta que existen dos clasificaciones dentro del Narcisismo, el primero es el no consiente o arrogante y el segundo es el hipervigilante o tímido. El primero se caracteriza por un sentimiento grandioso de él mismo, incapacidad por preocuparse de los sentimientos del otro y relaciones anaclíticas (Trastornos en la Constancia Objetal). Son personas arrogantes y vanidosas, tienden a ser manipuladores y rencorosos, con una gran necesidad de ser admirados y

al no hacerlo se presenta la envidia. No se sienten satisfechos de sus logros, por lo que presentan una oscilación entre la presunción y la sensación de no ser nada. Son personas fáciles de herir.

El Narcisismo hipervigilante es sensible a la crítica y responde ante ello con vergüenza, por esta razón se siente mejor actuando solo eliminando así sentimientos competitivos de inferioridad y envidia, sobreestima y subestima la tendencia de sus logros, por lo que entre mayor éxito tenga menor será la confianza en sí mismo. Intenta constantemente no ser el centro de atención, aunque en el fondo tiene deseos de serlo, es tímido y dirige la atención hacia los demás. Posee poca capacidad de mantener relaciones a largo plazo, por lo que cuenta con pocas amistades lo cual a su vez incrementa su sentimiento de desconexión. Se presenta remordimiento por su falta de empatía, pero no muestra iniciativa para reparar el daño, por lo que se aleja. Es incapaz de aceptar disculpas y tiende a ocupar esta posición para manipular a los demás. Presenta sentimientos depresivos periódicos. No proyecta su grandiosidad, lo retiene y considera al otro como un perseguidor.

Ambos tipos de Narcisismo presentan características en común, a pesar de que la conducta aunada a estas sea diferente. MacKinnon (2008) hace un listado de estas características, entre los que se encuentra: la grandiosidad, la falta de empatía, la convicción de que el mundo se tiene que adaptar a él, la vergüenza y devaluación constante.

### ***Intervención Psicoanalítica de las personalidades Narcisistas***

Kernberg (1979) menciona que es posible realizar un abordaje psicoanalítico modificado para mantener la neutralidad técnica y la interpretación sistemática en el aquí y ahora. Sugiere un tratamiento cara a cara ya que tiene la ventaja de poder observar las defensas relacionadas con el lenguaje no verbal y de esta forma el paciente tenga una percepción real del terapeuta. Para este autor el análisis está contraindicado si existe carencia de motivaciones, intolerancia a la

frustración, falta de control de impulsos y Relaciones Objetales pobres. Es posible que el paciente retenga conscientemente el material y surja la desvalorización de toda la ayuda que recibe, ambos son problemas que pueden surgir en las etapas iniciales del tratamiento.

Por otro lado pero no en completa contraposición a lo antes mencionado, para Kohut (1990) la cura es un movimiento en tres etapas, las dos primeras se dirigen al análisis de las defensas y desenvolvimiento de las transferencias y la tercera se basa en la apertura de canales de empatía entre el Self y el Objeto del Self donde es adoptada una relación Narcisista arcaica que ha sido anteriormente reprimida hasta adquirir en el curso del tratamiento la capacidad de generar relaciones con Objetos del Self maduros. Afirma que la esencia de la cura implica una nueva capacidad de discernir y buscar en el medio real Objetos del Self apropiados (especulares e idealizables), así como un propio sustento.

Una de las herramientas básicas para Kohut durante la intervención es la empatía, que define como: “la capacidad de penetrar con el pensamiento y el sentimiento en la vida interior de otra persona y vivenciar en todo momento de la vida lo que otra persona vivencia, aunque por lo común en un grado atenuado” (1990, p. 130). Kernberg (1999) por su parte comenta que el analista debe ser brillante y tener un vasto conocimiento de modo que el paciente se siente en presencia del mejor terapeuta, pero al mismo tiempo evitar generar envidia y resentimiento. Para esto el analista tiene que tener tolerancia hacia la frustración e interpretar en lugar de defenderse. El terapeuta también debe escindirse, una parte vivirá la experiencia acompañando al paciente en la regresión y otra parte se distancia manteniendo la objetividad. Es posible que surja el aburrimiento porque el terapeuta no se siente considerado por el paciente como parte de un proceso de identificación proyectiva donde el paciente excluye como él fue excluido.

Las intervenciones para Kohut (1990) se constituyen de dos pasos, el primero es la comprensión de la experiencia (apercepción del analista) correcta y apropiada, la que radica en reconocer la frustración básica sin que el analista actúe en relación. El segundo paso es el de la explicación de estos en términos dinámicos y genéticos alejados de la experiencia, la que complementa y suministra un aumento del efecto de la primera. Para poder considerar si una interpretación es correcta o no, es necesario evaluar el momento del análisis en donde se realiza dicha interpretación. Esto mismo sucede con las resistencias donde es necesario considerar el momento y el tipo de resistencia. Greenson (1976) menciona que primero se trabaja con aquellas resistencias que son ajenas al Yo o que poseen cierta demostrabilidad. Es importante que las intervenciones se mantengan en el aquí y ahora y sólo desplazarlas cuando exista una elaboración del material reprimido.

Uno de los aspectos necesario según Kernberg (1979) para interpretar en el aquí y el ahora son las transferencias negativas. Kohut (1971) por su parte, menciona que es necesario basarse en la interpretación y la elaboración de transferencias Narcisistas para que de esa manera se fortalezca el Self, dando paso al desarrollo normal de la libido Narcisista. Él comenta que la forma en la que se da la transferencia es una característica básica en los Trastornos Narcisistas de la Personalidad ya que tienden a percibir al analista como una parte de su propio cuerpo o como una imagen especular de Self. Debido a esto describe tres tipos de transferencia donde las características de cada objeto del Self se revelan en las distintas transferencias establecidas por los pacientes. El orden de aparición de las transferencias depende de las fallas del área Narcisista.

Kohut (1990) comenta que hay algo del paciente que es proyectado sobre el terapeuta y a su vez éste se identifica con el Self antes de ayudarlo a reintroyectarlo. En este sentido, la

primera transferencia que puede suscitarse es la especular, donde la reactivación es la del objeto del Self grandioso y dentro de esta se reviven etapas tempranas del desarrollo en las que se tienen fantasías omnipotentes. Durante esta transferencia el paciente obtiene una nueva oportunidad de exhibirse, el terapeuta deberá devolver el reflejo de su aprecio y cariño por su exhibición y esto le brinda al paciente continuidad temporal y cohesión. Posteriormente es vital permitir que se desarrolle una transferencia idealizada donde se revive el vínculo con la imago parental idealizada que con el tiempo generará una proyección del ideal del Yo del paciente sobre el terapeuta. Este debe dejarse idealizar sin quedar atrapado para posteriormente producir una frustración óptima y una desidealización progresiva del objeto del Self grandioso y la consecuente internalización transmutadora seguidas de una mayor flexibilidad frente a las fallas empáticas tanto dentro como fuera de análisis. Cabe recalcar que los procesos de internalización transmutadora que surgen por medio de los procesos curativos son análogos pero no iguales a los que generan la maduración de un niño sano. Por último en la Transferencia Gemelar se repiten las vivencias que tuvieron lugar con los Objetos del Self alter ego (ideales, ambiciones y metas) donde es posible que se repita el estilo de relaciones construidas durante la etapa de latencia.

Kernberg (1979) comenta que en etapas finales del tratamiento estos pacientes parecen un caso ordinario, existe dependencia real del analista, es posible explorar sus conflictos edípicos y preedípicos y normalizar sus Relaciones Objetales y sus mecanismos reguladores Narcisistas.

## **Método**

La presente investigación es aplicada ya que busca resolver problemas prácticos. Los datos recabados son de tipo cualitativo y se recolectaron en varios momentos por lo que es longitudinal. Es un estudio no experimental, descriptivo y exploratorio - formal, basado en la teoría fundamentada y fenomenología ya que provee un relato de las características de un grupo de individuos desde su propia perspectiva, sin manipular las variables, con la intención de crear una nueva teoría efectuándose por medio de un método inductivo.

## **Participantes**

La muestra para la evaluación estuvo compuesta por 887 estudiantes (hombres y mujeres) de entre 18 y 50 años de edad de dos de las Facultades del Área de Salud (Nutrición y Psicología) con mayor demanda en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el tipo de muestreo durante esta etapa fue no dirigido ya que no se requería de una generalización de la población.

Para la parte de la entrevista y la intervención se consideraron a los sujetos con un promedio mayor a 3.7 en los resultados del “Cuestionario para Autoestima Físico”, obteniendo una muestra por conveniencia que consta por cuestión de logística de ocho sujetos.

## **Técnicas e Instrumentos**

En primer lugar se aplicó el “Cuestionario para Autoestima Físico” (Anexo 1) que tiene como objetivo facilitar el diagnóstico de un posible Trastorno Dismórfico Corporal. El cuestionario consta de 30 ítems estructurados en un ranking bajo los parámetros de “sí” (10) y “no” (1), agrupadas en dos categorías generales que son etiología y sintomatología, esta última dividida en sentimientos, conductas y pensamientos (Aguirre, 2014). Los resultados del cuestionario aportan datos cualitativos tanto de síntomas como de factores etiológicos del Trastorno Dismórfico Corporal.

Este cuestionario posee un Alfa de Cronbach de .928 y cuenta con validez de contenido, de predicción y de constructo. Los puntos de corte se obtuvieron a partir de las medidas de tendencia central que son: bajo (0 – 2.4), medio (2.5 – 3.6) y alto (3.7 – 10).

En segundo lugar se aplicó la entrevista en profundidad a ocho sujetos que obtuvieron puntajes altos en la aplicación indicando la presencia de Dismorfia Corporal. El guión de esta técnica estuvo compuesto por seis temáticas (Anexo 3). En promedio se realizaron siete entrevistas por persona de noventa minutos por motivos de logística.

En tercer lugar, se utilizó la observación participante con su respectivo registro observacional que fue aplicado en el proceso psicoterapéutico. La información recopilada se llevó a supervisión clínica con el objetivo de revisar la técnica psicoterapéutica y los factores etiológicos de la Dismorfia Corporal. En promedio se efectuaron diecisiete sesiones psicoterapéuticas por cada participante de sesenta minutos una vez por semana.

### **Escenario**

La evaluación se aplicó en los salones de dos Facultades del Área de Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Posteriormente, las entrevistas se realizaron en un cubículo de la Facultad de Psicología de la UAEM. Por último, la implementación de la propuesta terapéutica y la evaluación se llevaron a cabo en un consultorio privado.

## **Procedimiento para la Recopilación y Análisis de la Información**

Para recopilar la información se tuvieron en consideración los objetivos que guían la investigación y que al mismo tiempo representan las fases que se llevaron a cabo durante la misma, siendo las que a continuación se presentan.

### **Fase 1: Evaluación**

Se realizaron reuniones con la secretaría académica de ambas facultades a quienes se les entregó previamente una carta de consentimiento informando (Anexo 2), así mismo asignaron la logística para la aplicación del Cuestionario. Alternadamente se capacitó a seis estudiantes de la Facultad de Psicología que fungieron como aplicadores del Cuestionario. Se llevó a cabo la aplicación del cuestionario dentro de un periodo de dos semanas para continuar con la elaboración de la base de datos y llevar a cabo el análisis de la información donde se calcularon las medidas de tendencia central, la suma y promedio de la puntuación, las tablas y las gráficas en el programa Microsoft Excel, determinando que 295 participantes de la muestra eran candidatos para la entrevista en profundidad.

### **Fase 2: Entrevista en Profundidad**

Esta técnica se aplicó únicamente a ocho de los 295 participantes de la muestra a partir de la conveniencia, considerando su puntaje más alto y su aceptación a participar de manera equitativa entre hombres y mujeres.

El periodo para la realización de entrevistas a los ocho participantes fue de dos meses, efectuando aproximadamente siete sesiones por entrevista considerando la saturación de la información brindada. Cada entrevista tuvo una duración de noventa minutos una vez por semana, las que fueron grabadas y transcritas para construir las viñetas clínicas (Anexo 4 en CD). Todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado (Anexo 3).

### **Fase 3: Intervención**

El Proceso Terapéutico con Enfoque Psicoanalítico dio inicio una vez concluida la entrevista en profundidad con cinco de los ocho participantes, siendo estos los que aceptaron continuar con el proceso. Se estableció un encuadre clínico y el consentimiento verbal. El periodo de la intervención fue de siete meses, compuesto aproximadamente de 17 sesiones por cada participante. La técnica utilizada permanentemente fue la asociación libre y la interpretación de las resistencias, de la transferencia y la contratransferencia.

### **Fase 4: Evaluación**

Para la evaluación de la intervención se realizó la aplicación del “Cuestionario para Autoestima Físico” a los cinco participantes de la intervención. Con los datos de la primera y segunda aplicación se calculó el coeficiente de correlación para obtener el grado de variación entre ambos datos, en este caso el pre – test y el post – test. Después de obtener los datos se replanteó el encuadre para continuar con la intervención posterior a concluir el trabajo de investigación.

## **Resultados**

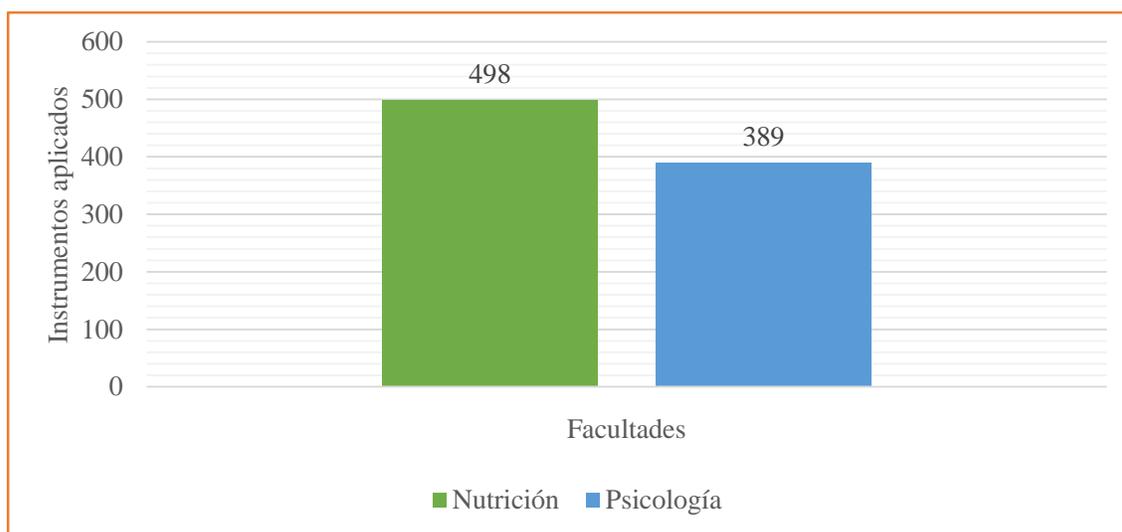
Para la presentación de los resultados se mantendrá el orden de las fases descritas en el apartado anterior.

### **Fase 1: Evaluación**

Para la primera fase se aplicaron un total de 887 instrumentos de los cuales 871 (98.2%) fueron aceptados para el análisis posterior de la información. Se rechazaron 16 (1.8%) instrumentos por presentar doble respuesta o no haber sido contestados en su totalidad.

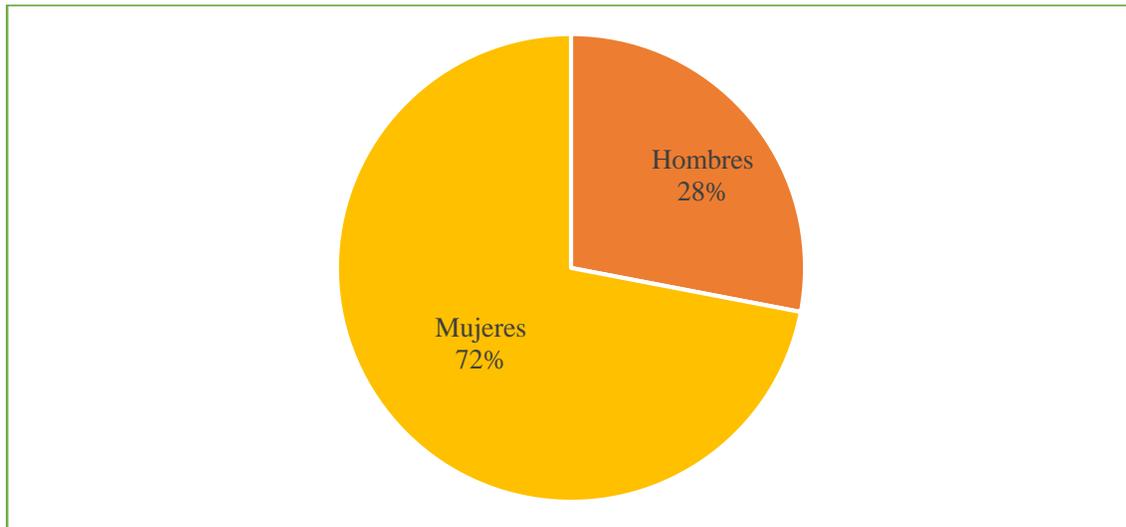
Del total de los instrumentos aplicados 498 (56.14%) pertenecen a la Facultad de Nutrición y 389 (43.86%) a la Facultad de Psicología (Gráfica 1).

*Gráfica 1: Facultades participantes.*



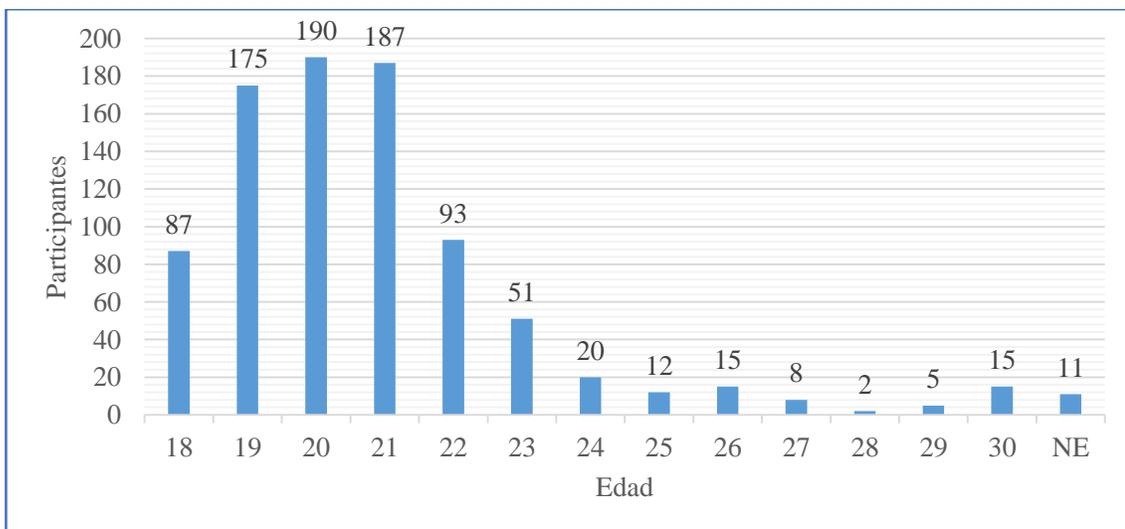
Con relación al sexo se contó con la participación de 244 (28%) hombres y 627 (72%) mujeres (Gráfica 2).

Gráfica 2: Sexo.



La moda en la edad de la muestra fue de 20 años con 190 sujetos (21.8%) de los cuales 107 (12.28%) fueron mujeres y 83 (9.52%) hombres. Posteriormente 187 (21.5%) sujetos de 21 años de los cuales 109 (12.51%) fueron mujeres y 78 (8.96%) hombres. Por último con 175 (20.1%) sujetos los de 19 años los cuales 94 (10.79%) refieren a las mujeres y 81 (9.30%) a los hombres (Gráfica 3).

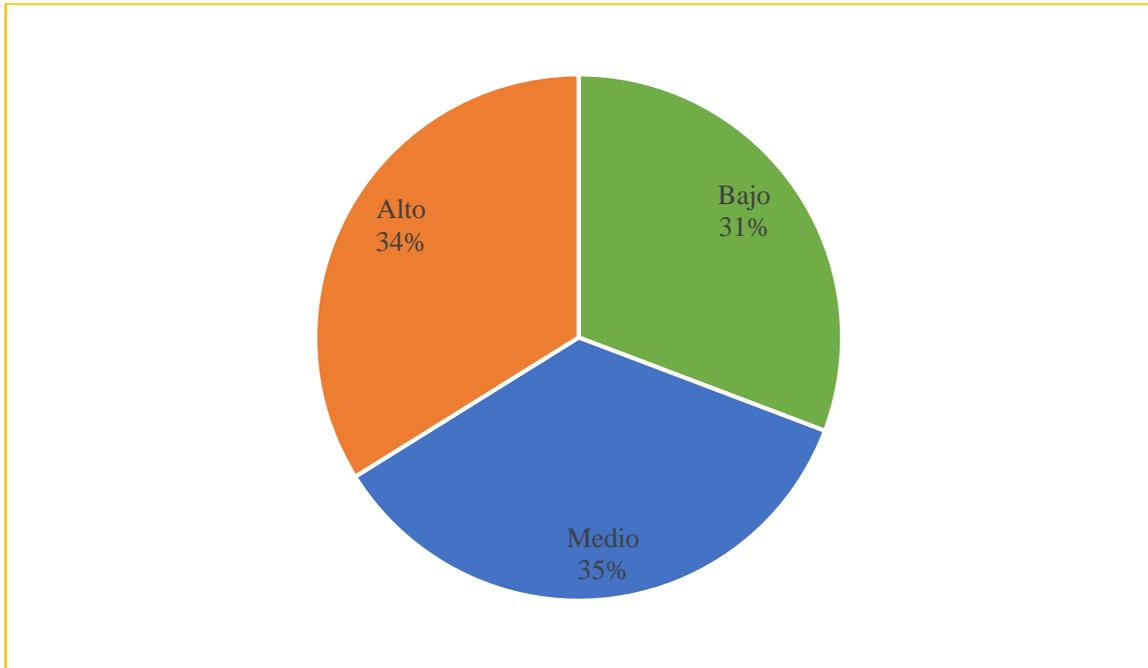
Gráfica 3: Edad.



Tomando en consideración los puntos de corte del instrumento se presentaron 295 sujetos (33.86%) que cuentan con un puntaje alto en dicho instrumento y sugiere la presencia de

sintomatología de la Dismorfia Corporal. Dentro de esta población 71 (24.07%) son hombres y 224 (75.93%) son mujeres. Así mismo, 308 (35.36%) instrumentos presentaron puntajes medios y 268 (30.77%) puntajes bajos (Gráfica 4).

Gráfica 4: Puntos de Corte.



## **Fase 2: Entrevista en profundidad**

Para la entrevista en profundidad se contaron con ocho participantes con las características que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1: Descripción de los Participantes.

Participante	Edad	Sexo	Puntaje obtenido	Facultad
1	22	Hombre	6.03	Psicología
2	22	Hombre	5.6	Psicología
3	23	Hombre	5.4	Psicología
4	20	Mujer	6.5	Psicología
5	21	Mujer	6.8	Psicología
6	27	Hombre	8.07	Nutrición
7	22	Mujer	5.9	Nutrición
8	26	Mujer	6.2	Nutrición

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas se construyeron cuatro categorías que aparecen a continuación (Cuadro 1).

*Cuadro 1: Concentrado de Categorías.*

Categoría	Sub Categoría
1. Sintomatología	Rituales <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de evitación, comprobación y distracción.</li> <li>- Paliativos.</li> </ul>
	Inestabilidad en por lo menos dos de sus áreas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad.</li> <li>- Familiar y relaciones interpersonales.</li> <li>- Sexual.</li> </ul>
	Alteración del pensamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideas obsesivas.</li> <li>- Delirios de grandeza y auto referencia.</li> </ul>
	Alteraciones de la senso-percepción
	Alteraciones de la afectividad <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exceso de control de impulsos (ira).</li> <li>- Predomina: asco, miedo y tristeza.</li> </ul>
2. Etiología del Trastorno Dismórfico Corporal	Factores psicológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Timidez.</li> <li>- Perfeccionismo.</li> </ul>
	Factores familiares <ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia.</li> <li>- Comparación y rechazo en etapas tempranas.</li> <li>- Evidenciar los defectos físicos.</li> <li>- Ideal de belleza.</li> </ul>
3. Factores desencadenantes de la ansiedad	Mirada del otro introyectada
	Pérdida del control
4. Tratamientos	Psiquiátricos
	Psicológicos

Cada categoría fue creada en relación al marco teórico, al “Cuestionario sobre Autoestima Físico” y a la información obtenida a través de los participantes por medio de las entrevistas. A continuación, se presenta el análisis de cada una de ellas.

### ***Categoría 1: Sintomatología***

Dentro de esta categoría se analizarán el conjunto de síntomas relacionados con la Dismorfia Corporal en cinco aspectos: rituales, inestabilidad en algunas áreas de la vida del sujeto, alteraciones del pensamiento, de la senso-percepción y la afectividad.

Dentro de la sintomatología se presenta como subcategoría el uso de rituales que ayudan a examinar y ocultar los defectos por medio de técnicas de comprobación, evitación y de distracción. Es debido a estas que se considera a la Dismorfia dentro de los Trastornos Obsesivos Compulsivos.

La técnica de comprobación se realiza con la ayuda de superficies reflejantes y por medio de palpaciones del área de conflicto, donde el sujeto elabora un ritual complejo el cual percibe como una ayuda para evitar la ansiedad. Sin embargo esto no sucede debido a que en la mayoría de los casos se presenta un incremento de la ansiedad ya que estos rituales son considerados por ellos como una necesidad. Esta técnica como su nombre lo dice, se realiza para comprobar el defecto. Aunado a esto, este tipo de rituales tienen una función más importante: cuando una persona cree olvidar algo busca entre sus bolsillos y al encontrarlo se tranquiliza. El tocar o ver aquel objeto significa que está presente en ese momento, que existe. En la Dismorfia Corporal se presenta un padecimiento en el orden de la existencia y estos sujetos temen no existir. Se presenta la necesidad de comprobar su existencia al estar tocando – se el área de conflicto como se observa en los siguientes discursos:

*“...la ropa... la agarro para ver cómo me vería si fuera más delgado, algo así. Pero meto la panza. Toco mi panza, casi es del diario, después cuando estoy acostado. Estoy como viendo si disminuyó un poco... como si me lo quisiera quitar”. Participante 6.*

*“...el cuarto que está desocupado tiene un espejo de cuerpo completo, todas las mañanas entraba para verme si los pies estaban muy pequeños, me veía de espalda, veía las piernas que no se me notaran. Eso lo hacía diario, esta semana yo creo que entré unas tres veces. Cuando no lo hago me siento insegura, cuando entro y veo ya sé que se ve así, pero ahora que no lo hago salgo de la casa y salgo con muchas dudas de cómo me veo. Si tengo cosas que hacer no lo pienso mucho, pero cuando me desocupo el pensamiento es constante”. Participante 8.*

Alternadamente suelen presentarse técnicas de evitación donde el sujeto evita a toda costa ver o comprobar el área de conflicto, acompañándose de sentimientos de inferioridad y

sensibilidad a la crítica que se presenta de manera auto dirigida como se presenta a continuación:

*“Me veo. Casi nunca la cara, paso, pero no me veo. No sé, tengo la sensación que no me veo bien. No me gusta ver la cara en el reflejo”. Participante 3.*

*“...siempre estoy con calcetines, siempre, siempre... ahorita por ejemplo traigo zapatos porque mis calcetines no se secaron... me voy a bañar y entro con calcetines y salgo normal y después seco mis pies y me pongo calcetines... con el fin de que nadie vea eso y nunca, nunca, nunca usar chanclas”. Participante 5.*

*“...casi no me gusta, ni verme en los espejos. Trato de evitarlos”. Participante 6.*

*“En mi casa en época de calor normalmente uso short de pijama, pero me tapo siempre con una sabanita para no ver mis piernas”. Participante 8.*

En la técnica de distracción se presenta la creencia de que algo existe pero es posible ocultarlo, por lo que comúnmente ayudados por las técnicas de comprobación surgen las de distracción, donde por medio del uso de poses practicadas, ropa, y/o maquillaje los sujetos intentan ocultar lo que ellos consideran un defecto, evitando “la vergüenza” y la mirada del otro.

Algunos discursos que ejemplifican lo anterior son:

*“A veces sí practico frente al espejo, “a ver, así me veo gordo, así no”. Participante 2.*

*“...estoy en el espejo y es como de que “así creo que tengo papada, así también me veo con papada, por ejemplo, cuando me tomen fotos, creo que podría hacer una cosita así para no verme con tanta papada y ya”. Participante 5.*

*“Nada más me escondo, como que me escondo entre la gente o poner las manos aquí [Rodillas] y agacharme, que lo de aquí [Estómago] no se vea”. Participante 6.*

Existe también el uso de paliativos cuando las aplicaciones de las técnicas antes mencionadas no son suficientes para disminuir la ansiedad y corregir el defecto. Su uso podrá eliminar o al menos ocultar sus defectos. En primer momento creen que la solución se presenta

de manera inmediata con el uso de estos tratamientos y se muestran jubilosos por los resultados, pero poco tiempo después presentan un gran desaliento debido a que el problema persiste. Esto se ve mucho con el uso de medicamentos, tratamientos caseros y tratamientos dermatológicos. En el caso de las intervenciones quirúrgicas pasan por un proceso que al inicio empeora su percepción debido a la inflamación que presentan, por lo que viene un momento de profunda tristeza y arrepentimiento, posteriormente surge una sensación de alivio y agrado por su apariencia física y en la mayoría de los casos se vuelve a presentar un deterioro en la percepción corporal que los hacen sentirse abatidos. Lo anterior se puede corroborar con los siguientes discursos:

*“Mi nariz está operada... cuando yo era niña siempre me la pasaba diciendo que me iba a operar la nariz... Mi hermana es operada de la nariz, tiene tres cirugías y a partir de ello era yo quien la cuidaba y yo era como de que se sufre un chingo, ni madres no me la voy a operar, no me importa y ya había estado como que en este concepto de aceptarla... pero después llegó esta situación de que no podía respirar por la nariz, me dijeron “te la vamos a operar, te vamos a hacer, te vamos a quitar los cornetes, los vamos a disminuir, te vamos a limpiar los senos nasales, te vamos a, no sé qué tanta cosa. Creo que la cosa no es tanto, no debería ser tanto el aceptarte, es como aceptarte y quererte, pero una vez mi mamá me dijo que por qué no quería si mi nariz estaba bien culera y yo así como de “güey, ¿es neta?” Por eso como un día antes de la operación dije que siempre sí me hicieran lo estético... el pedo no era la nariz, el pedo no era que estuviera como antes o que estuviera como ahorita, el pedo era que yo no me aceptaba y no importa lo que pinches me cambie, no me siento más bonita que antes, no me siento mejor, no sirvió de nada”. Participante 5.*

*“Hice mesoterapia, es L carnitina, alcachofa, silicio [Silencio]. Y este, [Silencio] una vez me dieron esteroides. L carnitina tomada... después de ahí me dieron Picolinato de Cromo, que según era para que no me diera hambre y me puse mal y de ese me acuerdo de eso... la endocrinóloga ella me dio Metformina... y ya de ahí mi mamá me dijo que me va meter al gimnasio... de ahí, cuando entré al gimnasio, como a los dieciséis o diecisiete, este, empecé como a ver que se ponían y que tomaban ahí para bajar de peso y ahí utilicé lo mismo, L carnitina. Me fui para M allá seis meses y en esos seis meses mi tía vendía productos para bajar de peso”. Participante 6.*

*“Me estaban saliendo muchos barritos y me veía horrible, espantosa, fui con un dermatólogo, me inyectan ozono en la cara, no sé, es algo que duele mucho... es como si te quemaran por dentro. No me gusta ver los barritos, a veces están más grandes que mi cara... me queda el dolor algunas horas. Me pone un ácido el cual me quema la piel. Mi piel está reseca varias horas pero me pone una crema que no puedo quitarme hasta que se absorba sola, con eso se hidrata y me lleno de costras...” Participante 7.*

*“He hecho ejercicio, terapia con hielos, terapia de ozono, radiofrecuencia, masajes reductivos, no recuerdo todos los tratamientos que me he hecho, pero de seguro ya me hice todos. Me quitaban un poco las marcas de la celulitis, pero poco tiempo después volvían... lo único que quedaba al final era una piel más hidratada llena de lo mismo de siempre, moretones por los tratamientos como si hubiera sido golpeada a propósito como castigo de tener tantas imperfecciones”. (Fragmento de una carta dirigida a sus piernas) Participante 8.*

Como segunda subcategoría se encuentra la inestabilidad en por lo menos dos de las siguientes áreas: identidad, familiar, relaciones interpersonales y sexual.

El sujeto que presenta Dismorfia Corporal a la par presenta un vacío interior que en el Narcisista se explica por la falta de reconocimiento. En el caso de la dismorfia, la persona busca el reconocimiento, aunque sea por el defecto, pero al mismo tiempo no lo encuentra porque dicho defecto no existe, por tanto surge el vacío interior que se asocia a conflictos de identidad, como se observa en los siguientes relatos:

*“No me gusta estar solo, me siento mal... yo siento que proyecto en los hombres como yo quisiera estar y es como que una forma de cómo yo sentirme bien... como si quisiera llenar un vacío a base de eso”. Participante 2.*

*“...incluso sintiéndome feliz me siento mal, es decir sí me siento feliz, pero no me siento yo. Es decir, siento que yo debería de estar triste, más apagado. No estoy hablando de tristeza, solo no siento que me llene la felicidad, me siento bastante extraño por no querer estar feliz”. Participante 3.*

Otra área de inestabilidad son sus relaciones familiares e interpersonales. Cabe recordar que es un padecimiento que se vive en silencio por lo que la mayoría de las personas son ajenas a las sensaciones suscitadas al presentar esta condición y aquellos con los que llegan a comentarlo

tienden a no percibirlo de la misma manera haciendo comentarios al respecto, por lo que los sujetos con dismorfia usualmente se sienten engañados. Para estos sujetos confiar en el otro es una de las labores más complicadas, en lo inconsciente porque sus objetos interiorizados son persecutorios y en la superficie porque se sienten constantemente devaluados, lastimados y engañados. Los sujetos Narcisistas prefieren alejarse de las personas tanto para no tener competidores como para evitar la vergüenza, lo mismo sucede en la dismorfia. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

*“No, no. Si ya después de que andaban y todo eso, éramos como amigos y todo tranquilo, pero después volvió a suceder y todo eso, nos besamos, ya después tuvimos relaciones y de eso fue como romper todo... después volvimos a salir, después otra vez nos separamos y así, queríamos algo y nunca se daba”. Participante 1.*

*“Terminé con él y como a los dos meses conocí a alguien. Decía un amigo “como para olvidarlo”. Participante 6.*

*“...yo le comenté que, si me iba a ir a vivir con él era porque esto tenía que ser sólido y duradero y que no podía yo resistir que en un mes volviera a decirme lo mismo, que necesitaba un tiempo... y ya me cambié luego, luego. Antes de cambiarme yo pensaba en rentar un cuarto para tener una cama, por cualquier cosa”. Participante 8.*

Con relación a la inestabilidad sexual se reafirma lo citado por Kohut (1971), quien afirma que las personas Narcisistas han perdido el interés por el sexo o presentan fantasías perversas, en la Dismorfia Corporal se observan conflictos con su identidad sexual, presentando gustos homosexuales o bisexuales. Otros consideran el sexo como forma de obtener una aceptación del otro, asociando la idea de que si una persona accede a tener coito con ellos es porque son atractivos, pero si por el contrario su pareja no accede es porque han dejado de ser atractivos y es posible que se generen de nuevo delirios de autoreferencia donde el sujeto se convierte dentro de su subjetividad en un blanco de todos los pensamientos y conductas de los demás. Por último se presenta un miedo intenso a tener un encuentro íntimo con el otro debido a

que tienen la sensación de quedar expuestos ante el otro, algunos ejemplos se presentan a continuación:

*“...el rollo de la bisexualidad creo que nada va en serio... igual y estoy en el lado equivocado, pero no hago nada tampoco para salirme de ahí...” Participante 2.*

*“Pues siento que las he rechazado, no me siento en apariencia preparado para estar en una relación sexual, incluso desde los dieciocho me llevaron con una prostituta y ni ahí quise desnudarme, a ese nivel llega mi inseguridad... Tenía mi metodología de masturbación solo cuando me sentía bastante mal, lo usaba como de liberación de hormonas, endorfinas... solo lo he hecho cuando me siento mal, nunca cuando estoy feliz, no sé si podría relacionarlo... lo llegué a hacer porque el hecho de sexualizar las cosas sentía que minimizaba el sentimiento, entonces el sexualizar a las personas que me gustaban, como a la de X, me ayudó a superarla”. Participante 3.*

*“Aquí sucede algo con las parejas en la intimidad, se vuelve todo complicado. Es mucho teatro, la luz apagada, que esté todo oscuro para que no se vea nada, siempre buscar posiciones para que no se vea nada, estarme fijando, que no se note que estoy viendo que no se vea”. Participante 8.*

En la tercera subcategoría relacionada a las alteraciones del pensamiento, los participantes presentaron ideas obsesivas y los delirios de autoreferencia y grandeza que suelen proyectar a los otros en relación a sí mismos. Los pensamientos obsesivos se observan a través de los siguientes discursos:

*“...de repente dicen cierta frase o palabra, por ejemplo, dicen: “y ahora va uno a bajar de peso” y me quedo en esa palabra: “bajar de peso” y ya no escucho lo demás”. Participante 6.*

Algunos delirios de autoreferencia que se presentaron en los participantes son:

*“...siento que de repente como que aburro a las personas de estarles contando mis cosas...no sé, nunca me lo han dicho, pero sí es así como de “ay ya cállate, qué me importa”, siento que no le prestan como que tanto interés”. Participante 2.*

*“Eran como dos bancas atrás de mí y se estaban riendo mucho y yo creía que se estaban riendo de mí y no volteaba porque hacía como que no los escuchaba...” Participante 6.*

*“Es que creo que por eso no me encanta estar en un lugar muy concurrido o ser el centro de atención porque todas las miradas van hacia mí y si yo llego a ver una risa o un algo voy a imaginar que es hacia mí, creo que por eso evito esos lugares”. Participante 7.*

Algunos ejemplos sobre delirios de grandeza presentes en los participantes se muestran a continuación:

*“Me siento identificado más con L, me siento más como rey de donde estoy, siempre siento, me siento muy cómodo y me gusta como llegar a, no sé dirigir o liderar, a veces pues, más en mi casa, en mi casa ya estoy como tomando ese papel de rey del hogar”. Participante 3.*

*“...no es que me ponga en, como a juzgar, como a observar, pero he notado que varios. No quiero verme como esta parte, esta parte como de soberbia, pero he visto que muchos de mis compañeros tienen cierto pensamiento acerca de las cosas... cosas que veo que en ocasiones a ellos les cuestan trabajo, para mí es obvio: es esto, es esto”. Participante 5.*

Con relación a las alteraciones de la senso percepción se sabe que la imagen del cuerpo de los padres es la que marca el cuerpo del niño, sin embargo, en estos casos se presenta un deterioro en la construcción de la imagen corporal por las fallas empáticas presentes en la relación con la madre, generando una envoltura de y en disposición para el sufrimiento. En la Dismorfia existe un esquema corporal adecuado ya que no presenta defectos físicos de importancia, sin embargo, la imagen del cuerpo construida es precaria, hay que recordar que esta se encuentra ligada a experiencias emocionales del pasado y se manifiestan en variaciones de percepción del esquema corporal (Dismorfia). Los conflictos que se presentan son en la imagen funcional y erótica. En la primera debido a la presencia de un problema en relación al otro, además, es la imagen corporal a través de su esquema corporal donde se lleva a cabo la comunicación. En la segunda se observa que no hay una focalización de placer o displacer, existe una con-fusión entre ambas, describiendo al objeto como ausente o sin deseo. Así mismo, la

imagen del cuerpo está influenciada por un ideal del Yo perfeccionista, así como por un Superyó exigente.

La construcción que se hace del esquema del cuerpo se realiza desde afuera, el reflejo que se genera en el espejo es una imagen anticipatoria de coordinación e integridad que las personas con Dismorfia Corporal no poseen, por lo que existe una fragmentación en la percepción de su cuerpo, viendo los pequeños detalles como un todo problemático y deforme. Se encuentran en una vivencia constante de la dimensión imaginaria que propone Lacan en el Estadio del Espejo, viven en la pretensión de ser algo que no pueden ser, hay conflictos entre lo real y lo imaginario, por lo que se presenta agresión ante su propio cuerpo. Se presentan los siguientes discursos de los participantes como ejemplo.

*“Me veo y es sentirme como extraño y trato de verme para ver si realmente es así y en eso sí empiezan como, empiezo a verme demasiado grande... a veces pregunto mucho del cómo me veo y coincide como a veces me siento, pero a veces sí es mucho como mi idea”. Participante 1.*

*“Desde que yo tengo uso de razón no me gustaba nada, nada, tenía un maldito desprecio por mí misma... es como un intermedio entre aceptación y denigrarme a mí misma que a veces va y viene”. Participante 5.*

*“...de repente tengo pensamientos buenos y de repente no. A veces me veo y me veo muy flaca y a veces más o menos. Creo que depende del estado de ánimo”. Participante 7.*

*“He pensado en ello, probablemente pueda tener las mejores piernas del universo y voy a seguir creyendo que están mal, pero necesito que se vean bien para sentirme más segura, me siento grotesca, no están bien a pesar de que lo estén o me digan, yo sé que se ven muy mal”. Participante 8.*

Por último se encuentra la subcategoría de alteraciones de la afectividad, la cual se caracteriza por perturbaciones en la profundidad, duración y coherencia de los sentimientos. Además existe una gama reducida de emociones presente en estos sujetos donde predomina un exceso de control de impulsos, el asco, miedo y tristeza. Por ejemplo:

*“No es tristeza como tal, está siempre acompañada de una frustración y es una frustración no solo de meses sino de muchos años. Primero es el enojo, después frustración y por último la tristeza. El enojo es constante y la frustración es aún más constante que el enojo”. Participante 8.*

Las personas con Dismorfia Corporal temen a ser rechazados, por lo que si se presenta algo que los haga enojar tienden a ocultarlo y por el contrario se muestran sonrientes o en lo posterior pretenden que nada ha pasado. Temen a ellos mismos y que su ira pueda dañar al objeto de amor, pero internamente presentan deseos de destruirlo. Creen que la ira que vivencian no siempre puede ser controlada ya que anteriormente han presentado episodios de ira donde creen haber dañado al objeto. A continuación, se presentan discursos que lo ejemplifican:

*“Me puedo enojar, pero inmediatamente de enojo paso a sentirme mal, a sentirme triste o estar sentida por lo que me dijo, o sea tal vez sí como enojo... se las regreso, pero generalmente me arrepiento... en cuanto me enojo me pongo a temblar, me pongo roja, los ojos rojos y a llorar y como queriendo arrancarme todo”. Participante 5.*

*“Si me enojaba no lo expresaba, no lo decía, me aguantaba. Y desde que empecé con la psiquiatra me decía: “saca tu enojo porque te va a hacer daño” y desde ahí lo empecé a decir, ya cuando lo decía me arrepentía de lo que hacía”. Participante 6.*

Cabe recalcar que las personalidades Narcisistas comúnmente no muestran iniciativa para reparar el daño, lo que genera que se alejen posteriormente del objeto, aunque hay que recordar que estos sujetos tienden a justificar el rechazo con su apariencia física haciendo uso de la identificación proyectiva. Pareciera que cuando ellos se alejan de las personas sienten que es el otro el que se aleja de ellos por sus defectos físicos, como se observa en el siguiente discurso:

*“...las veces que me he explayado sí he hecho llorar a la gente, entonces no me gusta. Lloran por que los hice sentir mal. Y ni siquiera fue un ataque directo... cuando terminé de hablar me dijeron que hice llorar a mi tía... no tenía sentido para mí que llorara porque no estaba hablando de ella... me sentí mal, no hice nada, me paré y me fui, mi intención no era lastimarla”. Participante 3.*

Las pérdidas constantes que vivencian por estas causas generan una tristeza profunda y un sentimiento de abandono constante. Pero hay algo en el inconsciente que deja una huella de culpa al respecto, que se proyecta en asco hacia su propia apariencia física, donde la ira que sienten hacia el mundo externo es dirigida hacia el cuerpo y que ayudada por su predisposición al sufrimiento se torna como un castigo constante. Por último, es necesario mencionar que tienden a no olvidar, son rencorosos y buscarán cualquier excusa para hacer uso de actos que denotan violencia pasiva, que en los siguientes discursos se ejemplifica:

*“...yo me voy a proporcionar la respuesta que quiero darme en ese momento... yo me estoy creando tanto daño como quisiera o como debiera, decir no te quiere ver tal vez porque está en la escuela, o son finales, no sé, no te quiere ver porque la última vez que se vieron fue bastante aburrido o porque la verdad no le interesas, entonces como yo darme una respuesta para mantenerme satisfecho yo a mí mismo”. Participante 3.*

*“...cuando llegamos aquí, de un día a otro comenzó a tomar mucho, mi hermano y yo comenzamos a decirle si nos llevaba, él decía que sí que nos llevaba pero se ponía borracho, se tiraba al suelo y mi hermano y yo lo teníamos que levantar... fue hasta que le dije a mi hermano que ya no quería pedirle nada y ya no quiero nada, si me quiere hacer un favor no le hago caso”. Participante 6.*

### ***Categoría 2: Etiología del Trastorno Dismórfico Corporal***

En la segunda categoría se analizarán los factores psicológicos y familiares que ayudan en la conformación del Trastorno Dismórfico Corporal. Se comenzará analizando los factores psicológicos que comprende la timidez y el perfeccionismo.

Como ya se mencionó anteriormente una de las características principales del Trastorno Narcisista son los sentimientos de grandiosidad que presentan. En el caso del tipo hipervigilante, estos se encuentran presentes pero debido a la sensibilidad que tienen de la crítica esperan que los demás los descubran, de igual manera entre más éxito presentan mayor vulnerabilidad, por lo que prefieren pasar desapercibidos. Los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal poseen

también esta característica, son tímidos, no les gusta ser vistos ya que corren el riesgo de que sus defectos sean descubiertos por los demás. En relación a lo anterior los participantes comentan:

*“...con el otro chico fue que no podíamos tener algo serio y me dijo: “es porque estás así” y le pregunté: “¿así como estoy de lleno, estoy de gordo?” Participante 1.*

*“Porque iba a ser como una carga lo que iban a decir, sería como: “sí ajá, con un menor de edad”. Participante 1.*

*“Cuando, bueno prácticamente porque no estoy seguro [Ríe] pero este no sé, en algún trabajo por así decirlo es de*

*“...si me equivoco me van a escuchar los demás y van a decir “se equivocó” me quedo callado...” Participante 2.*

*“...todo el mundo me veía raro por hacerlo, me molestaban que porque me cuidaba un montón y no comía yo esas cosas porque eran malas para la salud. Entonces me sentía incómoda y me la dejé de llevar”. Participante 7.*

*“...a partir de ese recuerdo comencé a tenerlo, al inicio no entendía a qué se referían, pero me dejaron de gustar mis piernas, ya luego vi a qué se referían y me gustaban menos” hablando de cuando su abuela y su amiga comentaron sobre sus piernas. Participante 8.*

Al mismo tiempo esto genera la sensación de tener que buscar la excelencia con el objetivo de no ser rechazados por los otros, sin embargo, al presentar un problema en la senso – percepción no muestra en ningún momento satisfacción por los logros obtenidos, lo que puede estar asociado a un Superyó intrapunitivo de manera verbal y física, existiendo casos que llegan a la autoagresión. Por ejemplo:

*“Le dije que el dinero daba felicidad, más o menos es bajo esa idea, siento que lo que no tengo me va a dar felicidad, o sea cualquier cosa, no solo el dinero, cualquier cosa que no pueda tener ahorita siento que después me va a dar felicidad, aunque no sea así, pero vivo como bajo esa idea, de que pudiera ser”. Participante 3.*

*“...me enfoco mucho más para que las cosas salgan bien, lo puedo hacer tres veces en ese momento pero lo entrego hasta que salga bien”. Participante 8.*

Como segunda subcategoría se encuentran los factores familiares que engloban la violencia, experiencia de vida en la familia, comparación y rechazo en etapas tempranas, evidenciar los defectos físicos y los ideales de belleza transmitidos.

La totalidad de los participantes vivenciaron una infancia llena de abusos físicos, económicos, sexuales y psicológicos, las críticas y comparaciones durante la infancia se hacían por parte de los cuidadores de manera regular. No se presentaron interacciones gratificantes y empáticas con los cuidadores y no hubo experiencias de gemelaridad. “Si me rechazaron algo he de tener mal”, lo cual es posible observar en los siguientes relatos:

*“...a los seis o siete años, mi primo me invitaba a jugar a casa de mi abuelita y era como que muy allegado a la familia y pues no te puedo decir que abusaba de mí porque estaba como que mi consentimiento, no decía que sí ni decía que no... me besaba o me tocaba, cosas así... no sé si sea cierto o me lo imagino... otro chavo que era mi vecino también me hacía lo mismo”. Participante 2.*

*“Llegaba completamente alcoholizado y a veces le gritaba a mi mamá, a veces le pegaba o se quería volver a ir... por no ponerle atención a lo que decía iba a recibir un golpe o algo entonces, pues, hacía las cosas pues, más de a fuerza que de ganas”. Participante 4.*

*“Yo recuerdo que me regañaba por todo, me pegaba, siempre me hacía sentir menos... estábamos las dos entradas juntas en la mesa y nada más le servía el plato a mi hermana y a mí no, como si no existiera totalmente... yo no me consideraba mensa cuando era niña, yo sabía que ella creía que yo era fea y no era por... o sea tú sientes el pinche desprecio que te tienen, como pinche te ven y no te aguantan ver, mejor se van, se voltean. Y no entendí eso durante mucho tiempo”. Participante 5.*

*“...es amigo de mis papás, él abusa, él abusaba de mí, entonces de lo que me acuerdo es de que entraba a su recámara y me decía: “vamos a jugar...” aquí, mis primos me querían introducir cosas, pero yo me movía mucho, no me dejaba. Entonces como se enojaban me dejaban solo... uno llegaba borracho, hubo un tiempo cuando se estaba construyendo la casa y a nosotros nos bajaron a esa recámara donde ellos se quedaban porque estuvieron como dos años en esa recámara... me agarraba y como estaba borracho yo me dejaba. Me quedaba pasmado”. Participante 6.*

La mayoría han vivenciado una dinámica entre los padres conflictiva llena de discusiones, infidelidades y constantes separaciones y reconciliaciones, lo que los ha orillado a

sufrir múltiples cambios de residencia. Aunado a esto los padres por sí mismos presentan problemas psicológicos que no les han permitido realizar su función de manera óptima y dentro de esto se encuentra el abuso de sustancias y la depresión.

Bajo estas condiciones no se presentaron modelos adecuados de idealización y no se ofrecieron las frustraciones óptimas (hubo un exceso de frustraciones que el sujeto no fue capaz de tolerar) para generar una desidealización progresiva y por ende una internalización transmutadora. En estos casos el sujeto comienza a centrarse en sí mismo y lo más probable es una organización de una personalidad Narcisista acompañada de la preocupación excesiva ocasionada por una falla en la construcción de la imagen corporal, como se explica en los siguientes discursos:

*“Sí, mi papá trabajaba y esas cosas, pero tenía otra mujer... incluso nos sacó de casa, nos llevó a la casa de ella”.*  
*Participante 1.*

*“Cuando mi papá tomaba, pues no llegaba, entonces yo me quedaba solo con mi mamá y llegaba al otro día... mi mamá tiene mucho resentimiento por eso, le tiene mucho resentimiento. A mi mamá es lo que le da coraje pues, que no le daba dinero y cosas así, digo, a mí nunca me faltó nada por así decirlo... Algo referente a mi papá y mi mamá es que en una ocasión mi mamá no llegó a la casa, pero nunca dijo por qué, mi papá dice que se había ido con otro, pero mi mamá nunca me dio explicaciones...”* Participante 2.

*“No sé, ellos ya tenían muchos problemas, cuando mi papá tomaba golpeaba a mi mamá. Mi papá anteriormente tomaba mucho, ahora ya casi no lo hace, mi mamá ahora es la que toma y también fuma y toma pastillas a cada rato. En una ocasión mi papá recibió un dinero y se desapareció por mucho tiempo”.* Participante 8.

Tanto el rechazo como la comparación tienen un origen en la infancia y son una condición que se presenta con sus actuales relaciones. Las personas Narcisistas presentan una necesidad constante por compararse con los demás, lo que genera un sentimiento de inferioridad, esto mismo lo hacen las personas con Dismorfia Corporal en relación a su aspecto físico, además buscan calificativos severos hacia su apariencia, como el eco de una agresión vivida

anteriormente y la cual interiorizaron, así mismo hacen comparaciones con las demás personas, entre una ex pareja y su pareja actual, por ejemplo.

*“... fue como compararme con la persona con la que hizo esto. Él es muchísimo más delgado y mucho más varonil y esas cuestiones y sí, empezó como esta comparación conmigo de que finalmente eso era y fue reprocharme a mí de que fue por como estoy”. Participante 1.*

*“Pues he tenido ansiedad de llevar gente, chicas que me gusten a mi casa porque tengo dos primos y los dos son de mi edad y son como totalmente diferentes a mí, ellos son muy hábiles con las mujeres y yo nada, entonces pues a lo mejor yo llevo a esa chica que me gusta y termina gustándole a alguno de mis primos y yo, ¿qué hago?” Participante 3.*

*“...había una niña, güerita de ojos verdes, que yo recuerdo que quería jugar con una niña y con ella y me dijo que yo no, “¿por qué no?” Y me dijo “¡no porque tú no te bañas!” Y yo así de “¡no es cierto! Yo sí me baño”, lo decía por el hecho de que estoy morena era como de que no me bañaba, a partir de ahí tuve un serio desprecio a mí misma por el hecho de ser morena... pasé no sé cuánto tiempo bañándome ese día”. Participante 5.*

*“Chance no se ven bien, pero tiene más seguridad que yo. Me pregunto por qué esas personas tienen tanta seguridad si no tienen el cuerpo como yo lo considero bonito se ven mejor, tienen mucha más seguridad que yo”. Participante 8.*

Los participantes comentan sentirse evidenciados en los aspectos físicos en una etapa en la que su Yo presentaba una gran vulnerabilidad que al crecer se instaura en su Yo persistiendo la sensación de amenaza y persecución de las opiniones de los demás hacia su aspecto físico. Ante este sentimiento surge la sobrevaloración de la belleza, el éxito y el poder, aspectos que en la Dismorfia se relacionan con la felicidad pero que al mismo tiempo son inalcanzables. Los participantes comentan lo siguiente:

*“No sé cómo lo relaciono, lo relaciono con éxito yo creo y casi siempre lo he visto como, siempre lo dicen que: “entre mejor te veas como que te vas a ganar el puesto”. Participante 6.*

*“Te contaba que de pequeña me la pasaba en casa de mis abuelos y en una ocasión, mi abuela normalmente me bañaba. Yo creo que tenía unos cuatro años... cuando terminaba de bañarme me ponía en la cama para secarme, ponerme talco y vestirme, ese día le habló a su amiga que estaba afuera: “mira lo que tiene X, hija aprieta las nalguitas”, y yo las apretaba duro, duro porque creí que era algo bueno, me estaban viendo. Y su amiga dijo: “qué barbaridad, tan joven y con este problema”, yo no entendía qué pasaba”. Participante 8.*

### ***Categoría 3: Factores desencadenantes de la ansiedad***

Se determinaron la presencia de dos factores desencadenantes de la ansiedad en la Dismorfia Corporal, siendo estos la mirada del otro introyectada y la pérdida del control suscitada por los cambios en el ambiente. Con relación al primero se presenta una paradoja, el deseo y el miedo de la mirada, que el sujeto necesita para existir pero al mismo tiempo teme porque sus defectos serán descubiertos, lo que conlleva a un exceso de culpa y necesidad de autocastigarse. Lo anterior se observa en los siguientes discursos:

*“Al inicio me sentí demasiado observado porque todos estaban con el celular tomando fotos y grabando. Me sentía demasiado, como, todos encima de mí... me daba por jalarme la playera y cruzar los brazos para que no se note esto [Señala caja torácica]... incluso se sentían muchos escalofríos de que sentía que todos me estaban viendo... había una señora que estaba grande y me puse a pensar: “está demasiado grande, qué chido” y volteó la señora y me empezó a sonreír y fue como, empezó a bajar todo.”. Participante 1.*

*“...no me gusta llegar tarde a la escuela. El que llega tarde, todos lo voltean a ver... me nominaron como jefa de grupo... a veces cuando un maestro cancela una clase, yo tengo que decirles a todos y en ese momento todos voltean y te ven, todos al mismo tiempo”. Participante 7.*

*“¿Qué saben ellos cuando no te puedes poner faldas o trajes de baño normales desde los doce años, por miedo a ser evaluada o a que mis piernas roben toda esa figura enfocándolos solo en ellas?” (Fragmento de una carta dirigida a sus piernas) Participante 8.*

Si se trae a colación la existencia de rituales donde los sujetos con Dismorfia intentan controlar por medio de técnicas de evitación, comprobación y camuflaje la percepción de sus

defectos físicos, se da por entendido que son sujetos que requieren controlar su mundo circundante para dirigir de igual forma los eventos que se puedan suscitar. Como ya se sabe esto no es un aspecto que pueda resultar, por lo que cualquier modificación en su planeación detona la angustia que viene en forma de crisis relacionadas a su aspecto físico, presentando regresiones importantes en forma de angustia primaria ante la falta de ese primer objeto o en este caso de esa primera mirada. Por ejemplo:

*“...me pongo ansioso cuando entro en un contexto totalmente diferente o con nuevas personas...” Participante 2.*

*“Algún sufrimiento tenía que pasar para que se me cumpla porque además pensaba que, si me opero, yo esperaba operarme esta semana... entonces esa es otra cosa que me voy a operar en clase y voy a faltar y me voy a atrasar más de lo que estoy atrasada y me estresa todo”. Participante 7.*

#### ***Categoría 4: Tratamientos***

Por último, se analizarán los tratamientos a los que anteriormente se sometieron los participantes. Estos comprenden los psiquiátricos y los psicológicos. La teoría comenta que la Dismorfia Corporal es un padecimiento que en primera instancia se cree que es de orden estético, por lo que los primeros intentos de solución se realizan por medio de tratamientos de otra índole. Sin embargo, se observa que, aunque no se tenga consciencia sobre la relación entre la sintomatología anteriormente presentada y la Dismorfia Corporal, los sujetos pueden pedir ayuda a un especialista en salud mental con la idea de solucionar conflictos en sus relaciones personales o familiares, depresión o tristeza, sentimientos de inadecuación, etc. Empero, cabe mencionar que ninguno de los participantes fue tratado para este padecimiento anteriormente.

*“...esa persona no iba a ser mi psicólogo como tal... me comenzó a atacar, me dijo: “que si tenía acoso por sobre cómo hablo”, hacía mucho hincapié y me enojé mucho, hasta azoté la puerta, lo acepto, después fui con una chica, este, y fue como, era puro “ok” y sonreía [Ríe], solo fui tres sesiones y ya no regresé con ella”. Participante 1.*

*“...me llevó a un psiquiatra especializado porque no encontró psicólogo para niños, en ese entonces era como muy raro y muy catalogado de loco si te llevaban a esas cosas...” Participante 5.*

*“La psiquiatra me diagnosticó con Trastorno Obsesivo Compulsivo porque tenía pensamientos que me decían de hacerme daño, yo escuchaba mi voz. Fue de los veintidós a los veintitrés, ella me dio Tafil, Clorazepam y Prozac. A veces me las tomo cuando me siento muy mal, cuando empiezo a sentirme mal, como raro...” Participante 6.*

### **Fase 3: Intervención**

Para las intervenciones se contaron con cinco de los ocho participantes mencionados anteriormente, las características de cada uno se presentan a continuación (Tabla 2).

Tabla 2: Descripción de los Participantes.

Participante	Edad	Sexo	Forma de pago	Número de sesiones	Cancelaciones
<b>1</b>	22	Hombre	Económica	18	10
<b>3</b>	23	Hombre	Simbólica	23	3
<b>5</b>	21	Mujer	Económica	11	6
<b>6</b>	27	Hombre	Económica	22	1
<b>8</b>	26	Mujer	Económica	14	4

Para las sesiones se realizaron reportes y se efectuaron supervisiones periódicamente, obteniendo las siguientes categorías para el análisis de la información (Cuadro 2).

Cuadro 2: Concentrado de Categorías.

Categoría	Sub Categoría		
1. Técnicas de intervención	Confirmar	Meta intervenciones e interpretación	
	Clarificar		
	Sugerir		
	Indicar		
	Indagar		
	Recapitular		
	Señalar		
	Otras intervenciones		
2. Componentes de análisis en la sesión	Contenido latente		
	Contenido manifiesto		
	Mecanismos de defensa		
	Trastornos Graves	Trastornos Obsesivo	Trastornos Histriónicos
	-Identificación proyectiva	Compulsivo	-Conversión
	-Idealización primitiva	-Racionalización	-Represión
	-Escisión	-Aislamiento	-Regresión
	-Negación	-Formación de lo contrario	
	Desarrollo libidinal		
	Modo de relaciones de objeto		
	Resistencias		
	- Ganancia secundaria		
- Compulsión a la repetición			
Transferencia			
- Especular			
- Idealizadora			
- Gemelar			
Contratransferencia			
- Tolerancia a la frustración			
- Cohesión del Self			
- Autoevaluación corporal			

Cada categoría fue creada en relación al marco teórico y a la información obtenida a través de los participantes por medio de las sesiones. A continuación, se presenta el análisis de cada una de ellas.

### ***Categoría 1: Técnicas de Intervención***

Kernberg en 1979 hizo mención sobre la posibilidad de llevar a cabo un abordaje psicoanalítico en personalidades Narcisistas y Límite, que implica que se realice un tratamiento cara a cara para observar las defensas en el lenguaje no verbal y que el paciente tenga una percepción real del terapeuta. Dentro de sujetos con Dismorfia Corporal se observa que esto es necesario además

para dar una contención por medio de la mirada. La mirada en el Trastorno Dismórfico puede suscitar o calmar las crisis.

El uso de intervenciones que comprende esta primera categoría requiere del establecimiento de una transferencia positiva, pudiendo utilizar la técnica de confirmación para destacar limitaciones del paciente, ayudando a consolidar la confianza en sus propios recursos. Esto se observa en los siguientes discursos:

*La participante 8, durante la sesión relató los eventos ocurridos antes y durante su intento de suicidio. En ocasiones justificaba a su ex – pareja y se culpaba a ella por lo ocurrido. Agrega que es una vivencia que no se ha permitido hablar con nadie por vergüenza y por miedo a los comentarios de los demás. A lo que respondí lo siguiente: “Imagino que lo que has vivido no es fácil, porque tomar una decisión como la que tomaste solo cabe cuando el sufrimiento es muy grande y no se sabe qué hacer con él. Te propongo este espacio para hablar de ese sufrimiento, como hoy lo hiciste”.*

La clarificación es útil para despejar la información significativa y no significativa, además disminuye la ansiedad y brinda una nueva perspectiva de la situación que, unida con la sugerencia y la indicación, es posible la modificación a un pensamiento secundario, sin embargo esta última es recomendable utilizarla cuando los recursos del paciente no son eficaces. Por ejemplo:

*En las últimas sesiones de la intervención el participante 3 llega angustiado y me comenta que no ha logrado definir cómo se siente con el tema de su padre y que prefiere dejarlo a un lado ya que ha aprendido a vivir sin él por mucho tiempo. A la mitad de la sesión me comenta que su pareja está tomando la decisión de irse a estudiar a otro estado, él le está ayudando a encontrar universidades pero que se pregunta si es porque la quiere alejar o la quiere apoyar. Le pregunto: “¿te sientes abandonado?”, responde que tiene mucho miedo a estar sin ella, posteriormente comenta que posiblemente lo pueda superar fácilmente y dejarlo a un lado, a lo que le digo: “¿Como con el tema de tu padre?”.*

Alternadamente se aplica la técnica de indagación para completar la información que, a través del discurso, el paciente percibe otros detalles que no había detectado, lo que coadyuva a disminuir los delirios de autoreferencia y de grandeza, al darse cuenta el paciente que no solo a él le pasan “cosas graves” y al mismo tiempo desarrollar mayor apertura a la libre asociación, como se muestra a continuación.

*El participante 1 está hablando sobre una discusión con su padre la semana anterior, hace uso de las siguientes expresiones: “como tú sabes”, a lo que respondí: “¿a qué te refieres?, también dice “como ya te he dicho”, ¿sobre qué me has dicho?, y “pasa lo de siempre”, “¿qué es lo de siempre?, sé que has discutido con tu padre anteriormente, pero no creo que esta pelea sea la misma que antes, ¿qué pasó en esta ocasión?”*

La técnica de señalamiento ayuda a enfatizar la información asociada al conflicto, favoreciendo la disminución del agobio del paciente, al discriminar por él mismo los componentes significativos. La recapitulación es útil para dar cierres a los relatos del paciente a través de concretar lo comentado por el sujeto quien con facilidad realiza el procesamiento de la información revisada en el proceso terapéutico, que a continuación se ejemplifica.

*El participante 6 relata sobre las relaciones significativas que ha tenido a lo largo de su vida y comenta que esas relaciones las han concluido los otros, también menciona múltiples abusos por parte de los otros a lo largo de la relación. Es por ello que le pregunté: “¿Por qué duraste tanto con ellos?”, él se encoge de hombros, agregué: “Tú me dices “No me gusta” y te pregunto “¿quién terminó a quién?” y tú me dices “ellos a mí” cuando al parecer tienes más razones de haberles dicho que ya no querías seguir con ellos pero estás siempre esperando que te terminen”. A lo que él respondió: “Una vez platicando con mi mejor amigo, prefiero que ellos lo hagan como para que no se sientan mal o algo así. Entonces le señalé: “¿Te has dado cuenta que se ha repetido el mismo patrón toda tu vida, desde chiquito con tu hermano? Él responde con un silencio. Posteriormente recapitulé: “En relación a lo que me contabas de tu infancia: “le van a hacer daño a mi hermano, prefiero que me lo hagan a mí a que se lo hagan a él”. Después estos chicos “prefiero yo lidiar con esto a hacerles daño”. Igual para hablar de algo “mejor me quedo callado, no vaya a hacer daño” pero a ti te pueden hacer muchas cosas” y él respondió: “no me había dado cuenta”.*

Las interpretaciones se componen de hipótesis y es recomendable realizarlas con base a la empatía desarrollada en cada una de las sesiones para facilitar la comprensión de las mismas.

Las meta - intervenciones consisten en la asociación de diversas intervenciones que permiten explicar la conformación de la dinámica que caracteriza determinada situación o conflicto, siendo muy solicitadas al inicio del tratamiento por el paciente con Dismorfia y conforme avanza el proceso terapéutico se prescinde de ellas.

*El participante 1 al llegar a sesión refiere un dolor intenso en el hombro, al preguntarle sobre la razón niega haber realizado alguna conducta que pudiera provocarlo, posteriormente comienzo a hablar sobre la relación con su padre y al hacerlo dirige su mano hacia el hombro y comienza a sobarlo. Dijo: “es que es tan pesado, a veces no lo aguanto”, por lo que dije: “cuando uno carga lo que no aguanta se lastima”, me vio y mencionó que no entiende, por lo que expliqué la asociación entre el dolor físico y emocional de cargar algo reflejado como una conversión hacia su dolor físico, termina diciendo: “nunca lo había visto así, entonces si no aguanto lo tengo que soltar”.*

Al igual que se maneja con cualquier otro paciente, los encuentros casuales fuera del consultorio deben realizarse con profesionalismo, lo que implica ser cauteloso al momento de saludarlo, de tal manera que la respuesta sea empática por parte del terapeuta en caso de que se acerque o se mantenga a distancia. En las sesiones subsecuentes es recomendable estar atento a las reacciones del paciente que estén vinculadas al encuentro ya que el paciente tiende a evadir el tema debido a que algunos han expresado sentimientos de invasión por parte del terapeuta al espacio donde fue el encuentro, desencadenando enojo y delirios de grandeza y autoreferencia. En seguida se relata lo acontecido después de un encuentro casual.

*El participante 1 llegó a sesión tarde después de faltar una sesión anterior. La semana antes a la cancelación se dio un encuentro casual en el que él se mostró evasivo con la mirada, a los pocos minutos se fue del lugar sin haberse dado un saludo. Cuando llegó a sesión se mostraba de nuevo evasivo, con actitudes de confrontación y devaluatorias. A lo largo de la sesión habló sobre un evento con su padre, quien había entrado a su cuarto sin pedir*

*permiso, agregando que se había sentido enojado e invadido, es por ello que le pregunté: “¿tú te sentiste igual cuando nos encontramos casualmente?”, respondió afirmativamente y agregó que se siente muy incómodo cuando me ha encontrado en otros espacios, por sentirse vigilado de mi parte. Durante esa sesión se intentó reelaborar el acontecimiento, de tal manera que seis semanas después al llegar a sesión comentó: “ya no me incomoda verte en otro espacio, te vi, no te saludé, pero ya no me incomoda”.*

La técnica de confrontación permite observar en el paciente las contradicciones de su decir con su hacer o sentir mostrándose susceptibles expresando sentirse criticados, juzgados y no comprendidos, poniendo en riesgo la alianza terapéutica que hasta el momento se ha establecido. Es por ello que no se recomienda el uso de esta técnica en pacientes con Dismorfia Corporal, como se observa en el siguiente relato.

*La participante 4 durante la primera y única sesión de la intervención comenta que odiaba a su padre por golpearla, a su madre por no hacer nada y su hermano por la actitud que tiene con ella. Posteriormente habla de su comportamiento con ellos, explicando que muchas veces les contesta groseramente, les cuelga el teléfono y no los visita por largo tiempo, por lo que su madre se siente abandonada. Yo le comenté: “entonces ahora eres tú la que los golpea con tu ausencia”, el resto de la sesión guardó silencio. Posteriormente canceló constantemente las sesiones, hasta que dejó de llamar, renunciando a la intervención.*

### ***Categoría 2: Componentes de análisis de la sesión***

Dentro de la categoría de componentes de análisis de la sesión se retomará el contenido latente y manifiesto, los mecanismos de defensa predominantes, el desarrollo libidinal y yoico, los modos de relaciones de objeto, las resistencias y la transferencia y contratransferencia.

El paciente con Dismorfia Corporal presenta un conflicto con su propia existencia, la que tiene que estar verificando en relación a los otros, de tal manera que el no ser mirado provoca dolor y esto mismo aparece en el proceso terapéutico. Esto se observa en los siguientes relatos: “No sé, bueno, en mi casa son muy católicos, nos prometen una vida después de la muerte y aunado a eso, me da miedo a simplemente dejar de existir...” Participante 3.

*“Mi hermano me hace burla y me dice: “en un año vas a ver cómo vas a estar, vas a desaparecer [Ríe], es un desgraciado... apenas estaba en mi casa y estaba pensando justo eso que ya estoy desapareciendo”. Participante 8.*

En todos los participantes se pudo observar que al hablar no miran al terapeuta, solo en aquellos momentos donde relatan algún evento que para ellos sugiere una desaprobación, es entonces cuando atienden la mirada y reacciones del terapeuta. Por ejemplo:

*La participante 5 dirige su mirada a la puerta durante todas las sesiones, sin embargo, en una de estas sesiones dice estar enojada con su madre porque le prohibió trabajar agregando expresiones como: “todavía que le tengo confianza para decirle que su hija está trabajando y me dice eso, estoy trabajando, ¿cuál es su problema?, no es un trabajo de prostituta es un trabajo digno, además ella nunca ha trabajado es una mantenida”, es en este último momento donde me voltea a ver, al parecer esperando mi aprobación ante su enojo.*

Las temáticas en el orden de lo manifiesto están relacionadas a los conflictos que constantemente tienen en sus diferentes esferas, por ejemplo, en sus relaciones personales, problemas con personas en el trabajo, la escuela, la familia o sus relaciones amorosas. Por lo general el contenido de sus relatos tienden a explicar el abuso y la sensación de desamparo, lo que genera una constante victimización en su discurso, sin embargo, súbitamente deja de ser de interés al grado de no volverla a retomar por largo tiempo. El contenido manifiesto se puede observar en el siguiente relato:

*El participante 1 habla durante seis meses de la relación conflictiva que tiene con su padre quien se va por largos periodos de tiempo por situaciones laborales, quien cuando llega altera la dinámica que hasta el momento tienen en casa. Relata a lo largo de varias sesiones las dificultades que atraviesa para adaptarse de nuevo a la presencia del padre, cuando este se va habla sobre la favorable adaptación que vivencia por su ausencia, durante este mismo periodo comenzó a tener una relación estable con su pareja la cual no mencionaba, posteriormente comenzó a hablar únicamente de lo que acontecía en su relación y dejó a un lado los eventos que suceden con su padre.*

Con relación a los mecanismos de defensa se observó que los predominantes en el Trastorno Dismórfico son la identificación proyectiva, idealización proyectiva, dejando ver la

idealización y desvalorización, la escisión, la negación, siendo estos mecanismos los que caracterizan a los Trastornos Graves de Personalidad, pero además estuvieron presentes los mecanismos de formación de lo contrario, racionalización, aislamiento (característicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo) y además se observó la represión, conversión y regresión característicos del Trastorno Histriónico. En los siguientes relatos se señala cómo se presentan los mismos.

### Identificación proyectiva

*El participante constantemente responde en sesión con “no sé”, ante esto comenta: “de seguro me has de odiar, has de decir: “este no sabe hablar”. Yo sí me odiaría”. Participante 1.*

### Idealización primitiva

*“Que no sabe nada, no sabe todo lo que trabajó mi abuelo para comprarme esos boletos y que no me importa pudo haber sido de un peor medio de transporte pero no me importa el punto es que fue un regalo de mi abuelito. Él (un compañero de trabajo) es una persona superficial y mediocre que cree que por tener un iPhone y estar hablando las veinticuatro horas por él ya lo hace más intelectual o más importante. La realidad es que no puede ni siquiera realizar bien su trabajo porque siempre se la pasa presumiendo todo lo que ha podido comprar”. Participante 8.*

### Escisión

*“Yo siento que siempre he sido como que... creo que a veces ni siquiera sé diferenciar cuál es cuál, pero sí es como una parte mía la más “cute”, la más linda y la otra es como toda medio monstruo... no monstruo pero tal vez un poco como agresiva medio intensa que no sale, que no se atreve a hacer determinadas cosas pero en ocasiones ya no sé ni cuál es cuál”. Participante 5.*

### Negación

*“No, no es que no haya querido asistir, es que mi papá no me pudo traer”. Participante 1.*

### Formación de lo contrario

*“El día de las madres, mi hermana y yo le compramos un arreglo de flores a mi abuelita, nos gastamos como mil pesos en ello”, yo le pregunté si es la misma abuelita que la maltrataba de pequeña, me respondió que sí. Participante 5.*

## Racionalización

*El participante 1 relata una separación que vivenció en la semana con un chico con el que estaba saliendo que era menor de edad, al principio comenta que siente de nuevo el rechazo debido a que le dijo que ya no quería salir con él, justificando que seguramente es porque el chico tenía muchas presiones y apenas está aceptando su homosexualidad.*

## Aislamiento

*El participante 6 relata sobre su experiencia de abuso sexual, al hacerlo muestra un aplanamiento emocional, de igual forma no se observa la presencia de ansiedad. Le pregunté: “¿Cómo te sientes con esto que hoy me cuentas?”, y él respondió: “pues, bien”.*

## Represión

*El participante 6 comenta que no tiene ningún recuerdo de sus ocho primeros años de vida, refiere que su madre tiene una caja donde guarda dibujos, fotos y recuerdos de esas edades pero él no quiere abrirla ya que prefiere no recordar lo que sucedió en esos momentos.*

## Conversión

*El participante 1 llegaba al inicio de las intervenciones con dolor en el hombro y comentaba “solo me duele cuando llego aquí”.*

## Regresión

*La participante 5 hablaba de un pretendiente que por lo general la dejaba plantada, fue un tema en el que se señaló la permisividad de este acto de maltrato hacia ella. Posteriormente volvió a salir con él, hablando de manera añorada al decir: “lo he visto, lo he visto”.*

En la subcategoría de desarrollo libidinal se observa que en estos sujetos la libido objetal es retirada de las personas pero sin generar una sustitución por medio de la fantasía, por lo que esa energía regresa al Yo del sujeto, colocándola en el cuerpo, es por ello que tienden a estar preocupados por su aspecto físico y se ocupan de los otros cuando se trata de las críticas que creen recibir sobre su apariencia, siendo los otros objetos persecutorios. Esto se observa en el siguiente relato:

*“Yo diría que, de ahí a que lo reconozca es otra cosa, incluso tengo bastantes problemas en mi materia de comunitaria porque no quiero yo participar en comunidad... este es en el aspecto de la convivencia, en el aspecto más personal yo diría que, que sí siento necesitarlo a veces, siento como, no sé, hay situaciones imaginarias en las que yo estoy mostrando cariño a alguien, pero ese alguien no tiene rostro, es decir bien podría llenarlo con alguien de mi familia, bien podría llenarlo con un amigo, bien podría llenarlo con alguien que me atrajera sexualmente pero, casi siempre es la misma escena de, de, y ni siquiera es algo sexual, es algo como de apapachar, no sé si es como de mostrar que lo estoy necesitando, necesitando que me apapachen a mí o mostrarlo como que yo necesito sacar cariño o algo así, siempre es como una escena genérica”. Participante 3.*

Otra subcategoría de los componentes de análisis en la sesión es el modo de relaciones de objeto. Para este apartado es necesario entender que en las personas con Dismorfia Corporal se observa que no superaron la etapa de separación – individuación ya que no hay consolidación de la constancia objetal, al tener un objeto ambivalente con amenaza de perderlo no es posible que se realice una internalización gradual de la imagen positiva de los objetos. A consecuencia de las fallas en esta etapa del desarrollo existen problemas en las autorepresentaciones internalizadas y de su distinción con las representaciones de los objetos.

La modificación del desarrollo de separación - individuación es debido a que en momentos de frustración las representaciones se transformaron en experiencias devaluadas, agresivas y terribles que generaron representaciones contradictorias del Self y de los objetos. Debido a que no existe una integración de representaciones del Self adecuada, se presenta un sentimiento de abandono y sentimiento de vacío que el paciente Narcisista y con Dismorfia Corporal revivirá cada que no se presentan las gratificaciones que espera. Para observar la problemática en la etapa de separación – individuación se presenta el siguiente discurso:

*“... justo, un minuto después de despedirme de ella, sentía ese bajón que te da, no sé, cuando tomas un montón de Red Bull o cuando estás drogado y que se te quita, así me sentía y luego de golpe decaía... querer estar solo no es tan contradictorio si es mi recurso, no quiero necesitar a nadie, pero aun así estoy con gente... extraño a la gente,*

*no quiero hacerlo pero sí extraño a la gente, pues es, buscarlas, siempre que extraño a alguien es buscarla, pero primero está el plan de cómo buscarlas pero cuando empiezo a pensar es, pensar cómo la voy a encontrar, cómo me va a encontrar, en realidad me quiere ver, y es ahí donde marco la pauta, me quiere ver o no me quiere ver y es ahí donde entra la autoestima, no me quiere ver, ¿por qué me va a querer ver? y es ahí donde extrañar se vuelve doloroso porque no quiero extrañar a alguien que no me quiere ver, sin llegar yo a establecer contacto con esa persona”. Participante 3.*

*“Cuando lo dejé salía mucho a bailar y tomar, iba sola, iba, conocía hombres, los seducía y me iba con ellos. Lo dejé de hacer cuando conocí a esta persona, yo también me hartaba de mí misma, con él me daba miedo perderlo, no me veía sin él, en ocasiones, cuando sueño con él y despierto por la noche me da mucha culpa ver que a lado está mi novio”. Participante 8.*

Las resistencias son también una subcategoría a analizar dentro de los componentes de análisis de la sesión, estas siempre se encuentran durante el proceso terapéutico. Con estos sujetos al inicio del tratamiento estas se presentan con frecuencia, manifestándose con inasistencias, retardos y respuestas tajantes. Lo anterior está asociado a la poca capacidad de insight. Por otra parte la ganancia secundaria del Trastorno Dismórfico se encuentra en la mirada del otro, sin embargo vuelve a ser de un objeto persecutorio, por lo que su autodevaluación se intensifica.

Otra manifestación cotidiana de resistencia que se presentan son los olvidos, silencios y los secretos. Cabe recordar que es un padecimiento que se vive en silencio y es posible que por ello las temáticas al inicio del tratamiento no se relacionen con la sintomatología presente en la Dismorfia Corporal. En estos casos las resistencias tienden a ser egosintónicas y por ello es necesario esperar para analizarla posteriormente a profundidad. Algunas de las resistencias anteriormente mencionadas se observan en los relatos presentados a continuación:

*“Cuando llego aquí muchas veces tengo en mente lo que quiero decir, pero se me olvida”. Participante 1.*

*“...la sesión pasada hubo una cosa en la que me negué, pero estoy seguro que no debía negarme, pero se me olvidó después, pero no sé qué sea, de hecho, luego, luego saliendo de aquí dije: “ay, cómo puedo caer en la negación tan rápido...” Participante 3.*

*A la participante 8 le avisaron desde el viernes que el lunes tenía que quedarse en el trabajo a la hora de la siguiente sesión, la paciente me avisó media hora antes y yo sugerí un cambio de horario, la siguiente semana dice: “No es una situación de que no quisiera venir, no podía venir porque estaba trabajando, eso sucede a veces, si me piden que me quede me tengo que quedar”.*

En la subcategoría de la transferencia se retoma la aportación de Kohut (1971) quien afirma la necesidad de interpretar y elaborar las transferencias Narcisistas para fortalecer al Self y de esta manera abrir paso a un desarrollo normal de la libido Narcisista. Los tipos de transferencia propuestos por el autor son la Especular, la Idealizadora y la Gemelar.

Es recomendable que el terapeuta esté consciente de la responsabilidad que implica la atención de este tipo de pacientes, al menos al inicio del tratamiento donde se puede esperar que exista una Transferencia Especular. Las cancelaciones o inasistencias sin previo aviso del terapeuta pueden ocasionar que la transferencia se torne negativa ya que se priva al paciente de exhibirse y el espacio inconstante se tornará inseguro y ambivalente para él. Hay que recordar que al inicio es posible que existan delirios de autoreferencia y estos pacientes son sumamente susceptibles a cualquier situación que implique no verlos. Si el punto terapéutico es al inicio brindar un sostén no ambivalente y empático desde los actos y no desde el discurso, el terapeuta debe cumplir de manera puntual con el encuadre. Se presenta el siguiente discurso como ejemplo:

*“Me la pasé pensando que ya no ibas a estar y tendrías razón, creo que ya no me vas a atender, estoy ocupando tu tiempo y haciendo que lo pierdas y llevo desde la primera sesión que no puedo llegar a tiempo... solo pienso que me vas a castigar, a odiar y me vas a dejar de recibir”. Participante 5.*

A diferencia de lo planteado por Freud en relación a los obsequios en sesión, en el tratamiento con este tipo de pacientes es necesario indagar los aspectos simbólicos del regalo y aceptarlos como parte de una Transferencia Especular, empero si se trata de regalos costosos habrá que agradecerlos, pero no aceptarlos, como se observa en el siguiente relato:

*La participante 8 llegó a sesión con una planta, me la da y comentó: “es una planta de sombra, la tienes que regar una o dos veces por semana. Pero no necesita muchos cuidados”. Se hizo una metáfora con la planta y su necesidad de ser cuidado. Yo le pregunté: ¿Tú los necesitas?, ella me responde que no y aclara que es porque ha vivido sola mucho tiempo y por ello se hace cargo de sus propios gastos. A lo que puntalicé que me refería a los cuidados emocionales. Ella comentó: “No, siempre he tenido la idea de que debo ser autosuficiente. Si necesito un abrazo debo ser capaz de dármelo”, así mismo habla sobre la debilidad que siente al necesitar a otros, el miedo al rechazo y la culpa cuando estos otros le ponen atención.*

La suspicacia al inicio del tratamiento tiende a ser alta, ellos no confían en que se les pueda ayudar. Conforme se va generando un ambiente de empatía y se instaura un tipo de transferencia positiva, ellos comienzan a escuchar con mayor detenimiento y a hablar con mayor soltura. Es por ello que cuando un paciente ha comenzado a hablar de la percepción de sus defectos físicos es muy probable considerar que se ha instaurado ya una Transferencia Idealizadora ya que comienzan a creer que el terapeuta puede ayudarlo. Esta etapa es importante, el terapeuta debe dejarse idealizar para que, como explicaba Kohut, se lleve a cabo una desidealización progresiva por medio de frustraciones óptimas y posteriormente una internalización transmutadora. Se observa en el siguiente relato la modificación que se efectuó en la transferencia:

*La participante 8 quien obsequió la planta llegó dos meses después y comentó: “Qué bella, sigue viva, son plantas muy difíciles... el otro día le hablé a X, hace mucho no hablábamos y le dije que necesitaba verla pronto”. Con lo anterior se observa que la participante transitó de la Transferencia Especular a la Idealizadora en la que se permite aceptar la necesidad que tiene del otro, sin que esto la debilite.*

En la Transferencia Especular no solo es un espejo que refleja sino un otro separado del sujeto. Aquí se modifica el miedo a perder al objeto por el miedo a perder el amor de ese objeto y el deseo de complacer el deseo de ese objeto, como se presenta en el siguiente discurso:

*“...siempre he hecho mucho mejor las cosas cuando alguien me las pide a cuando yo quiero hacerlas, entonces el decir que tú quieres que yo haga un cambio sería como establecer mi necesidad de un cambio en ti para que tenga que hacer un cambio, porque si dependiera de mí, no haría nada. Participante 3.*

En la Dismorfia Corporal es necesario no pretender entender al paciente, sino que hay que entenderlo para alcanzar la Transferencia Gemelar donde la relación entre el paciente y el terapeuta se vivencia como una relación entre iguales pero separados, no es un espejo que refleja, ni un padre/madre a quien idealizar. El proceso para alcanzar este tipo de transferencia es arduo y tardado, por lo que en los participantes aún no se alcanza durante los seis meses de intervención.

Durante las sesiones la mirada del analista da continuidad, existencia y cohesión al Self del paciente. La mirada paradójicamente en estos casos puede ser un veneno o un antídoto, en otras palabras, uno de los detonantes es la mirada del otro, sin embargo también una mirada empática y amorosa es la clave para modificar estos padecimientos. Tal como comenta Nasio en Arte y Psicoanálisis (2016), “Ese lugar, esa cosa, esa sustancia muda, desprendida de los seres que se fueron sucediendo, es aquello a lo que, por convención, llamamos mirada. Es ahí, en esa mirada sin sujeto, acéfala, producida entre una escucha y un decir, donde se realiza la transferencia y donde el inconsciente existe” (Pg. 107). Relacionado a la mirada durante la sesión, una participante comenta:

*“Esto no funcionaría, C me dijo el otro día que con su terapeuta se pone en el diván y se siente cómodo porque no lo ve, yo no podría no verte, necesito ver qué haces... si no veo qué caras hacen en mi casa no sé si ya los estoy hartando, siento que a veces los vigilo”. Participante 5.*

Con relación a la contratransferencia, el paciente con Dismorfia Corporal puede provocar en el terapeuta la duda de su participación en el setting terapéutico debido al discurso devaluatorio que dirige al terapeuta y suele estar relacionado con la identificación proyectiva donde el paciente excluye, devalúa y juzga al terapeuta como lo hicieron con él, además puede desarrollar sentimientos de frustración ante las conductas intrapunitivas que realiza el paciente a pesar de ser sido analizadas previamente en sesiones.

Cuando los pacientes hablan sobre su aspecto físico esto puede generar en el terapeuta autoevaluación corporal silenciosa. “Es necesario que el terapeuta se escinda, una parte vivirá la experiencia acompañando al paciente en la regresión y otra parte se distancia manteniendo la objetividad” (Kohut, 1990).

#### **Fase 4: Evaluación**

Al finalizar la fase de la intervención se realizó la reevaluación de la presencia de la Dismorfia Corporal, por lo que se aplicó el “Cuestionario para Autoestima Físico” a los cinco participantes con los que se realizaron las entrevistas y la intervención. A continuación, se muestran los resultados por participante de ambas aplicaciones (Tabla 3).

Tabla 3: Descripción de los Participantes.

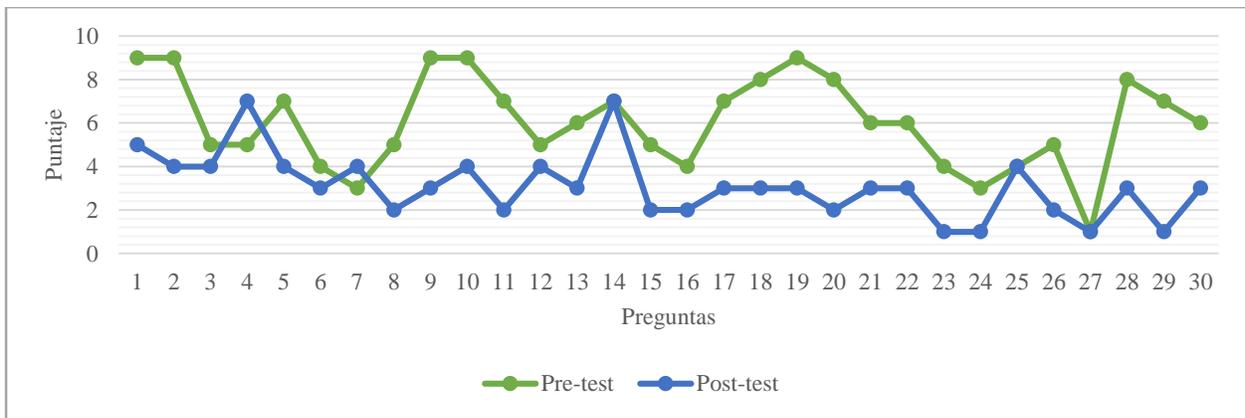
Participante	Edad	Sexo	Promedio pre-test	Promedio post-test
<b>1</b>	22	Hombre	6.03	3.1
<b>3</b>	23	Hombre	5.4	6.8
<b>5</b>	21	Mujer	6.8	4.7
<b>6</b>	27	Hombre	8.07	3.5
<b>8</b>	26	Mujer	6.2	6.3

Con los promedios de cada aplicación se calculó el coeficiente de correlación para obtener el grado de variación entre dos variables, en este caso el pre – test y el post – test. El valor arrojado fue de -0.59, por lo que existe una correlación negativa moderada entre el pre-test

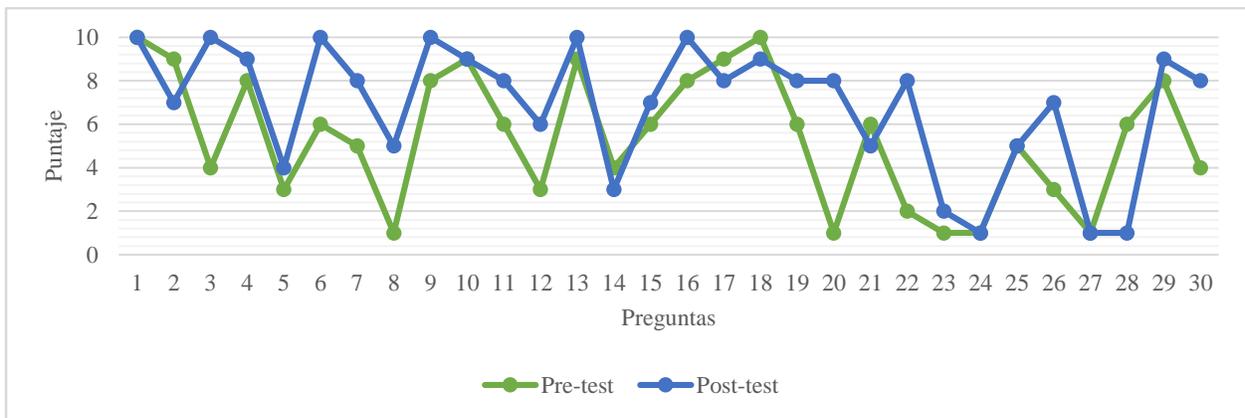
y post-test, lo cual sugiere que existen cambios después del abordaje Psicoterapéutico con Enfoque Psicoanalítico, por lo tanto se concluye que este enfoque terapéutico es de utilidad para el tratamiento de pacientes con Dismorfia Corporal.

A continuación se presenta una gráfica de los puntajes de cada uno de los reactivos del cuestionario en ambas aplicaciones de cada uno de los participantes con los que se realizó la intervención (Gráfica 5 - 9).

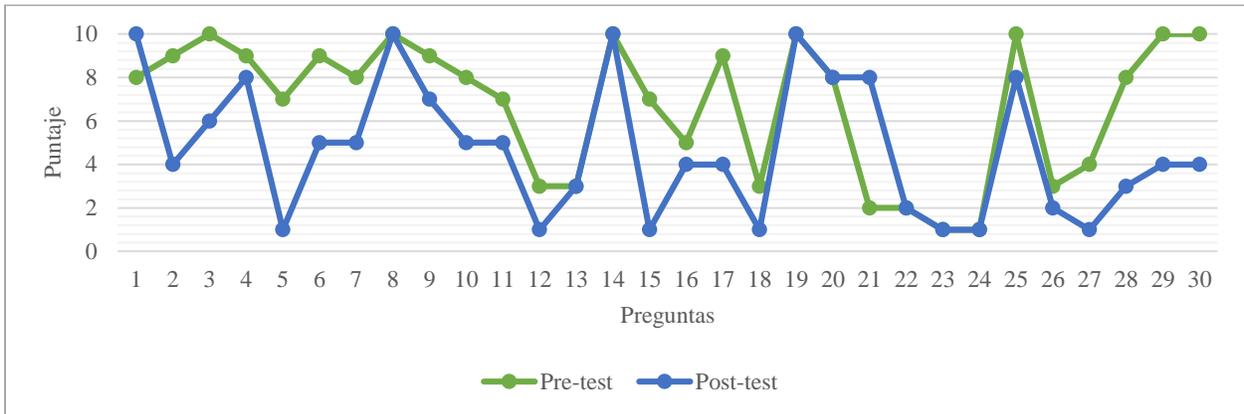
Gráfica 5: Participante 1.



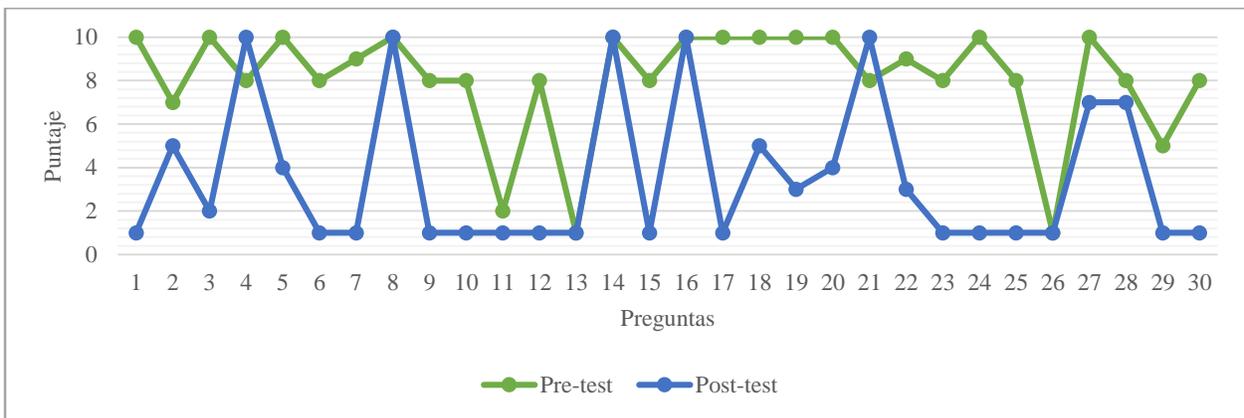
Gráfica 6: Participante 3.



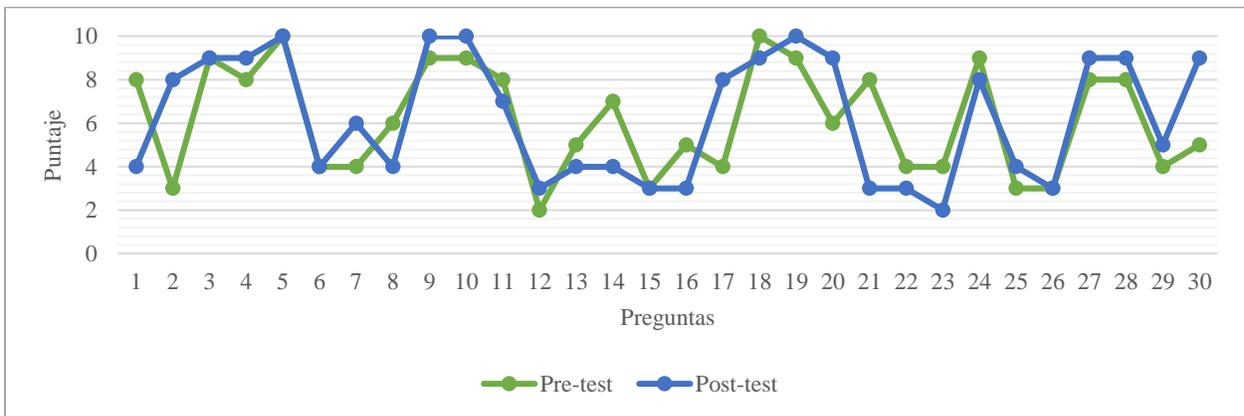
Gráfica 7: Participante 5.



Gráfica 8: Participante 6.



Gráfica 9: Participante 8.



## **Discusión**

De acuerdo a Phillips (2012) se estima que el 1.7 al 2.4% de la población mundial posee los criterios diagnósticos para el Trastorno Dismórfico Corporal, sin embargo se puede observar que en la población con la que se trabajó en la ciudad de Cuernavaca existe un mayor porcentaje de presencia de dicha problemática (33.86%). Este deja en entredicho la posibilidad de que la Dismorfia Corporal sea de poca prevalencia.

Es necesario reconsiderar la clasificación en donde se encuentra esta condición, coincide en el DSM – V y en lo comentado por Phillips (2012) que el Trastorno Dismórfico Corporal se ubica en los Trastornos Obsesivos Compulsivos, empero, los resultados indican que hay una mayor similitud con los Trastornos Narcisistas y esta diferenciación y categorización cobra importancia al efectuar un proceso terapéutico ya que no se tratan todas las estructuras y patologías bajo un mismo esquema. Kohut (1990) al explicar la etiología del Narcisismo, comenta que se debe a fallas empáticas de los padres a las necesidades de reconocimiento del niño, creando deficiencias en la estructura psicológica del Self, formando estructuras secundarias compensatorias. Detrás de ella hay depresión y falta de autoestima, una profunda sensación de desvalorización y de rechazo, un hambre insaciable de respuesta y un anhelo de sentirse reasegurado. Se observa que una de las manifestaciones de las fallas es la observación no empática de los Objetos del Self, lo que se ha mencionado como la no mirada en estos pacientes; de esta manera se priva al niño de una respuesta a la necesidad de su exhibicionismo y grandiosidad, impidiendo una internalización de objetos significativos. Se observó con los participantes que la mirada no empática se presentó como una mirada vacía, reprobatoria y/o distorsionada.

Autores como Kohut (1990) y Kernberg (1999) coinciden que las personalidades fronterizas se conducen con mecanismos de defensa primitivos, siendo estos la escisión, la identificación proyectiva, la negación y la idealización primitiva de donde se deriva la desvalorización y la omnipotencia. Estos mecanismos se pudieron observar en cada uno de los participantes. De igual manera Kernberg (1999) sugiere que uno de los objetivos de la terapia es lograr que alcancen el uso de mecanismos secundarios que le permitan establecer relaciones impersonales satisfactorias con un objeto en lo que pueda confiar, es decir, que se muestren empáticos a sus necesidades afectivas.

El desarrollo libidinal presenta una libido Narcisista en la que el Self del sujeto se enviste de su propia energía, retirándola de los objetos “significativos”, lo que implica que la persona se centre en sí misma y como evidencia del abandono emocional y la mirada no empática ejercida por los padres determina el grado de patología Narcisista. Con los participantes se observó la manera en cómo se centran en sí mismos, enfocándose en los defectos de su cuerpo y mostrando un sentimiento de abandono ante las supuestas críticas y rechazos de los demás. Empero, con el avance de la intervención se observó una paulatina integración de los Objetos del Self.

Con relación a la Técnica Psicoanalítica aplicada a este trastorno, algunos autores (Phillips, K; Wilhelm, S; Steketee, 2012, Raich, 2011) han establecido que los tipos de terapia más funcionales para el Trastorno Dismórfico Corporal son aquellas llamadas de apoyo, que se enfocan principalmente en la sintomatología. Sin embargo, Kernberg (1999) en su propuesta para el abordaje de Trastornos Límites sugiere el uso de la terapia expresiva que se enfoca en analizar el origen del problema, de identificar las temáticas que necesitan una reelaboración, así como el significado latente de todos los síntomas que un paciente llega a presentar. Al mismo tiempo Kohut (1990) sugiere el uso de la empatía como técnica para el tratamiento de pacientes con

Trastorno Narcisista. De esta manera y retomando que los pacientes con Dismorfia Corporal presentan mayor sintomatología del Trastorno Narcisista, se puede afirmar a partir de los resultados de esta investigación que la Técnica Psicoanalítica es funcional y muestra resultados. Al igual que Kernberg (1999) el uso de una técnica modificada cara a cara resulta favorecedora para el proceso terapéutico, así como la intervención en el aquí y el ahora. Kohut (1990) afirma que la empatía es la herramienta básica para el tratamiento con sujetos Narcisistas, propuesta que resultó aplicable con los participantes de esta investigación, observando en el proceso terapéutico de seis meses de duración la presencia de la Transferencia Especular e Idealizadora, lo que se aspira a alcanzar la cohesión del Self. El trabajo terapéutico continuará, esperando identificar la presencia de la Transferencia Gemelar.

Con relación a las propuestas de Fiorini (2002) en cuanto a la Técnica Psicoanalítica que considera para la terapia está la clarificación, la indagación, la sugerencia, la indicación, el señalamiento, la recapitulación y las interpretaciones. Todas estas fueron eficaces para el abordaje con los participantes, sin embargo, la confrontación no se recomienda en estos casos. Kernberg (1999) asegura que la técnica de meta intervenciones se requiere en el proceso terapéutico de pacientes fronterizos debido a que las interpretaciones no suelen ser comprendidas, condición que se presentó en los participantes durante la intervención, por lo que su uso de esta técnica es imprescindible en el tratamiento de la Dismorfia Corporal.

La técnica de la interpretación de las resistencias, como lo afirman varios autores (Freud, 1911, Greenson, 1976 y Fiorini, 2002) es uno de los pilares de la técnica psicoanalítica y la permanencia del paciente dependerá de su análisis e interpretación. Es por ello que se utilizó en pacientes con Dismorfia Corporal, detectando que las resistencias de mayor prevalencia fueron los silencios, las inasistencias y lo secretos.

La clasificación de los tipos de transferencia que aquí se utilizan se fundamentan en la teoría de Kohut (1971) y ayudan al terapeuta a determinar los avances que presenta el paciente cuando esta se analiza de manera oportuna y empática.

Dicho lo anterior y debido a la reevaluación realizada con los participantes con los que se efectuó la intervención es posible considerar la utilidad que tiene la Terapia con Enfoque Psicoanalítico en el tratamiento con pacientes que presentan Dismorfia Corporal ya que en la intervención realizada se observan cambios moderados que se asocian al proceso terapéutico de cada uno de los participantes. Sin embargo, hay que considerar que este proceso no ha concluido por la naturaleza de que el psicoanálisis es interminable, lo que permite que en un futuro los cambios puedan ser significativos.

## Conclusiones

Como se mencionó anteriormente el instrumento cuenta con una adecuada confiabilidad y validez que permitió determinar la presencia de la sintomatología de la Dismorfia Corporal en adultos, por lo que se pudo obtener a los participantes con los que se realizó la investigación. El resultado fue enriquecido con la aplicación de la entrevista en profundidad, por lo que se sugiere que en subsecuentes investigaciones se mantenga el uso de ambos.

La etiología de la Dismorfia Corporal está asociada a las fallas de la mirada no empática por parte de los padres que se presentan por conductas violentas, de rechazo, de indiferencia, comparación con otros y de exposición devaluatoria del infante con los demás, también presentan contradicciones en el decir y el hacer y expresiones verbales de crítica, juicio y devaluación, teniendo como efecto un deterioro en la autoestima, sensación de desvalorización y de rechazo. Por lo anterior, existe en quien padece este trastorno dificultades para buscar ayuda, por lo que se sugiere abrir espacios para la atención de esta problemática y alternadamente difundir información que ayude a identificar los síntomas de quien lo padece y alertar a los padres de los efectos que pueden tener el trato hacia sus hijos.

Con esta investigación se logró identificar la etiología y la dinámica desde la Teoría del Self en el que se identifica la dificultad de internalizar los objetos del mismo ubicándose por tanto en Trastornos Limítrofes. Es prudente retomar a Klein y Lacan para enriquecer el desarrollo psicodinámico del trastorno desde otras posturas.

Se requiere de una terapia basada en la empatía y el sentido común debido al tipo de personalidades que se están tratando. Por ello es necesario que el terapeuta desarrolle empatía a través de su propio análisis, incluyendo el de la imagen corporal, esto quiere decir, que el terapeuta realice un trabajo de pensar en aquello que hasta el momento no ha pensado sobre su

cuerpo y perciba cada una de las emociones, sensaciones y sentimientos que eso le genera y solo a partir de ello podrá entender este padecimiento y a su paciente.

La terapia psicoanalítica es favorable para el tratamiento de este trastorno aplicando las técnicas de confirmación, clarificación, sugerencia, indagación, recapitulación, señalamiento, interpretación y meta – intervenciones, evitando el uso de la confrontación. De igual forma es de utilidad realizar un análisis e interpretación oportuna de las resistencias, transferencia y contratrasferencia.

## Referencias

- Aguirre, C; Ramírez, L. (2014). *Cuestionario para Trastorno Dismórfico Corporal*. (Tesis de Licenciatura). Cuernavaca, Morelos. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Arglinton, V.A.: American Psychiatric Publishing.
- Anokian, C; Bermúdez, C; Diéguez, J; et al. (2010). *El Culto al Cuerpo*. Creación y Producción en Diseño y Comunicación. Vol.33. Págs. 37 y 38.
- Arcas, M. (2009). *Sobre un Caso de Trastorno Dismórfico Corporal*. Alcmeon. Rev Argentina Clín Neuropsiquiatr. 2009 mar.; 15(3):156-91.
- Bleichmar, N., Bleichmar, C. (1989). *El Psicoanálisis después de Freud*. México D.F.: Paidós.
- Cambridge University Press. (2006). *Psychological Medicine*. Vol. 36, P. 877.
- Cameron, N. (1990). *Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología*. México: Editorial Trillas.
- Dolto, F. (1986). *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*. Barcelona, España: Paidós.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (1911) *Sobre Psicoanálisis*. México: Amorrortu.
- Freud, S. (1914) *Introducción al Narcisismo*. México: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2006) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Greenson, R. (1976). *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*. México: Siglo XXI.

- Guillerault, G. (2009). *Dolto/Winnicott. El Bebé en el Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Hatfield, E; Sprecher, S. (1986). *Mirror, Mirror: The Importance of Looks in Everyday Life*. Albany, NY: SUNY Press.
- Hollander, E; Cohen, L; Simeon, D. (1993). *Body dysmorphic disorder*. *Psychiatr Ann* 1993; 23: 359-364.
- Juárez, A. (2014). *Investigaciones Psicométricas de Escalas Psicosociales en Trabajadores Mexicanos*. México, D.F.: Plaza y Valdez Editores.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Barcelona, España: Paidós.
- Kernberg, O. (1999). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1990). *Cómo Cura el Análisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1971). *Escritos: Volumen Uno*. México: Siglo XXI.
- Lipovetsky, G. (2015). *La Era del Vacío*. México: Anagrama.
- Mackinnon, R; Michels, R; Buckley, P. (2008). *La Entrevista Psiquiátrica en la Práctica Clínica*. Barcelona, España: Ars Medica.
- Mahler, M; Pine, F; Bergman, A. (1977). *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano*. Buenos Aires: Editorial Marymar.
- Martínez, A. (2004) *La Construcción Social del Cuerpo en las Sociedades Contemporáneas*. [Versión electrónica]. Obtenido el 27 de abril del 2013. [ddd.uab.es/pub/papers/02102862n73/02102862n73p127.pdf](http://ddd.uab.es/pub/papers/02102862n73/02102862n73p127.pdf)
- Marx, K. (1867) *El capital: Crítica de la Economía Política. Tomo I*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Misticone, S. (2010). *El Trastorno Dismórfico Corporal* [Versión electrónica].  
Dermatología Ibero-América Online. Obtenido el 12 de marzo del 2013. <http://piel.l.org/libreria/item/296>
- Morrison, A. (2008). *Fenómenos Narcisistas y Vergüenza*. Clínica e Investigación Relacional, 2 (1): 9-25.
- Morselli, E. (1886). *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia*. *Nollentino della Academia di Genova*, 6, 110-119.
- Nasio, J. (2016). *Arte y Psicoanálisis*. México: Paidós.
- Pérez, A; Luna, I; Avendaño, G; Castrillon, D. (2007). *Validación del Body Shape Questionnaire para la Población Colombiana*. [Versión electrónica]. SciElo. Vol. 10, No. 1. Obtenido el 13 de marzo del 2013. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1025-55832010000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1025-55832010000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=)
- Phillips, K; McElroy, S. (1993). *Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 699-702.
- Phillips, K; Menard, W; Fay, C; Weisberg, R. (2005). *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*. *Psychosomatics*. 2005;46:317-25.
- Phillips, K. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder*. Nueva York: Oxford.
- Phillips, K; Wilhelm, S; Steketee, G. (2012). *Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder*. Nueva York: The Guilford Press.
- Raich, R. (2011). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 15-27, feb. 2011.

- Rojas, M. (SD). *El Pensamiento Irrracional y las Personas con Trastorno Dismórfico Corporal* [Versión electrónica]. Instituto Cognitivo Conductual. Obtenido el 27 de abril del 2013. [www.incocr.org/biblioteca/0013.PDF](http://www.incocr.org/biblioteca/0013.PDF)
- Ruiz, M; Díaz, M; Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Sami-Ali. (1991). *Cuerpo Real, Cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schmidt, E. *Distorted Self-Image the Result of a Visual Brain Glitch, Study Finds*. (2007). UCLA Newsroom. Recuperado el 12 de marzo del 2013. <http://www.newsroom.ucla.edu/portal/ucla/brains-of-people-with-body-image-40673.aspx>
- Segal, H. (1965). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. Barcelona, España: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Ulnik, J. (2011). *El Psicoanálisis y la Piel*. Buenos Aires: Paidós.
- Veale, D; Boocock, A; Gournay, K, et al. (1996) *Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases*. Br J Psychiatry 1996; 169: 196-201.
- Wallerstein, R. (1986) *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford.

## Anexos

### Anexo 1: Instrumento

#### Cuestionario para Autoestima Físico

Edad:	Sexo:	Lugar de procedencia:
Escuela de procedencia:	Grado escolar:	

Instrucciones: Lee con atención los siguientes enunciados y escriba una “X” sobre el número en los recuadros de acuerdo a lo que más se asemeje a su vivencia, es decir, 1 es en lo que menos cree usted que esté de acuerdo y 10 en lo que mayormente lo esté. No hay respuestas buenas o malas y los resultados serán confidenciales.

	No										Sí
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. La gente que es bella es aceptada por la sociedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Me molesta que me tomen fotos porque salgo mal en ellas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Reviso en el espejo los aspectos de mi cuerpo que no me gustan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Me considero una persona perfeccionista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Paso más de una hora al día arreglándome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Me comparo con las imágenes de modelos y artistas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Me molesta verme al espejo ya que siempre me veo mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Cuando era pequeño (a) me criticaban por mi apariencia física	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. He llegado a sentirme triste por los aspectos que no me gustan de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Critico muchos aspectos de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Me enojo por lo mal que me veo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. El éxito se consigue por medio de la belleza física	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Me percibo como una persona feo (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Cuando hablo con alguien de mis defectos físicos me dicen que estoy equivocada(o)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Pienso que los demás sólo me aceptarán si soy bello (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Me considero una persona tímida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Me pregunto por qué los demás pueden verse bien y yo no	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Si pudiera cambiar alguna parte de mi cuerpo sería más feliz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Comparo partes de mi cuerpo con los de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. Me da miedo que mi pareja me deje por los aspectos de mi cuerpo que me desagradan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. Evito pensar en los aspectos de mi cuerpo que me desagradan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22. Cuando alguien se ríe, creo que se ríe de mi aspecto físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
23. Practico frente al espejo poses que me hacen ver mejor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
24. Creo que la cirugía plástica me ayudaría a ser feliz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25. Toco con frecuencia las partes de mi cuerpo con las que no estoy conforme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26. Los (as) modelos y artistas son felices porque son bellos (as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27. He acudido a que me realicen tratamientos dermatológicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28. Prefiero callar aspectos de mi cuerpo que me desagradan por miedo a que los noten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
29. Me comparo con familiares (primos, hermanos, tíos, etc.) que son más bellos que yo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30. Reviso constantemente mi apariencia frente al espejo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## **Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Av. Universidad No. 1001 Col. Chamilpa Cuernavaca, Morelos, México C.P. 62209  
TEL. (777) 3297049



Cuernavaca, Mor., a 29 de febrero 2016.

**C. (GRADO ACADÉMICO Y NOMBRE)  
DIRECTORA DE (INSTITUCIÓN)  
PRESENTE.**

Por este medio reciba un cordial saludo y al mismo tiempo solicito su valioso apoyo con la finalidad de que la estudiante de la Maestría en Psicoterapia Claudia Lucía Aguirre Arana, con matrícula 70201501, pueda llevar a cabo la aplicación de su cuestionario para la recopilación de datos de su investigación titulada "Propuesta Terapéutica con Enfoque Psicoanalítico para el Trastorno Dismórfico Corporal" dirigido por la Dra. Lucía A. Ramírez Serrano.

Para ello se le informa que se mantendrá el anonimato de los participantes de la muestra y la estudiante se compromete a dar a conocer los resultados obtenidos entregando para ello un ejemplar de su tesis para la biblioteca de su plantel.

Sin más por el momento, agradezco el apoyo proporcionado a la formación de los estudiantes.

**A T E N T A M E N T E.  
"POR UNA HUMANIDAD CULTA"**

**DRA. MARTHA ELVA GONZÁLEZ ZERMEÑO  
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

c.c.p.- El archivo.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Sirva la presente para manifestar que en forma voluntaria acepto participar en la investigación de maestría titulada Propuesta Terapéutica con Enfoque Psicoanalítico para el Trastorno Dismórfico Corporal, realizada por la estudiante Claudia Lucía Aguirre Arana y dirigida por la Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano.

Para lo anterior, confirmo estar informada de que mi participación consiste en asistir una vez por semana durante aproximadamente dos meses a una serie de entrevistas grabadas, con una duración de 90 minutos cada una, con el objetivo de proporcionar información sobre diferentes aspectos de mi vida (personales, familiares, laborales, académicos, sociales, etc).

Así mismo, autorizo que la información obtenida de las entrevistas sea utilizada de manera anónima para mantener la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad.

Ante cualquier malestar podré notificarlo a la Psic. Claudia Aguirre para resolverlo de la mejor manera o en su caso para hacer uso de mi libertad de decidir el continuar en el proceso de la investigación.

Para que mi participación sea considerada no existe gratificación o pago alguno por ninguna de las partes.

Una vez leída la siguiente información y habiendo tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas FIRMO ESTA FORMA ACEPTANDO MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

---

FIRMA

### **Anexo 3: Guía de entrevista**

1. Datos generales:
  - a. Edad.
  - b. Sexo.
  - c. Estado civil.
  - d. Escolaridad.
  - e. Ocupación actual.
  - f. Lugar de residencia.
2. Percepción de eventos significativos en la historia de vida:
  - a. Personal.
  - b. Familiar.
  - c. Escolar.
  - d. Laboral.
  - e. Sexual.
3. Etiología del Trastorno Dismórfico Corporal:
  - a. Concepto de belleza personal.
  - b. Primeros recuerdos en relación a la belleza.
  - c. Mitos sociales, familiares y personales alrededor de la belleza.
  - d. Áreas del cuerpo que desagradan.
  - e. Ideal de belleza.
4. Sintomatología del TDC en el individuo:
  - a. Historia de la instauración de los síntomas del TDC.
  - b. Rituales alrededor del TDC.
  - c. Sentimientos relacionados con el TDC.
  - d. Métodos dermatológicos y quirúrgicos realizados (o que realizarían) en relación a los aspectos físicos que desagradan.
5. Comorbilidad del TDC:
  - a. Ideación e intentos suicidas.
  - b. Depresión.
  - c. Fobia social.
  - d. Anorexia y bulimia.
  - e. Indagar la presencia de otras patologías.
6. Tratamientos:
  - a. Psiquiátricos:
    - Uso de fármacos.
  - b. Psicológicos.

## **Anexo 4: Viñetas Clínicas**

### ***Participante 1.***

TE es un hombre de 22 años de edad, nacido en J. Mide aproximadamente 1.70 metros, es de compleción robusta, tez blanca, cabello castaño, chino y corto. Sus ojos son cafés y pequeños, usa lentes. T se presentaba normalmente con playeras holgadas y pantalones de mezclilla a las entrevistas, siempre aseado y en ocasiones desalineado (despeinado, con barba un poco larga). A TE le gusta más su primer nombre, ya que E es el mismo nombre que su padre.

T obtuvo un puntaje de 181 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 6.03. Obteniendo un mayor promedio en la categoría de sentimientos, seguida de pensamientos. Después de 18 sesiones se volvió a aplicar el cuestionario obteniendo 93 puntos, con un promedio de 3.1, con un mayor promedio en la categoría de pensamientos, seguida de conductas.

Con T se realizaron ocho entrevistas una vez por semana de 90 minutos de duración. Durante las entrevistas se mostraba cooperativo, sin embargo, siempre estaba muy ansioso. Ríe constantemente antes de responder una pregunta, esto incrementa sobremedida en los temas sobre sus relaciones amorosas y familiares y cuando habla de su físico. En ocasiones con estos temas comienza a ser demasiado evasivo, evita ser específico al hablar, le da vueltas al tema, responde unas cosas por otras. Cuando se ha intentado ahondar más en estos temas o se le pide sea específico, menciona: “me has de odiar”. En la séptima sesión de las entrevistas comentó “todo esto me está haciendo entrar en conflictos, pienso en muchas cosas que no sabía, saber que tengo esto, me siento etiquetado. Incluso pensaba hablarte ayer para decirte que ya no iba a venir”.

### ***Familiar***

T es el quinto de seis hijos, de los cuales tres de ellos son sus medios hermanos por parte de su madre. La primera es mujer y tiene 32 años, ella es la hermana con la que T tiene más contacto y mantiene una relación de apoyo, posteriormente siguen dos hermanos, uno de 31 años y otro de 29 años los cuales no conoce debido a que se los quitaron a su mamá cuando eran pequeños, no menciona las razones. Posteriormente sigue un hermano de 24 años con el que lleva muy mala relación, comenta que es convenenciero y siempre trata de sacar provecho de sus padres sin agradecerles nada. Por último se encuentra su hermano de 12 años con el cual lleva una buena relación, pero le desespera que por momentos se comporta como su hermano mayor y cuando eso pasa no le cae bien.

Con respecto a su padre refiere que tienen una buena relación en su mayoría, pero lo adjudica a que su padre nunca está en casa ya que cuando él llega normalmente tienen desacuerdos en las maneras de hacer las cosas. En agosto del 2016 antes de entrar a clases, T tuvo un enfrentamiento con él debido a que su padre le pidió bajar unas cosas del coche y a él le dolía el omóplato por lo que T le pidió que ambos lo hicieran. Esto molestó mucho a su padre, por lo que lo terminó corriendo de la casa. T se salió durante una semana y se fue a vivir con una amiga cercana de la universidad y fue la madre de T quien le pidió regresar, él aceptó. Con respecto a su madre comenta que llevan una muy bonita relación, a ella le cuenta muchas cosas y

constantemente hablan de muchos temas. Al preguntarle sobre su persona favorita de la familia comenta que es su madre y posteriormente su hermana. Al preguntarle sobre su padre comentó que no, ya que en algún momento engañó a su mamá. Este es un evento que ha marcado mucho a T ya que su padre los sacó de su casa para llevarlos con la otra pareja, su madre no sabía dónde estaban. Esto le enoja mucho a T, sobre todo que su madre lo perdonara. Durante las sesiones relató una serie de conflictos, a veces, ocurrían cada semana. Uno de esos conflictos fue que de nuevo descubrieron una infidelidad por parte de su padre.

A pesar de estas circunstancias, T se refiere a su familia nuclear como unida y apoyándose mutuamente, aunque no siempre fue así. Cuando T tenía 16 años hubo una muerte en su familia que generó mucha discordia entre tíos por parte del padre, les quitaron unos terrenos y un coche. Esta situación orilló a la familia de T a mudarse a J. por tres años, al mismo tiempo su padre tuvo un problema con las rodillas que le impidió trabajar por lo que la situación económica empeoró considerablemente, su madre tuvo que comenzar a trabajar vendiendo comida y T la ayudaba con esa labor ya que por las mismas razones económicas dejó de estudiar dos años. Comenta que a partir de este evento su familia se unió más, “se hizo bonita, como ahorita”. Tanto T como su familia son mormones, sin embargo, ya no la llevan a la práctica, ahorita menciona no practicar ni creer en alguna religión.

En cuestión de enfermedades, el abuelo materno de T falleció por un paro cardíaco, así mismo su madre y su padre tienen problemas en el corazón. Por otro lado, su madre tuvo cáncer de piel. Su padre tiene problemas con las articulaciones de las rodillas. En lo que a él respecta, refiere que por el momento ha tenido buena salud. Sin embargo, ha comentado tener un problema con el omóplato el cual en ocasiones le genera mucho dolor. Todos los días que se ha presentado en sesión cuando mueve el brazo se escucha cómo se reacomoda su hombro, presenta colitis y dermatitis, sobre todo cuando está estresado.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre ha sido dedicado y que durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico.

Hubo dos momentos en su vida donde su trayectoria académica se vio truncada. La primera fue, como ya se comentó, por problemas económicos familiares, dejando de estudiar de los 16 años a los 18 años. Posteriormente fue al entrar a la universidad ya que le detuvieron unos papeles en la preparatoria, por lo que tuvo que entrar en enero en lugar de agosto a pesar de que él había quedado en agosto.

Como parte del plan de la carrera, T ha asistido a varias prácticas, las cuales le han hecho cambiar de parecer sobre su elección de plan de vida. En constantes ocasiones ha comentado que siente mucha presión e incertidumbre por el futuro y tiene mucho miedo que por este padecimiento él no pueda ejercer adecuadamente su profesión.

### *Laboral*

T comenta que cuando se presentó la crisis económica en su familia comenzó a buscar trabajo sin éxito. El único lugar donde trabajó por una semana fue de cajero, pero el mismo día que entró los asaltaron y a él lo

encañonaron con una pistola. Le comentaron en el trabajo que esa fue su iniciación, ya que cada que un cajero entraba, normalmente iban a robarlos. Refiere haberse sentido muy nervioso y con mucho miedo en el momento, sin embargo, regresó a trabajar al día siguiente. Notaba que se encontraba intranquilo y por ese motivo renunció. Cabe mencionar que en las primeras entrevistas comentó nunca haber trabajado y en las siguientes mencionó que sí había trabajado, pero cuando se le había preguntado no recordaba este evento.

### *Social*

T se refiere a él como una persona honesta y sumamente directa, comenta que esto le ha generado ciertas problemáticas con las personas ya que considera que ellos pueden no sentirse cómodas con este comportamiento.

Refiere que tiene amistades desde hace varios años (no especifica exactamente cuántos a pesar de preguntarle), que éstas relaciones son profundas, que siempre ha podido contar con sus amigos y sus amigos con él. Habla constantemente de dos de sus amigas más cercanas.

No refiere problemáticas importantes con su círculo cercano ni con las personas en general. Considera ser una persona pacífica que le gusta hablar de las problemáticas en lugar de pelearse. Sin embargo, durante las sesiones relata una serie de problemas con otras personas. En cada una de ellas no reacciona con violencia activa, pero sí se deja de hablar o les habla de manera tajante.

### *Sexual*

Cuando T tenía 18 años estaba comprometido con una chica de su iglesia, pero por chismes y rumores que comenzaron de ella, se fue a M y su compromiso terminó. A los 19 años T se acepta como homosexual y su primer contacto con una pareja de su mismo sexo fue a esa edad con un hombre mayor (ocho años) que era miembro de la misma iglesia donde T acudía. Esto le daba mucha culpa a T y le generaba mucho conflicto ya que la persona con la que estaba era “gay de closet”. Refiere sentirse mal cada vez que lo escuchaba hablar en contra de los homosexuales en la iglesia sabiendo que ambos lo eran y se sentía tanto triste como enojado cuando él no le hacía caso o lo dejaba plantado.

Posteriormente conoció en un curso a un chico con el que duró un año pero terminaban constantemente por cualquier cosa. Con esta pareja tuvo su primera relación sexual, fue en un parque donde se dieron su primer beso. En esta ocasión no se cuidó debido a que fue algo espontáneo. Esta pareja marcó mucho a T ya que posteriormente por esta relación acudió con dos psicólogos diferentes y ambos fueron del desagrado de T ya que sentía que lo estaban juzgando por su preferencia sexual. Habla de ellos de forma despectiva, no recuerda sus nombres y hace comparaciones entre ellos y el proceso terapéutico actual. Durante las primeras sesiones, T mencionaba abiertamente que no quería hablar del tema y se refería a él como “el innombrable”.

Al iniciar las entrevistas, T tenía una pareja desde hace seis meses el cual conoció por medio de redes sociales. Al inicio decía que le gustaba mucho estar con él ya que lo aceptaba y tenía muchos detalles. A la tercera sesión llegó comentando que había descubierto por medio de un amigo que su pareja se la pasaba

invitando a hombres para tener relaciones con ellos, por lo que terminó esa relación. En esa sesión comentó: “no me duele tanto él, me duele haber creído en él, al final yo no lo quería lo hice para joder al otro”. En la última sesión comenta haber conocido a un chico menor de edad (17 años) al cual “llegó a querer mucho en muy poco tiempo, por primera vez no lo comparaba con el inenarrable, era sólo él” pero debido a la diferencia de edades el chico le había dicho que ya no quería salir con él, por coraje se fue con el amigo que le había comentado sobre su expareja y tuvo relaciones sexuales con él, de las cuales se arrepiente ya que no las disfrutó.

Durante las sesiones comenzó a salir con otra persona, actualmente tiene una relación formal y a T le genera mucha ansiedad esta situación ya que cree que van demasiado rápido. Él continúa con dudas sobre esta relación ya que le preocupa lo que van a decir los demás porque no lo considera atractivo, pero se refiere a él como una persona linda, que lo entiende. A él le contó sobre la Dismorfia y comenta que muchas veces lo ha ayudado a sentirse mejor cuando le dan crisis.

Comenta que siempre pide mucho de los demás y posiblemente ese es el problema que tiene de manera constante con sus parejas. Menciona que no les ha comentado nada a sus padres de manera directa sobre su preferencia sexual, sin embargo, por sesiones está consciente de que ya lo saben ya que es evidente y su padre descubrió algunos mensajes en el celular de T. En otras sesiones se cuestiona sobre si lo sabrán o no y en otras niega que lo sepan.

### *Relación con su cuerpo*

Las zonas de conflicto que tiene T con su cuerpo son la piel principalmente por dos aspectos: tiene estrías en el abdomen ya que ha subido y bajado de peso constantemente a lo largo de su vida y padece de acné, le tienden a salir granos ya que tiene la piel muy sensible. Comenta que el único tratamiento al que ha acudido relacionado a su piel han sido baños con agua coloidal para sus irritaciones y menciona que esto le ayuda, pero que no lo cura.

En segundo lugar se encuentra toda la parte superior de su cuerpo (del abdomen a los hombros) ya que los considera muy anchos, sobre todo viéndolos de perfil. Así mismo no le gusta su papada y sus cachetes. Sus dedos son unas “salchichas”. Se percibe como una persona obesa.

Los pensamientos recurrentes que tiene al respecto es que debería de hacer algo para no ser tan grande y piensa en no comer, en algunas ocasiones ha intentado hacer sólo una comida al día pero esto no lo puede mantener por mucho tiempo, comenta que lo ha logrado como máximo dos días consecutivos, sin embargo cuando T está muy triste o ha sufrido alguna decepción amorosa ha logrado estar sin comer (ni siquiera una comida) por más días (tres cuando mucho), también le dan muchas náuseas lo cual lo hace vomitar, refiere también haberse producido el vómito “únicamente cuando pasan estas cosas”. También tiende a comer muchos chocolates cuando está triste.

Comenta que le dan episodios cuando está muy triste, esto sucede frente al espejo, a lo cual le sigue una frustración enorme hacia cómo se percibe él mismo y posteriormente mucho enojo, esto genera que se cambie constantemente de ropa, comenta que incluso ha vaciado completamente su closet en estos momentos.

Otro aspecto importante es al comprar ropa, se ve frustrado al no verse igual que el maniquí, comenta: “la ropa no luce igual en una persona delgada que en mí”.

Durante las entrevistas T refiere haber entrado en dos crisis, una en la que tenía que salir a la calle y al verse en el espejo no se gustó, no asocia ningún evento que lo pudiera ocasionar. La manera en la que sobrellevó la situación fue quedándose en casa y llorar hasta que se le fue pasando (esto lo hace la mayoría de las veces, excepto cuando es muy necesario que salga, cuando sale está incómodo todo el tiempo, en cambio en su casa puede cambiarse de ropa para estar más cómodo y eso lo hace sentir bien), comenta que constantemente pensaba en lo que habíamos hablado en una sesión sobre la idea de percepción y formulaba el siguiente pensamiento: “no estoy como me percibo, me percibo más grande de lo que soy”. Estos comportamientos han disminuido en frecuencia, duración e intensidad a lo largo de las sesiones.

El segundo evento fue en el centro, él estaba en círculo con muchas personas más viendo como bailaban y tocaban unos tambores. Comenta que comenzó a ver a todas las personas con sus celulares tomando fotos y por un momento se sintió observado, comenzó a sentirse incómodo y a jalarse la parte de abajo de la playera. “Todas las miradas estaban sobre mí, sentía que a mí me estaban tomando las fotos”. La mujer que estaba tocando el tambor era una mujer de avanzada edad y tenía un escote grande con todo el pecho muy arrugado y él pensó “qué valor”, de repente la mujer lo vio y él se tranquilizó. Al preguntarle sobre qué le transmitió esa mirada responde que no lo sabe, pero que él pensó que la mujer se sentía cómoda con ella, se veía cómoda con ella y eso lo tranquilizó.

T refiere que el momento donde éstas problemáticas comenzaron fue al finalizar secundaria o al iniciar preparatoria, etapa en la que comenzó a subir de peso. Pasan aproximadamente una vez al mes de manera intensa como antes se ha descrito y durante las sesiones hubo momentos en que dejaron de presentarse durante varios meses consecutivos.

Se considera una persona sumamente perfeccionista en el momento de hacer las cosas, cree que esa es una problemática que tiene en relación a “esto que pasa”, le cuesta mucho trabajo dejar de realizar tareas o trabajos que no le corresponden y desvaloriza constantemente a sus compañeros por no saber realizar bien las cosas. Continuamente siente culpa por situaciones que no fueron su responsabilidad y que no está en sus manos resolver. T toma y fuma de manera esporádica cuando está con algunos amigos, comenta que pasa una o dos veces por mes.

### *Avances*

Durante las sesiones T ha dejado de faltar, se muestra más abierto cuando se analizan las resistencias importantes, ya no muestra reacciones impulsivas y se detiene a pensar las consecuencias de las cosas, donde piensa no sólo lo malo si no lo bueno, lo cual le ayuda a tomar mejores decisiones. En ocasiones presenta mucha ansiedad. Se encuentra preocupado aún por la carta de consentimiento informado que firmó al inicio. La labilidad emocional ha bajado considerablemente y ya no oscila tan bruscamente entre la idealización y desvalorización. Las crisis como él las llama han disminuido a lo largo de las sesiones y ha aprendido a identificarlas y a controlarlas en la mayoría de las ocasiones. Sigue presentado dificultades al hablar durante

las sesiones de algunos temas, pero la duración del silencio ha disminuido considerablemente, inclusive dice: “me cuesta, sí lo diré, pero espérame tantito”, “ay ya voy, ya voy”.

### *Participante 2*

PL es un hombre de 22 años de edad, nacido en T. Actualmente vive en M debido a que estudia la licenciatura en ese lugar. PL comenta que le gusta más L que P, pero se siente identificado con ambos nombres, cree que P es su parte mala y vale madrista y L es su parte buena. En varias ocasiones me refería a él como P y me corregía inmediatamente diciendo, L... se percibía con tedio y enojo cuando esto sucedía.

L mide aproximadamente 1.80 metros de altura, es de complexión delgada, tez morena, cabello negro, ondulado y se presentaba siempre peinado de lado. Sus ojos son café oscuro, usa lentes. Tiene la nariz ancha y los labios gruesos. L se presentaba con playeras acorde a su complexión (ni apretadas, ni holgadas), siempre cargaba con unos audífonos color blanco los cuales se quitaba al entrar al cubículo. Él se declara abiertamente bisexual desde la primera sesión.

L obtuvo un puntaje de 169 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 5.6, obteniendo un mayor promedio en la categoría de sentimientos, seguida de conductas. L no accedió a comenzar un proceso terapéutico.

Con L se realizaron ocho entrevistas una vez por semana de 90 minutos de duración. Durante las entrevistas se mostraba cooperativo, únicamente hubo una ocasión en la que abiertamente me comentó que no quería hablar del tema a pesar de haber comentado anteriormente que quería hablar de ello. L nunca ha asistido a una terapia psicológica.

### *Familiar*

L es el primero de dos hijos. Tiene una hermana de 15 años la cual aún vive en casa con sus padres. Dice que se lleva bien con ella, le cae bien, comparten gustos y platican a menudo. En cuestión de las relaciones con sus padres variaba en cada una de las sesiones ya que en momentos la madre era la buena y en otras era la demandante, la estricta y la conflictiva. Con su padre pasaba lo mismo, a veces lo describía como estricto, intransigente, “codo” y por momentos se refería a él como una persona con la que es muy interesante hablar y con la que puede hacerlo.

Al preguntarle sobre su familia él considera no solamente a la nuclear, sino a todos con los que tiene contacto, refiere ir a T todos los fines de semana y convivir con sus padres, su hermana, sus abuelos, varios tíos y algunos primos. Con todos comenta tener una buena relación, cordial y sin conflicto; sin embargo, en varias entrevistas comentaba alguna discordia que pasaba, sobre todo con un primo que se ha declarado homosexual frente a toda su familia. Esto le genera conflicto a L y comienza a pensar si en realidad es bisexual. Al finalizar las sesiones comenzó a salir con un hombre que conoció en T.

Actualmente su familia está pasando por una situación económica complicada en la que él se siente frustrado. Considera que su familia no lo escucha y cree que no le ponen atención ya que las cosas que a él le gustan son raras y no lo entienden.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre ha sido dedicado y que durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico. L tuvo algunos cambios de escuela debido a que no eran escuelas grandes, por lo que se cambió en primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

Durante las sesiones hace continua referencia a sus clases y a los halagos que algunos de los maestros le han hecho sobre sus trabajos, sobre todo a los relacionados al área que es de interés para el entrevistado.

### *Laboral*

L nunca ha trabajado y comenta que la prioridad tanto para él como para su familia es la escuela. Sin embargo, casi al finalizar las entrevistas comentó sobre su ingreso a una empresa multinivel en la cual no estaba tan contento ya que tenía que realizar muchas llamadas cuando él creía que lo iban a meter a capacitar a personas, área de su interés. Duró en ese trabajo dos semanas en total. En la última sesión comentó que había hecho un pay de Oreó que le quedó muy rico y estaba pensando en hacer más para vender el próximo semestre y así tener un dinero extra.

### *Social*

Al igual que cree que su familia no le hace caso y no lo entienden, cree que los demás hacen lo mismo. Considera que es debido a sus gustos ya que a veces los ve como “femeninos”, término que después cambia ya que le incomoda llamarlos femeninos. Menciona que tiene pocos amigos y no son desde hace mucho tiempo, pero normalmente está muy pegado con una persona por etapas hasta que concluye esa etapa. L hace una excepción con una de sus ex parejas con las cuales actualmente lleva una buena relación y comenta aún estar enamorado de ella.

### *Sexual*

Durante una sesión trabajamos los discursos familiares en relación a la homosexualidad y comenta los siguientes mitos los cuales pertenecen a su abuelo: “Son unos enfermos, ellos transmiten el SIDA”, “son unos desviados y putos”.

L habla de que tiene miedo de decirles que es bisexual y que reaccionen de la misma manera. Sin embargo, sus padres ya lo saben. Comenta que cuando se los dijo hubo silencio, su padre se vio molesto y su hermana posteriormente le comenzó a decir que no hiciera nada de eso ya que sus padres estaban muy tristes a partir de que él les habló sobre sus preferencias. Comenta que a partir de entonces nadie menciona el tema en su casa.

Durante dos entrevistas L comentaba constantemente una confusión al respecto: no sabe si en realidad es bisexual o si sólo está confundido. Refiere que en las mujeres ve ternura, pero no tiene un estereotipo marcado para considerar bella a una mujer, en cambio con los hombres sí y comenta: “yo creo que busco en ellos tener lo que yo no tengo, porque me gustan los hombres guapos, pero posiblemente no sea bisexual, sino que busco un estatus que no tengo en ellos”.

Ha tenido a lo largo de su vida dos novias las cuales terminó porque no se sentía del todo a gusto. Con ambas aún mantiene una relación de amistad las cuales disfruta mucho. A los 19 años, L conoce a un chico de M por medio de las redes sociales con el que establece una relación larga pero conflictiva. Comenta que constantemente viajaba desde T a la M para verlo, pero cuando L llegaba a M esta persona se iba, dejándolo con su familia. A la mitad de las entrevistas L tenía pensado ir a un concierto de F por lo que le avisó a esa persona que iría. Al final terminaron estafándolo por internet con relación a los boletos y ya no los pudo comprar pero aun así fue a M a visitarlo. L refiere que su ex pareja hizo lo mismo que en ocasiones anteriores, dejándolo con su madre platicando. Comenta que la diferencia entre las veces pasadas a ésta es que ahora no le importó. Su ex pareja llegó en la madrugada y comenzó a portarse “cariñoso” con él, pero L no aceptó, eso lo llenó de orgullo.

Su vida sexual activa la comenzó a los 20 años con esta pareja. Comenta que fue agradable, pero algo que no había planeado ya que fue porque “tenían ganas” en casa de su ex pareja. L lo terminó el día de su aniversario cuando su ex pareja decidió irse con otra persona que estar con él para celebrar. Desde entonces L no ha tenido una relación formal, pero sí múltiples relaciones sexuales con conocidos/amigos, refiere haberse cuidado cada una de estas veces.

L menciona en la tercera sesión que fue abusado por un vecino y por un tío cuando tenía entre siete u ocho años de edad. Lo comentó al finalizar la sesión y agregó: “no quisiera hablarlo ahorita pero sí después, creo que es importante”. Al final de la última entrevista, al preguntarle si consideraba importante hablar de otro aspecto que no se hubiera tratado, lo volvió a sacar a tema pero agregando que ya no lo consideraba importante.

### *Relación con su cuerpo*

L menciona que constantemente ha subido y bajado de peso y que esto es ocasionado normalmente por su estado de humor. Algo importante durante la entrevista fue la revisión de manera más detallada del instrumento en el que me decía que actualmente no se siente de la misma manera que cuando lo respondió, pero que en esos momentos él estaba “más gordo” y que desde que entró al gimnasio y comenzó a bajar de peso (ocho kg.) se ha sentido diferente. Algunas cosas que han cambiado es que ya no se frustra frente al espejo, ya no se dice cosas hirientes y se siente un poco más seguro cuando está con otra persona y con su ropa. L no fuma, pero comenta que toma una vez por semana.

### *Participante 3*

RA es un hombre de 23 años de edad, nacido en C. Mide aproximadamente 1.70 metros, pesa 100 kg. Es de tez morena, cabello negro, corto y chino. Sus ojos son cafés y usa lentes. Se presenta siempre a las entrevistas con ropa oscura y una chamarra negra, aunque haga calor. A RA le gustan ambos nombres ya que son nombres de reyes importantes, pero desde pequeño lo llaman R.

R obtuvo un puntaje de 162 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 5.4, obteniendo un mayor promedio en la categoría de sentimientos, seguida de etiología. Después de 23 sesiones se volvió a aplicar el cuestionario obteniendo 206 puntos, con un promedio de 6.8, con un mayor promedio en la categoría de conductas, seguida de pensamientos.

Con R se realizaron siete entrevistas una vez por semana de 90 minutos de duración. Durante las entrevistas se mostraba cooperativo, pero constantemente buscaba entrar en debates existencialistas sobre situaciones que piensa constantemente. Continuamente racionaliza las cosas y le es muy complicado hablar sobre sus sentimientos. Menciona constantemente que los cambios que llega a realizar en su vida son porque los demás esperan eso de él y en la penúltima sesión comenta: “me siento mejor, no sé si me sienta mejor en serio o sea porque tú quisieras que yo cambie”. Es complicado seguir el orden de sus ideas y su razonamiento, piensa con gran frecuencia en opciones o pasos a seguir, justificando cada uno de ellos.

### *Familiar*

R es hijo único, comenta que sus padres se conocieron en un camión rumbo a P, su madre le ha platicado que era el destino ya que ella no tenía que llegar a P hasta el viernes y algo en ella le dijo que se fuera, por lo que tomó un camión el miércoles. Ella sabía que el padre de R era casado y tenía una familia, aspecto que nunca les había comentado a los tíos de R, pero ella lo único que quería era tener un hijo, así que no le importó.

Vive con su madre, sus tías y algunos primos. Comenta que él es el sostén emocional de su familia. Se lleva bien con todos, no tiene ningún problema con ellos, pero no les habla mucho, prefiere escucharlos. En relación a su padre nunca lo conoció. Su figura paterna es un tío, hermano de su madre con el que comenta tiene una relación cómoda con todos (la palabra comodidad la ocupa constantemente las primeras 4 entrevistas y la retoma posteriormente en las sesiones).

En el cumpleaños de un tío éste falleció, lo cual generó en la familia mucha tristeza. Él vio cómo moría ya que le dio un paro cardiaco cuando acababan de irse todos los invitados y en ese momento les llamaron a todos para anunciarles la muerte. Escuchó constantemente decir: “pero tan feliz que estaba”, “murió feliz” a lo que R piensa: “he escuchado tanto que murió feliz que prefiero no estar feliz”. Comenta que también por esta razón prefiere no celebrar su cumpleaños, únicamente come con su familia y hace algo tranquilo en casa.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre ha sido dedicado y que durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico. No tuvo cambios de escuela significativos. Actualmente está a punto de terminar la licenciatura y muestra inseguridad al respecto.

### *Laboral*

R trabaja desde hace 10 años en un negocio familiar. Comenta que únicamente va los fines de semana y considera ganar demasiado para lo que él hace ahí, a lo que constantemente llega tarde y compensa esas horas quedándose más tiempo. Con este dinero solventa sus gastos de la escuela y cuando no le alcanza le pide a su mamá, pero esto no sucede con regularidad.

Comenta que su trabajo es muy rutinario y que muchas veces la gente que acude a comprar le desespera ya que le hacen muchas preguntas, a veces la misma y terminan sin comprar nada. Debido a que está a punto de terminar la licenciatura piensa constantemente qué realizar después.

### *Social*

En la preparatoria R era el líder del grupo, comenta que siempre que había una fiesta todos preguntaban si él asistiría y normalmente cuando lo hacía la fiesta era un éxito. En esta etapa R comenzó a probar el alcohol y algunas drogas como la marihuana para saber si le gustaban. Esto a su madre le preocupaba pero él habló con ella y le comentó que sólo era una etapa que iba a vivir, con o sin su permiso. Refiere que ella no se opuso o le dijo algo. Justo como lo pensó, la etapa de probar y consumir algunas drogas pasó rápidamente ya que no consideró que las drogas le ayudaran en algo.

Al entrar a la universidad comenzó a alejarse de varios de sus amigos de la preparatoria; sin embargo, no hizo nuevos amigos. Comenta que se lleva con algunas personas con las que normalmente sale a desayunar y platica. Le gustan las personas con las que pueda mantener una conversación profunda y debatir sobre algunas cuestiones. Uno de sus primos cumple con esta cualidad y tienden a hablar de cosas teóricas. Es por ello que le gusta mucho su carrera ya que puede aportar otros enfoques a sus pláticas intelectuales.

R tiene una amiga desde el inicio de la carrera pero comenta que antes de iniciar las entrevistas se vio en la necesidad de pedirle un tiempo ya que se sentía un poco harto de lo que ella esperaba de él. Constantemente le pide ese tiempo ya que ella se la pasa hablándole y cuando no responde le hace publicaciones en las redes sociales. R comenta: “lo hace porque sabe que ahí no le voy a decir nada y posiblemente le responda, eso me molesta, me va a hartar más rápido y el punto de que no me hable era que no me hartara”.

Tiene otro amigo significativo desde la preparatoria con el que sale una vez al mes a ponerse al día sobre su vida. Comenta que toman turnos para hablar, así que su amigo comienza, menciona todo lo que le pasó y R de manera esporádica hace algunas preguntas, posteriormente los roles cambian. Estos encuentros normalmente se hacen en el billar mientras juegan y toman una cerveza. Desde su graduación ha intentado

llevar una mejor relación con varios de sus compañeros, salen ocasionalmente y las pláticas se han vuelto menos sistemáticas.

### *Sexual*

Durante las entrevistas comenta que no había tenido una relación formal y refiere que en la preparatoria idealizó mucho a una chica, la cual terminó no haciéndole caso. La manera de quitar esta idealización fue viéndola como una imagen sexual únicamente, esto funcionó y dejó de idealizarla. Posteriormente comenzó a salir con una chica por un año aproximadamente pero nunca se animó a pedirle que anduvieran, él creía que ella debía decirle algo para entonces hacerlo. La chica terminó por aburrirse.

Al iniciar las entrevistas estaba saliendo con una mujer que tenía novio, constantemente quedaban en salir pero ella le cancelaba, ambos se molestaban con el otro por no poderse ver. Posteriormente comenzó a salir con una compañera de su facultad, pero pasaba la misma dinámica donde ella le terminaba cancelando el plan que ya habían hecho. Justo el día de una de las entrevistas él había quedado de verla, por lo que llegó triste a sesión. Al inicio le costó trabajo reconocer esa tristeza y comenta que esa noche logró dormir dos horas, se despertó, no logró conciliar el sueño durante dos horas y finalmente logró dormir otro rato más. Sentía poca hambre, por lo que ese día sólo hizo una comida a las 12:00 (la entrevista fue a las 7:30 p.m.).

Comenta que se masturba una vez por semana como mínimo los días que está deprimido, esto le ayuda a poderse tranquilizar. En relación a esto, él se considera una persona depresiva, le gusta este estado de ánimo. Cuando sucede se queda en casa y llora mucho, sin embargo no relaciona esto con la tristeza propiamente, comenta: “la tristeza es algo que pasa, algo lo ocasiona, yo me deprimó es algo mío, no encuentro razones”.

Desde hace tres meses comenzó una relación con una chica que le gusta mucho, considera estar enamorado, inclusive asisten a cursos de noviazgo. El estado de ánimo de R ha cambiado considerablemente. La novia de R es muy apegada a su religión, él no tiene religión pero comenta que es una situación preocupante ya que a ella le genera ansiedad; aun así, por el momento han sabido respetar esta diferencia. Ambos hacen planes a futuro.

### *Relación con su cuerpo*

Al hablar de su cuerpo durante la segunda entrevista comenta lo siguiente: “este cuerpo no es para lo que yo soy” ya que le genera mucha impotencia sentirse sumamente gordo y feo. Antes de entrar a la universidad comenzó una dieta la cual mantuvo por un año en combinación con gimnasio y box. Refiere que se sentía un poco mejor, pero el desagrado a su cuerpo nunca desapareció. Actualmente ha comenzado a preocuparse un poco por el peso y la razón de ello es porque quisiera estar bien para los planes que tiene con su novia.

Otro aspecto de su cuerpo que no le gusta son sus orejas ya que tiene la oreja izquierda considerablemente más pequeña que la derecha. De igual forma comenta que ese oído no funciona adecuadamente ya que sabe que alguien le está hablando pero no discrimina qué le están diciendo. En esa

entrevista traía sus audífonos puestos al entrar al cubículo, por lo que le pregunté sobre la razón de ponerse ese audífono y comenta: “se me hace ilógico sólo ponerme uno ya que hay muchas canciones que se escuchan cosas sólo de un lado, subo el volumen mucho para escuchar con ese oído”, le pregunté: “¿y eso no lastima a tu otro oído?”, él responde: “no, ya se acostumbró”.

R refiere que nunca ha buscado ayuda psicológica y la razón de ello es porque quisiera asistir a psicoanálisis ortodoxo en diván, pero aún no ha encontrado al psicólogo adecuado. Al finalizar las entrevistas se le propuso iniciar el tratamiento y aceptó. Al finalizar la primera sesión en el consultorio dijo: “el lugar benefició mucho la terapia, estuvo interesante”. Normalmente llega unos minutos tarde, entrega el libro como pago de sesión y comienza a explicar la razón de llevar ese libro. Él es el que tiende a terminar con la sesión, diciendo: “ese es un buen final”, se para y se marcha sin decir nada. Conforme las sesiones han avanzado se percibe una mejora en la relación terapéutica, ha comenzado a observar al terapeuta, se ríe más seguido y ha llorado, emociones que anteriormente no demostraba. Durante las entrevistas e inicio de las sesiones sucedía mucho que no podía dormir y comía poco ya que no le gusta seguir con el estereotipo de la persona obesa que come. Actualmente realiza varias comidas, duerme más horas y hace ejercicio.

#### *Avances*

R sigue presentando múltiples intelectualizaciones y racionalizaciones. Sin embargo, la omnipotencia que presentaba al inicio ha decrecido. Durante las sesiones ha percibido que tiende a sentirse como el salvador o el responsable de hacer que las situaciones cambien, dándose cuenta de lo inverosímil de su pensamiento. Sus relaciones interpersonales han incrementado y la rigidez de sus encuentros se han modificado. Ha iniciado una relación desde hace varios meses donde presenta dependencia por su miedo a perder el objeto de amor, lo que lo lleva a comprar cosas y asistir a actividades en las que él no cree y no entiende. Presenta hábitos más sanos, come más veces al día y realiza ejercicio, duerme más horas y refiere que se siente descansado. Se sigue presentando la misma rutina durante la sesión: llega, presenta su pago, habla y al finalizar menciona “creo que es un buen cierre”, se para y no dice nada más.

#### *Participante 4*

EO es una mujer de 20 años de edad, nacida en C, lugar donde actualmente reside. EO comenta que el nombre que más le gusta es O ya que se lo pusieron porque ella iba a morir cuando nació por un problema de una malformación en los órganos digestivos pero sobrevivió. O es católica.

Mide aproximadamente 1.50 metros de altura y pesa 82 kg. Es de tez morena, cabello negro con mechas café claro, onduladas. Sus ojos son café oscuro, usa lentes. Tiene nariz y labios delgados, se presentaba normalmente con leggings y blusas con holanes, siempre aseada, perfumada y maquillada.

Sacó un puntaje de 196 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 6.5, obteniendo un mayor promedio en la categoría de etiología, seguida de pensamientos y conductas. Cabe aclarar que la penúltima y la última entrevista se realizaron con una diferencia de un mes debido a sus cancelaciones y durante este tiempo hubo cambios significativos en su vida. Accedió a asistir a terapia pero no asistió a ninguna sesión, se le contactó dos veces para acordar una cita pero después no llegaba.

Con O se realizaron cinco entrevistas una vez por semana de 90 minutos de duración. Durante las entrevistas se mostraba cooperativa y amable, únicamente hubo una ocasión en la que pidió terminar 40 minutos antes la entrevista debido a que se sentía incómoda y triste al hablar del tema (relación con el padre). Asiste desde hace cuatro años a terapia, así mismo llevaba seis meses asistiendo al nutriólogo pero lo dejó por no poderlo pagar. Las resistencias con la participante son bastante fuertes y ha cancelado sus citas cinco veces debido a que se ha sentido mal de la garganta; la última vez incluso comenta haber estado internada en el hospital.

### *Familiar*

O es la primera de dos hijos, su hermano tiene 18 años de edad. Comenta que la relación con él es buena, sin embargo existen muchos favoritismos hacia él debido a que es hombre y estas diferencias no le parecen a O. En cuestión de la relación con su madre comenta que es buena pero le genera mucha frustración ver que es sumisa y dejada con los tratos de su padre a pesar de ser abogada. Comenta que su madre ya pudo haberlo demandado o se pudo haber protegido para evitar los abusos de su padre, entre los cuales se encuentran el maltrato físico y emocional, así como múltiples infidelidades.

El padre de O es alcohólico desde que ella era pequeña y también ha sufrido los abusos físicos y psicológicos de su padre. En tres ocasiones su vida ha estado en peligro por tales abusos. Una de ellas, relata, estaba con una olla de agua hirviendo y él se enojó agarrándola y ocasionando que el agua le cayera encima. O estuvo en el hospital varios días por quemaduras severas. Cuando O relata esto se le nota triste. En cuestión a los maltratos psicológicos, su padre constantemente le comentaba sobre su gordura y sobre su poca valía al ser mujer. Vigilaba constantemente qué hacía, a dónde iba y qué se ponía. Su padre le prohibía vestirse con faldas o escotes, el contacto con hombres y con su abuela, con la que vivieron hasta que O cumplió 15 años.

En relación a esto último, su padre decidió un día salirse de la casa de su suegra y la entrevistada refiere que fue debido a que se estaban metiendo mucho en la forma de educar que él tenía. Cuando se salieron no le avisaron a nadie y se mudaron a T. O se sentía mal y muy ansiosa ya que creía que su abuela iba a estar muy preocupada. Esta situación la comentó en la escuela con algunos maestros, por lo que varios la apoyaron para poder faltar a clase e ir a visitar a su abuela frecuentemente. De igual manera recibió apoyo de las mamás de algunos compañeros, las cuales le compraban algunas cosas que le hacían falta para la escuela.

Hace dos años se salió de su casa sin avisarle a nadie para poder independizarse y terminar con la violencia que su padre ejercía en ella. Esto ocasionó problemas con su mamá ya que ella considera que la abandonó. Constantemente está luchando por no sentirse culpable por ello y lo logra pensando que tiene que pensar en ella y espera que en algún momento su madre lo entienda. Meses después comenta que estaba considerando regresar a vivir con ellos y mencionaba estar menos preocupada por la agresión de su padre ya que había hablado con ellos y aceptaron sus condiciones para regresar a casa.

Como se comentó anteriormente O tuvo problemas al nacer. Algunos de sus órganos del aparato digestivo no estaban bien formados y por ello tuvo que estar en incubadora varias semanas. Su abuela le

comenta que ella es un milagro. Algunas secuelas que le quedan hoy en día de esta problemática son estreñimiento y colitis.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre le gustó la escuela, sobre todo porque gracias a ello podía estar fuera de su casa; sin embargo, por las problemáticas que existían en su casa, no podía concentrarse y constantemente salía mal en la escuela. En relación a la conducta nunca ha tenido problemas significativos.

O tuvo algunos cambios de escuela debido a su cambio de residencia de C a T. En T estuvo en dos escuelas diferentes. El cambio fue debido a que no había preparatoria en la secundaria donde estudiaba. Con relación a su carrera, O considera darse de baja y volver a aplicar el examen para comenzar de cero su carrera ya que debido a los problemas familiares sacó varias malas calificaciones y sabe que esto le puede afectar para titularse o entrar a una maestría y no quisiera tener de nuevo problemas en la escuela por la situación que vivió anteriormente en casa. En la última entrevista comenta que continúa en clases, pero sigue pensando en darse de baja, menciona: “no importa porque estoy aprendiendo mucho”.

### *Laboral*

El papá de O no dejaba que ella trabajara anteriormente, pero desde que se salió de su casa se vio en la necesidad de hacerlo para solventar sus gastos diarios; para ello, trabaja como ayudante de contador en un pequeño negocio y desde hace dos semanas como mesera los fines de semana en un restaurante. Así mismo, de manera esporádica y por encargos hace alguna prenda, compostura de costura o algo de repostería. Ambas actividades le gustan mucho ya que su abuela fue quien le enseñó.

### *Social*

O comenta que las relaciones con personas de la tercera edad se le facilitan ya que son más entretenidas las conversaciones, además les tiene mucha paciencia. O habla de múltiples relaciones importantes con amigas y amigos durante su vida, sin embargo cuando se le pregunta cuándo fue la última vez que los vio, responde que hace varios años.

Algo que le molesta mucho es que las personas opinen o juzguen a los otros sin conocerlas. Constantemente dice: “yo no sé qué es lo que está pasando esa persona, luego las personas juzgan sin conocer”.

### *Sexual*

O sólo ha tenido una relación formal con la que duró un año y seis meses, terminaron debido a que a él le ofrecieron trabajo en otro Estado de la República y actualmente se siguen hablando. Considera que pueden regresar en algún momento de su vida y sabe que ambos se quieren mucho; sin embargo, ninguno está esperando por el otro y O sale con algunas personas que son de su interés.

A los 18 años fue su primera relación coital con esta pareja y comenta que fue completamente planeado. Él la sorprendió con rosas, fresas y chocolate, menciona haberse sentido muy contenta y amada. Él

ha sido su única pareja sexual y refiere haberse cuidado en aquella ocasión. Para que O considere tener algún otro contacto sexual, cree necesario tener un vínculo muy fuerte con esa persona, tenerle confianza y amarlo, sin ello no podría hacerlo.

Al inicio de las entrevistas estaba saliendo con una persona, posteriormente él le dijo que ya no quería salir con ella porque él no quería tener una relación en ese momento. Al inicio ella le creyó, pero posteriormente le comentaron que él estaba saliendo con otra persona, por lo que ahora piensa que puede ser por su físico, fortaleciendo sus pensamientos sobre su físico. Actualmente un compañero de la escuela le confesó que le gustaba, por lo que ella está muy emocionada. En la última entrevista comenta que ha iniciado una nueva relación con él.

La abuela de O fue quien le ha explicado todo lo relacionado a la sexualidad como los cambios físicos que ella iba a tener, el periodo menstrual, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

### *Relación con su cuerpo*

En las primeras sesiones comenta estar conforme y contenta con su cuerpo, pero que anteriormente no era así ya que creía constantemente las opiniones de su padre con respecto a su peso. Actualmente asiste al nutriólogo para “sentirse bien” y ahondando más en esta idea posteriormente comentó que asiste al nutriólogo ya que quiere verse bien porque sabe que las personas constantemente están juzgando la apariencia de los demás y si ella baja de peso evita este aspecto. Se puede observar su inconformidad proyectada. Además del nutriólogo, O va a crossfit y a sesiones de mesoterapia. Otra problemática con su cuerpo que comenta son sus estrías, pero también considera no tener ningún problema con ello.

### *Participante 5*

EZ es una mujer de 21 años de edad, nacida en Y. Mide aproximadamente 1.60 metros y es de compleción delgada. Es de tez morena, cabello negro, corto, abundante y lacio. Sus ojos son cafés. Se presenta a las entrevistas aseada. EZ comenta que le gusta más el nombre de Z ya que E no lo saben pronunciar y escribir adecuadamente, comenta: “a mi madre se le hizo tener a sus dos flores” haciendo referencia tanto a su nombre como al de su hermana.

Z obtuvo un puntaje de 203 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 6.8, obteniendo un mayor promedio en la categoría de etiología, seguida de sentimientos y conductas. Después de 11 sesiones se volvió a aplicar el cuestionario obteniendo 142 puntos, con un promedio de 4.7, con un mayor promedio en la categoría de conductas, seguida de pensamientos.

Con Z se realizaron seis entrevistas, una vez por semana de 90 minutos de duración. En la segunda ocasión a diferencia del resto de las entrevistas se presentó maquillada. En la tercera y quinta sesión llegó con un parche en la nariz comentando que la habían operado de la nariz debido a que tenía un relieve ocasionado posiblemente por su antigua cirugía, por lo que de nuevo la intervinieron. Durante las últimas sesiones llevó al consultorio un cuaderno y compartió un escrito que había realizado en vacaciones sobre su nariz, en la que

mostraba su inconformidad con la nueva nariz y con la sensación de ser una mentira ante la mirada de los demás. Dice: “quien ahorita me vea, ve una mentira, esta nariz ya no es la mía”. Se mostraba enojada dado que fue por presión de su madre por la que realizó esa operación.

En la primera entrevista se mostró sumamente halagadora con respecto a lo que le explicaba de la investigación. Constantemente decía: “es un trabajo muy importante”, “es muy interesante tu trabajo”, “está increíble lo que quieres hacer”. Durante las entrevistas se mostraba cooperativa, Z es sumamente emocional y hace muchos cambios en el tono de voz, muchas entonaciones diferentes. Las sesiones con ella tienden a ser agotadoras ya que habla rápidamente y sin parar. Llegó tarde las primeras sesiones por 30 o 40 minutos, se disculpaba constantemente y decía que se sentía preocupada porque yo me iba a enojar con ella.

### *Familiar*

Z es la segunda de tres hijos, la primera tiene 26 años de edad, con la que refiere tener una mala relación ya que constantemente y desde pequeña la han comparado mucho con ella ya que es la bonita, la inteligente y la simpática. Su hermano menor tiene 15 años de edad y con él la relación es buena desde que eran pequeños; no obstante, últimamente su hermano ha cambiado mucho y a menudo se encuentra de mal humor.

Con su madre la relación es complicada ya que menciona es sumamente explosiva y mal hablada. Con su padre la relación es mejor que con su madre, pero refiere no tener mucha comunicación con ellos. Sus padres se separaron hace seis años debido a que peleaban constantemente y Z comenta que cuando era más pequeña veía cómo se peleaban y cómo su hermano comenzaba a ponerse triste, por lo que les decía: “estamos comiendo si quieren se pueden ir”. Esto lo hacía para proteger a su hermano, dice que con eso sus padres se callaban.

Cuando Z era pequeña su familia vivía en una casa en el mismo terreno que su abuela paterna. Comenta que su abuela no la trataba bien, le pegaba constantemente y cuando Z le pedía de comer ella no le daba, en cambio a su hermana le decía cosas bonitas y la trataba con mucho cariño. Cuando Z cumple siete años su madre obtiene un terreno donde posteriormente construyeron la casa donde actualmente viven sus hermanos y su madre y a donde ella acude los fines de semana. Esto para Z fue algo que la hizo sentir feliz y tranquila ya que su abuela no la molestaba más. Comenta que actualmente acude a esa casa y ve a su abuela, pero únicamente porque sus primos están ahí.

En relación a su abuela materna comentan que está loca ya que abandonó a todos sus hijos desde muy pequeños. Z sólo la ha visto una vez y recuerda ese momento como algo extraño. Su abuela preguntó que quién era ella, a lo cual respondió ser su nieta; su abuela sólo dijo: “ah” y se volteó.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares siempre ha sido dedicada y durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico. Z tuvo varios cambios en la escuela debido a que no había escuelas grandes en el lugar donde vive y estuvo en el kínder, primaria, secundaria y preparatoria en escuelas diferentes.

Un aspecto que marcó mucho a Z, al igual que en el ámbito familiar, es que en todas las escuelas en donde iba también asistía su hermana, por lo que sus maestros la comparaban constantemente. Comenta que su hermana siempre sacaba 10, ella nunca fue mal en calificaciones pero nunca era 10, por lo que la comparaban constantemente a ella con su hermana.

Los padres de Z son docentes, por lo que la mayoría de los maestros acudían con los padres de Z para contarles si ella se portaba mal o no había entregado alguna tarea. Comenta que cree que por ello normalmente hacía las cosas. Su papá enseña matemáticas, materia en la cual Z nunca ha sido buena.

Ella quería estudiar artes dramáticas pero sus padres no la dejaron ya que para ellos no es una carrera y le comentaron que si ella insistía en estudiar eso no la iban a apoyar económicamente. Z decidió entrar a otra carrera que sus padres sí aprobaran y eso ha ocasionado que múltiples veces ella se cuestione sobre su gusto por la carrera y su futuro.

### *Laboral*

Z nunca ha trabajado. Comenta que por el momento no ha sido necesario ayudar económicamente en casa ya que sus padres han tratado de darles todo para que puedan concluir satisfactoriamente sus estudios. Está constantemente presionada por el dinero pero no quiere comenzar a trabajar por dos razones: la primera es porque sus padres no le dan permiso y la segunda es porque cree que cuando ella comience a trabajar sus padres dejarán de apoyarla.

Durante las sesiones comenzó a buscar trabajo y cuando la contrataron se mostraba ambivalente sobre contarle a su madre. Comentaba que si le decía ella se iba a enojar y le iba a prohibir trabajar y que si no se lo prohibían le iban a reducir el apoyo económico que le dan. A la siguiente semana refiere estar muy enojada ya que su madre le prohibió trabajar.

### *Social*

Z se lleva mejor con hombres que con mujeres. Desde la secundaria y preparatoria logró hacer varios amigos muy importantes para ella con los que sabe que cuenta en todo momento. Los ve esporádicamente ya que la preparatoria donde iba se encontraba lejos de su lugar de residencia (actualmente vive en C y va los fines de semana a Y), pero hablan constantemente. Refiere tener desde que los conoce algunas problemáticas, sobre todo por celos de las novias de ellos, sin embargo menciona que los quiere mucho y considera que las amistades deben saber todo del otro sin ni siquiera hablar.

### *Sexual*

Z ha tenido un novio a lo largo de toda su vida, refiere nunca haber tenido relaciones sexuales. Con ese novio duró poco tiempo ya que era su mejor amigo de la preparatoria, posteriormente comenta que nunca anduvieron pero salían constantemente y se besaban. Con él fue su primer beso, el cual ella le dio en una clase de inglés. Él se quedó paralizado y ella se sintió mal porque no se lo respondió. Comenta que nunca intentó besarlo de nuevo pero él sí lo hizo. Era una relación muy inestable ya que ambos se hacían “mierda”, a veces

se comportaban como novios y otras no se hacían caso. Decidieron dejar esto a un lado porque él comenzó a andar con otra chica. Z dice que esto no le afectó. Actualmente no se hablan pero ella lo sigue considerando su mejor amigo y lo quiere mucho “a pesar de que él ya cambió mucho”.

La madre de Z le dijo en algún momento que si quedaba embarazada la iba a correr de la casa. Z sabe sobre métodos anticonceptivos, pero cree que de todos modos puede quedar embarazada; además, cree que le costaría trabajo tener relaciones con alguien porque eso implica que la vean desnuda. No se masturba e incluso le cuesta trabajo ponerse crema en el cuerpo porque no le gusta tocarse.

### *Relación con su cuerpo*

A Z le afectan muchas partes de su cuerpo, comenta que principalmente ha subido de peso, dice: “yo sé que estoy delgada (lo está), pero antes lo estaba más. Tenía el vientre plano, ya no, ya tengo panza” y con respecto a esto refiere comer mucho; sin embargo, comenta que no se provoca el vómito ni va al gimnasio. Durante esa sesión hace un listado de todo lo que le desagrada:

Su piel morena, sobre todo sus codos porque una compañera en el kínder que era blanca le decía que ella no se bañaba y por eso tenía ese color, así que Z comenzó a bañarse y a tallarse hasta irritarse para quitarse lo moreno pero nunca lo consiguió, lo mismo pasaba con sus manos. En relación a sus manos, no le gustan sus dedos y sus uñas siempre le salen chuecas. Los dedos de sus pies están chuecos y no puede verse desnudos los pies, refiere que de poder bañarse con calcetines lo haría. Tiene ensombrecido el contorno de sus labios, lo cual le desagrada. Su nariz es muy grande. En una ocasión ya la operó debido a que tenía un problema en la nariz, su madre trató de convencerla para que de una vez le hicieran una rinoplastia y Z aceptó. Durante las sesiones, como ya se mencionó anteriormente, se realizó una segunda intervención de la cual está arrepentida. No le gustan sus ojos porque son muy pequeños ni su cabello porque es demasiado lacio y demasiado negro ni sus pechos porque son pequeños. No le gusta el color de sus axilas, por lo que no usa playeras sin mangas. Dice: “sé que no estoy fea pero tampoco soy la mujer más agraciada”.

Z acudió durante un año a terapia cuando sus padres se separaron. Comenta que primero fue su hermana y posteriormente ella pidió ir también a un psicólogo pero no quería ir con la misma psicóloga ya que quería por primera vez que no la compararan con su hermana. Su madre le pidió tiempo ya que no les alcanzaba para pagar dos psicólogos, Z lo entendió y esperó cinco meses para que la pudieran llevar.

### *Avances*

Z pone en pausa las sesiones constantemente debido a que sus padres no la dejan asistir durante puentes y vacaciones, pero una semana antes de regresar a clases se pone en contacto para continuar las sesiones. Esto genera que no haya continuidad durante las mismas y no se ha presentado un adecuado seguimiento. Ya no se han suscitado eventos en los que le atribuye al terapeuta algún pensamiento esperando castigo. Al inicio hacía movimientos bruscos y cuando se ponía eufórica llegaba a pegarse, situación que ya no sucede, ahora da manotazos en el sillón.

De igual manera antes se refería a ella como mierda o mierdita, calificativo que ya no ha utilizado. Sigue presentando sentimientos de minusvalía hacia su persona, sintiéndose poco capaz para realizar actividades, se compara constantemente con las demás personas y envidia lo que observa que los demás poseen y ella desea, considerando estas características como un defecto de la otra persona. Presenta intentos de emancipación de sus padres, que posteriormente autosabotea. Ya no ha presentado crisis relacionadas a la Dismorfia Corporal, inclusive se ha presentado a sesión con playeras sin mangas, maquillaje y uñas pintadas.

### ***Participante 6***

JF es un hombre de 27 años de edad nacido en C, lugar donde actualmente reside. JF comenta que el nombre que más le gusta es J ya que F es el nombre de su padre.

Mide aproximadamente 1.64 metros de altura y pesa 69 kg. Es de tez morena clara, cabello negro y lacio. Sus ojos son café oscuro, usa lentes, cuando sonrío sus ojos se hacen muy pequeños. J se presenta normalmente con pantalones de mezclilla y playeras dos o tres tallas más grandes, en su mayoría acude con un abrigo amplio. Siempre llega aseado y oliendo mucho a loción.

J obtuvo un puntaje de 242 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 8.07. Se mencionan las categorías de mayor a menor según sus porcentajes: etiología, conductas, sentimientos y pensamientos. El día de la aplicación J se acercó y dijo: “mi psiquiatra me decía que yo tenía eso, es algo así que nos vemos deformes pero no lo estamos”. Después de 22 sesiones se volvió a aplicar el cuestionario obteniendo 106 puntos, con un promedio de 3.5, con un mayor promedio en la categoría de conductas, seguido de etiología.

Con J se realizaron 9 entrevistas una vez por semana de 90 a 120 minutos de duración. Durante las entrevistas se mostraba cooperativo y amable, sonrío constantemente. Tiene una actitud infantil en varias ocasiones y muestra un nivel de ansiedad bastante alto durante las entrevistas. En las primeras sesiones se consideró oportuno encontrar herramientas que ayuden durante la entrevista a buscar canales adecuados de sublimación, en su caso y en conjunto descubrió que logra tranquilizarse por medio del tacto, pide Play-Do (plastilina) o toca su celular que tiene una funda con relieves, ambas cosas lo tranquilizan.

### ***Familiar***

Carlos es el primero de dos hijos, su hermano tiene 24 años. Comenta que su relación con él siempre ha sido muy unida, sin embargo anteriormente él era quien cuidaba de su hermano y ahora es diferente.

Con su padre la relación no es muy buena. No tiene conflictos, pero su relación es distante a pesar de vivir en la misma casa. Su padre era alcohólico (lleva en recuperación ocho años) y eso le incomodaba mucho a J ya que veía que constantemente tomaba y se ponía un poco agresivo con su madre, quien se encargaba de ser la proveedora de la casa ya que su padre no lo podía hacer. En cambio, la relación con su madre es muy unida, platican todo el tiempo y las opiniones que tiene su madre siempre las toma en cuenta para tomar decisiones. Su hermano y su padre han logrado llevar una buena relación, pero dice que es porque el aún le

cree a su padre ya que anteriormente les prometía cosas que no cumplía, por ello ahora ya no le cree y prefiere mantenerse alejado de él. Durante las sesiones se han observado altibajos en la relación con su padre.

J vivió con su familia sus primeros ocho años de vida con un tío en E. Posteriormente decidieron residir en J donde anteriormente residían sus padres y comenta que el cambio le gustó mucho ya que allí sufría de abusos constantes, pero, fue en esos momentos donde su padre comenzó a tomar nuevamente. En otras sesiones refiere que el cambio no le gustó ya que no sabía el idioma y extrañaba mucho a su tío. La familia de J es muy unida, comenta que constantemente hay comidas familiares donde todos se juntan a convivir y casi todos los días varias de sus tías van a comer a su casa.

Durante algunos meses las tías de J decidieron que él iba a hacerse cargo de sus abuelos, actividad que él no quería realizar y aun así hizo. Posteriormente comenzó a decirles que en ciertos horarios no iba a poder asistir ya que tenía cosas que hacer y después de tres meses les dijo que ya no iba a seguir cuidando a sus abuelos. Le daba mucho miedo decirles a sus tías debido a que imaginaba que reaccionarían violentamente.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre ha sido dedicado y que durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico.

J quería estudiar medicina pero no logró quedar en la escuela. Uno de sus tíos le comentó que él le pagaría la carrera en una universidad de paga para que pudiera estudiar y así fue durante un semestre, posteriormente su tío le comentó que ya no podría hacerse cargo de sus estudios y J tuvo que dejar la carrera. Comenta que durante este semestre comenzó a sentir mucha ansiedad sobre la muerte de sus futuros pacientes. A la par comenzó a acudir con una psiquiatra la cual le recomendó elegir otra carrera para evitar esa ansiedad. Él decidió entonces estudiar F, carrera que ya está por terminar.

Comenta que no quisiera atender a pacientes y algo que a él le gustaría mucho hacer dentro de su carrera es la investigación. Por ese motivo, sus prácticas las realizará en un centro de investigación, institución donde tuvo que presentarse a una entrevista y lo aceptaron. Cuando relata esto no se muestra ninguna emoción ni orgullo, fue hasta el momento donde se le comentó “vaya, qué logro más grande” cuando comentó con emoción que lo era.

### *Laboral*

J no ha tenido muchos trabajos a lo largo de su vida. Comenta que constantemente le ayuda a su mamá con la tienda que tienen o realiza algún trabajo para sus tías, pero sin cobrarles nada.

Hace seis meses trabajaba dando clases pero lo despidieron un día que llegó tarde. Relata que cuando llegó estaba ya otra persona dando clases y cuando preguntó lo que pasaba le comentaron que ya no lo necesitaban más, él no pidió ninguna otra explicación. Refiere haberse sentido muy mal y ansioso porque intentó llegar a tiempo.

Tiene un trabajo en épocas navideñas en una tienda pero su mejor amigo le dijo recientemente que ya no quería que trabajara ahí. No piensa hacerle caso pero ya está buscando un trabajo relacionado a su carrera, aunque tiene miedo de cometer errores. Desde que asiste a sesión ha referido que quisiera atender pacientes que tienen la misma condición que él.

### *Social*

Comenta tener un mejor amigo desde la secundaria con el cual lleva una buena relación. Nunca durante el tiempo de amistad han tenido alguna pelea o problemática. A J le cuesta mucho trabajo relacionarse con las personas, refiere llevarse con todos pero al momento de entablar una amistad no puede hacerlo con todas las personas, por lo que en su escuela tiene muchos compañeros pero ningún amigo en quien apoyarse. Al preguntarle sobre las personas que son su apoyo, comenta que es su madre principalmente, luego le seguiría su hermano y su amigo.

En los últimos meses cuenta de una relación que tiene con tres personas del gimnasio, con ellas pasa la mayor parte del tiempo y dos de ellos constantemente le preguntan sobre lo que él quiere hacer. Ésto le generaba ansiedad al inicio, pero ya ha ido acostumbrándose a decirles qué es lo que quiere.

### *Sexual*

Comenta que a la edad de seis años un amigo de su tío en E abusaba de él constantemente, le pedía que “jugaran” obligándolo a meterse por debajo de las sábanas hasta llegar a él y comenzar a realizarle sexo oral. Comenta que el señor no eyaculaba en su boca y que no era violento con él, pero que no le gustaba. Su madre se encontraba mientras tanto en la parte de abajo de la casa preparando la comida. Esto sucedió aproximadamente un año de su vida de manera recurrente, no comentó nada al respecto debido a que el señor lo amenazaba con hacerle lo mismo a su hermano si él hablaba. J, para proteger a su hermano, se quedó callado. Hace algunos meses, J llegó muy ansioso a sesión y comentó que su tío se había encontrado con esa persona y que lo encaró, prohibiéndole asistir a M en algún momento. J no sabía qué realizar ni cómo sentirse, por lo que dijo: “yo me sentiría impotente, triste y muy enojada”. Él comenzó a llorar. Ésta ha sido la única ocasión en la que él ha llorado en sesión; normalmente, aunque relate vivencias tristes, sonrío.

Al llegar a M se instalaron en casa de otro tío y algunos de sus primos vivían ahí. Había tres en particular con el que jugaba a las escondidas y uno de ellos lo llevaba al cuarto de J para obligarlo a tener sexo oral. A diferencia de la historia anterior, él eyaculaba en su boca, J lo escupía e iba con su madre a que le diera un vaso de agua para poderse quitar el sabor desagradable de su boca. Comenta que tardaba mucho tiempo en poderlo quitar. Menciona que él no sabe si entre ellos se ponían de acuerdo para abusar de él, sin embargo los tres hacían lo mismo. A pesar de que ellos no lo amenazaron, J no comentó nada porque seguía con el miedo de que le hicieran algo a su hermano.

Cuando J comenzó a asistir con la psiquiatra habló del tema y ella le comentó que era necesario hablarlo con sus padres, por ello lo hizo. Comenta que sabe que él no fue el culpable, sabe que ellos eran los

que estaban mal. Al contarle, J se pone muy ansioso, tiembla, se le corta la voz y mueve contantemente las manos.

Ante esto me relata un sueño recurrente donde está acostado en su cuarto, refiere que en el sueño todo está completamente igual que en la realidad, ve una sombra a lado de su cama y la ventana abierta, él no puede moverse y siente mucho miedo. Le comento: “¿en el sueño le has pedido a la sombra que se vaya?” Me dice: “no, no creo que pueda”, a lo que respondo: “ya no eres el niño que no podía decir que no, ahora ya estás grande, puedes, si tú quieres, decir que no” y él me responde: “sí puedo, ¿verdad?”

### *Relación con su cuerpo*

La mayor problemática de J es la parte superior de su cuerpo, desde el abdomen hasta los hombros y comenta que se siente gordo. Va todos los días al gimnasio de dos a tres horas. Refiere que la sensación de hambre es algo que disfruta mucho, por ello prefiere no comer en ocasiones. Sin embargo, hay momentos en los que “el antojo le gana” y no puede parar de comer. Es en esos momentos cuando se siente muy culpable, refiere no vomitar pero sí piensa en ir más tiempo al gimnasio, cosa que en ocasiones no hace. Durante toda su vida ha subido y bajado mucho de peso, pero nunca ha logrado estar delgado. Actualmente tiene un plan de alimentación balanceado, asiste al gimnasio de manera regular pero no obligatoria y se metió algunos meses a natación, actividad que le gusta mucho.

Evita completamente verse en el espejo pero constantemente pregunta cómo se ve, principalmente a su madre quien le comenta que se ve bien y eso lo hace sentir mejor. Otro aspecto que le incomoda mucho a J son las fotografías ya que las mira detenidamente. En una sesión J llevó una foto que recién le habían tomado, me la enseñó y dijo: “me veo muy grande, incluso deforme”. En la foto salían en total cuatro personas, pero una de ellas había sido agregada encima de la foto, por lo que una parte de los hombros de J estaba cortado y esa fragmentación generaba una percepción diferente de la caja torácica de J. Primero se le preguntó si no notaba algo raro en la foto y posteriormente le comenté lo que veía en la foto, él menciona: “no había notado que habían hecho eso”. Se le vio mucho menos ansioso después de ello.

### *Tratamientos anteriores y enfermedades*

Desde los 15 años J asiste al gimnasio, así mismo, ha acudido a múltiples especialistas a lo largo de su vida para poder perder peso. Entre los 12 y 14 años fue con una nutrióloga la cual le recetó Cardispan (adelgazar), Picolinato de cromo (suplemenoe alimenticio que ayuda a metabolizar grasa) y vitamina E. C comenta que el Picolinato la puso muy mal (mareos, náuseas y ansiedad) y comenta que en una ocasión intentó tomárselo pero no lo encontraba, lo cual desató un ataque de rabia en él. De ésto J no recuerda nada pero lo sabe por su madre, por lo cual dejó de tomar ese medicamento; sin embargo, los otros los continuó tomando algunos meses.

Al mismo tiempo fue con un endocrinólogo el cual le recetó Metformina y Glibenclamida (antidiabéticos) las cuales tomó hasta los 22 años y la L caritina por un año. La razón por la cual dejó de tomar los dos primeros fue porque le provocaron cuatro episodios de hipoglucemia en el cual tuvo 57 de glucosa, comenzó a tener

taquicardias, a sudar frío y presentaba mucho sueño. Durante cuatro meses tomó también Xenical (quemador de grasa) pero no le gustaba ya que le soltaba el estómago y le preocupaba tener un accidente. A los 12 años pesaba 84.5 kg. y logró perder 10 kg. en todo este tiempo, pero el hecho de haber perdido tan poco peso en tanto tiempo le genera mucho estrés y ansiedad ya que no sabe qué hacer para poder bajar de peso. Fue durante esta etapa en la que subió mucho de peso cuando sus primos lo dejaron de abusar.

Entre los 16 y 18 años estuvo tomando de nuevo L carnitina y asistió a sesiones de mesoterapia donde le ponían inyecciones cada tres semanas. Durante este tiempo tomó de nuevo Xenical (no recuerda por cuanto tiempo).

A los 20 años tenía dolores fuertes de cabeza y vómito, por lo que lo llevaron a realizarse un estudio. Él comenta que tuvo un tumor benigno en la cabeza y al indagar sobre eso comenta que fue un absceso de grasa. Dos semanas después se realizó una operación de nariz porque no podía respirar adecuadamente y aprovechó la intervención para modificar su nariz. A esta edad logró perder únicamente 5 kg. que fueron durante el mes que lo operaron y en este punto logró pesar 65 kg. Posteriormente acudió con un dermatólogo que le recetó cortisol o cortisona (no recuerda cuál) y subió 10 kg. durante los dos siguientes meses. A los 24 años se inyectó esteroides durante dos meses y acudió de nuevo a mesoterapia.

De los 22 a los 23 años asistió con una psiquiatra que conoció en su antigua universidad, la cual lo diagnosticó con Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno Maníaco Depresivo. Para esto le recetó Tafil (ansiolítico) por cuatro meses, Clonazepam (ansiolítico) por dos meses y Prozac (antidepresivo), el cual posteriormente le cambiaron por Fluoxetina ya que tenía crisis constantes de ansiedad y tristeza. Éste último lo tomó seis meses. Al preguntarle sobre el diagnóstico, J comenta que era por las voces que escuchaba y al preguntarle la procedencia de estas voces comenta que era su voz y que normalmente lo obligaba a hacer cosas.

J ha tenido tres intentos de suicidio. El primero fue intentando cortarse, pero su madre llegó y dejó de hacerlo, el segundo fue tomándose todas las pastillas de Tafil que encontró y el tercero fue tomándose todas las pastillas caducadas de Clonazepam que tenía. Comenta que no lo llevaron al hospital ni le hicieron ningún procedimiento para lavarle el estómago, lo único que recuerda fue irse a dormir y despertar al día siguiente.

Cabe recalcar que durante esta sesión donde se indagaron los aspectos médicos constantemente comentaba que no recordaba muchos detalles y la explicación normalmente contradecía el diagnóstico médico que al inicio decía tener como en el caso del tumor. Hace seis meses que J no toma ningún medicamento pero en la quinta sesión me comentó que durante la semana estuvo tentado a ir a comprar de nuevo el Xenical para comenzar a tomárselo. Comenta que no lo hizo pero no sabe por qué no lo hizo.

### *Avances*

J ha tenido una serie de cambios importantes que mencionar. Su ansiedad ha disminuido constantemente, muestra una mayor variedad de emociones durante la sesión, ha intentado realizar actividades de manera espontánea, piensa las razones de sus pensamientos y si no, encuentra una razón clara para dejar de pensarlo. Ha bajado lentamente de peso y come adecuadamente. Los pensamientos hostiles hacia sí mismo

han disminuido. Ha comenzado a decir que no a las personas que están a su alrededor y en una ocasión platica una discusión con su mamá en la cual le dijo: “así piensas tú, yo no soy tú, yo no pienso así, no me digas que así me debo sentir”. Se observan indicios de separación con respecto a su madre.

### *Participante 7*

KS es una mujer de 22 años de edad, nacida en C. Mide 1.53 metros y pesa 43 kg. Es de tez morena clara, cabello negro, largo y chino. Sus ojos son cafés y usa lentes de contacto (no sale de su casa con lentes de armazón). Se presenta a las entrevistas aseada. KS comenta que el nombre que más le gusta es S pero que no le gusta cuando ocupan diminutivos porque sabe que es porque la ven chiquita (S es sumamente delgada).

S tuvo un puntaje de 177 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 5.9, obteniendo un mayor promedio en la categoría de etiología, seguida de sentimientos y pensamientos. S no accedió a iniciar un proceso terapéutico.

Con S se realizaron seis entrevistas una vez por semana de 90 minutos de duración. En las entrevistas se presenta siempre con una mochila muy grande de color rosa y con el uniforme de la escuela. S es una persona tímida, constantemente se encorva hasta ocultar su rostro en las piernas, en algunas ocasiones ha llorado en las entrevistas y posteriormente comienza a reír mientras siguen saliendo lágrimas. Las risas no son eufóricas, más bien tienden a demostrar nerviosismo.

### *Familiar*

S es la hermana más pequeña, tiene una hermana de 28 y otro hermano de 26 años. Comenta que con su hermana no tiene una buena relación ya que se le hace superficial y muy chismosa, en cambio con su hermano tiene una buena relación. Sale constantemente a pasear juntos y tienen un momento para platicar cada día. En las primeras entrevistas, S comentó una problemática que tuvo con su hermano, al que le dejó de hablar durante dos semanas. Ésto ocurrió debido a que ella consiguió unos boletos para ir al cine como todas las semanas con él, sin embargo él no asistió y no le avisó. Esto le enojó mucho a S, empero, no le comentó nada. Refiere ignorarlo cuando están en la mesa juntos, diciendo cosas como: “mamá dile a tu hijo que me pase la sal”.

Con su madre mantenía una buena relación hasta que su abuela llegó a vivir con ellos por enfermedad. Comenta que a partir de entonces ya casi no platica o sale con ella. En cuestión a su padre, refiere que este bebía anteriormente mucho (ya no lo hace), que difícilmente les demostraba su afecto y actualmente él ha intentado acercarse a ellos pero a S le parece que ya es tarde, por lo que lo trata de manera cortante. Sus padres son docentes.

Los padres de S se divorciaron hace dos años y comenta que cuando era más pequeña sus padres discutían mucho. En una ocasión su madre les preguntó a los tres su opinión sobre la posibilidad de divorciarse de su papá y los tres se pusieron a llorar. No recuerda exactamente la edad, pero cree que fue aproximadamente a los ocho años de edad. Ella se enteró de algunas cuestiones sobre la vida personal de su

madre las cuales no se mencionarán a petición de la entrevista, pero cabe mencionar que la única que sabe al respecto es ella, por lo que el tema le genera mucha ansiedad y culpa.

### *Escolar*

En las cuestiones escolares comenta que siempre ha sido sobresaliente y que durante sus años escolares nunca tuvo ninguna problemática significativa de conducta, adaptación o académico. En las últimas entrevistas S estaba en finales, por lo que constantemente cancelaba las entrevistas. En una de ellas llegó molesta debido a que se había ido a presentar un examen ordinario, algo que nunca le había pasado. Comenta que es extraño que saque ochos o nueves, normalmente saca diez. No refiere cambios importantes ni constantes en la escuela.

### *Laboral*

S trabajaba anteriormente en un restaurante durante los fines de semana en el negocio de los familiares del novio de una de sus amigas de la secundaria, pero comenzó a tener migrañas recurrentes y dejó de trabajar ahí desde hace cuatro meses.

### *Social*

S comenta tener muchas amigas, de las cuales de la preparatoria tiene aproximadamente cuatro y de la universidad seis, constantemente habla de ellas y recibe durante las entrevistas muchos mensajes de ellas que S no responde, sin embargo, comenta: “ay, están de chismosas, deja lo apago”.

A pesar de tener varias amigas comenta que su mayor apoyo es su familia, pero ni a sus amigas ni a su familia les platica sus problemas, menciona que prefiere no mortificar a nadie, además de que le cuesta mucho trabajo poder hablar de casi todos los temas.

También le cuesta mucho trabajo hablar en público ya que es sumamente tímida y prefiere no llamar mucho la atención por miedo a que la vean. Por ejemplo, intenta nunca llegar tarde ya que todas las miradas serían para ella y esto duraría gran parte del día y, de forma contradictoria, ella ha sido desde el inicio de la carrera jefa de grupo.

### *Sexual*

S ha tenido dos relaciones significativas en su vida. La primera fue durante la preparatoria con un compañero de la escuela, con el cual duró aproximadamente un año seis meses. Comenta que al inicio la relación era bonita, pero conforme iba avanzando él se volvió muy celoso, no le gustaba convivir con nadie ni ir a las reuniones familiares, por lo que S tampoco iba para evitar problemas con él. Su novio la celaba incluso cuando se vestía con ropa “provocativa” (alguna tela que se transparentara o vestidos), por lo que ella también dejó de usarla. Refiere que terminaban constantemente y al estar discutiendo él se desesperaba y la terminaba. S lloraba y le decía que podrían solucionarlo. La última vez ella actuó de manera diferente respondiéndole que estaba bien y esto a él le sorprendió, intentando persuadirla. Ella comenta que ya no aceptó porque estaba harta. Su familia no se enteró de este rompimiento hasta unos meses después.

Actualmente tiene una relación con un chico egresado de su facultad y comenta que no andan debido a que a él no le gustan las formalidades; sin embargo, ella quisiera tener un título ya que se siente insegura. Una de sus mayores inseguridades es que él la perciba muy inmadura ya que es cinco años mayor. Hace seis meses su pareja comenzó a trabajar para una organización que viaja por algunas comunidades en diferentes estados y dieron por finalizada su relación ya que él creía que estando aquí ella se ponía muy celosa y consideró que al irse eso sería peor. Sin embargo, él le hablaba diariamente, confundiendo mucho a S. Hasta el momento se siguen viendo, pero no han aclarado nada.

### *Relación con su cuerpo*

La mayor problemática de S es su peso. A ella le gustaría estar menos delgada ya que constantemente le preguntan si tiene bulimia o anorexia (niega tener ambas) y comenta que la delgadez es sinónimo de mala salud y no le gusta que la vean de esa forma. Constantemente se hace estudios y todo ha salido adecuadamente, en este ámbito se compara con su hermana la cual, aún siendo un poco “llenita”, ha tenido anemia.

S va todos los días al gimnasio desde hace un año para ganar masa muscular y comenta que esto le ha servido mucho ya que ya no se ve tan delgada como antes. Sus amigas constantemente hacen referencia a su cuerpo como perfecto y ella no lo entiende, a S le gustaría estar como alguna de ellas.

Las compras de ropa son frustrantes ya que nunca consigue una talla que le quede adecuadamente. Las tallas pequeñas le quedan de la cadera pero no del largo y las que le quedan del largo no le quedan adecuadamente de la cadera. Otro de los aspectos que le desagradan son sus pechos los cuales quisiera tener más grandes. Comenta que una de sus primas se operó y se ve más feliz, por ello, considera operarlos en algún momento.

S refiere vestirse completamente a oscuras y la mayor parte del tiempo permanece así. Comenta que únicamente prende la luz cuando necesita peinarse y maquillarse y estas actividades intenta hacerlas rápido ya que no le gusta verse en el espejo. A S le gusta verse en foto cuando pasan algunas semanas de haberla tomado ya que comenta que ve diferente la foto que el reflejo en el espejo, ya que en el espejo y en la realidad se ve normalmente muy delgada y cuando se toma fotos y las ve después de algunos días se percibe normal.

Hace cuatro meses comenzó a tener migrañas, el doctor le comentó que tenía unos huesos de la nariz un poco salidos lo cual hacían presión en el cerebro y la única opción era una cirugía de nariz, la cual también podían modificar. S decidió que quería que la modificaran. Comenta que se tardó mucho tiempo en acostumbrarse a su nueva nariz ya que al inicio se veía como una ardilla porque tenía los cachetes muy inflamados y pensaba que, con su antigua nariz, o con su nueva nariz siempre se vería mal. Actualmente no le desagrada. Comenta que lo más difícil de este proceso fue tener que faltar a clase durante una semana (cree que posiblemente por eso se fue al ordinario ya que hicieron examen a su regreso y había varios temas que no había entendido) y no ir al gimnasio, pensaba constantemente que todo lo que había hasta el momento logrado con su cuerpo iba a desaparecer y ella planeaba ir en cuanto se sintiera bien, sin embargo, debido a que se le

inflamaron los cachetes, decidió no salir de su casa. El doctor le recomendó estar un mes sin hacer esfuerzos y logró no asistir al gimnasio durante todo ese mes.

Antes de su cirugía comenzó a tener muchos barros, por lo que fue con un dermatólogo quien le recomendó un tratamiento donde la inyectan y le colocan algunos ácidos para modificar la producción de grasa en su cara y comenta que esos tratamientos le duelen mucho y le dejan la piel llena de costras y pellejos. Cuando suceden sus tratamientos intenta no salir de su casa para que no la vean. Estos tratamientos los suspendió durante la cirugía y los cuidados post operatorios de su nariz hace dos semanas los retomó. Siempre comenta que su cara es una pena, que está reseca y fea. Desde que retomó los tratamientos la frente se le ha llenado de más barros, sin embargo el resto de su cara parece tersa pero ella no lo describe de esa manera.

### ***Participante 8***

MI es una mujer de 26 años de edad, nacida en T. MI comenta que el nombre que menos le desagrada es M ya que su madre se llama I. Mide aproximadamente 1.65 metros de altura, pesa 55 kilogramos, es de tez clara, cabello castaño, ondulado y largo, se presenta siempre con peinados elaborados que practica múltiples veces frente al espejo. Tiene los ojos café oscuro, usa lentes de contacto la mayoría de las veces salvo contadas ocasiones que ha llegado con lentes de armazón. Tiene facciones finas.

M tuvo un puntaje de 185 en el Cuestionario para Autoestima Físico con un promedio de 6.2, obteniendo un mayor promedio en la categoría de sentimientos, seguida etiología y conductas, dejando al último los pensamientos. Después de 14 sesiones se volvió a aplicar el cuestionario obteniendo 189 puntos, con un promedio de 6.3, con un mayor promedio en la categoría de conductas, seguida de pensamientos y sentimientos.

Con M se realizaron cinco entrevistas, una vez por semana de noventa minutos aproximadamente. Durante las entrevistas se mostraba cooperativa y amable. Ya había asistido anteriormente a terapia pero únicamente fue dos ocasiones y comenta que a pesar de que era un muy reconocido psicoanalista, no se sintió cómoda con él.

### ***Familiar***

M nació en T, comenta que ella es el pegamento de sus padres ya que ella cree que es debido a que su madre quedó embarazada a que sus padres se juntaron. Refiere que hace poco tiempo su madre le confesó que cuando nació la iba a regalar a una de sus tías. Desde su primer año hasta los 16 años vivió con sus padres y sus tres hermanos en el D y era cuidada por sus abuelos paternos (con ambos mantiene una buena relación, habla con ellos todos los días y pasa las navidades con ellos, se preocupa mucho por su bienestar y tiene sueños recurrentes y de angustia ya que en ellos sus abuelos mueren, están enfermos o sufren incomodidades). A los 16 años sus padres deciden mudarse a C sin consultarlo con nadie, esto le molestó mucho ya que tenía amigos, club y actividades que no quería dejar. Al llegar aquí comienza su fobia por las cucarachas.

Sus dos hermanos mayores (un hombre y una mujer) sin hijos, únicamente de su madre, posteriormente sigue ella y después un hermano. Comenta que la relación con todos sus hermanos, a excepción del hermano mayor, es buena. Platica constantemente con ellos y sabe que puede contar con ellos en cualquier momento, sin embargo, si necesita ayuda no la pide ya que no quiere molestarlos. La mala relación que tiene con uno de sus hermanos es debido a que ella considera que él no hace nada de su vida, conducta que a ella le desespera mucho. La relación con sus padres es desapegada, refiere que su padre, cuando vivían juntos, tomaba demasiado y constantemente escucha peleas entre sus padres. Su madre no tomaba cuando vivían juntos, pero después de la separación de sus padres (hace seis años) comenzó a beber, fumar y tomar pastillas para dormir. Las acciones de sus padres le generan mucha molestia.

### *Personal*

Cuando tenía nueve años, M pierde a su mejor amiga en un choque automovilístico debido a que la madre quien conducía había tomado. Primero comenta que fue el día de las madres pero posteriormente comentó que fue en abril. Ella refiere que aún no entendía qué era la muerte y nadie se lo explicó, pero que de todos modos sabía que ya no la iba a volver a ver. Ese día en la escuela ella lloraba y recuerda que una compañera se dio la vuelta, le dio un Kleenex y le dijo: “pero ya deja de andar chillando, me molestas”. Ésto la hizo sentir en extremo incómoda. Las veces que M ha llorado en sesión lo único que se perciben son sus lágrimas. Refiere que hace unos años cuando tenía automóvil le gustaba salir a la carretera, poner música y manejar a toda velocidad.

Como ya se comentó anteriormente, M le tiene fobia a las cucarachas, comenta que no puede verlas ni siquiera en una fotografía y es incapaz de matarlas ya que se paraliza completamente. Cuando llega a ver alguna cucaracha le queda la sensación varias semanas de que puede aparecer otra en el mismo lugar. Describe a las cucarachas como seres repugnantes, asquerosos, cochinos, que no deberían existir.

Hace un año y medio M intentó suicidarse cortándose las venas de los brazos. Comenta que no lo hizo adecuadamente a pesar de que ya sabía cómo hacerlo. Estuvo por esa razón asistiendo con un psiquiatra por ocho meses, actualmente sigue asistiendo de manera esporádica. Ya no toma medicamentos pero refiere que le recetó un antidepresivo, un ansiolítico y pastillas para dormir, no recuerda sus nombres. Ella fue quien decidió interrumpir su tratamiento y al dejarlos lo comentó en su siguiente consulta, quien aprobó los cambios. Al iniciar las sesiones presentaba pensamientos esporádicos en relación al suicidio, sobre todo cuando existían problemas con su actual pareja.

M tenía un plan de vida rígido hace algunos años, pero comenta que a pesar de que sigue queriendo las mismas cosas, se da más libertad en el tiempo ya que esa fue una de las situaciones que pensaba constantemente mientras se sentía deprimida. Desde hace tres años se salió de su casa y cubre sus propios gastos. Desde hace un año vive con su actual pareja.

### *Escolar*

M refiere haber sido siempre muy buena estudiante, comenta que sus padres nunca le exigieron nada de la escuela pero ella lo hacía constantemente. Nunca se permitía no realizar tareas o no estudiar para los exámenes. Sus padres muchas veces no se enteraban de los logros que realizaba (cabe recalcar que ella no los ve como logros, sino como responsabilidades). Incluso prefiere que ellos no se enteren de las cosas que llega a realizar porque la ponen nerviosa.

Los únicos cambios escolares que tuvo fueron con el cambio de residencia y posteriormente en la universidad. Quisiera estudiar una maestría y ser investigadora. M llega al consultorio siempre con un libro diferente, comenta que le gusta mucho leer, escuchar música, ver documentales y series en la televisión.

### *Laboral*

M ha tenido cuatro trabajos hasta el momento. El primero fue hace tres años, posteriormente le ofrecieron un puesto mejor en el mismo lugar, al mismo tiempo se ha dedicado a la docencia y a la consulta privada. Cada uno de los trabajos los consiguió gracias a la misma persona, quien era una maestra de ella en la universidad. Pareciera que esta área es un área libre de conflictos, refiere que a pesar de todas las cosas que ha pasado nunca le ha pesado ir a trabajar y es algo que busca constantemente para mantenerse ocupada y que la hace sentirse cómoda con ella misma.

### *Social*

M cuenta con pocos amigos pero comenta que son cercanos y al igual que con sus hermanos refiere que sabe que puede acudir a pedir ayuda pero que no lo hace para no ser una molestia. Tiende a formar relaciones con facilidad o su opuesto, que las personas fácilmente le caigan muy mal. Si esto último sucede refiere no hacer nada, sabe que es una persona madura que sabe comportarse y ser educada.

Hasta la fecha M ha tenido tres parejas, comenta que con la primera duró un año y vivía con él en D mientras realizaba las prácticas de la universidad. Refiere que terminaron ya que la violentó físicamente, lo cual no sólo ocurrió una vez. Al poco tiempo conoció a su segunda pareja con la que duró aproximadamente tres años. La relación era bastante conflictiva, él era celoso, la violentaba verbalmente y constantemente cortaban y regresaban. Unos meses después termina con su segundo novio y comenzó a llevarse con su jefe en el trabajo, después de algunos meses comenzaron a vivir juntos y un mes después comenzaron una relación. Actualmente llevan un año viviendo juntos. La relación es ambivalente, por semanas se llevan muy bien y en otras son caóticas, se han dicho cosas hirientes y ofensivas. Comenta que él bebe frecuentemente y que hace algunos años estuvo asistiendo a A.A. debido a que tiene un problema con el alcohol.

### *Sexual*

R no sabe cuántas parejas sexuales ha tenido ya que cuando terminó con su primer novio asistía a antros para ligar con hombres y tener relaciones con ellos. Refiere que esto sólo lo realizó aproximadamente un mes y en

cada una de las relaciones sexuales casuales que tuvo tomó precauciones, con sus parejas formales únicamente toma anticonceptivos hormonales. Su primera relación sexual fue a los 16 años con una persona que ella estimaba mucho, comenta que no se arrepiente de ello. Desde hace algunos meses su novio no quiere tener relaciones con ella, generándole mucha inseguridad y de manera automática le hace pensar que es porque ya subió de peso, porque está fea y porque ya no es agradable ante los ojos de él. Por más que su novio le comenta que no es así, ella no lo cree.

### *Relación con su cuerpo*

El primer recuerdo que M tiene es una tarde en casa de sus abuelos. Ella estaba recién bañada parada en la orilla de la cama de su abuela y cuando la estaba secando, ella comenzó a ver mucho sus piernas, le habló a una de sus amigas que estaban en el comedor y le pidió que viera las piernas de M, le decía: “aprieta las pompis”, M dice: “yo las apretaba mucho, mucho, con muchas ganas, yo me sentía muy contenta porque me estaban viendo”, hasta que escuchó que la amiga de su abuela dijo: “tan chiquita y con tantos problemas”. Comenta que una de las cosas que más le desagradan son sus piernas ya que tienen celulitis por herencia de su mamá. Ha realizado muchos tratamientos, cosméticos, de acupuntura, cremas, masajes, terapias, cremas caseras y ejercicio sin obtener ningún resultado. Normalmente ocupa ropa que le ayuda a esconder ese defecto. Se considera una persona muy perfeccionista, no se gusta de manera general pero también comenta que sabe que no es fea. Tiende a maquillarse y peinarse frente al espejo para practicar y soólo hasta que algo le sale bien se aventura a realizarlo por las mañanas.

### *Avances*

M comenta que ya no presenta ningún pensamiento en relación al suicidio. Actualmente está haciendo una convocatoria para entrar a una maestría, lo cual le genera mucha ansiedad ya que es algo que desde la preparatoria ha querido, sin embargo, comenta que ya tiene otro plan si es que no logra entrar: éste consiste en cambiar de residencia.

Sobre sus padres ha concluido que ella no es la responsable de ellos y que no puede hacer nada para mejorar la vida de ellos mientras que no pongan de su parte. Intenta ponerles límites e intenta ya no ceder ante sus chantajes. Anteriormente cuando no quería hablar con ellos aun así les marcaba, pero se enojaba mucho y ahora se comunica con ellos ocasionalmente para preguntarles cómo están. Cuando no tiene ánimos prefiere no hablarles. Comienza a diferenciar entre los actos que conllevan una consecuencia para ella así como aquello que le corresponde a ella hacer y no ya que suele enojarse mucho por las decisiones y comportamientos que los demás tienen. Ha usado últimamente más vestidos.