



Anorexia: un estudio de caso desde la Gestalt.

Hernández Turegano Liliana

Resumen

El objetivo de la investigación consistió en disminuir los síntomas de anorexia en una joven de 18 años a través de la terapia Gestalt para determinar sus bloqueos o resistencias gestálticas, introyectos, necesidades físicas y afectivas. El modelo de intervención se compuso de una parte cuantitativa y otra cualitativa. Las técnicas fueron la entrevista semiestructurada para los padres, observación cualitativa y entrevista fenomenológica para la paciente. El enfoque de la investigación fue mixto, utilizando como instrumentos de medición el Eating Attitudes Test -EAT-26 midió la preocupación por la delgadez, el Cuestionario de Imagen Corporal evaluó la insatisfacción del cuerpo y el Test de Psicodiagnóstico de Gestalt de Salama determinó los bloqueos gestálticos. Respecto a la modalidad cualitativa, se obtuvieron las categorías de resistencias gestálticas, sensibilización/desensibilización, necesidades físicas y afectivas, introyectos y se relacionaron con los resultados de los instrumentos de medición. Los resultados obtenidos mostraron cambios en la proyección, retroflexión y fijación, así como la preocupación por la delgadez, obesidad, uso de laxantes y vómitos, evitación para comer, autocontrol de alimentos y la insatisfacción por la imagen corporal relacionada estrechamente con los trastornos alimenticios. Lo que permite concluir que la terapia Gestalt es efectiva para disminuir los síntomas anoréxicos.

Palabras claves: *Anorexia, Gestalt, bloqueos o resistencias gestálticas.*

Abstract

The main objective of the investigation was to know if it's possible to decrease the symptoms of anorexia in a young 18 year old through Gestalt therapy to determine mainly her locks or gestaltic resistances, introjects, physical and affective

needs. The intervention model was composed by a quantitative and a qualitative part. The selected techniques were the semi-structured interview for the parents, qualitative observation and a phenomenological interview for the patient. The focus of the investigation was mixed, using as measurement tools, the Eating Attitudes Test -EAT-26 that measured the concern for thinness, the Body Image Questionary that evaluated the body dissatisfaction and the Psychodiagnostic Gestalt Test of Salama that determined the gestaltic resistances. The obtained results showed changes in the projection, retroflexion and fixation, also the concern for thinness, obesity, use of laxatives and vomiting, evasion for eating, self-control of food and the body image dissatisfaction related closely to the eating disorders. What allows to conclude that the Gestalt therapy is effective to decrease the anorexic symptoms.

Palabras claves: *Anorexy, Gestalt, locks or gestaltics resistences*

Introducción

La anorexia, es un trastorno alimenticio que en la última década ha cobrado cada vez más importancia en nuestro país, aunque no existen estudios epidemiológicos al respecto, el aumento de la demanda de casos en los centros de salud públicos y privados sirven como parámetro para saber el aumento estadístico de anorexia nerviosa.

En el DSM-5 (APA, 2014, pp. 338-339) se señalan que los criterios para diagnosticar la anorexia son: restricción de la ingesta energética que genera un peso significativo bajo en relación con la edad, sexo, desarrollo y salud física; miedo intenso a ganar peso; y alteración de la percepción respecto al peso o la falta de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo.

Uno de los temas centrales en los Trastornos Alimenticios, concretamente en la Anorexia, es la figura delgada. En la cultura occidental, "poco después de la segunda guerra mundial, se fue instaurando un prototipo de cuerpo ideal femenino

sumamente delgado. Su apogeo se situó alrededor de los años setenta” (Toro y Artigas, 2013, p.27). En este tenor, Crispo, Figueroa y Guelar (2011) señalaron que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, situación que ha ido en aumento en los últimos treinta años.

En este sentido, Gómez-Peresmitré (2013) reportó una investigación en la que se analizaron los factores de riesgo en 8,673 hombres y mujeres distribuidos en pre púberes de 6-9 años, púberes de 10 a 12 años y adolescentes de 13-19 años, en donde resultó un dato relevante tanto los niños como las niñas desde los 6 años ya estaban inmersos en la cultura de la delgadez porque presentaron de manera significativa una actitud negativa y peyorativa hacia la obesidad.

En México, se hizo un análisis por parte de Pérez-Lugo, Gabino-Campos y Baile (2016) de las revistas de moda y belleza más difundidas, dando un total de 53, publicadas a lo largo de seis meses. Los resultados mostraron que en un 100% de las portadas se siguieron utilizando fotografía femenina y que en el 98% de los casos se refirió a una chica delgada o muy estética. Las modelos utilizadas se alejan de la mujer prototipo en México, lo que podría contribuir a la aparición y mantenimiento de ciertos problemas de salud.

Crispo, Figueroa y Guelar (2011) comentaron que en este tipo de trastornos se da la multideterminación, es decir existen diferentes factores individuales, familiares y socioculturales que inciden, pero ninguno de ellos es suficiente. Los factores de riesgo investigados son diversos, sin perder de vista que pueden estar entretejidos los personales con los factores socioculturales y familiares porque que difícilmente pueden separarse unos de otros. Las investigaciones se han enfocado a lo cuantitativo para descubrir los factores de riesgo, sin embargo, desde la Gestalt los síntomas y las enfermedades, son abordadas de una manera diametralmente distinta.

La Terapia Gestalt se ha abocado a acompañar precisamente de manera psicoterapéutica, sin que exista investigación profusa y registro de los resultados acerca de la efectividad de la psicoterapia gestáltica en temas como la anorexia. Conte y Mione (2013, p. 704) refieren que las jóvenes con síntomas anoréxicos para “hacer contacto con el mundo y nutrirse de él, se asusta o se confunde cuando surge una sensación de tipo sexual, llevándola a sentirse avergonzada de su cuerpo... los modos de relación... pueden ser considerados un ajuste creativo... en un campo relacional difícil”.

Por lo tanto, este tipo de trastorno ponen de manifiesto un síntoma de un campo difícil en el que vive una joven adolescente y la anorexia, por lo tanto, es un ajuste creativo. Derivado de lo anterior surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿se podrán disminuir los síntomas de anorexia en una joven de 18 años, a través de un proceso de psicoterapia Gestalt? El objetivo general consistió en disminuir los síntomas de la anorexia en una joven de 18 años de la zona de Naucalpan, a través de un proceso de psicoterapia Gestalt. Los objetivos específicos fueron: determinar las resistencias o bloqueos gestálticos en la joven; disminuir los síntomas de Anorexia a partir de la sensibilización; redirigir la energía hacia el exterior a través de la expresión de emociones; reflexionar y cuestionar los introyectos en relación con la silueta delgada: reconocer las necesidades físicas y afectivas por parte de la joven de 18 años.

Los casos de anorexia en la población juvenil son de vital importancia porque la supresión del alimento priva de los nutrientes necesarios a la persona, pudiendo generar una serie de síntomas y malestares a nivel orgánico tales como anemia, hipotensión, pérdida de densidad ósea y en casos graves, desembocar en la muerte.

El individuo ante cierta situación difícilmente es inducido a dar una respuesta apropiada que integre los parámetros de la situación, de modo que su contestación consistirá en una configuración global integrada por ingredientes físicos, corporales,

afectivos, emocionales, motores, mentales, relacionales etc. (Robine, 2009). El ajuste creativo, es la forma de resolver de la mejor manera posible la situación problemática que enfrenta, allegándose de los recursos con los que cuenta y resulta que una de las maneras que lo puede hacer es precisamente a través del síntoma.

Por consiguiente, para Ginger y Ginger (1993) la terapia Gestalt, se caracteriza por favorecer la toma de consciencia sobre la manera en que la persona funciona y sus procesos, de su ajustamiento creativo al ambiente y de la integración de la experiencia presente, así como de sus evasiones o resistencias.

La terapia Gestalt tiene como finalidad la realización de ajustes creativos del paciente ante cada situación o eventos que se presentan en el ambiente, a través de la consciencia inmediata o el denominado *awareness*. En este sentido, Perls, Hefferline, y Goodman (2002, p. 10) definieron precisamente a la psicología como el estudio de “los ajustes creativos en donde su objeto es la transición...entre la novedad y la rutina cuyo resultado es la asimilación y el crecimiento...”.

Por ende, el objetivo de la terapia Gestalt es poner atención al síntoma, porque las personas no se enferman de lo mismo, ni de los mismos órganos ni de las mismas psicopatologías, porque indudablemente va a depender de las relaciones específicas, de cierto contextos y momentos determinados de la vida, que hagan que se manifieste cierto síntoma u otro. En este tenor, para Delacroix (2008 citado en Flores, 2018) la enfermedad es una especie de mensaje existencial para mostrar que en el organismo no está funcionando en la manera de estar en el mundo y de existir en contacto con el entorno, se convierte en una creación para restablecer el equilibrio perturbado.

Sellés (2006) refiere que el ajuste creativo que en su momento fue útil y ayudó a sobrevivir para contactar con el entorno, después se vuelve conservador porque impide ir hacia la novedad, no deja emerger la excitación que surge ante un deseo o apetito bloqueándolo y, por ende, no logra asimilar la experiencia nueva,

de manera que las personas se quedan con lo conocido. En esta tesitura, apuntó Sellés (2006) la necesidad de seguridad genera miedo ante la novedad y la persona al no arriesgarse a desarrollar la excitación y sacarla al entorno, interrumpe su proceso de contacto, de modo que la enfermedad aparece al desviarse la energía preparada para sacarla al exterior, haciéndose a sí mismo lo que debía hacer al entorno (retroflexión).

El síntoma surge de un campo relacional específico, por lo tanto, es importante abordar el concepto de campo en su parte más sustancial. Parlett (1991) refirió que la esencia de esta teoría es una perspectiva holística donde la persona se amplía para incluir el entorno, el mundo social, las organizaciones y la cultura.

Sellés (2006) explicó cómo entender la teoría del campo en el sentido de que las personas y los objetos inmersos en un campo relacional, son vistos con contornos más tenues, de modo que la conducta que se manifiesta será el resultado del contacto, es un fenómeno del campo y no derivado de un organismo en particular. Es decir, la persona no se encuentra en aislado, sino siempre está en relación con los demás, con su familia, comunidad, sociedad, cultura y el mundo. La persona no es un ente separado de todos estos elementos, por lo tanto, Parlett (1991) mencionó que esta teoría de campo es un conjunto de principios, un método y una forma completa de pensar que tiene que ver con la íntima interconectividad que hay entre los acontecimientos y las situaciones en las que éstos tienen lugar.

De tal suerte, que, si la persona está manifestando un síntoma como es el presente estudio de caso, desde la teoría del campo, no se le atribuye a la joven de 18 años la psicopatología, sino esos síntomas anoréxicos precisamente son un fenómeno del campo. Lo anterior, implica que las personas no pueden separarse o estar desvinculadas del campo, de ahí que Perls, Hefferline y Goodman (2002) apuntaron que un organismo es la definición de un campo organismo/entorno.

También la enfermedad se explica como interrupción en el proceso de contacto y Flores (2018) en este sentido, aclaró que el contacto es todo movimiento entre un sujeto y su entorno, es decir, es todo movimiento del campo, en otras palabras, es cómo el organismo contacta con el entorno y cómo este conecta con el organismo. Lo anterior significa que en la frontera-contacto se da la experiencia por la interacción entre el organismo y el ambiente en un campo determinado, en un momento y tiempo específico, es precisamente donde se genera el contacto, que promueve el crecimiento, que se auxilia del uso de la consciencia inmediata, reacción motriz y emocional. Perls, Hefferline y Goodman (2002) señalan que cada acto de contactar es una totalidad formada de consciencia inmediata, respuesta motora y sentimiento, de modo que es una cooperación de los sistemas sensorial, muscular y vegetativo.

Para la terapia Gestalt en el contacto interviene la consciencia inmediata, el sistema sensorial, motor y vegetativo. Se le ha denominado de manera diversa ya sea como Ciclo de la Experiencia, Ciclo Gestalt, Ciclo de Autorregulación Organísmica, Ciclo de la Gestalt y también como Ciclo de Contacto-Retirada. Para este estudio, se retomará el Proceso de Contacto en donde cada organismo busca satisfacer sus necesidades a través del contacto con el entorno.

Para Perls, Hefferline y Goodman (2002, p. 223) las “excitaciones físicas, o precontacto, inician la excitación psicológica del proceso figura/fondo”. Lo que significa que el proceso de contacto nace con una excitación fisiológica que va a generar la activación del proceso figura-fondo y es concebido como una totalidad, pero se pueden identificar ciertas fases: precontacto, toma de contacto, contacto final y postcontacto.

Se tomó en consideración uno de los ciclos de la Gestalt en concordancia con el instrumento de medición para los bloqueos aplicados en el presente trabajo, cuyo modelo fue propuesto por Salama (2002), este autor, planteó las diferentes fases o etapas que componen el Ciclo Gestalt o procesos de contacto: reposo,

sensación, formación de figura, movilización de la energía, acción, precontacto, contacto, poscontacto y en cada una existe interrupciones.

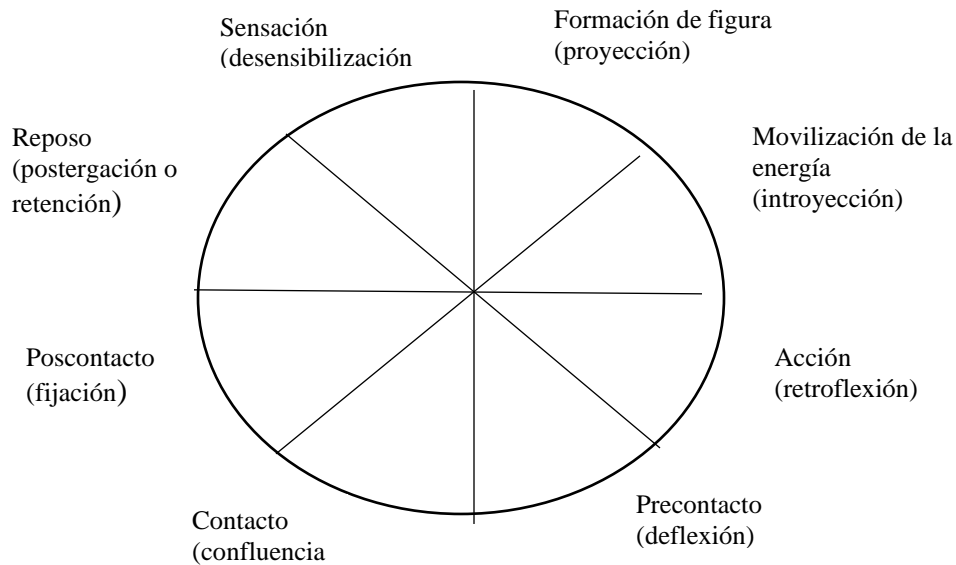


Figura 1. Ciclo Gestalt (Salama, 2002)

De acuerdo con la Figura 1, el reposo es el punto de inicio de una nueva experiencia, en donde el bloqueo es la postergación porque la persona interrumpe el ciclo de la Gestalt para dejarla en otro momento. La sensación implica sentir físicamente que todavía no se conoce y su bloqueo es la desensibilización porque el individuo no siente. La formación de la figura implica que la necesidad está definida y se concientiza el objetivo de la sensación y su bloqueo es la proyección porque el paciente no establece la figura claramente. La movilización de energía significa que existe la energetización para llevar a cabo lo que demanda la necesidad, pero la introyección interrumpe esta fase dado que la persona tiene “debos” y “tengos”. La acción, implica que se pasó a la parte activa movilizando al organismo hacia el objeto relacional y su bloqueo es la retroflexión porque el paciente dirige la energía hacia adentro. El precontacto, conlleva la identificación del objeto relacional, se localiza la fuente de satisfacción dirigiéndose hacia a ella y su interrupción es la deflexión que hace que la persona evite que la energía localice el objeto relacional. El contacto, consiste en la aproximación plena con el satisfactor y se experimenta la unión con él, pero si la persona pierde los límites

con los demás, entonces hay un bloqueo llamado confluencia. En el poscontacto, se inicia la desenergetización, buscando el reposo junto con la asimilación y el bloqueo se le conoce como fijación que consiste en que la persona no puede evitar que la energía continúe su recorrido y desenergetice.

Se reitera que se eligió este ciclo para que haya congruencia con el instrumento de medición aplicado (Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama) que tiene como fin determinar los bloqueos en el ciclo de la experiencia y que fue uno de los objetivos específicos de la presente investigación.

Metodología

El método utilizado fue el inductivo porque a partir de un paciente en un proceso psicoterapéutico, como fue el estudio de caso de una joven de 18 años con síntomas de anorexia, se pretendió llegar a reglas o explicaciones generales. Asimismo, se trata de un estudio de caso para estudiar el fenómeno de la anorexia, desde el enfoque gestáltico y documentar los resultados de los procesos psicoterapéuticos para contar con literatura y mostrar la efectividad de la terapia Gestalt, porque se podía observar profundamente la experiencia anoréxica en una paciente de 18 años de edad, en un campo relacional determinado para obtener un conocimiento más amplio.

De acuerdo con lo anotado, varias de las características del estudio de caso coinciden incluso con los principios, fundamentos y metodología de la terapia Gestalt tales como la comprensión holística del fenómeno y la utilización de la fenomenología para aproximarse a la experiencia del paciente. Por ende, el estudio de caso permitió acceder al mundo subjetivo de la joven de 18 años, a través del acompañamiento psicoterapéutico, conocer sus interrupciones o resistencias gestálticas en el proceso de contacto, sus necesidades físicas y afectivas, sus introyectos y en general, cómo es su experiencia anoréxica en un campo relacional específico.

El enfoque que se ocupó en esta tesis fue mixto, es decir una combinación tanto de la modalidad cuantitativa y cualitativa. Este tipo de investigaciones han surgido para analizar profundamente un fenómeno, utilizando las fortalezas de ambos enfoques.

En el presente caso, se midió la disminución de los síntomas de anorexia de una joven de 18 años, a través de un proceso de psicoterapia Gestalt, mediante instrumentos estandarizados y se plasmaron los resultados cuantitativamente. La primera fase antes de iniciar el proceso psicoterapéutico fue cuantitativa. Después de evaluar las interrupciones gestálticas y los síntomas de anorexia en la joven de 18 años, con instrumentos estandarizados, se pasó al proceso psicoterapéutico durante 24 sesiones para recolectar información y categorizar de acuerdo a los objetivos específicos de esta investigación, es decir, las interrupciones o resistencias en el proceso de contacto, introyectos así como las necesidades físicas y afectivas de la paciente, por ende esta fase fue cualitativa.

Para este estudio se utilizó CUAN → cual, el diseño de investigación propuesto por Driesnack, Sousa y Costa, (2007, citado en Pereira, 2011) en donde la mayúscula indica el enfoque que tuvo priorización fue cuantitativo y la flecha significa que el método secundario ocurrió posterior a la recolección de los datos primarios.

Tomando en cuenta que el enfoque fue mixto, las técnicas fueron diferentes de acuerdo con la fase cuantitativa o cualitativa para estar en posibilidades de recoger la información correspondiente a cada una durante esta investigación. Para la parte cuantitativa, se utilizaron instrumentos de medición. En cuanto a la fase cualitativa, las técnicas aplicadas fueron la observación directa que utilizó como auxiliares los reportes o fichas de sesión; la grabación en audio; así como la entrevista fenomenológica durante cada sesión en el proceso psicoterapéutico. A los padres se les hizo una entrevista semiestructurada para obtener el motivo de consulta, la estructura familiar y los datos de la historia clínica de su hija.

Se utilizó la observación directa o cualitativa auxiliándose de grabaciones en audio y de registros en fichas de sesión, aquellos aspectos observados relevantes como las resistencias gestálticas, los introyectos, las necesidades físicas o afectivas, el nivel de sensibilización del paciente. Posteriormente se transcribió cada sesión para realizar el análisis cualitativo respectivo así como una matriz de datos que contuviesen las categorías obtenidas, número de sesión, el trabajo realizado por la terapeuta y comentarios específicos.

El procesamiento de información para los resultados *pretest-postest* de la prueba de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test -EAT-26) de Garner y Garfinkel (1982) se realizó mediante la *T de Student* para establecer si la diferencia era significativa de los factores evaluados y poder determinar la efectividad de la terapia Gestáltica en la joven de 18 años con síntomas de anorexia.

Para el Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) se utilizó la *T de Student* para la comparación entre los resultados antes y después del proceso psicoterapéutico.

Respecto al Test de Psicodiagnóstico de Gestalt de Salama (2006), se calcularon porcentajes de acuerdo a los puntajes obtenidos *pretest-postest*, para determinar los bloqueos gestálticos, disfuncionalidad, ambivalencia, funcionalidad y desbloques, asimismo se utilizó la *T de Student* para determinar si las diferencias de los resultados antes y después de la intervención psicológica eran significativas.

Resultados.

En primera instancia la información recabada fue la estructura familiar, historia clínica y el familiograma de la paciente N.P de 18 años. Es una familia de 5 integrantes: papá, mamá, hermano mayor de 20 años, la paciente de 18 años y su hermana menor de 15 años.

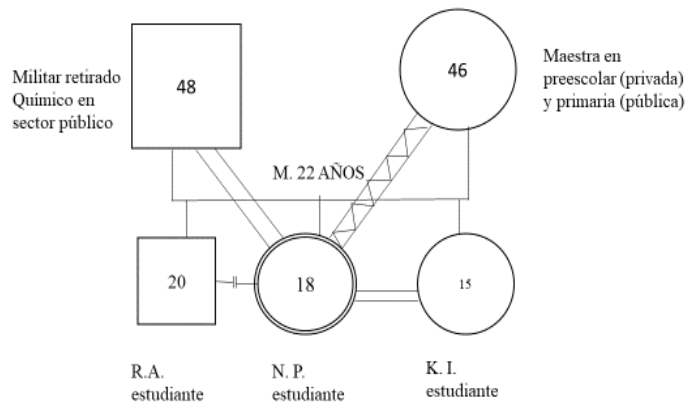


Figura 2. Familiograma de la paciente y el tipo de vínculos entre los integrantes.

Su padre militar retirado y seguía laborando como químico en una institución de salud pública al momento de la entrevista. Su mamá maestra de preescolar en escuela privada y de primaria en institución pública. La duración de matrimonio ha sido de 22 años. Los abuelos maternos son los que han cuidado de la paciente N.P. por las labores de los padres, aunque su papá destinó tiempo para ir a recoger a su hija de la escuela durante su primaria y secundaria.

Tanto de la entrevista semiestructurada a los padres como la primera sesión con la paciente se obtuvieron diversos datos e información en el siguiente sentido: el clima familiar fue reportado por los padres en diversas etapas. Una primera etapa se caracterizaba por agresividad entre los padres y con sus hijos; después una segunda etapa en donde su comportamiento fue frío y distante. Por último, al momento de la entrevista, mencionaron que eran descalificadores y se criticaban constantemente entre ellos. El hijo mayor de nombre R. A., enfermó de cáncer de testículo cuando tenía un año y medio, lo que conllevó que la mamá estuviera al cuidado y pendiente de los tratamientos médicos respectivos, dicha situación según refieren los papás, implicó que la paciente hiciera comentarios constantes en el sentido que ella consideraba que sus padres querían más al hermano mayor. La forma de corrección y educación los primeros años de vida de la paciente, de acuerdo a lo comentado por los padres, fue con castigos físicos como nalgadas,

jalones de pelo o correcciones con el cinturón, situación que ella misma refiere, así como sus padres que no le ha sido fácil de olvidar y le causaba dolor. En relación al consumo de alcohol u otras sustancias legales o ilegales, el padre refirió que no consume ninguna. La madre dijo que su ingesta de alcohol era esporádico. La paciente inició el consumo de alcohol a los 13 años, según ella refirió porque le daba seguridad, confianza, podía bailar con varones, pero también se dio cuenta que no medía los riesgos.

La paciente a la edad aproximada de 8 años jugaba con su hermano de 11 años y él la tocaba en su cuerpo. A la edad de 11 años, el hermano la intentó violar cuando él tenía 13 años. Ella lo comentó con su mamá. La madre en la entrevista mencionó que ella quería denunciar al hijo, mientras que el padre no estaba de acuerdo, lo que generó conflictos entre ellos. A partir de ese momento, la paciente no quería contactó con nadie ni cercanía con los hombres. Después, de sentir odio por su hermano “empezó a dejarlo atrás” a la edad de 16 años, a sentir cariño por él, aunque existe distancia entre ellos porque cada uno se ocupa de sus labores y no coinciden en actividades ni horarios. Refiere en el momento de la entrevista que entre ellos es “como si nada hubiera pasado”.

Tuvo varios ingresos hospitalarios: uno por *cutting* y golpearse a sí misma (11 años), peso excesivamente delgado (14 años), consumo de alcohol, intoxicación de medicamento y trastornos alimenticios (16 años) e intento de suicidio (17 años). En este último caso, el tratamiento fue de índole farmacológico y grupo de apoyo entre adolescentes durante un año. La relación de la paciente con la mamá se reportó distante y por momentos conflictiva, con el hermano distante, con su papá y hermana cercana. La paciente refirió que su papá era consentidor y se divertían mucho entre ellos.

El motivo de consulta reportado por los padres fue: consumo de alcohol, negación de cosas que hacía la paciente de manera que no asumía la responsabilidad de sus actos; uso de mentiras constantes y síntomas de

preocupación excesiva de su hija por estar delgada y el uso del vómito, así como esconder la comida para no subir de peso. Por su parte, la paciente refiere que solicitó atención por preocupación excesiva por el peso, disgusto por su cuerpo, esconder la comida en ocasiones (ya no vomitaba) y sentimiento de culpa por comer en exceso.

Por lo que toca a la parte cuantitativa, los resultados obtenidos del *Eating Attitudes Test* (Eat-26) fueron:

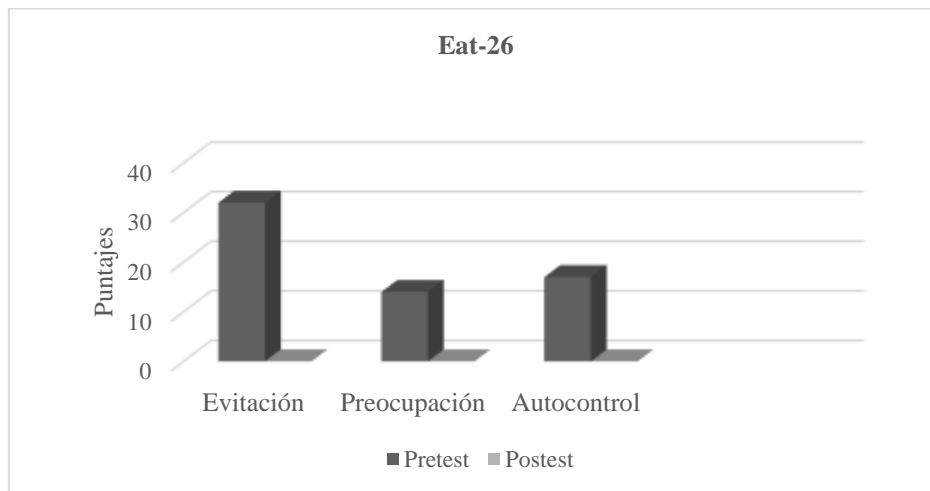


Figura 3. *Pretest-postest* del *Eating Attitudes Test*. (EAT-26)

El factor 1 corresponde a la evitación de alimentos y la preocupación de estar delgado. El factor 2 equivale a la bulimia y preocupación por la comida. El factor 3 mide el autocontrol para comer y la percepción de la presión para aumentar de peso. Los datos arrojados por el *Eating Attitudes Test* fueron analizados con la *T de Student* para efectos de valorar si hubo diferencia entre los resultados *pretest-postest* y contestar la pregunta de investigación planteada en el sentido si ¿se pueden disminuir los síntomas de anorexia de una joven de 18 años a través de la terapia Gestalt? El resultado obtenido fue $P= 0.0637$ que se tradujo en la existencia de una diferencia significativa entre los resultados, de manera que el proceso psicoterapéutico logró disminuir los factores referidos.

En relación a los datos obtenidos del Cuestionario de Imagen Corporal (*Body Shape Questionnaire*) que contiene 5 factores: el 1 se refiere a la preocupación por el peso en relación con la ingesta de alimentos; el 2 consiste en la preocupación

por los aspectos antiestéticos de la obesidad; el 3 mide la insatisfacción y preocupación corporal general; el 4 está relacionado con la insatisfacción corporal de la parte inferior del cuerpo; el 5 está relacionado con el uso de laxantes y vómitos y el factor único evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. Los resultados fueron los siguientes:

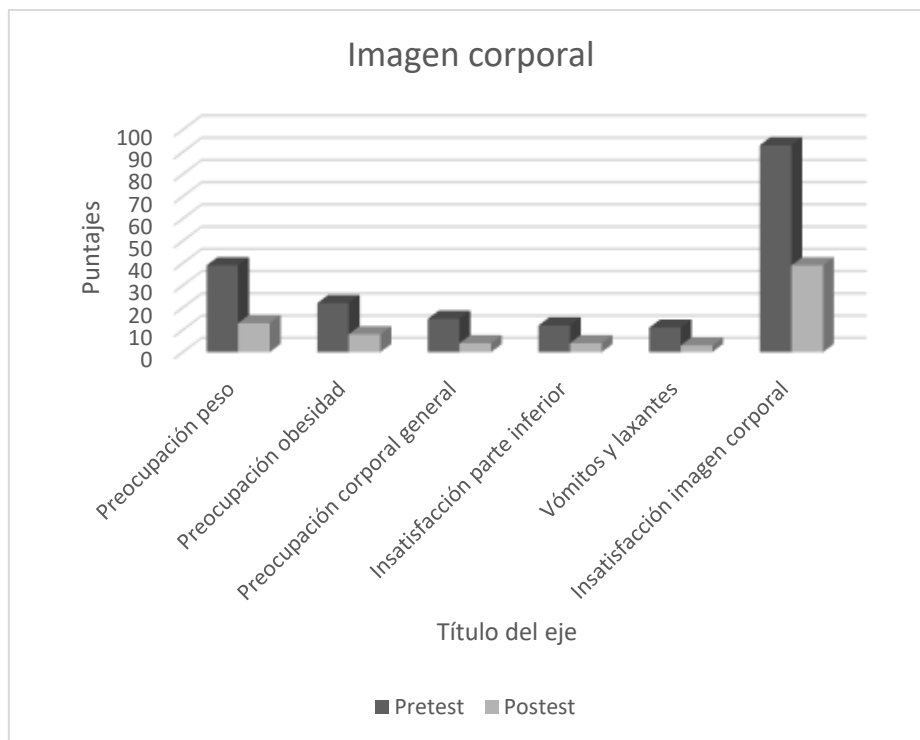


Figura 4. *Pretest-postest* del Cuestionario de Imagen Corporal. (Cooper et al., 1987)

En cuanto al Cuestionario de Imagen Corporal se realizó el análisis cuantitativo mediante la prueba estadística *T de Student* cuyo resultado fue $P=0.0396$, que se tradujo en una diferencia significativa entre la información obtenida en el *pretest* y luego, en el *postest*.

En relación con los bloqueos o interrupciones gestálticas, se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Gestalt de Salama (2006), antes de iniciar y después del proceso psicoterapéutico. Los resultados obtenidos de la paciente N.P. se representan en la siguiente gráfica.

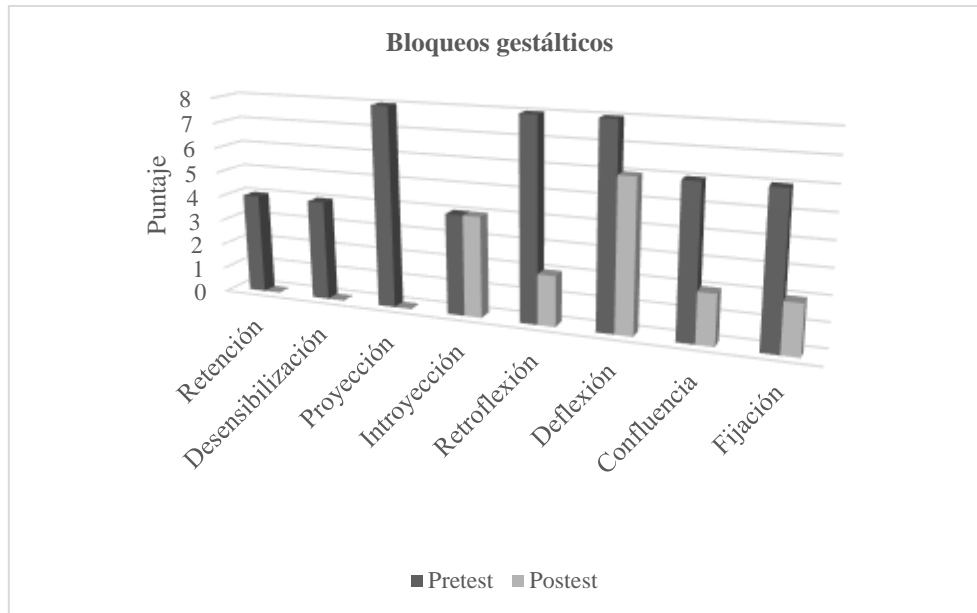


Figura 5. *Pretest-posttest* del Psicodiagnóstico Gestalt (Salama, 2006)

Se observaron en la paciente de acuerdo a los resultados del Test de Psicodiagnóstico de Salama los siguientes bloqueos: proyección, retroflexión y deflexión. Respecto a la retención, desensibilización e introyección presentó ambivalencia y fue disfuncional en cuanto a la confluencia y fijación. Después del proceso psicoterapéutico, la paciente se desbloqueó de acuerdo con los resultados, particularmente en la retención, desensibilización y proyección. En la introyección no hubo ninguna modificación. En cuanto a la retroflexión y deflexión, pasaron de interrupciones gestálticas a funcional y disfuncional respectivamente. Tanto la confluencia y fijación, de ser disfuncionales se convirtieron en funcionales. Para estar en posibilidades de determinar estadísticamente si hubo diferencia significativa entre los resultados *pretest-posttest* respecto al instrumento de psicodiagnóstico de Salama, se aplicó la *T de Student* el resultado fue $P= 0.0021$, de tal suerte que sí hubo modificación entre los datos obtenidos antes y después del proceso de terapia Gestalt.

En relación con el análisis cualitativo, se pudo observar que tenía introyectos relacionados con la silueta delgada cuando refirió en la tercera sesión “*yo creo que tiene más aceptación una persona que está gordita... son menos criticadas*”. A lo

largo del proceso terapéutico se observó el bloqueo de la retroflexión de manera constante: *“yo pienso que por no desquitarme con las demás personas como que me desquito conmigo misma.* También la paciente evitaba o no enfrentaba, se puso en evidencia el bloqueo de deflexión. Se observó de nueva cuenta la retroflexión al no expresar lo que le estaba pasando (intento de acto sexual por parte del hermano) y empezar a dejar de comer, porque no lo compartió con ninguna persona, también le dio miedo mostrar su cuerpo a los demás, de manera que empezó a usar ropa holgada para protegerse para no volver a vivir la situación de abuso por parte de su hermano.

Asimismo, se observó que se aislaba para protegerse de ser criticada o lastimada emocionalmente, tanto en el ámbito escolar como familiar. Le daba miedo ser juzgada o señalada por los demás, de modo que no expresaba sus necesidades e incluso refirió que dejaba de ser ella misma por no manifestar lo que pensaba o necesitaba. Enfatizaba en sus errores y pretendía hacer las cosas perfectas, situación que se ha estudiado como variable correlacionada con los trastornos alimenticios. Respecto al peso, consideraba que las personas delgadas eran más aceptadas, situación que se relaciona en general con varios temas tratados en terapia como era sentirse criticada y juzgada por sus familiares, con un trato injusto, sentir vergüenza de su cuerpo que empezaba a desarrollarse y evitaba el contacto físico con los hombres, aislarse para no ser lastimada emocionalmente y protegerse, necesidad de ser reconocida, falta de apoyo en un campo relacional complicado.

La fijación por la delgadez y en torno al peso era un síntoma que manifestaba su necesidad de aceptación y aprobación, porque se había sentido juzgada en particular por sus padres, seres queridos y compañeros de escuela, también el tema de la tentativa de violación del hermano generó en ella querer protegerse y no tener ningún contacto físico con las personas dado que su libertad psicosexual se vio afectada y se avergonzó de su cuerpo.

La presencia del terapeuta, empatía y la relación psicoterapéutica que se generó permitió que la paciente se sintiera aceptada y pudiera compartir temas que le generaban vergüenza. La paciente fue compartiendo cada vez más pensamientos, sentimientos y sus experiencias.

Discusión

La relación terapéutica fue fundamental para que la paciente se sintiera escuchada y comprendida, sin sentirse juzgada, porque su campo relacional ha sido difícil y patológico, de ahí que el síntoma anoréxico, junto con otros más como el *cutting* que vivió antes y el consumo de alcohol, surgieron en ella por no sentirse atendida, amada, con un trato justo, amenazada en su libertad psicosexual, constantemente criticada y lastimada emocionalmente, sin poder expresar sus necesidades y poner límites, de manera que la anorexia fue un ajuste conservador para adaptarse a su ambiente. La terapia Gestalt al ser un enfoque holístico permitió atender a la paciente de manera integral, aunque el planteamiento del problema era atender los síntomas y su experiencia anoréxica, es indudable que al promover la consciencia o *awareness* permitió desarrollar su potencial, sensibilizarse, autorregularse, identificar y expresar sus necesidades y sentimientos, autoapoyo, así como la responsabilidad de sí misma. Por ende, la Gestalt resultó ser una terapia efectiva para dar respuesta a la pregunta de investigación en el sentido si se podía disminuir los síntomas de anorexia en una joven de 18 años con síntomas de anorexia, así como los objetivos específicos que se plantearon.

El estudio de caso proporcionó información valiosa y más tratándose de este tema que puede resultar amenazante para compartirlo con otros, sin embargo, una recomendación sería trabajar con un grupo de adolescentes en un taller o terapia de grupo para que la muestra fuera representativa y proporcionara más información.

También, los seis meses de terapia fue un tiempo importante para lograr cambios que se midieron y fueron significativos, sin embargo, para conseguir que ciertas resistencias gestálticas se modificaran particularmente la introyección y la fijación, se considera que el tiempo de terapia tendría que ser mayor a 6 meses para estar en posibilidades de atender todos los bloqueos.

Por otra parte, se recomienda hacer investigación de este tema con otro grupo de edad, particularmente menores de 18 años que se encuentran en la adolescencia temprana para ver si la efectividad de la terapia Gestalt funciona de igual manera o influye la edad o madurez de las jóvenes para hacer cambios.

Referencias

- American Psychiatric Association, (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Birmingham, L., Touyz, S. y Harbottle, J. (2009). En Cruzat, M., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R. y Arancibia, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 5, 70-79. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v5n2/v5n2a1.pdf>
- Conte, E. y Mione, M. (2013). Existencias anoréxicas, bulímicas e hiperfágicas: formas dramáticas de creatividad femenina. En G. Francesetti, M. Gecele y J. Roubal (Eds.). *Terapia Gestalt en la práctica clínica*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). En Vázquez, R., Galán, Álvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A. y Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2. 42-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (2011). *Anorexia y bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.
- Delacroix; J.M. (2008). En Flores, E. (2018). *La experiencia en Gestalt. Jean.Marie Delacroix. Carmen Vázquez. Jean-Marie Robine. Ruella Frank*. México: Pax México

- Driessnack, M., Sousa, V. y Costa, I. (2007). En Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15 (1). 15-29. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Flores, E. (2018). *La experiencia en Gestalt. Jean-Marie Delacroix. Carmen Vázquez. Jean-Marie Robine. Ruella Frank*. México: Pax México.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1982). En Iñarritu, M. C., Cruz, V. y Morán, I. C (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*. Recuperado de respyn2.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). *La Gestalt. Una terapia de contacto*. México: Manual Moderno
- Gómez-Peresmitré, G. (2013). *Imagen Corporal y Orientación Sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal*. México: Fénix
- Parlett, M. (1991). Reflexiones sobre la teoría de campo. Cuarta conferencia británica de Gestalt en Nottingham. *The British Gestalt Journal*. Recuperado de <https://gestaltnet.net/documentos/reflexiones-sobre-la-teoría-de-campo>
- Pérez-Lugo, A.L., Gabino-Campos, M. y Baile, J. I. (2016). Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 7. P. 40-45. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/387/534>
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, (2da. Ed.). Vo. II. (C. Vázquez Bandín, trad.), España: Centro de Terapia y Psicología
- Robine, J. M. (2009). Una terapia de las formas de la experiencia. *Figura/Fondo. Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt*. 26.5-19
- Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología*. 3ª ed. México: Alfaomega.
- Salama, H. (2006). *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (T.P.G.)*. México: Editorial Centro Gestalt.
- Sellés, A. (2006). Reflexiones y preguntas acerca de la teoría del campo. V Conferencia de escritores gestálticos en español. Instituto de Terapia Gestalt de Castellón. Recuperado de <http://gestaltnet.net/sites/default/files/teoria%20campo.pdf>
- Toro, J. y Artigas, M (2013). *Vencer la Anorexia. El cuerpo como enemigo*. España: Plataforma Editorial.

