

PERSPECTIVA GESTALTICA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: UN TALLER VIVENCIAL

Adriana Rubinstein Agunin

Psicóloga - Especialista en Trastornos de la Alimentación y Obesidad

Todos los derechos reservados. Fecha de publicación: 2002

1. INTRODUCCION

El principal objetivo de este capítulo consiste en proporcionarle al especialista la posibilidad de conocer una alternativa diferente en el uso de estrategias terapéuticas, concretamente la Psicoterapia Gestáltica, así como mostrarle las oportunidades que la misma ofrece y la utilidad de sus aportaciones.

La corriente gestáltica considera al ser humano como un todo holístico. En este sentido, una de sus más importantes premisas indica que el tratamiento de pacientes que han desarrollado un trastorno alimentario debe ser multidisciplinar e integral: se dice integral en el sentido de favorecer las aportaciones desde distintas áreas de la persona: *pensamientos, conductas, sentimientos, el cuerpo, lo biológico, lo familiar, lo social, etc.*

Partamos de la base de que cada persona es única: aunque los síntomas se parezcan unos a otros, la significación que tiene para cada individuo es particular e insustituible. Cada uno tendrá motivos diferentes, como piezas únicas que encajan dentro de un sólo puzzle posible: el

suyo propio. Sabemos, así, que no hay bulimia, sino pacientes con bulimia. Sabemos que no hay anorexias, sino pacientes con anorexia. E igualmente, cabe afirmar que no hay obesidad, sino varios tipos de obesidades y pacientes obesos. Es decir, podemos hablar de rasgos, elementos, situaciones vitales *en común* en la mayoría de las personas con trastornos alimentarios, pero de ninguna manera los conocimientos teóricos deben anteponerse a la realidad de la persona.

Comprender e interiorizar que ante todo lo que tenemos frente a nosotros es una PERSONA, lo que implica esforzarnos en ir más allá del diagnóstico de "bulimia", "anorexia" o "sobreingesta compulsiva", para acercarnos al encuentro interpersonal, encuentro ya de por sí sanador y motivador. Lo esencial es relacionarnos con la persona y no con su enfermedad. No hablamos de "bulímica" sino de sujeto que desarrolla una "bulimia" como medio para adaptarse a una situación vital momentánea que le resulta intolerante y no sabe manejar.

La Gestalt ofrece ciertas ventajas en el tratamiento de estos trastornos, como por ejemplo pueda ser trabajar con el ciclo de satisfacción de necesidades partiendo de la teoría y concretando con ejercicios de gran valor vivencial y educativo. Otro valor intrínseco de la utilización de técnicas gestálticas, estriba en que promueve la integración de partes del *self* (del sí mismo) en conflicto, favoreciendo el darse cuenta corporal, la expresión de sentimientos a través de otros medios que no sean la palabra, el autodescubrimiento de las propias necesidades y aprender a poner límites entre uno mismo y el medio. Y sobre todo, permitir al paciente comenzar a tomar las riendas de su vida haciéndose responsable de su propio crecimiento. Veremos todo esto más detalladamente a lo largo del capítulo.

No nos centraremos en describir las características de estos trastornos, su etiología, diagnóstico o posibles explicaciones teóricas, ya que éstas han sido objeto de estudio en capítulos anteriores. Nos centraremos en describir con detalle algunas alternativas metodológicas factibles de ser utilizadas en el trabajo clínico. Intentaremos exponer la experiencia recogida en talleres vivenciales así como en la práctica clínica con estos pacientes. Describiremos un taller vivencial completo, sus ejercicios, aplicaciones y ventajas, partiendo desde la Gestalt como marco de referencia teórico.

2. CONCEPTOS BÁSICOS DE PSICOTERAPIA GESTALT

Principios básicos

Una gestalt es una configuración, una forma, la forma particular en que se organizan las partes individuales que la constituyen. La proposición esencial de la psicología de la Gestalt es que el ser humano se organiza en formas o totalidades y de esta manera es vivenciada por la persona. Para comprender al ser humano, por lo tanto, debemos llegar a comprender el "todo", la totalidad, las formas de la persona.

Según Fritz Perls, el fundador de la terapia Gestalt, ésta tiene como objetivo "*desarrollar el proceso de madurez y el potencial humano y reparar los fallos de la personalidad para restituir al individuo su totalidad*". Esto significa, que más que curar eliminando un síntoma, se propone promover el crecimiento personal y toma de conciencia para integrar las distintas partes de un todo: la persona.

Para lograr esto, una pieza clave en terapia Gestalt es EL CONTACTO. Este concepto lo veremos más detalladamente pues es de vital importancia para comprender desajustes adaptativos como son los trastornos de la alimentación.

Aquí y ahora

La idea de "Aquí y ahora" refleja la necesidad de vivir el presente, el momento actual, el "aquí" y el "ahora". Esto nos permite conocer nuestras percepciones, nuestros sentimientos, nuestros procesos. Nos permite darnos cuenta de aquello que estamos experimentando.

El pasado sólo existe en función de lo que representa en el presente y el futuro aún no ha llegado. Por lo tanto, lo único que realmente existe es el presente. En terapia se abordará el presente, lo que el individuo trae aquí y ahora, sin olvidarnos, claro está, que existe una historia pasada y una perspectiva a futuro. Pero aunque emerjan sentimientos o situaciones del ayer, o miedos al mañana, surgirán en el aquí y ahora, serán vivenciados en este preciso instante. Frente a esta tesitura, el ser humano experimenta miedo. Miedo al dolor o a la felicidad descontrolada. Es más fácil evitar el presente que sufrirlo.

Así, cada uno de nosotros tiene sus propios mecanismos para evitar el presente: puedo ponerme nervioso, pensar en otra cosa, utilizar el humor, relativizar lo que me sucede, hacer otra cosa, pensar en el futuro o en el pasado, ver la televisión, no parar de hacer cosas o de trabajar, hablar en tercera persona y de terceras personas, o crearme barreras que me protegerán contra ese dolor: las resistencias.

Para darme cuenta cómo hago para evitar mi presente, la gestalt propone ser conciente a cada momento de lo que me sucede a todos los niveles, es decir: en el plano emocional, mental y físico. Saber ¿cómo evito mi presente?, ¿qué mecanismos utilizo?, ¿qué me pasa?, ¿cómo hago para que me pase? ¿Qué siento o pienso en este momento?

Para vivir el presente debo ser capaz de enfrentarme a él, de "contactar" con él. Muchas veces ese presente es doloroso y la manera que encuentro de sustraerme al dolor es evitándolo, no contactando. Si no vivo mi presente no puedo darme cuenta de lo que necesito. Si no me doy cuenta de lo que necesito, no puedo satisfacerlo. Si no lo satisfago, queda un vacío, un "asunto inconcluso". Un vacío que subsanaré con la enfermedad, un vacío que intentaré llenar con comida.

El ciclo de satisfacción de necesidades

El esquema Gestáltico del Ciclo de Satisfacción de Necesidades es un enfoque dinámico que plantea cómo las necesidades del organismo nacen, se desarrollan, se realizan y luego de ser satisfechas desaparecen del primer plano dando lugar al reposo y, consecuentemente, a la oportunidad de que aparezca una nueva necesidad. Si el ciclo es completado correctamente, la necesidad será satisfecha y el organismo estará disponible para otra necesidad.

Si el ciclo no es completado correctamente por la existencia de "interrupciones" habituales (resistencias, bloqueos) el individuo se verá inmerso en un planteamiento de repetición en el intento de satisfacer lo que no ha logrado con anterioridad. O buscará satisfacciones alternativas pero no reales.

Está compuesto por seis etapas sucesivas: sensación, toma de conciencia, energetización, acción, contacto, retirada. (*Ver figura 1*).

1. Sensación:

Aparece la percepción de un cambio, de un desequilibrio en mi relación con el entorno. Percibo "algo" ayudado por mis sentidos, mi cuerpo, mi espíritu. Siento físicamente algo aunque aún no puedo definirlo o diferenciarlo.

2. La toma de conciencia

Es darme cuenta de qué es ese "algo". Ahora le puedo poner un nombre ya que soy capaz de comprender a qué se debía esa sensación: hambre, sed, frío, alegría, rabia, tristeza.

3. La energetización

Una vez he tomado conciencia de lo que voy a hacer, me cargo de energía, me preparo para la acción.

4. La acción

Una vez que sé lo que me sucede, que he tomado conciencia de ello, puedo ponerme en movimiento. Me pongo en acción para satisfacer la necesidad imperante, movilizo mi cuerpo. Si tengo hambre, me levantaré y buscaré alimento.

5. El contacto

Es la fase en la que por fin puedo satisfacer mi necesidad. Contacto con lo que estoy llevando a cabo y, así, satisfago mi necesidad. Introduzco el alimento en mi boca, la disfruto.

6. La retirada

Tras el final del cumplimiento de la necesidad, me retraigo, reposo. Ya no tengo esa necesidad y me retiro. Atenta a la aparición de otra necesidad.

Estas etapas se solapan unas a otras. No se termina una y comienza otra, sino que permanecen a lo largo de todo el ciclo, con menos fuerza que la que en ese momento es la principal.

Las resistencias

*"La resistencia es el freno que permite ir más despacio o incluso parar el ciclo que se ha puesto en marcha espontáneamente."*² Se trata de frenar conscientemente cualquier fase del ciclo de satisfacción de las necesidades. Lo que sucede es que, en varias ocasiones, este freno se convierte en una forma de funcionar.

Las resistencias se utilizan como medio para evitar el contacto con lo real, para evitar el dolor. Podemos encontrar sus orígenes en la infancia, momento en el cual los medios de que el niño dispone justifican la utilización de éstos procesos por la incapacidad de actuar de otra manera. El adulto, muchas veces utiliza los mismos procesos que ha aprendido de niño. La frontera entre lo normal y lo patológico estaría en su utilización. Frente a una situación excepcional, donde algunos de estos procesos son la estrategia más adecuada, el adulto puede echar mano de estos aprendizajes. Pero si su utilización es excesiva, crónica, repetitiva, estamos en el terreno de lo patológico.

Estas resistencias o mecanismos son: introyección, proyección, retroflexión, deflexión y confluencia. (Ver figura 1)

1. Introyección

*"La introyección es el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros"*³

sino que provienen del exterior. Es la resistencia que hace que evitemos tomar conciencia de la sensación percibida. Permitir el darse cuenta de esa sensación se vive como amenazante pues no se adaptan al patrón de valores que "debemos" seguir, no se adecuan a nuestros introyectos. Hacerlo nos provocaría entrar en conflicto con nosotros mismos y nos arriesgaríamos a "defraudarnos" de aquello para lo que fuimos educados, de aquello que "debemos ser".

Los introyectos o introyecciones son ideas, conceptos, sentimientos que yo introduzco en mí sin discriminar. Vienen de nuestros padres, de la sociedad, de los maestros, de los amigos.

Una vez que los hacemos nuestros, ya no somos capaces de determinar si las sensaciones que nos llegan son reales o producto de introyectos, directamente no las percibimos como modificables.

2. Proyección

Es la resistencia que utilizamos para atribuirle a los demás o al entorno aquello que por algún motivo no podemos ver en nosotros, a pesar de ser nuestro. *"Tal como la introyección es la tendencia a hacer de sí mismo (self) responsable de lo que de hecho es parte del ambiente, así también la proyección es la tendencia a hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el sí mismo (self)."* ⁴

En este punto del ciclo de satisfacción de necesidades somos capaces de tomar conciencia de la necesidad, pero no somos capaces de llevarlo a la acción porque se proyecta hacia afuera. Aquello que sentimos, pensamos, deseamos, deja de ser nuestro para convertirse en propiedad ajena. De esa forma evitamos responsabilizarnos de lo que nos ocurre. El problema es del otro.

La proyección nos permite "librarnos" de aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos nos resultan intolerantes, amenazantes o poco deseables.

3. Retroflexión

Esta resistencia permite evitar el paso a la acción a pesar de la energía acumulada, ya que ésta se vuelve contra uno mismo. La energía se transforma en acción contra uno mismo y no hacia el fin real para el cual fue generada. La persona *"reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo de comportamiento"*. ⁵

Significa "volverse atrás intensamente en contra". El individuo reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo de comportamiento.

4. Deflexión

Deflectar es desviar, es evitar el contacto directo con lo que nos sucede aquí y ahora, lo que vivimos, hacemos, sentimos. Es no contactar con lo real, con lo que verdaderamente es. Desviamos nuestros pensamientos, nuestros sentimientos, nuestras sensaciones nos refugiamos en el pasado o en el futuro con el fin de encontrar otros caminos menos amenazantes, menos comprometedores, que nos eviten el dolor y la confrontación con la realidad.

Llevamos a cabo la acción pero por el camino equivocado.

5. Confluencia

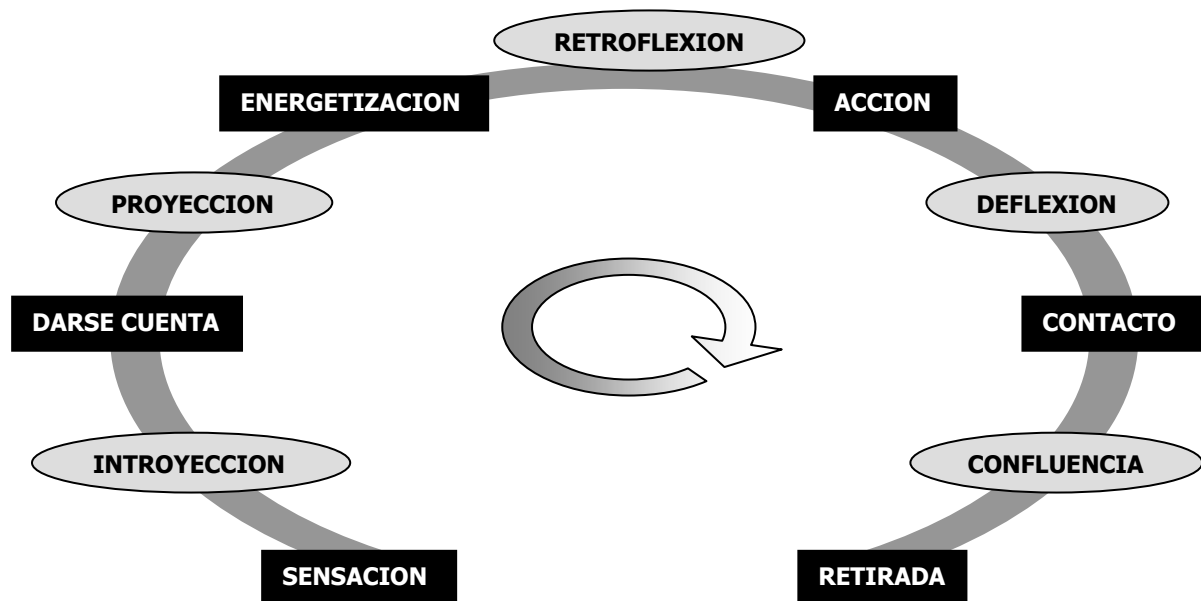
Es la dificultad para retirarnos, separarnos del ambiente, de lo que estamos haciendo, de la persona u objeto con quien estamos interactuando. De esta forma logramos prolongar el contacto pese a haberse extinguido la necesidad real, la inicial. Se produce generalmente por miedo al alejamiento, a la pérdida.

Lo paradójico es que el contacto, finalmente, deja de existir. *"Cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el ambiente que lo rodea, cuando siente que es uno con él, se dice que está en confluencia con el ambiente"*.⁶ La persona en confluencia patológica nos habla de una falta de contacto con el ambiente y una necesidad temerosa de aferrarse al objeto con

el cual confluye. "Esta confluencia patológica yace tras muchas de las enfermedades reconocidas como psicosomáticas. Si la confusión entre la respiración y el sollozar (...) se mantiene por el tiempo suficiente, puede resultar un asma."⁷

Perls sintetiza: "El introyector hace lo que los demás quieren que haga, el proyector le hace a los demás lo que él acusa a los demás de hacerle a él, el hombre en confluencia patológica no sabe quién le está haciendo que cosa a quién, y el retroreflector se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros".⁸

Figura 1:



Contacto

Todas las necesidades del ser humano, tanto primarias (hambre, sed, protección, sexo, etc.) como secundarias (necesidad de realización) se realizan a través del contacto.

Las experiencias personales son las que determinan con qué será capaz de contactar la persona y también qué tipo de contacto podrá establecer. En este punto, la educación familiar y social tienen un papel fundamental. Si hemos crecido en un ambiente donde los sentimientos llamados "negativos" (tristeza, cólera, debilidad, frustración, etc.) son innumerales, inaceptables y hasta condenados, posiblemente tendremos serias dificultades para contactar con ellos.

No sólo la educación influye, también el medio ambiente en el que estamos inmersos lo hace. El contacto se establece cuando la persona anticipa que sus deseos serán satisfechos, cuando considera que hallará en el medio ambiente aquello que busca.

Si esto no se diera, el individuo se protegerá desviando sus acciones por otros caminos. Esto le salvaguardará de aumentar su lista de sentimientos negativos hacia el medio: frustración, ira, confusión, resentimiento, impotencia, decepción.

En los trastornos de la alimentación, ese otro camino suele derivar en la comida.

Como ya hemos visto, ligado al concepto de contacto está el de retirada. Al relacionarnos con el mundo necesitamos el contacto, pero también necesitamos separarnos de aquello con lo que contactamos. Necesitamos retirarnos. La retirada permite, una vez satisfecha la necesidad, alejarnos del objeto y dar lugar a la aparición una nueva necesidad con la que contactar. Si no se produce la retirada entramos en confluencia.

3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA PERSPECTIVA GESTÁLTICA

En función de lo que hemos explicado en los párrafos precedentes, intentaremos relacionar los principios teóricos allí mencionados con los trastornos de la alimentación.

Resistencias

Cuando ingerimos alimento sin saborearlo, cuando seguimos comiendo sin tener hambre, cuando se produce el atracón... falla el contacto, falla la retirada.

Cuando no hay hambre, cuando no permitimos la entrada de sensaciones, falla la percepción de la sensación, la toma de conciencia y, a partir de allí, todo lo demás.

La primera frase se refiere esencialmente al atracón, al comer compulsivo. Cuando vemos personas que manifiestan una incapacidad para controlarse, parar de comer, para "retirarse" a pesar de estar saciadas, estamos frente a un fallo en la capacidad de retirada. Mencionamos anteriormente, que las dificultades en este paso están ligadas a las dificultades en el "contacto". Y eso es con lo que nos encontramos. Las personas, al darse el atracón, no contactan con la comida de forma adecuada. De hecho, muchas veces ni siquiera saben qué ni cuanto están comiendo. No reconocen como sabe el alimento, ni su textura, ni su olor, porque no se detienen en ello.

La segunda frase se refiere a la restricción alimentaria observada en anorexia restrictiva especialmente en etapas avanzadas. Implica anular la percepción de hambre. Vemos aquí como el "ciclo de satisfacción de necesidades" queda bloqueado desde el primer paso: la sensación. La persona no es capaz de darse cuenta que tiene hambre, bloquea esa sensación con el fin de no engordar.

Facilitar el darse cuenta de las sensaciones en una persona con anorexia requerirá tiempo y es conveniente ayudarse de terapias corporales que promueven la sensibilización corporal.

Los mecanismos o resistencias que con más frecuencia son utilizados por personas con trastornos de la alimentación son la proyección, la retroflexión y la confluencia. Es importante añadir en este punto, que nos resulta de gran utilidad incluir dos mecanismos de defensa descritos por las teorías psicoanalíticas: la negación y la racionalización.

Un buen ejemplo de RETROFLEXION, y además muy comúnmente observado en personas con trastornos de la alimentación, es la rabia, el enfado. La persona con TCA experimenta fuertes sentimientos de rabia contra el exterior, sentimientos que no puede exteriorizar y que tiende a volcar contra sí misma. Rabia contra un exterior que le exige y anula, contra un exterior que la

invade y ahoga, que la manipula, domina y espera de ella mucho más de lo que ella quiere dar. Rabia por no ser capaz de poner límite o fin a esa acción externa, por no ser capaz de terminar con ese martirio de expectativas que ponen en ella y que ella "debe" satisfacer. Rabia por no darse cuenta de lo que le sucede, por sentirse presa de las circunstancias. Incapaz de tomar las riendas de su vida, de dejar de atribuirse exigencias, incapaz de separarse del rol que debe interpretar ... para ser aceptada, querida, amada, cuidada, valorada.

Cuando esa rabia se vuelve contra sí misma se convierte en enfermedad, en atracón, en autolesión, en autocastigo. Contenido que no pueden soportar por dejarles una insoportable sensación desagradable y que eliminan a través del vómito o de la restricción alimentaria.

Ese exterior suele ser los padres o personas significativas, otros familiares, la pareja, los hermanos, también la sociedad y el modelo de mujer o de hombre que deben ser. Muchas veces son los propios introyectos que adquirió la persona los que le impide, primero, darse cuenta de sus sentimientos y, posteriormente, ser capaces de dirigir la acción hacia el lugar adecuado.

Los siguientes testimonios ejemplifican esta cuestión:

- *"Expresar mi cólera es muy malo, es un sentimiento que no debería tener" . "No soy una buena hija si le digo a mi padre que siento rabia por él con esa actitud... le haría daño y me sentiría culpable después". "Si siento rabia me la trago porque no puedo decirle a mi madre lo que pienso de ella... pero hay momentos en que la detesto". "Si le expreso lo que siento a mi madre terminamos discutiendo y yo me siento mal, no soy capaz de decirle lo que siento, prefiero guardármelo". "No puedo sentir rabia, no debo, dejaría de ser la hija de sus ojos, dejaría de ser su niña".*

Detrás de estas palabras vemos que subyace un profundo temor a no ser queridas y valoradas, una enorme necesidad de aceptación incondicional. Están acostumbradas a ser valoradas cuando satisfacen las exigencias de los demás, ese es el único referente que encuentran: valen por lo que dan al otro en cuanto el otro espera algo de ellas. Se pierden en los deseos del otro y ya no reconocen cuáles son sus propios deseos. Sus satisfacciones han quedado anuladas y no las atiende ni las atienden los demás. Son un espejo de lo que se espera de ellas.

Como no se gustan, no se aceptan, se deriva al físico. La sociedad acepta al físico, sus allegados valoran lo estético. De esta manera buscan en el físico perfecto y delgado la satisfacción de obtener aquello que no consiguen de sí mismas, la satisfacción de sus deseos, de sus necesidades, de lo que realmente son.

Cuando en terapia trabajamos las expectativas propias, los propios deseos (NO el de los demás), las propias necesidades, nos encontramos con que no lo saben. Todo lo que poseen es externo, del afuera, introyectos. Casi nada les pertenece porque no lo han dejado crecer... Lo han PROYECTADO porque no podían apropiarse de algo que las "condenaría". Nos encontramos con que cada vez golpea más fuerte el vacío y se sienten cada vez más solas, tristes e incomprendidas. Aparece la manipulación como medio de conseguir sus objetivos y la dramatización de sus problemas, se sienten víctimas de la vida y tienden a la autocompasión.

Dijimos anteriormente que se podía catalogar el comer compulsivo como un bloqueo entre el contacto y la retirada. Si no contactamos adecuadamente ya no podemos retirarnos. Aparece, por lo tanto, la CONFLUENCIA.

Algo no está pudiendo ser satisfecho como es debido, por lo tanto utilizamos la comida como sustituto. Si la comida funciona como sustituto para satisfacer la necesidad en proceso, el ciclo real no se cumple, no concluye adecuadamente. La comida actúa así como fuente de satisfacción que reemplaza a la necesidad real. Si prestamos atención a este proceso, observamos que el beneficio que obtiene la persona de este proceso ficticio es la posibilidad de evitar enfrentarse a sus conflictos, a sus emociones displacenteras o causantes de posibles enfrentamientos entre ella y el medio. Comer es más tranquilizador, menos amenazante y le evitará enfrentarse a situaciones de las cuales no desea responsabilizarse –aunque sean propias, claro está-. En este sentido, el trastorno es un claro ejemplo de DEFLEXIÓN.

El problema es que, tarde o temprano, se dan cuenta que esta estrategia ya no les sirve porque el coste que pagan es mucho mayor de lo que finalmente obtienen con ella.

Pero ya es algo tarde, la enfermedad ya se apropió de ellas y la dependencia a la comida también, ya que es con la única que tuvo relación durante los últimos tiempos.

Importancia de lo vivencial y de lo corporal

El cuerpo habla, pide lo que necesita. Sus introyectos (los debería y no debería; lo que está bien y lo que está mal) no les gusta. Optan por callar el cuerpo para no necesitar satisfacer lo que pide: afectos, atención, emociones, sexualidad, crecimiento, conflictos, comida. Por algún motivo no les conviene escucharlo. Si son capaces de eliminarlo, hacerlo desaparecer, hacerlo callar, ya no les molestará y podrán controlarlo todo. Podrán ser como “quieren” ser (o “deben” ser), podrán ser lo que se espera de ellas, lo que los demás quieren que sean y que ellas han asumido como propio. Serán libres de ser el modelo que deben ser.

Pero, obviamente, esto no funciona así, el cuerpo habla, siente, pide.. y si no le escuchamos... grita. Cuando lo callamos de continuo, se enferma, aparece el síntoma. El vómito está diciendo que el cuerpo quiere ser escuchado. Lo mismo, el atracón. Lo mismo, la restricción. El cuerpo grita a través de estos síntomas. Los síntomas son lo corporal, la expresión corporal de lo prohibido.

A través de ejercicios vivenciales, -es decir, que se viven desde la propia experiencia, desde la práctica y no exclusivamente a través de la razón y la teoría-, somos capaces de integrar los sentimientos, lo corporal y lo mental en una sola experiencia vital.

No nos quedamos en hablar de los problemas, de los traumas. Intentamos registrar el sentimiento que subyace a esos pensamientos y las acciones en las que posiblemente deriva y sobre todo intentamos revivir en el presente aquello que nos ocasionó un conflicto en el pasado. *"Como terapia vivencial, la técnica gestáltica exige del paciente que se vivencie a sí mismo lo más posible y que se vivencie tan plenamente como pueda en el aquí y ahora. Le pedimos que se dé cuenta de sus gestos, de su respiración, de sus emociones, de su voz y de su expresión facial, tanto como de sus pensamientos más apremiantes. Sabemos que mientras más se dé cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él mismo."*⁹

En los talleres o en terapia se facilita el darse cuenta desde la propia experiencia. No desde el “saber”, sino desde el “conocer”. Como veremos más detalladamente en el apartado siguiente, “vivenciar” la relación con la comida, experimentar en el aquí y ahora las emociones asociadas al acto de comer, al atracón, a la restricción, darnos cuenta de “cómo” lo hacemos y “para qué” lo hacemos, “conocer” qué evitamos y qué obtenemos, nos proporciona una preciosa oportunidad

para darnos cuenta de lo que somos, de conocernos en profundidad. Este es un paso fundamental para el cambio y la aceptación.

Tratamiento

*"En terapia tenemos que restablecer la capacidad del paciente de discriminar. Tenemos que ayudarlo a descubrir qué es él mismo y qué no es él mismo; lo que realiza y lo que lo frustra. Tenemos que guiarlo hacia la integración. Tenemos que asistirlo en su búsqueda del balance y de los límites adecuados entre él mismo y el resto del mundo."*¹⁰

Lo fundamental consiste en no funcionar como autoridad, sino promover la autonomía y el autoapoyo de la paciente. En general, son pacientes muy dependientes; hacerles depender de nosotros porque somos quienes "sabemos" perpetúa su falta de autonomía.

Como premisa, debemos confiar en ellas, en los recursos que tienen para salir adelante. Vamos a darle la oportunidad de descubrir por sí mismas sus propios recursos, invitándoles a ello y demostrándoles aceptación incondicional y confianza en lo que en esencia son. Aprenderán a contar con nosotros, a saber que estamos allí, que les servimos de espejo, de guía, pero que NO sabemos nosotros de ellas más que ellas mismas.

Las pacientes con trastorno de la alimentación están, en la mayoría de los casos, acostumbradas a depender de sus padres, de la sociedad, de las modas... y desconocen profundamente sus propios recursos internos. De ahí que lo único valioso suele ser lo exterior, el cuerpo, las formas. Llevándoles a descubrir su mundo interior, podrán descubrir lo valioso y bello que hay en ellas, sin necesidad de depender de la belleza exterior que, generalmente, hasta el momento, es casi lo único que conocen.

Con algunos tratamientos actuales se suele conseguir que modifiquen su conducta de forma momentánea, así como que efectúen lo "necesario" para salir del "apuro". Pero ese cambio lo viven, muchas veces, como impuesto, externo y sobre todo no sentido, programado detallada y sistemáticamente, pero no como producto de motivaciones propias, de vivencias que dan salida a recursos internos necesarios y suficientes para promover el cambio.

La carencia de experimentación por sí mismos de las motivaciones de cambio y la vivencia de recursos internos, no sólo les hace dependientes de las reglas impuestas por su terapeuta, sino que provoca el fallo posterior de estos aprendizajes haciéndoles extremadamente vulnerables a las recaídas.

Según la Dra. Rosa Calvo, cuando esto resulta difícil de manejar, debido a la necesidad por parte del terapeuta de utilizar medidas paliativas (control estimular, internación, etc.) por la grave situación de la paciente, lo ideal es explicarles con claridad la diferencia entre cambio no intencional y cambio intencional.

El primero incluiría cuidados y recuperación de un mínimo de salud, y el segundo desarrollo de procesos de autorregulación corporal, expresión emocional, amplitud de intereses e inicio del sentido en su existencial.

Los pacientes que han desarrollado un trastorno alimentario no son enfermos invalidados, son seres que sufren por la situación por la cual están atravesando. Tienen que saber que ellos no SON anoréxicos o bulímicos, sino que ESTAN anoréxicos o bulímicos. No lo son, no es su identidad, sino que ESTAN SIENDO HOY Y AHORA porque esta es la manera que han

encontrado para dar salida a su conflictiva, para exteriorizarla. Por absurdo que parezca que esa manera sea autodestructiva, pero es lo mejor que están pudiendo hacer en esos momentos.

Esto es muy importante para que ellos mismos no se pongan la etiqueta y se identifiquen con esa enfermedad. Posteriormente será más difícil erradicar la identificación "*Soy anoréxico y si dejo de serlo entonces qué soy?*".

Independientemente de lo negativo de la enfermedad, es con lo que se identifican, lo que conocen, y a ello se aferran porque ello les resultó beneficioso durante cierto tiempo. La enfermedad es el modo que encuentran de obtener "seguridad" y "control". Componentes éstos que no pueden obtener por sí mismos. No es de extrañar que se aferren a esta enfermedad y que, por lo tanto, les resulte cada vez más difícil el cambio personal, llegando incluso a cronificar la enfermedad.

También es importante que sepan que esta enfermedad es la forma que han aprendido de encauzar sus problemas y que mañana, cuando aparezcan nuevos factores desestabilizantes o estresantes que rompan con el equilibrio psíquico, volverán a adentrarse por el mismo camino. Sus mecanismos, posiblemente, tenderán a encaminarles hacia una alteración similar.

En función de todo lo anteriormente mencionado, se hace necesario incluir en el tratamiento de estas pacientes experiencias emocionales que vayan conformando su verdadera identidad, así como trabajo corporal, e integración de partes del *self* en conflicto con el fin de favorecer su autonomía y maduración.

Para todos estos procesos, el método vivencial de la terapia gestalt es muy adecuado. A su vez, es vital volver a poner en funcionamiento el ciclo de satisfacción de necesidades, activando su correcto recorrido y promoviendo la completa satisfacción de sus necesidades imperantes, especialmente los sentimientos "negativos" prohibidos a su conciencia hasta el momento.

Para ello favoreceremos la toma de conciencia de sensaciones, pensamientos y emociones, la elección de acciones adaptativas, la posibilidad de establecer contacto con el mundo exterior y consigo mismos y, por último, la retirada.

Hasta aquí hemos hablado sobre la intervención en las sesiones de psicoterapia individual. Es importante destacar que el tratamiento global deberá hacerse en conjunto con otros profesionales: médicos, psiquiatras, nutricionistas, especialistas en terapias corporales y de ser posible, la participación en terapia de grupo tanto de las pacientes como, por separado, de sus padres o familiares más allegados.

No nos detendremos aquí a detallar cada una de las intervenciones: aún así, es necesario tenerlo presente.

Objetivos de la terapia

- Darse cuenta de los beneficios de la enfermedad.

Los beneficios de la enfermedad pueden ser muchos y variados. No resulta siempre sencillo descubrirlos y, a veces, lleva bastante tiempo sacarlos a la luz. De todas formas, es fundamental centrarse en este aspecto para que el paciente comience a ver cuál es el camino que debe recorrer. Si uno de los beneficios es, como ejemplo, "llamar la atención" el trabajo será darse cuenta de cómo hace para llamar la atención, a quién quiere más concretamente atraer, que necesidad hay detrás, qué coste paga y si lo consigue. Esto le ayudará a mirar cara

a cara su enfermedad. Enfrentándose a ello podrá, lentamente, recorrer un camino más adecuado y menos costoso.

- Trabajar aspectos emocionales y cognitivos:

Promover el darse cuenta emocional y la expresión de los mismos. Ayudarle a delimitar su espacio para que se de cuenta los límites que necesita establecer entre ella y el medio. Trabajar el valor que le da a la delgadez, las expectativas que invierte en su físico. Aprender a tolerar la ansiedad, la angustia, la tristeza, el dolor, la ira, sentimientos "negativos" de los cuales huye. Incrementar la tolerancia a la frustración. Trabajar la dificultad para el desarraigo, la autonomía, la resistencia a crecer, la tendencia a la dependencia. Trabajar la baja autoestima. Confrontar los patrones extremistas de pensamiento, la necesidad de control, exigencias y perfeccionismo.

- Trabajo con el síntoma:

No intentamos eliminar el síntoma desde el comienzo de la terapia, sino que dedicaremos un tiempo a la escucha, a recibir lo que el síntoma tiene para decir. Lo que haremos será descentrarlos de la comida, de la enfermedad, del síntoma en sí mismo, para intentar, por el contrario, descifrar el mensaje del síntoma. Poco a poco, será el propia paciente quien sienta la necesidad del cambio y el síntoma desaparecerá por sí solo.

Esto será así, siempre y cuando no haya riesgo vital y el sujeto se encuentre sin ningún tipo de peligro físico. Si lo hay, deberemos cambiar el enfoque y comenzar por normalizar su estado, incluso recurrir a la internación en caso de ser necesario.

- Psicoeducación nutricional:

Con psicoeducación nutricional nos referimos a brindarle a la paciente toda la información necesaria sobre aspectos nutricionales y comportamentales con respecto a la comida.

Es fundamental que esta labor la realice una especialista en nutrición. De todas maneras, si nos encontramos con la imposibilidad de contar con profesionales del área, intentaremos darles al menos la información más importante. Así, informarles por ejemplo de la necesidad de hacer cinco comidas diarias para evitar los atracones, el gasto calórico insumido por el organismo al hacer la digestión, los efectos de la inanición, de las dietas; y trucos para evitar los atracones como: dejar siempre comida en el plato, lavarse los dientes enseguida después de comer, masticar chicles, comer despacio y al terminar permitir que transcurra un tiempo mínimo (unos 10-15 minutos) necesario para que las señales neuroendócrinas determinadas por los nutrientes ingeridos alcancen los centros de saciedad en el cerebro, etc. Y por supuesto, entrenamiento en "concentración en la comida" que esa sí será nuestra labor. Ejercicio que describiremos más detalladamente en el apartado siguiente.

Se incluyen también aquí la educación sobre ideas distorsionadas como que "*el trocito de chocolate se me va a la pierna*", etc. Muchas veces tienen ideas falsas sobre la realidad. Debemos confrontar esas ideas con la realidad para evitar la distorsión.

- Darse cuenta corporal.

Trabajo con el cuerpo. Podemos apoyarnos en la utilización de técnicas corporales: Focusing, Bioenergética, movimiento y expresión corporal, etc. Estos trabajos no sólo facilitan el contacto con su cuerpo y sus sensaciones: el contacto con sus necesidades físicas y afectivas, el aprendizaje de las señales de hambre y de saciedad, además, le ayudan a disminuir la rigidez corporal, facilitan la expresión de emociones a través del cuerpo, le anima a explorar y a descubrir su cuerpo favoreciendo la formación real de su imagen corporal y consiguiendo finalmente integrarlo a su ser.

- Trabajo con la familia o pareja.

A lo largo de las sesiones terapéuticas es muy común que comiencen a aparecer conflictos relacionales con distintas personas de su entorno. Es factible pedirles a éstas personas que acudan a la terapia y trabajar con ellos en conjunto con la paciente. Muchas veces vemos dificultades de comunicación. Se puede realizar ejercicios de escucha, de expresión, etc.

También, si los pacientes son muy jóvenes no esperaremos a que surja la conflictiva, le pediremos a los padres que acudan a algunas sesiones de terapia para trabajar algunos aspectos con ellos. Siempre bajo consentimiento de la paciente y de ser posible en su presencia.

REFERENCIAS

1. PERLS, Fritz: "El enfoque gestáltico & testimonios de terapia" Editorial Cuatro Vientos, Chile. 1973 (8va. Reimpresión).
 2. PIERRET, Georges: "Plenitud aquí y ahora" – Editorial Mandala, Madrid. 1987
 3. PERLS, Fritz: "El enfoque gestáltico & testimonios de terapia" Editorial Cuatro Vientos, Chile. 1973 (8va. Reimpresión). página 45
 4. Idem, Fritz Perls, página 45
 5. Idem, Fritz Perls, página 50
 6. Idem, Fritz Perls, página 48
 7. Idem, Fritz Perls, página 49
 8. Idem, Fritz Perls, página 50
 9. Idem, Fritz Perls, página 70
 10. Idem, Fritz Perls, página 52
-

6. BIBLOGRAFIA

- (1) **ABRAMSON, Edward:** "Emotional eating: a practical guide to taking control" Lexington Book, 1993 – Tr: "El comer emocional". Editorial Desclée De Brouwer, 1993.
- (2) **BURNSTEIN, Patricia:** "Me como todo, no como nada" – Artículo de la revista Uno Mismo, Año 1995: Obsesión por las dietas II, págs. 18-23
- (3) **CALVO SAGARDOY, Rosa:** Factores Cognitivos y resistencia al tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria. Jornada de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria – UAM 24-25/11/2000.
- (4) **CASTRO, Rosalía.** (1997). "Una batalla contra la báscula" en FIGURA-FONDO, editado por IHPG, Vol.1 (1).
- (5) **GANLEY, R.M.:** "Emotion and eating in obesity: A review of the literature". International Journal of Eating Disorders, (1989), pp. 343-361.
- (6) **MEZA GUINEA, Deborah:** "La bulimia como ajuste creativo en la adolescencia y su abordaje gestáltico" en Figura-Fondo, editado por IHPG, Vol. (3)
- (7) **PERLS, Fritz:** "El enfoque gestáltico & testimonios de terapia" Editorial Cuatro Vientos, Chile. 1973 (8va. Reimpresión).
- (8) **PETIT, Marie:** "La Gestalt". Editorial Kairos, 1987
- (9) **PIERRET, Georges:** "Plenitud aquí y ahora" – Editorial Mandala, Madrid. 1987
- (10) **SANCHEZ BARSSE, Margarita:** "El obeso y las enfermedades. Un enfoque gestáltico". Revista "Figura Fondo" del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. México. Vol. I, N.3 1997.