



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**BULIMAREXIA: LA HISTORIA DE
ANASTACIO, UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE
GESTALT RELACIONAL**

TESIS

PRESENTADA POR
ELIZABETH CHÁVEZ LÓPEZ

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. PAULINA CAMPOS ROMERO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

SEPTIEMBRE 2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 923816 durante el periodo agosto 2018 - Julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

Primeramente, agradezco a Dios, por todas las bendiciones recibidas.

Agradezco a todas las personas que me han acompañado en esta etapa maestros, amigos, mi madre, mi terapeuta Julio que fue un gran maestro en toda la extensión de la palabra y en especial a Alfredo, mi amoroso, comprensivo y motivador compañero de vida que siempre tiene las palabras correctas, el abrazo indicado y la mano oportuna hacia mí.

Le agradezco a mi padre, estoy segura de que me acompaña con su infinito amor y con cada uno de los aprendizajes que me ha heredado. Gracias papá por enseñarme el camino del trabajo honesto, la bondad y la humildad.

A mi hijo Santiago, le agradezco su paciencia, su comprensión y su compañía en cada momento que representó este viaje. Te dedico esta tesis hijo como muestra de que es importante trabajar en lo que te apasiona, siendo perseverante, compasivo y amable contigo y con los otros y lo más importante con mucho amor en tu corazón.

Gracias.

Contenido

1. Introducción	9
1.1. Planteamiento Del Problema	10
1.2. Justificación	12
1.3. Marco Teórico	15
1.3.1. Adolescencia.....	15
1.3.1.1. Desarrollo físico	15
1.3.1.2. Desarrollo cognoscitivo	17
1.3.1.3. Desarrollo psicosocial	18
1.3.1.4. Desarrollo afectivo	22
1.3.2. Trastornos de la conducta alimentaria.	23
1.3.3. Bulimarexia.....	24
1.3.3.1. Factores de riesgo	25
1.3.3.1.1 Factores biológicos	25
1.3.3.1.2 Factores psicológicos	26
1.3.3.1.3. Factores socioculturales	27
1.3.3.2. Comorbilidad.	28
1.3.3.2.1. Trastornos relacionados con sustancias	28
1.3.3.2.2. Trastornos de ansiedad	29
1.3.3.2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	30
1.3.3.2.4. Trastornos de la personalidad	31
1.3.3.2.5. Trastornos del estado de ánimo	32
1.3.3.2.6. Trastornos del control de impulsos	32
1.3.3.2.7. Trastorno dismórfico corporal	32
1.3.3.3. Diagnóstico	33
1.3.3.4. Tratamiento	37
1.3.3.4.1. Cognitivo Conductual	38
1.3.3.4.2. Terapia familiar y grupos de auto ayuda	38
1.3.3.4.3. Psicoanálisis	38
1.3.3.4.4. Mindfulness	39

1.3.4. Corporalidad.....	39
1.3.5. Enfoque Gestalt.....	41
1.3.5.1. Aspecto relacional	42
1.3.5.1.1. El campo Organismo-entorno	42
1.3.5.1.2. El ajuste creador/ ajuste creativo	43
1.3.5.1.3. El Self	43
1.3.5.2. Ciclo de la experiencia de la Gestalt	44
1.3.5.3. Bloqueos del ciclo de la experiencia	46
1.3.5.4. Modos de relación	47
1.3.5.5. El abordaje Gestáltico de la psicopatología	49
2. Evaluación Diagnóstica.....	51
2.1. Descripción del escenario y participantes.....	51
2.1.1 Motivo de consulta.....	52
2.1.2. Datos generales.....	53
2.1.3. Descripción del paciente.	54
2.1.4. Objetivo General.	54
2.1.5. Objetivos Específicos.....	55
2.2. Instrumentos, Técnicas y/o Estrategias Utilizados.....	55
2.2.1. Instrumentos utilizados.....	55
2.2.2 Técnicas utilizadas.....	55
2.3. Procedimiento	57
2.4. Informe De Los Resultados De La Evaluación Diagnóstica	59
3. Propuesta De Intervención.....	63
3.1. Introducción	63
3.2. Objetivos del Programa de Intervención	65
3.3. Programa de Intervención.....	66
3.3.1. Diseño de intervención.	66
3.3.2. Fases de intervención.....	67
3.3.3. Diseño de psicoterapia.....	69
4. Discusión y Conclusiones.....	75
4.1. Relación Intervención-Cambios Observados	75
4.2. Comparación cambios observados-literatura sustento	76

4.3. Sugerencias y conclusiones	80
Referencias	83
Apéndice A. Historia Clínica	94
Apéndice B. Relatorías	99
Apéndice C. Técnicas de juego usadas en la fase diagnóstica	110
Apéndice D. Herramientas utilizadas en la fase de intervención	113

Lista de tablas

Tabla 1. *Fases de intervención* 67

Tabla 2. *Diseño de psicoterapia* 69

1. Introducción

Se ha documentado cómo la influencia sociocultural de la familia, medios de comunicación y pares asignan un rol que deben seguir tanto los hombres como las mujeres de una determinada cultura, fomentando un cuerpo ideal en cuanto a la imagen corporal para aspirar al éxito social. Estas condiciones mencionadas previamente conllevan un incremento en la prevalencia tanto de insatisfacción corporal como de conductas alimentarias anómalas (Cafri, Yamamiya, Brannick y Thompson, 2005; Garner y Keiper, 2010; Striegel-Moore y Bulik, 2007 en Amaya, Álvarez, Ortega y Mancilla, 2017).

De acuerdo a la secretaría de salud (2017), en México cada año se registran cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada.

La bulimarexia se puede catalogar como un subtipo de anorexia y bulimia; es un proceso que combina situaciones de hiperactividad y negaciones a comer típicas de anorexia, con atracones y purgas clásicas de la bulimia (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

La presente propuesta de intervención se sustenta bajo el enfoque Gestalt Relacional, el cual es un modelo fenomenológico – existencial que tiene como objetivo que la persona se dé cuenta de lo que está haciendo, cómo lo está haciendo y cómo puede cambiar, además de que en el proceso aprenda a aceptarse y valorarse (Yontef, 2009), tiene como propósito utilizar la relación terapéutica, técnicas y estrategias dentro del marco teórico antes citado; para favorecer el fortalecimiento del self de un joven de 14 años, con la finalidad de que los signos y síntomas de bulimarexia se aminoren.

1.1. Planteamiento Del Problema

Los adolescentes van cambiando mediante un proceso que pasa por varias fases, rumbo a su madurez. Estos cambios suceden en diferentes ámbitos de su vida desde los más objetivos como el físico a los más subjetivos, como los emocionales o cognitivos, e intersubjetivos, como los sociales (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, 2011).

Se ha documentado cómo la influencia sociocultural de la familia, medios de comunicación y pares asignan un rol que deben seguir tanto los hombres como las mujeres de una determinada cultura. Estos grupos sociales suelen fomentar un cuerpo ideal en cuanto a la imagen corporal, tanto en mujeres como hombres, para aspirar al éxito social. Estas condiciones mencionadas previamente conllevan un incremento en la prevalencia tanto de insatisfacción corporal como de conductas alimentarias anómalas (Cafri, Yamamiya, Brannick y Thompson, 2005; Garner y Keiper, 2010; Striegel-Moore y Bulik, 2007 en Amaya, Álvarez, Ortega y Mancilla, 2017).

Los comportamientos alimentarios son un área de preocupación pues están vinculados con todas las esferas de la vida del adolescente. El aumento en la prevalencia del sobrepeso y obesidad, de los comportamientos de riesgo alimentario y su presencia en la infancia y adolescencia son un problema de salud pública internacional (Centers for Disease Control and Prevention, 2008 en Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, 2011).

Diversas investigaciones han reportado una tendencia al aumento en el número de casos en que se presenta dichos comportamientos, especialmente en mujeres adolescentes; también señalan que se está incrementando significativamente el porcentaje de varones afectados (Espósito, 2015).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por la presencia de alteraciones en la conducta de ingesta de alimento, acompañados de un gran temor a engordar, una preocupación excesiva por la comida y por la imagen corporal (Soldado, 2006 en Espósito, 2015). En la actualidad, estos trastornos están aumentando su prevalencia, convirtiéndose en un problema de salud pública por las graves consecuencias clínicas que traen consigo para los sujetos que los padecen (Espósito, 2015).

Existe una robusta bibliografía que muestra las alteraciones que viven las personas que presentan patologías alimentarias y la evidencia del intenso sufrimiento que les implica. Esto brinda una excelente brújula para seguir poniendo foco en este tema con el fin de mejorar las intervenciones y hacerlas más específicas, para aumentar su efectividad (Kirszman y Salgueiro, 2015). Pese a lo anterior, en México la investigación sistemática de los trastornos de conductas alimentarias no tiene más de 30 años (López-Coutiño y Nuño-Gutiérrez, 2009), esto quiere decir que en el país la investigación de los TCA es relativamente reciente.

Para mejorar y normalizar los problemas de TCA no basta con una intervención superficial, sino que es necesario un tratamiento específico que aborde todas y cada una de las dimensiones implicadas (actitudinal, perceptiva y emocional) y una guía acerca de la oportunidad de esta intervención en el contexto de un tratamiento que encara las otras manifestaciones del TCA (Kirszman y Salgueiro, 2015).

En la actualidad se continúa investigando el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y, hasta la fecha, no existe ninguna intervención psicológica específica que haya demostrado su eficacia para la anorexia y bulimia nerviosa (Segura, Villegas, Placencia y Sanjuan, 2016).

1.2. Justificación

En la literatura se ha indagado a través de diversos estudios, el proceso de transición entre la niñez y la adultez y cómo esto se relaciona con los trastornos de la conducta Alimentaria (Rodríguez, Matud y Álvarez, 2017). Esta transición recibe el nombre de adolescencia y comprende de los 10 a los 19 años (UNICEF, 2015); esta etapa es de vital relevancia, ya que se trata de un período muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones para las oportunidades del individuo en la edad adulta (Rodríguez et. al., 2017).

A nivel mundial, una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019), este rango de edad abarca: adolescencia temprana (de 10 a 13 años), mediana (14-16) y tardía (17- 19) (Rodríguez et. al., 2017).

La adolescencia se suele caracterizar como un periodo de cambios, tanto biológicos como psicológicos y sociales (Rodríguez et. al., 2017). Los cambios físicos han sido identificados como factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, en especial de la bulimia y la anorexia (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Velasco, Platas y Árambulo, 2014).

En relación a esto, en EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes presentan síntomas de trastorno de la alimentación, de los cuales sólo un 10% son hombres (Gambill, 1988; en Mimenza, 2016).

De acuerdo a la secretaría de salud (2017), en México cada año se registran cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada. Sin embargo, el Senado de la República (2017), señala que los trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia, se presenta con mayor frecuencia en las

personas en edades que van de los 12 a los 25 años y de no ser atendidos pueden llegar a la muerte; la tasa de mortalidad fue de 5.9 por ciento para personas con anorexia y bulimia (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

Estos problemas afectan gravemente la salud al provocar desnutrición, infertilidad, cambios metabólicos, problemas gastrointestinales, desgarramiento de esófago, insuficiencia cardiaca, presión alta, entre otros. A sí mismo, si la anorexia y la bulimia no se atienden oportunamente, la persona puede dejar de funcionar de igual manera en diferentes áreas de su vida laboral, familiar y escolar (Secretaria de Salud, 2017). Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2012), indican que esta situación afecta el 2.8 por ciento de las mujeres y al 0.9 por ciento de los varones.

En cuanto al Estado de Yucatán, de acuerdo al análisis realizado a través de 10 mil encuestas en población estudiantil a nivel secundaria y preparatoria, se afirma que entre el 25% y el 35% de los sujetos presentan algún trastorno como anorexia, bulimia o conductas de riesgo relacionadas con hábitos alimenticios poco saludables (Secretaria de Salud de Yucatán, 2013).

En este mismo sentido, un estudio realizado en el año 2018, con estudiantes de nivel secundaria, señaló que los principales factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que en la adolescencia se presente un TCA son: Bullying (51%), violencia familiar (48%) y alcoholismo (47%) (Argaez, Echeverría, Evia y Carrillo, 2018).

Considerando el panorama antes planteado, es de vital importancia proponer alternativas de intervención a dichos trastornos siguiendo una línea de acción. Esto particularmente ante la anorexia y la bulimia, ya que, como se menciona anteriormente, se

encuentran sumamente presentes en nuestra sociedad. Otra situación que se presenta es que este tipo de fenómenos tiene mayor incidencia en mujeres, por lo que es una tendencia que las investigaciones se centren en ellas como objeto de estudio, dejando un área de oportunidad en la investigación e intervención con varones.

De igual manera, es de vital importancia generar estrategias de intervención en las que se involucre tanto a los adolescentes como padres y madres de familia, ya que los adultos significativos son esenciales debido a la influencia que tienen para el desarrollo de hábitos sanos, expresiones de afecto, relaciones interpersonales, resolución de conflictos y desarrollo del autocuidado en las y los adolescentes (Argaez et. al., 2018).

1.3. Marco Teórico

1.3.1. Adolescencia. Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta (Güemes, González e Hidalgo, 2017).

Este periodo abarca aproximadamente entre los 11 y 19 o 20 años y adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, Feldman y Martorell, 2012). Las y los adolescentes se ven envueltos en un periodo crítico de cambios físicos, cognoscitivos, comportamentales, emocionales, sociales y biológicos, los cuales incluyen un rápido crecimiento físico, la adquisición de la madurez sexual, que, a su vez, les permiten desarrollar y reafirmar su personalidad, autoestima, su autoconciencia y, en definitiva, su identidad (Bjorklund y Blasi, 2011).

Las y los jóvenes asumen también cambios de índole social o contextual: su relación con la familia y amigos se modifica, las relaciones de liderazgo y competición con sus iguales se amplían, aumenta la necesidad de aceptación por parte del grupo de amigos/as y, normalmente, se despierta un interés romántico o sentimental por otra persona (Viejo y Ortega, 2015).

Se trata de la etapa en la que las y los jóvenes se enfrentan a la difícil tarea de formar su personalidad e identidad y establecer su red relacional (Moreno, 2009, en Rebollo-Catalán, Ruiz-Pinto y García-Pérez, 2017).

1.3.1.1 Desarrollo físico. Los cambios físicos son los que enmarcan principalmente el desarrollo de esta etapa, por lo que es necesario definir el término “pubertad”. La

pubertad es el proceso mediante el cual una persona alcanza la madurez sexual o fertilidad y la capacidad para reproducirse. Actualmente se ha comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años (Papalia, et. al., 2012).

La pubertad muestra el primer indicio de la entrada a la adolescencia donde los cambios se centran en la aceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual, que incluye gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales (Hidalgo Vicario y Ceñal González-Fierro, 2014).

Es resultado de la producción de varias hormonas, además de que está marcada por dos etapas: 1) la activación de las glándulas suprarrenales, en la que se puede encontrar el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, así como en un crecimiento corporal más rápido, mayor grasa en la piel y en el desarrollo del olor corporal; y 2) la maduración de los órganos sexuales unos cuantos años más tarde, los ovarios de las niñas aumentan su producción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos y del vello púbico y axilar. En los varones, los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. El momento preciso en que empieza esta importante actividad hormonal parece depender de que se alcance la cantidad crítica de grasa corporal que se necesita para la reproducción exitosa (Papalia, et. al., 2012).

El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las jóvenes acumulan más grasa que los varones y, en estos últimos, predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo

más magro. En la edad adulta, los hombres tienen un porcentaje de grasa entre el 12-16% (Güemes, González e Hidalgo, 2017).

Los cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas, a la mayoría de los adolescentes les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su persona, esto hace que el transcurso a la adultez sea peculiar; siendo la experimentación y la complejidad de los acontecimientos los que constituyen las señas de identidad en la vida de los adolescentes (Valero, Pérez y Delgado, 2014).

1.3.1.2. Desarrollo cognoscitivo. La neurociencia ha dado a conocer que el cerebro sufre una profunda transformación durante los años de adolescencia (Rivera, 2018)

La corteza frontal presenta constantes cambios en el desarrollo durante esta etapa, por lo tanto, cabría esperar que también hubiese cambios en las funciones cognitivas que dependen de esta área tales como la capacidad para controlar y coordinar los pensamientos y la conducta, dirigir la atención, planear tareas futuras, inhibir conductas inapropiadas o tener presentes varias cosas a la vez, procesos relacionados con la función ejecutiva y de la autorregulación de la conducta (Viejo y Ortega, 2015). Estas limitaciones pueden justificar la rigidez conductual que suelen mostrar muchos jóvenes, sobre todo en los primeros años de la adolescencia (Rivera, 2018).

Piaget, denominó que en esta etapa se llega a las operaciones formales, siendo este el nivel más alto de desarrollo cognoscitivo. Es aquí cuando se perfecciona la capacidad del pensamiento abstracto, y su inicio es alrededor de los 11- 12 años para finalizar en torno a los 15 años, manteniéndose así hasta la edad adulta. Esta capacidad proporciona una forma nueva y flexible de manipular información, pueden entender el tiempo histórico y el

espacio terrestre, pueden usar símbolos para representar otros símbolos. Adicionalmente, pueden pensar en términos de lo que podría ser y no sólo en lo que es, imaginar posibilidades y formar o probar hipótesis (Papalia et al.,2012).

Las características funcionales en esta etapa son:

- Lo real es concebido como un subconjunto de las cosas posibles.
- Su carácter hipotético deductivo para identificar consecuencias de su conducta sobre la realidad.
- Su carácter proposicional para llegar a conclusiones superando los límites de lo percibido y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista (Valero et al., 2014).

Si bien es cierto que el cambio a la etapa de las operaciones formales surge a partir de la combinación de maduración del cerebro y la ampliación de las oportunidades ambientales, y que los dos son factores esenciales; éste sólo se dará con la estimulación apropiada, debido a que, si el desarrollo neurológico del joven ha avanzado lo suficiente para permitir el razonamiento formal, son la educación y la cultura quienes también influyen (Papalia et al., 2012).

1.3.1.3. Desarrollo psicosocial. El desarrollo Psicosocial en el ser humano es un largo proceso en donde se pueden encontrar una serie de influencias en el individuo, siendo la familia la principal y primer instructora, modelo y guía de valores, es decir, la primera escuela del adolescente en donde se va a formar su personalidad y desempeño en diferentes áreas de la vida (Bellorin, Castillo, Vizcaya, Solís, 2018). Las relaciones personales y las dinámicas sociales que se establecen en estos años se convierten, en otro de los aspectos claves de cambio durante la adolescencia (Viejo y Ortega, 2015).

Todo joven que pase por la adolescencia deberá afrontar una serie de problemas comunes y esenciales como la búsqueda de su propia identidad (González, 2009). Erikson define la identidad como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido (Papalia et al., 2012).

En la búsqueda de identidad, los adolescentes pueden necesitar repasar las crisis psicosociales previas, siendo la más relevante la primera sobre confiar en los demás y en uno mismo; y la segunda etapa que habla de la adquisición de la voluntad, lo que le permitirá buscar oportunidades para decidir libremente en cada momento (Ives, 2014).

Según Erikson, la principal tarea de la adolescencia, es confrontar la crisis de identidad frente a confusión de identidad, o identidad frente a confusión de roles, de modo que pueda convertirse en un adulto único con un coherente sentido de yo y un rol valorado en la sociedad. Los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de identidad desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros. La fidelidad también puede ser una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una empresa creativa o un grupo étnico. La fidelidad es una extensión de la confianza (Papalia et al., 2012).

El autoconcepto se desarrolla a través de tres etapas a lo largo de la adolescencia, la temprana, media y tardía:

- Adolescencia temprana, transcurre entre los 11 y 14 años, los contenidos del autoconcepto se basan en los cambios físicos. Tiene una enorme importancia la

imagen que se genera el adolescente de sí mismo, la visión que los demás se generan de él y el modo que tiene de interpretar esta visión.

- Adolescencia media, abarca entre los 15 y 17 años, la importancia de los rasgos físicos en la autoimagen irá disminuyendo para darle paso a las expectativas de futuro en relación con un estilo de vida en particular. Es así que su descripción se define en términos del interior psicológico de sentimientos y deseos propios.
- Adolescencia tardía, comprende de los 18 a los 21 años, son las relaciones sociales, los roles que desempeña, valores y creencias personales lo que constituirán el autoconcepto. Con el desarrollo del pensamiento formal, el joven podrá coordinar abstracciones de orden superior y construir un autoconcepto coherente e integrado (Valero et al., 2011).

La edad se convierte en un poderoso agente de vinculación en la adolescencia. Es común que los adolescentes pasen más tiempo con los compañeros y menos con la familia. Sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de ellos permanecen más cercanos a los de sus padres (Offer y Church, 1991, como se citó en Papalia et al., 2012).

Buscan en los padres una base segura. Los adolescentes más seguros tienen fuertes relaciones de apoyo con los padres que están en sintonía con la forma en que los jóvenes se ven a sí mismos, permiten y estimulan sus esfuerzos por lograr la independencia y ofrecen un puerto seguro en tiempos de estrés emocional (Allen et al., 2003; Laursen, 1996, como se citó en Papalia et al., 2012). Para los jóvenes, las relaciones familiares pueden ser un factor de influencia sobre la salud mental (Papalia et al., 2012).

Sumado a lo anterior, los pares y los profesores también ejercen una influencia tanto en el aprendizaje como en el reconocimiento, valoración y ejecución de los diferentes

papeles sociales; con lo cual la familia ya ha ofrecido las primeras valoraciones del sí mismo, y son este nuevo grupo los que generarán el referente social para el ajuste y concepción del autoconcepto. De igual forma, las experiencias propias y la autoobservación de la conducta son otras fuentes determinantes del autoconcepto (Valero et al., 2011).

El grupo de iguales es una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral; un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres. Es un lugar para formar relaciones íntimas que sirven como ensayo para la intimidad adulta (Papalia et al., 2012).

La autoestima del adolescente es otro concepto a tomar en cuenta en esta etapa, íntimamente relacionado con el autoconcepto; ya que esta representa la percepción de valía que se construye a partir de pensamientos, sentimientos y experiencias de vida, y que se irá manifestando de forma múltiple según los dominios del individuo. La autoestima global estará determinada por las competencias del joven en cada una de sus áreas y sobre todo por el valor que le otorgue a cada una de ellas (Valero et al., 2011).

La autoestima del joven, también puede verse afectada por el bullying, el cual es un fenómeno que puede impactar de forma negativa la salud mental de los adolescentes. Ocurre en el ambiente de la escuela, generalmente cuando el adolescente es más susceptible o vulnerable a las agresiones verbales o morales que le causan angustia y dolor, representando esto una manera de exclusión social. En la mayoría de las veces, aparecen problemas de salud como anorexia, bulimia, depresión, ansiedad y también suicidio (Pinilla, Orozco, Camargo, Berrío y Medina, 2012).

Dan Olweus, define el bullying como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un joven, como alumno de una institución educativa, contra otro a quien elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar (Olweus, 1976, citado por Pinilla et al., 2012).

Las relaciones con los pares son importantes ya que afecta el desarrollo de diversas habilidades y estrategias relacionales y afectivas, son relevantes en las experiencias sentimentales adolescentes y están asociadas con mayores índices de aceptación social, competencia relacional con amigos y compañeros, y competencia romántica, así como con el desarrollo y gestión de emociones como el afecto o la intimidad, la afirmación del estatus social, la experimentación de roles, o los primeros acercamientos sexuales (Viejo y Ortega, 2015).

1.3.1.4. Desarrollo Afectivo. La adolescencia plantea varias dificultades o problemas a nivel emocional y la única forma de resolución de dichos problemas está en que el adolescente domine su propio sistema emocional (Fajardo y Encinas, 2011). La gama de emociones se amplía, ya que las emociones se diferencian y se vuelven más internas y conscientes; mientras que la sensibilidad se intensifica, todo ello es producto de los factores tanto biológicos (hormonales) como cognitivos (el pensamiento racional hace posible la aparición de nuevos sentimientos) propios de esta etapa, por lo que el plano afectivo se vuelve más enriquecedor y multiforme que en la pubertad, pero también es menos equilibrado y más reprimido. (Ruíz, 2013).

Las emociones “negativas” y las oscilaciones del estado de ánimo son más intensas durante la adolescencia temprana, probablemente ligado al estrés asociado con la pubertad. En la adolescencia tardía, la emocionalidad suele estabilizarse. En este sentido, todo el periodo que abarca la adolescencia puede ser una etapa difícil para algunos jóvenes y sus padres. El conflicto familiar, el cual tiene un impacto importante en los problemas emocionales, la depresión y la conducta de riesgo son más comunes que en otros momentos del ciclo vital (Papalia et al., 2012).

Esta es la etapa de la vida en la que el individuo transita desde la dependencia física y emocional de la infancia a la independencia del adulto. Al ser una transición, implica un proceso de crecimiento personal de un estadio a otro, y como todo proceso, existen necesidades diferentes, oportunidades nuevas y también costes y riesgos (Sánchez-Ventura, 2012).

1.3.2. Trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), han sido un problema de salud de gran prevalencia a finales del siglo XX y comienzos del XXI, hasta la actualidad. Dichos comportamientos fueron inicialmente descritos en el siglo XIX, si bien adquirieron entidad psicopatológica a partir de la década de los sesenta, considerándose trastornos “modernos” asociados a una importancia excesiva al cuerpo y a la delgadez, características de nuestra sociedad actual (Baile y González, 2010).

Son un trastorno grave tanto de la conducta alimentaria como de aquellas conductas voluntarias para controlar el peso corporal. Como consecuencia, la salud física y el funcionamiento psicosocial se ven intensamente afectados. Algunas de las características de

estos trastornos son; las alteraciones en la imagen corporal, las fluctuaciones en el peso, y los sentimientos de baja autoestima (Fairburn y Walsh, 2002, citado por López, 2017).

Los TCA son altamente frecuentes en la población adolescente. Entre los trastornos más conocidos se destacan la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. (Fernández, Masjuan, Costa-Ball y Cracco, 2015). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), incluye dentro de la categoría de los TCA trastornos como la pica, la rumiación, evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones y los trastornos no especificados.

1.3.3. Bulimarexia. Existen una serie de trastornos de alimentación que se pueden diferenciar de los que se llamarían “clásicos”, como la anorexia y la bulimia. Para denominarlos se les suele clasificar como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Estos son cada vez más presentes en la sociedad actual (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

Marlene Boskind-White condujo en los años 70s un grupo de jóvenes universitarias con trastornos alimenticios en la Universidad de Cornell. Compartían los síntomas conductuales de estar en un ciclo de atracones y purgas. Según reporta, todas sus pacientes tenían temas en común: una dependencia extraordinaria, la necesidad de aprobación constante, vergüenza y desprecio por sí mismas, sentimientos de inadecuación y de desamparo, y el terror de ser descubiertas.

A raíz de los descubrimientos que realizaron, acuñaron el término Bulimarexia, para operacionalizar un conjunto de síntomas que incluían atiborrarse de comida, purgarse, así como dinámicas concomitantes que abarcaban síntomas de perfeccionismo, preocupación

obsesiva por la comida y las proporciones corporales, aislamiento, baja autoestima y un gran compromiso por agradar a los otros, incluso a expensas de uno mismo (Boskind-White y White, 2001).

La bulimarexia se puede catalogar como un subtipo de anorexia y bulimia; es un proceso que combina situaciones de hiperactividad y negaciones a comer típicas de anorexia, con atracones y purgas clásicas en la bulimia (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

La presión social, las modas y la personalidad del individuo son las que llevan a que aparezca este proceso difícil de tratar, pues al no ser puro, los tratamientos habituales que suelen ser de anorexia pueden tener problemas para llevarse a cabo. Sequedad en la piel, trastornos hormonales y cardiopatías son problemas que aparecen en los primeros estadios de la bulimarexia (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

1.3.3.1. Factores de riesgo. Los TCA poseen una etiología múltiple, en la que se encuentran involucrados diversos factores biológicos genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta e infantil (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

1.3.3.1.1. Factores biológicos. Algunas anormalidades biológicas relacionadas a los TCA son del tipo endocrinológico afectan en eje hipotálamo-pituitario-gonadal. Algunas posibilidades son inmadurez, daño o disfunción en los centros reguladores del apetito, la saciedad y el comer (Unikel y Caballero, 2010).

Aunado a esto, se ha obtenido asociación positiva entre el sistema serotoninérgico (S-HT; regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etc.), dopaminérgico y neurofinas ante los TCA. La genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad en el caso de la anorexia. En el caso de la bulimia nerviosa, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 10. Existe discrepancia en cuanto a la aparición precoz de la menarquia como factor de riesgo en las niñas (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

1.3.3.1.2. Factores psicológicos. Las personas con TCA tienen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. Asimismo, el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida que realizan (Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2011).

Las emociones que se dificultan expresar en estas personas son el enojo, tristeza o ansiedad; se ha logrado conocer que son “patológicamente complacientes”, que son personas que han crecido con estándares muy altos, los cuales tienen a somatizar el estrés y que pareciera que no tienen derecho a demostrar imperfecciones o debilidades (Unikel y Caballero, 2010).

Realizar dietas anómalas y restrictivas, preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima se han encontrado como factores importantes para la aparición de los TCA (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

Existen acontecimientos estresantes que facilitan el paso de los TCA, algunos de los factores más relevantes son: abusos sexuales y/o físicos y críticas respecto al físico (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. La preocupación por el peso y la figura se incrementa y la exigencia por lograr metas de esta etapa puede ser difícil para muchos y puede tener un impacto significativo en la confianza y la autoestima (Unikel y Caballero, 2010).

1.3.3.1.3. Factores socioculturales. La dinámica familiar está involucrada tanto en el desarrollo como en la perpetuación de los TCA. La interacción familiar en estas familias es intrusiva, hostil y negadora de las necesidades de los hijos, o sobre involucradas con la crianza. Ambientes menos tolerantes y más críticos con controles coercitivos e intrusivos (Unikel y Caballero, 2010).

Los modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos y poco cohesionados, familias de padres divorciados, antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesiva-compulsiva, dietas y conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso de parte de los padres), obesidad (en alguno de los padres), alcoholismo, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez o el peso (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

Heilde Bruch (1973), menciona que la negativa para comer y el miedo a engordar tienen su origen en la relación madre-hijo, en particular relacionado con la no satisfacción

de las necesidades nutricionales y físicas de otra índole. Cuando la madre no atiende las necesidades del hijo, sino que responde a sus propias necesidades, no permite que el niño desarrolle sus propios estados corporales y la capacidad de ser cuidados. En niño no aprende a identificar correctamente el hambre, ni a distinguir de otras necesidades corporales o emocionales (Unikel y Caballero, 2010).

Por otro lado, la idealización de la delgadez y la influencia del ideal occidental de belleza a alcanzado las zonas semi-urbanas y rurales de la población mexicana. En la sociedad mexicana, aunque por un lado exalta el pasado indígena, en la práctica es profundamente racista. En este contexto, el aspecto físico indígena es considerado feo, mientras que el modelo de belleza corporal es el caucásico. De este modo, sería de esperarse que se pusieran en práctica técnicas del cuerpo tendientes a la delgadez para aproximarse al ideal dominante (Unikel y Caballero, 2010).

1.3.3.2. Comorbilidad. Los TCA se asocian a altos niveles de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como, por ejemplo, trastornos de ansiedad, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por uso de sustancias por mencionar algunos (Varela y Maldonado 2011). De igual manera, la comorbilidad en los TCA suele ser frecuente presentar comorbilidades de aspecto orgánico como: diabetes mellitus, obesidad, síndromes de mala absorción y enfermedades de tiroides (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

1.3.3.2.1. Trastornos relacionados con sustancias. El abuso y dependencia de sustancias ilegales es alto en los TCA, especialmente en la BN y cuadros afines. Al principio el uso de estimulantes (anfetaminas y cocaína) está relacionado con los intentos para reducir el apetito, después se vincula a los cuadros de BN asociada a la impulsividad.

Hasta el 40% de las personas diagnosticadas (AN o BN) reconocen que abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

Se ha reportado que existe una correlación positiva entre síntomas de TCA y adicciones en población clínica de jóvenes y en poblaciones de estudiantes de educación secundaria. Los comportamientos por uso de sustancias se relacionaron con conductas de alto riesgo, sin embargo, los niveles de efecto fueron pequeños para mujeres y moderados a fuertes para hombres. Se encontró que el ayuno aumentó la probabilidad de consumo de tabaco. Se ha tratado de explicar las relaciones entre consumo de sustancias y TCA a través de tres hipótesis:

1. El uso de sustancias para alterar el cuerpo o el apetito.
2. El uso para evitar experiencias emocionales aversivas.
3. El uso de sustancias correlacionado clínicamente con impulsividad (Hidalgo-Rasmussen, Franco, Díaz, Rojas y Vilugrón, 2015).

1.3.3.2.2. Trastornos de ansiedad. La severidad de los síntomas psicopatológicos en los TCA es el factor más significativo para determinar el grado de funcionamiento social, particularmente durante el periodo de remisión. Tanto o más importantes que las manifestaciones clínicas medulares de los trastornos de la conducta alimentaria, son ciertas características comórbidas que poseen una influencia fundamental en el desempeño social global de las pacientes (Behar, 2010).

La ansiedad está tan presente en los TCA que es difícil discernir si forma parte de la clínica específica de estos trastornos o si es una patología comórbida. En los TCA se

presentan cuadros fóbicos específicos (fobia a ciertos alimentos, fobia social, etc.) y otros como la claustrofobia o las fobias simples no relacionadas. Se igual manera, se pueden mencionar las crisis de pánico o crisis de angustia. En algunos casos se vinculan a los TCA y en otros casos son genuinamente comórbidos (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

La evitación social y los trastornos de ansiedad son rasgos importantes y habituales en la presentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y pueden generar un impacto negativo, tanto en su adaptación social como laboral. El sentido de autoestima, la apariencia externa y la vergüenza son las cualidades principales de la ansiedad social presente en los TCA (Behar, 2010).

Las manifestaciones centrales de fobia social en los TCA consisten en el temor a las situaciones sociales que impliquen el comer y a que el propio cuerpo sea sometido a escrutinio por los demás, con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos abrumadores de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismos. Además, la alexitimia, centrada en la dificultad para identificar y expresar sentimientos y sensaciones corporales puede llevar al aislamiento; y la falta de asertividad, que se traduce en un deterioro de las habilidades para confrontar eventos sociales interfieren significativamente en el curso de los TCA (Behar, 2010).

1.3.3.2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Si bien el TOC y los TCA son patologías distintas, comparten ejes comunes que favorecen la comorbilidad y complejizan el cuadro clínico. Por un lado, el perfeccionismo es un fenómeno transdiagnóstico común a ambas entidades. Es posible que los efectos de la restricción alimentaria repercutan en neurocircuitos aberrantes y mecanismos disfuncionales de aprendizaje y recompensa,

promoviendo el comportamiento compulsivo en tanto un círculo vicioso (Granja, Pérez, Gempeler, Rodríguez, y Ribero, 2017).

De igual manera, las personas con TCA presentan una importante prevalencia de rasgos de personalidad obsesivos. Muchas de ellas son personas rígidas, estrictas, ordenadas, responsables, constantes, intransigentes y poco tolerantes, rasgos de personalidad que predisponen y acompañan a los TOC (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

Las guías de tratamiento disponibles para TOC recomiendan el uso, en primera instancia, de un inhibidor de recaptura de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina o citalopram) (Granja et al., 2017).

1.3.3.2.4. Trastornos de la personalidad. Algunos estudios refieren mayor psicopatología específica y severidad del TCA en aquellos pacientes que presentan comorbilidad con trastornos de la personalidad (TP). En cuanto los subtipos más frecuentes en comorbilidad con los TCA, se encuentran el evitativo y el trastorno límite de la personalidad (TLP). Por su parte, el TLP y el trastorno histriónico tienen una mayor prevalencia en pacientes que presentan semiología purgativa (Molina-Ruíz, Alberdi-Páramo, Castro, Gutiérrez, Carrasco y Díaz, 2017).

Las dificultades en el diagnóstico, dadas las factibles comorbilidades en estos pacientes, son muy importantes. En esta línea, y en un intento de clarificación, algunos investigadores señalan la necesidad de considerar sistemáticamente la dimensión de personalidad en la valoración de los pacientes (Molina-Ruíz et al., 2017).

1.3.3.2.5. Trastornos del estado de ánimo. Las relaciones sociales y familiares, junto con el estado de ánimo, son los aspectos más afectados en lo TCA, además de la salud física, los estudios y la vida laboral (Rebuffo, Siravegna y Medrano, 2012).

Existe una asociación entre una mayor frecuencia de conductas purgativas, intentos de suicidio y síntomas ansioso-depresivos (Molina-Ruíz et al., 2017). En unos casos predispone, en otros está ligada a la clínica de los TCA o se presenta como entidad comórbida. La prevalencia de la depresión oscila entre el 40% y el 80% (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

1.3.3.2.6. Trastornos del control de impulsos. Algunas de las conductas perturbadas de los TCA suponen una pérdida del autocontrol (conducta de sobreingesta, conductas de purga, autoagresiones, etc.). También en los TCA se dan otros trastornos del control de los impulsos como puede ser la cleptomanía o la tricotilomanía (Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

1.3.3.2.7. Trastorno dismórfico corporal. El trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por una obsesión hacia algún aspecto de la apariencia física que, desde el punto de vista de los demás, es normal; la incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo. De existir un defecto físico objetivo, la preocupación de la persona afectada es excesiva. El componente de la distorsión de la imagen corporal es, sin duda el que mayor relación presenta con los TCA (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

Esta “fealdad imaginada” condiciona de forma marcada la vida diaria de la persona. Así, por ejemplo, estos pacientes evitan ser vistos en situaciones en las que su presunta deformidad no está oculta. Cuando la situación deja al descubierto el área temida, estas

personas sufren un elevado nivel de ansiedad que suelen neutralizar escapando de la situación. Se ha encontrado una importante carga genética que lo vincula al trastorno obsesivo compulsivo (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

La imagen corporal tiene un gran peso específico en la autoestima global. Otros aspectos del autoconcepto, como la inteligencia, las aptitudes o las características de personalidad, quedan ensombrecidos por el valor de la silueta corporal (Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuetara, 2012).

1.3.3.3. Diagnóstico. En la historia de los TCA se tiene como primer referente la anorexia nerviosa, la cual se menciona por primera vez en 1874. Sin embargo, no fue sino hasta 1980, fundamentado en los estudios de Russell (1979) y Bruch (1973) entre otros, que aparece por primera vez la anorexia nerviosa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera versión (DSM III, APA, 1980), la cual contaba con la bulimia como un subtipo. Posteriormente, en la tercera versión revisada (DSM-III-TR, APA, 1987) se agrega al término de bulimia, llamándola bulimia nerviosa, la cual aparece como entidad nosológica independiente, considerando los criterios diagnósticos propuestos por Russell (1979). En 1994 con la aparición de la cuarta edición del manual (DSM-IV, APA, 1994) los TCA se dividen en dos grandes grupos, los considerados de la infancia y los de inicio en la adolescencia, estos últimos se agrupan en específicos que incluyen a la anorexia y bulimia nerviosa y los no específicos, o TCANE (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

En el 2013 con el DSM-5, se vuelven a encontrar cambios relevantes en la concepción de los TCA, entre los cambios más significativos, se encuentra la eliminación de trastornos de la infancia y de la adolescencia; otro cambio se refiere a los antes llamados

trastornos de la conducta alimentaria no especificados, ahora en el DSM-5 se denomina otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, donde se indica específicamente el criterio que falta para cumplir todo el cuadro clínico de uno de los trastornos alimentarios, y se incluyen ejemplos como anorexia nerviosa atípica, trastorno por purgas, etc. Además, se añade ~ una categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

Distintos profesionales han detectado una serie de trastornos de la alimentación que se pueden diferenciar de los llamados TCA clásicos: anorexia nerviosa y la bulimia. De este modo, para lograr clasificarlos de una forma específica frente a los anteriores, se suele utilizar la “casilla” trastornos de la conducta alimentaria no especificados, dejando un amplio margen a la investigación (TCANE) (Fundación Tomás Pascual Gómez-Cuétara, 2012).

Por lo anterior, en pocos textos se logra encontrar una palabra que determine una manera accesible de denominar a los cursos sintomáticos mixtos, como lo es la palabra “Bulimarexia” (Mimenza, 2016). En 1970 se introdujo el término de “Bulimarexia”. La bulimarexia distinguió el ciclo de atracón/purga de la bulimia y la anorexia nerviosa (Boskind-White y White, 2001).

Las definiciones y categorizaciones de trastornos de la conducta alimentaria que se han propuesto en los diferentes manuales e inventarios diagnósticos internacionales se enfrentan a grandes desafíos, principalmente a la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y las conductas asociadas a los trastornos, ya que en muchas ocasiones se superponen unos a otros, de manera que el diagnóstico, en ocasiones, resulta poco claro.

Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (López y Treasure, 2011).

Al establecer y delimitar el diagnóstico de trastornos alimenticios resulta importante tener una clara referencia al respecto, debido a ello se presentan a continuación los criterios diagnósticos planteados por la American Psychiatric Association [APA] en su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado en el año 2013 para los TCA Bulimia nerviosa, Anorexia nerviosa y TCANE.

- a) **Bulimia Nerviosa:** Episodios recurrentes de atracones; Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo; Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses; La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal y, la alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- b) **Anorexia Nerviosa:** Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física; Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo y, alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la

constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

- c) Trastornos alimentarios no especificados: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Pese al conocimiento y verificación de la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos propuestos por la APA, cabe recalcar la importancia que tiene llevar a cabo un óptimo diagnóstico diferencial entre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la bulimia nerviosa no purgativa y el trastorno por atracón ya que comparten algunas de sus características, pero difieren en la gravedad y los rasgos de personalidad entre otros aspectos. Además de que es sumamente necesario saber que las principales diferencias para llevar a cabo un diagnóstico adecuado de un trastorno alimentario están relacionadas con el índice de masa corporal (IMC), el comportamiento fóbico, las conductas restrictivas y la presencia o ausencia de conductas compensatorias (Mimenza, 2016).

Aunado a todos los criterios previamente mencionados, vale la pena considerar que dentro del espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, existen otros cuadros, como la bulimarexia, que comparten algunas de las características típicas de la anorexia o la bulimia sin llegar a completar el cuadro clínico, denominados cuadros subclínicos, parciales o no especificados, que cumplen criterios de anorexia sin presentar amenorrea o el peso sigue en el margen de lo normal o esperado para la talla y la edad o que cumplen algunos criterios de bulimia exceptuando la cantidad y la frecuencia de los atracones (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

Uno de los aspectos más importantes en el abordaje clínico, sin importar el objeto o tema a trabajar, es el comprendido por la elaboración de un diagnóstico adecuado, que permita encuadrar las características del caso y definir con claridad la línea de trabajo pertinente a seguir. En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, éste aspecto cobra mayor relevancia, puesto que existen diferencias significativas en el curso de los síntomas, así como en las implicaciones de los mismos (Mimenza, 2016).

1.3.3.4. Tratamiento. El tipo de tratamiento se escoge de acuerdo con las características particulares de cada caso. Es necesario contemplar que no todos los TCA son susceptibles de ser tratados de la misma manera. Esto debido a su complejidad sintomática y psicológica. Si estas alteraciones son identificadas y tratadas lo más pronto posible el pronóstico mejorara de manera notable (Unikel y Caballero, 2010).

Para el manejo y tratamiento de los TCA se recomienda un abordaje multidisciplinar que integre a profesionales de psicología, psiquiatría, nutrición y endocrinología. Dentro del tratamiento es importante la presencia de objetivos como reducir el riesgo de problemas de salud física, promover hábitos de alimentación saludables

y alcanzar un peso corporal saludable, rehabilitación nutricional, regulación emocional, habilidades sociales, autoestima y la prevención de recaídas y conseguir el apoyo familiar (Compañy, 2017).

1.3.3.4.1. Cognitivo Conductual. La terapia cognitivo-conductual, aplicada a los TCA, permite trabajar en profundidad los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación, y lo logra a través de la normalización de los patrones alimentarios, la reestructuración cognitiva y la exposición de los pacientes a situaciones de riesgo y miedos irracionales (Lock, 2005, como se citó en Compañy, 2017).

1.3.3.4.2. Terapia familiar y grupos de auto ayuda. La terapia familiar y los grupos de autoayuda, sobretodo en jóvenes, también resultan efectivos al abordar la problemática de la patología alimentaria (Guinot, 2015). En relación a la terapia familiar, los TCA también pueden abordarse desde una perspectiva sistémica o contextual, desde la cual se estudia la familia en varios niveles: estructura, jerarquía, comunicación, procesos relacionales y sistema de creencias (Espina, 2009).

1.3.3.4.3. Psicoanálisis. Desde un modelo psicodinámico clásico, la patología se entiende como el producto de un desarrollo evolutivo deficiente generado principalmente por las carencias vividas durante las relaciones tempranas. Dichas carencias conllevan a una desorganización de la personalidad que derivan en la presencia de los síntomas como resultado de una lucha entre las tendencias intrapsíquicas en conflicto. Los síntomas representan la obtención de ciertos beneficios, intrapsíquicos y sociales, que pueden estar cargados de significado simbólico y a su vez cumplir la función de enviar mensajes al medio circundante y mitigar el dolor psíquico del individuo (Mimenza, 2016).

1.3.3.4.4. Mindfulness. El concepto mindfulness (atención plena), basado en la filosofía budista, fue introducido por Kabat-Zinn (2003) en el ámbito de la psicología clínica, y lo define como el proceso de estar intencionalmente consciente de los pensamientos y las acciones en el momento presente. Las intervenciones basadas en esta práctica tienen como objetivo trabajar activamente los estados de la mente, a partir del contacto directo con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales. Implica entrenarse para prestar atención a la experiencia en cada momento, sentir y reconocer los contenidos de la mente, además de facilitar la capacidad de soportar y aceptar el dolor (Kiken, Garland, Bluth, Palsson y Gaylord, 2015; Siegel, Germer y Olendzki, 2008, citado en Díaz-tendero, Cruzat-Mandich, Jiménez, Martínez, Saravia y Ulloa, 2018).

1.3.4. Corporalidad. Como ya se ha mencionado anteriormente, los cambios físicos derivados de la entrada en la pubertad provocan un aumento de la preocupación de los adolescentes por su imagen corporal (Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016).

La imagen corporal representa la percepción que se tiene del propio cuerpo, conforma una representación mental de la conciencia corporal de cada persona. Es la forma en que se percibe, imagina, se siente o se actúa respecto al cuerpo; por consiguiente, contiene elementos cognitivos, emotivos, perceptivos y conductuales del cuerpo que se tiene o que se desea tener (Raich, 2004, citado en Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez, 2012).

En la actualidad existe una gran preocupación por el aspecto físico o la imagen corporal; y esta preocupación por poseer un cuerpo ideal puede convertirse en un gran impedimento para el óptimo desarrollo de la persona. Además, esta preocupación por la imagen corporal se está produciendo en edades cada vez más tempranas (Esnaola, 2005).

La figura corporal durante la adolescencia está sujeta a notables cambios y modificaciones que exigen al adolescente una continua reestructuración de la imagen de su propio cuerpo, incrementando la insatisfacción corporal, por lo que se trata de una etapa de mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación (Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016)

Las alteraciones en la imagen corporal serían el resultado de diferentes factores, una perturbación cognitiva o perceptual del cuerpo, normas culturales, género, identidad y estima propia, por mencionar algunos (Asher y Asher, 1999; Cash y Pruzinsky, 2002, citado en Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez, 2012).

Un aspecto sobre el que hay que llamar la atención, en el contexto de la imagen corporal, es la ansiedad que se manifiesta ante la valoración que pudieran realizar sobre el cuerpo de uno en el marco de las interacciones sociales (Arbinaga y Caracuel, 2008).

Los cánones de belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad (Toro, 1996, citado en Arbinaga y Caracuel, 2008). Los valores estéticos han ido evolucionando, a lo largo del tiempo y la sociedad en la cual se insertan; la mayor presión se focaliza principalmente sobre la mujer, aunque en los últimos años el hombre comienza a no ser ajeno a tales circunstancias; ya incluso desde muy niño (Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999, citado en Arbinaga y Caracuel, 2008).

Probablemente ésta ha sido la causa de porqué se ha estudiado menos o se diagnostican con menor frecuencia los problemas con la imagen corporal en hombres. Sin embargo, la insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres décadas, de un 15% a un 43%, haciendo estas tasas casi comparables a

aquellos encontrados en mujeres (Garner, 1998; Goldfield, Blouin, & Woodside, 2006, citado en Toro-Alfonso, Walters-Pacheco y Sánchez, 2012).

Diversas investigaciones han encontrado que la razón por la que los chicos y chicas llevan a cabo dietas para perder peso, no es tanto su peso real como la percepción que tienen de su cuerpo. En el sentido de la enorme importancia de la imagen corporal en la sociedad actual y el alto grado de recompensa psicológica y social que se proporciona a las personas con una figura delgada (Saldaña, 2001, citado en Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016).

1.3.5. Enfoque Gestalt. Yontef (2009) describe a la terapia gestáltica como una terapia fenomenológica-existencial; percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes. Es por ello que, las explicaciones e interpretaciones se consideran menos confiables que aquello que percibe y siente directamente la persona.

Claudio Naranjo afirma que uno de los principios de la Terapia Gestalt es la vivencia del presente, a pesar de que vengan a él los fantasmas del pasado. Por lo tanto, se usa en la terapia el intento de revivir el pasado no de recordar el pasado, como la asociación libre, lo que se hace es trasladarse al pasado para dramatizarlo, lo cual se puede observar en la técnica de la dramatización (Ramírez, 2011).

En esta terapia, los pacientes y terapeutas dialogan, es decir, comunican sus perspectivas fenomenológicas y la existencia de diferencias en dichas perspectivas, se convierte en el foco de la experimentación y diálogo continuo. El objetivo es que la persona se dé cuenta de lo que está haciendo, cómo lo está haciendo y cómo puede cambiar, y al mismo tiempo aprenda a aceptarse y valorarse. La terapia Gestalt se centra más en el

proceso que en el contenido, donde el énfasis está en lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el momento, más que en lo que fue, puede ser o debe ser (Yontef, 2009).

La terapia Gestalt pone el acento sobre la conciencia de lo que ocurre en el instante presente en los niveles corporal, afectivo y mental, indisociablemente. El “aquí-ahora”, es una experiencia compleja, actual que concierne al organismo en su totalidad. Como se mencionó anteriormente, esta experiencia contiene el recuerdo, las experiencias anteriores, fantasmas, las situaciones inacabadas, las anticipaciones y los proyectos futuros. Lo que ocurre en el instante presente es fundamentalmente una experiencia de contacto con el otro o con el entorno (Robine, 1998).

La toma de conciencia inmediata “awareness”, es una forma de conciencia, la cual es a la vez motriz, sensorial, integradora del conjunto de los datos del campo. Se podría decir que es conocimiento inmediato e implícito. Lo que el psicoterapeuta va a intentar acompañar, es la capacidad del sujeto de formar figuras a extraer figuras de un fondo, a permitirles mostrarse y ponerse en contacto, construirse y destruirse, ya que una figura está hecha para tener un flujo y un reflujo (Robine, 1998).

1.3.5.1. Aspecto relacional

1.3.5.1.1. El campo Organismo-entorno. Se parte de la premisa, no hay organismo sin entorno y la definición de un organismo, será delimitada de lo que se llama “el campo organismo-entorno”, entidad que lo constituye como un entorno. En referencia a esta noción, existe el supuesto de que el organismo-humano-animal es capaz de autorregulación. La teoría de la naturaleza-humano-animal contiene el principio de autorregulación orgánica, es decir del organismo aprehendido en su globalidad como función del

campo; no será más para asegurar su supervivencia: tiene que respirar, moverse, alimentarse, abrigarse, reproducirse, etc. La autorregulación es sana si el campo no está perturbado por ciertos factores socioculturales. La interacción organismo/entorno se desarrollará de manera sana y fluida a partir y en provecho de esta autorregulación del campo (Robine, 1998).

El contacto implica siempre un objeto exterior en términos gestálticos, es la experiencia de funcionamiento de la frontera-contacto (frontera entre el organismo y el entorno). El contacto es la conciencia de ese campo que es el nuestro, y al mismo tiempo, es la respuesta motriz que se opera en ese campo, es la toma de conciencia de la novedad asimilable y el comportamiento que dirigimos hacia ella. Es también el rechazo de lo inasimilable. Todo contacto es un ajuste creativo del organismo y del entorno (Robine, 1998).

1.3.5.1.2. El ajuste creador/ ajuste creativo. El ajuste es el proceso de interacción de las necesidades, del organismo con las posibilidades del entorno. La creación va a ser ligada a la novedad; es el descubrimiento de una nueva configuración, de una nueva integración a partir de los datos presentes. En este sentido, el ajuste garantiza la dimensión de lo “real” y de la adaptación, la creación se abre a la dimensión de la fantasía y de la ampliación de lo posible (Robine, 1998).

1.3.5.1.3. El Self. Es el conjunto de funciones necesarias para la realización del ajuste creativo, el cual no es abordado como una entidad fija o estable. Es el proceso de contacto en acción del organismo, contactando la novedad y realizando los ajustes creativos necesarios (Robine, 1998).

El Self se puede abordar por sus modalidades especiales de funcionamiento, las cuales no se encuentran disociadas, sin embargo, por fines pedagógicos de toman en tres funciones:

1. La función ello, concierne a la emergencia de la “necesidad” más próxima: necesidades, deseos, pulsiones, apetitos, situaciones sin acabar. Se despliega en el cuerpo y se manifiesta a través de las sensaciones.
2. La función personalidad, es la función más estable. La que responde a la pregunta “¿quién eres tú?”, es lo que se sabe y piensa de uno mismo y de la experiencia propia. Designa la representación, no siempre consciente, que se hace de uno mismo. Estas dos funciones van a verse comprometidas en el contacto.
3. Función yo, va a realizar las identificaciones y alineaciones. Estas elecciones, van a expresar, exteriorizar, actuar, la función personalidad y la función ello (Robine, 1998).

1.3.5.2. Ciclo de la experiencia de la Gestalt. Para Joseph Zinker el llamado ciclo de la experiencia en la Terapia Gestalt, es el núcleo básico de la vida humana, dado que ésta no es más que la sucesión interminable de ciclos. También se le conoce como el “Ciclo de la autorregulación orgánica”, pues se considera que el organismo sabe lo que le conviene y tiende a regularse por sí mismo. La conceptualización de este ciclo pretende reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos (Benavides, 2005).

Según Martín, (1976) las fases del ciclo de la experiencia son las siguientes:

Sensación: es lo primero que percibe la persona en su cuerpo, son las primeras sensaciones que el individuo dice sentir y que no sabe de donde provienen.

Darse cuenta: darse cuenta y comprender todas las sensaciones manifestadas en la primera fase a qué se deben, darle forma y encontrarle sentido a cada sensación, saber por qué está en el cuerpo.

Movilización de energía: el cuerpo toma conciencia de la necesidad que emerge en su cuerpo y algo comienza a moverse para prepararlo a la acción.

La acción: el cuerpo ejecuta todos los movimientos que permiten eliminar el malestar y puede saciar todas sus necesidades. En esta fase se debe incluir la mayoría de las partes del cuerpo y todos sus sistemas biológicos.

Contacto: el cuerpo se pone en contacto con esa necesidad que le pide, por ejemplo: si la persona siente calor se ducha, si quiere expresar algún sentimiento afectivo lo hace. El objetivo es satisfacer eso que tanto se desea en el momento.

Retirada: la necesidad es saciada, culmina cuando el individuo ha hecho todo lo que está a su alcance para cerrar todo el ciclo.

Cabe resaltar con lo expuesto anteriormente, el ciclo de la experiencia es en un recorrido por el que avanza paso a paso el transcurrir de la vida de los seres humanos, es donde se puede ver reflejada la esencia que radica en las personas para así poder tener un conocimiento más amplio y propio de sí mismo. Este ciclo se está abriendo y cerrando constantemente, cuando nace una necesidad se busca satisfacerla y al terminar dicha satisfacción inmediatamente nace otra.

1.3.5.3. Bloqueos del ciclo de la experiencia. El ciclo de la experiencia es un esquema del encuentro ideal, todos los individuos tienen una forma característica de organizar el campo de su existencia, pero también se encuentran con desviaciones posibles de ese ideal (Woldt y Toman, 2007). Cuando la autorregulación es anulada, puede representarse con un ciclo de la experiencia que, en lugar de continuar en un flujo progresivo y congruente hasta llegar al reposo, este se evade o se escapa para hacer cualquier otra cosa (Ramos, 2011).

Se le llama bloqueos en el ciclo de la experiencia a las autointerrupciones de energía que la persona presenta, ya que estos aparecen para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia (Picó Vila, 2014). Algunas veces los bloqueos se manifiestan cuando las personas limitan su información, no pueden articular sus necesidades, son renuentes a actuar o actúan demasiado rápido y carecen de un apoyo adecuado para efectuar una acción correspondiente, como consecuencia no pueden asimilar ni aprender de su experiencia (Woldt y Toman, 2007).

El terapeuta gestáltico se interesa particularmente por “salvar” los bloqueos que se presentan en el individuo. Las interrupciones dentro del ciclo pueden ser relacionadas con la psicopatología, por lo que estas son el material de trabajo para el terapeuta y son la base del diagnóstico (Zinker, 2006)

Woldt y Toman (2007) señalan que las posibles desviaciones son ajustes creativos que como se menciona anteriormente, nacen entre lo que está disponible en un momento dado y las capacidades que tienen las personas para hacer uso de sus recursos y satisfacer sus necesidades; por lo tanto, el concepto de ajuste creativo implica que las personas hacen lo mejor que pueden con los recursos que cuentan.

1.3.5.4. Modos de relación. Los modos de relación son maneras que tenemos de interactuar en el entorno y que puede ser funcional o disfuncional; esto debido a su frecuencia, intensidad y flexibilidad de uso. Se les llama modos de evitación cuando estos se vuelven disfuncionales; son producidos buscando evadir el contacto con la novedad, con lo diferente. Se vuelve de tal forma, cuando se rigidiza, cuando se convierte en estereotipado, su frecuencia y su intensidad son altas y produce repuestas destructivas, tanto para el entorno como para la propia persona, pues no hay correspondencia a lo que realmente está ocurriendo entre él y su ambiente. De igual manera, se puede convertir en un modo de evitación cuando es producto de introyectos, experiencias obsoletas y/o asuntos inconclusos y no únicamente de la experiencia presente (Muñoz, 2014).

Estos modos de relación tienen que ver con cuatro áreas en específico: la información, las relaciones interpersonales, la experiencia energética y la atención. Estos pueden ser manejados de diversas maneras por la persona que los experimentan, a algunas personas les conduce al aprendizaje y al desarrollo personal; a otras, para evadir el contacto con lo desagradable y lo amenazante. Estas formas disfuncionales detienen el desarrollo, mientras que su uso funcional permite un desarrollo fluido y armónico con nosotros mismos y con el entorno (Muñoz, 2014).

Los modos de interacción no son una tipología de la personalidad, son pautas que surgen en determinado entorno y condición que pueden ser esporádicas y ocurrir e vez en cuando o fijas que se repiten constantemente (Muñoz, 2014).

Introyección. Es dejar entrar la información que proviene del entorno a través de opiniones, ideas, mensajes verbales y no verbales, dejándolas que entren sin cuestionarlas. Es un fenómeno natural y necesario para el aprendizaje. Sin embargo, es importante

cuestionar, criticar y reflexionar, dándole validez si coincide con nuestra propia experiencia, y desechándola cuando no sea así; para así evitar que se conviertan en “deberías”, en prejuicios, valores falsos y creencias prestadas (Muñoz, 2014).

Proyección. Es un acto que busca deshacerse de algo que le es amenazante a la persona de reconocer en sí misma y de igual forma se proyectan aspectos que le agradan, que son reconocidos por sí mismo. La admiración es una proyección positiva. Proyectar es poner en el entorno algo que de la persona (Muñoz, 2014).

Confluencia. Es un estado donde no hay novedad, no hay contacto, no hay “darse cuenta”, en el ciclo de contacto es el momento de la indiferenciación o del absoluto retiro. Es una forma de relación en donde se busca unirse a las personas para poder pertenecer. Se vuelve disfuncional cuando ya no se sabe quién es, qué quiere o que se necesita. Hay pérdida de identidad y de autonomía (Muñoz, 2014).

Aislamiento. Es una forma que se usa para retirarse del entorno y poder estar más en contacto consigo mismo. Es una forma que apoya la individualidad y que permite mirar las cosas a distancia produciendo muchas veces un efecto relajante, autoapoyo y sirve para poner límites. Cuando se busca aislarse por miedo a perderse en el otro, por temor a ser “tragado” por los demás, al no saber poner límites se vuelve disfuncional. Es un aislamiento reactivo por miedo a perderse a sí mismo (Muñoz, 2014).

Retroflexión. Es algo más que reprimir, tiene una implicación de lo que hace la persona total con su energía, de cómo se detiene y vierte esa energía hacia sí, generando síntomas muy claros especialmente cuando es algo muy crónico en la persona. Es una forma con la cual refrenamos y contenemos algo que deseamos expresar. Hay dos tipos de

retroflexión, activa, que consiste en hacerse a uno mismo lo que se quiere hacer a otro, y la pasiva, en dónde se hace a uno mismo lo que quisiera que otro le hiciera. De igual manera se puede clasificar en primaria y secundaria, es primaria cuando la energía que iría al ambiente ni siquiera se expresa, habla de una incapacidad muy grande de expresar o de movilizarse hacia el ambiente por lo que es más grave y trae consecuencias de somatizaciones importantes. La secundaria consiste en ya empezar a expresar algo y detenernos; suele ser más dolorosa y más obvia pues se requiere energía para parar lo que se estaba expresando, genera tensiones musculares (Muñoz, 2014).

Exoflexión. Es lo contrario a contener, hay un alto nivel de expresión tanto verbal como no verbal, por lo que hacen y dicen. No respetan límites, hay poca capacidad de reflexión y de auto juicio (Muñoz, 2014).

Deflexión. Es el proceso de poner la atención en otra cosa para evitar atender algo que no se desea y que de algún modo resulta amenazante. Es otra forma de evitar lo desagradable, hay un estancamiento por la incapacidad de enfrentar y resolver los conflictos; cuando se evita lo agradable hay un estancamiento en el proceso natural de desarrollo (Muñoz, 2014).

Fijación. Es la capacidad de atender a algo o alguien de manera estable durante un tiempo dado, implica la habilidad de permanecer en una sola cosa sin distracción. Se vuelve disfuncional cuando promueve la rigidez de solo estar atentos a una cosa, no permite el surgimiento de nuevos intereses, no se da paso a la novedad (Muñoz, 2014).

1.3.5.5. El abordaje Gestáltico de la psicopatología. En medicina lo opuesto del bienestar es el malestar, en psicoterapia (fenomenológica y existencialista) lo opuesto al

bienestar no es el dolor, el dolor es una parte intrínseca e irrenunciable de la vida. Lo opuesto al bienestar es la ausencia en la frontera de contacto (Francesetti, 2013).

Francesetti, (2013) mencionan que la psicopatología en términos gestálticos es un fenómeno que ocurre en la frontera del contacto, por lo que no es propia del sujeto, sino lo que sufre es la relación entre el sujeto y el mundo. Es la patología de la relación, de la frontera de contacto, del entre; y aunque el sufrimiento podría ser percibido y expresado creativamente por el sujeto, el agente de este sentimiento es el self, el cual es una función del contacto.

Se identifican tres formas fundamentales de los modos de ausencia, los cuales son:

1. No estar constituido como objeto, que tiene lugar en la experiencia psicótica.
2. Estado de ausencia de los sentidos, anestesiados, pero constituidos como sujetos.
3. La experiencia que no siente el sufrimiento del otro y por lo tanto lo provoca. Se puede incluir la experiencia del placer al provocar dolor en el otro (Francesetti, 2013).

Si la relación figura-fondo no se rescata del caos de información que se recibe, nuestras percepciones no se logran organizar y el intercambio y la relación del individuo con el ambiente se perturban. Se hace evidente la totalidad dinámica en el proceso de completud, a lo que se llama gestalten o gestalts. Si el proceso no se completa, si el ciclo se interrumpe sistemáticamente, el organismo no se puede pasar a otra situación, y aun cuando se logre hacer, la situación inconclusa pendiente atrapa cada vez más, impidiendo darse cuenta de las más elementales situaciones incompletas que ese organismo está habituado a completar para recuperar el equilibrio homeostático (Schnake, 2015).

Por consiguiente, se concibe a la “enfermedad psicológica” como una respuesta inadecuada a una necesidad, es decir, una perturbación de la relación. Ahora, si de manera reiterativa las necesidades importantes no se satisfacen, estas pueden desencadenar alteraciones psíquicas que mantenidas por tiempo prolongado se podrían manifestar en dolores, cansancio, vasodilatación o vasoconstricción y alteraciones en las secreciones que pueden llegar a producir lesiones (Moreau, 2005).

Los síntomas psicopatológicos son manifestaciones fenomenológicamente observables estos patrones rígidos ocasionan sufrimiento tanto en la frontera de contacto como en las relaciones; los síntomas son siempre una petición para una relación específica. Es necesario que el terapeuta se mantenga en la frontera del contacto para comprender la dificultad de contacto que afecta a la relación y así saber qué hacer para proporcionar una relación que en sí misma apoye (Francesetti, 2013).

2. Evaluación Diagnóstica

2.1. Descripción del escenario y participantes

El presente trabajo terapéutico se llevó a cabo en una institución de atención psicológica en la ciudad de Mérida, Yucatán, perteneciente a una universidad pública que brinda asistencia de manera individualizada a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias de la comunidad.

El estudio se llevó a cabo con el caso único de un joven adolescente de 14 años, que para finalidades de este trabajo y cumpliendo las pautas éticas de confidencialidad será llamado “Carlos”.

2.1.1 Motivo de consulta. De acuerdo al protocolo que la institución maneja para los casos que incumbe a menores de edad, la primera cita se realizó con los padres; a la sesión acudieron ambos. Los cuales mencionaron diferentes aspectos que los llevaron a acercarse a la institución y así solicitar servicio psicológico para su hijo, entre los anteriores destacan: situación familiar, la describen como complicada ya que Carlos ha presentado una pérdida de peso significativa en un corto tiempo (15 kg en un mes) lo cual ha generado sentimientos de preocupación y culpa en los padres. De igual manera, se menciona el papel significativo y controversial que la abuela materna representa en la vida de Carlos y de la familia, refieren la relación como “difícil”, lo que ha generado un ambiente tenso en la familia. Respecto al ámbito social, se menciona que Carlos ha experimentado bullying a lo largo de toda su vida escolar, situación que se ha intensificado hasta la actualidad, este se centra en su aspecto físico y su sexualidad, lo cual ha llevado a sus padre a cambiarlo constantemente de escuela y que Carlos mantenga una actitud distante con sus compañeros en cada nuevo centro educativo, debido a lo anterior, Carlos se ha vuelto muy selectivo con sus amistades, prefiriendo entablar vínculos amistosos con compañeras de su edad.

Carlos es descrito por sus padres como saludable y tranquilo, sin embargo, han notado que Carlos no come, que se puede pasar horas frente al plato sin querer probar bocado y que tarda mucho tiempo en el baño, ellos mencionan que cuando Carlos sale de este se percibe un olor muy fuerte a aromatizante. Una de las preocupaciones de la madre, es que Carlos evita ser visto con el torso descubierto incluso en situaciones cotidianas como comprar ropa o ir a la playa, reportan que esta situación se ha estado presentado a lo largo de un año aproximadamente.

La madre de Carlos reporta que lo ha escuchado decir, en diferentes ocasiones, que quiere matarse y cuestiona a otros cómo se imaginan su muerte o si alguna vez en su vida quisieron suicidarse. El suceso que los llevó a solicitar apoyo psicoterapéutico fue que, en la mañana, Carlos se encerró en su dormitorio gritando que quiere morir.

2.1.2. Datos generales. Para fines de este trabajo terminal y conservando la confidencialidad del paciente y su familia se le asignó el seudónimo de “Carlos” con el cual será referido en el presente documento.

Carlos es un adolescente de 14 años de edad, nacido en la Ciudad de México, residente de Mérida, Yucatán, desde hace 10 años. Al iniciar el proceso estaba cursando el tercer año de secundaria en una escuela privada. Debido al Bullying que Carlos ha experimentado, a la edad de 9 años acudió a proceso terapéutico con duración de 6 meses.

2.1.3. Descripción del paciente. Físicamente, la complexión de Carlos es delgada, su estatura es de aproximadamente 1.65 cm y 53 kilos de peso; hombre de tez morena, nariz romana de tamaño mediano y boca pequeña, ojos color café oscuro, cabello corto, ondulado y de color negro; cara pequeña, delgada y afilada, suele vestir con su uniforme de la escuela; en ocasiones se ha presentado con pantalón de mezclilla, zapatos cerrados o tenis y playera casual, se le aprecia alineado.

La actitud de Carlos ante la terapeuta en las primeras sesiones fue distante, se remitía a responder sólo lo que se le preguntaba, con un tono de voz claro y coherente. Con forme las sesiones avanzaron, Carlos fluyó más en las conversaciones, su actitud era abierta y participativa.

Por protocolo de la institución, se les solicitó a los padres de Carlos que inicie un tratamiento psiquiátrico de manera complementaria al proceso psicoterapéutico. Los padres acceden y Carlos inicia su tratamiento con Floxetina, sin embargo, no ha sido constante su medicación por cuestiones económicas.

2.1.4. Objetivo General. Indagar en las diferentes áreas de vida de Carlos; desde lo familiar, personal, social y académico; por medio de instrumentos y técnicas, de carácter proyectivo y narrativo, con la finalidad de fundamentar una intervención pertinente de acuerdo a sus necesidades.

2.1.5. Objetivos Específicos.

- Conocer la relación que Carlos sostiene consigo mismo, con sus emociones y cogniciones
- Conocer los recursos personales, sociales y familiares en la vida de Carlos.
- Conocer la relación familiar y la vinculación con los miembros de esta.
- Conocer y confirmar el diagnóstico asignado por el psiquiatra de Carlos.
- Conocer la relación que Carlos sostiene con su diagnóstico.

2.2. Instrumentos, Técnicas y/o Estrategias Utilizados

2.2.1. Instrumentos utilizados. Historia clínica psicológica, definida por Esquivel (2010) como el formato de entrevista aplicado a los padres del niño/adolescente para recoger datos sociodemográficos e información acerca de la problemática actual por la que acude. Para este caso en particular, se tuvieron dos momentos en los que se recolectó información con los padres de Carlos; el primer contacto, se llevó a cabo en una sesión de intervención en crisis ya que los padres estaban muy abrumados y temerosos de que su hijo intentara suicidarse. La segunda ocasión, por protocolo de la institución, se llevó a cabo a través del llenado de la solicitud del servicio, la cual responde a un procedimiento interno de la institución.

2.2.2 Técnicas utilizadas. Las técnicas que fueron de utilidad para enmarcar la evaluación diagnóstica son:

Juegos de mesa, los juegos estructurados, adecuados para el nivel de desarrollo correspondiente a la etapa de latencia. Al utilizar los juegos de mesa se pueden observar diferentes aspectos como lo son: nivel de maestría, es decir el nivel de dominio que el niño o adolescente ha adquirido y lo que se espera que domine; tolerancia a la frustración, mediante la observación de cómo reacciona a los movimientos del terapeuta durante el juego y como éste gana; habilidades de afrontamiento y competitividad, las interacciones durante el juego ayudan a evaluar los patrones de conducta que emergen, así como áreas de competencia e incompetencia; capacidades estratégicas y estimación aproximada de CI, estas se traducen en habilidades importantes en la vida y ayudan a tener una aproximación de la inteligencia del niño o adolescente, así como el impacto en su ida académica y social en la que esta habilidad se ve relacionada; capacidades/estilo de interacción social y nivel de acato a las reglas (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2016).

Dibujos de familia, en este ejercicio se le pide al niño y/o adolescente que dibuje a su familia, ya sea con símbolos, o cómo él se lo imagine. “Piensen en cada uno de los miembros de su familia, si tuvieran que dibujar a su familia en una hoja de papel, ¿cómo se les vienen a la mente?, ¿cómo serían? (Oaklandre, 1992)

Genograma familiar con animales, la tarea del adolescente es seleccionar un animal que se asemeje a cada uno de los miembros que integran su familia. En esta técnica se logra observar la percepción que el menor tiene de cada uno de los integrantes de su familia, la relación entre cada uno de ellos, así como apreciar relaciones cercanas y/o lejanas, conflictos familiares etc. (Oaklandre, 1992).

Cinco más cinco menos, para esta técnica se le pide a adolescente que dibuje en una hoja en blanco el contorno de sus manos y posteriormente coloque en cada uno de los dedos

de la mano izquierda cinco cosas que menos le gusten de él y en la mano derecha, cinco que más le gusten. Esta técnica permite apreciar la percepción que se tiene de sí mismo, lo que le agrada y lo que no, además de observar si existe alguna dificultad en que logre identificar alguna de sus características (Campos en Esquivel, 2010).

Ambientes, Acuario (filial). En esta técnica es importante observar cómo se resuelven las decisiones, se toman o no acuerdos, se ceden actividades, se excluye o se invade a algún integrante de la familia. Todo esto aporta información acerca de la dinámica y el ambiente familiar en el que se encuentra inmerso el adolescente y/o niño (Oaklandre, 1992).

Externalización del problema, es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se “saca fuera” de las personas y se convierte en algo con entidad propia. El objetivo principal es ver el problema como un ente fuera de, el cual no define a los sujetos y al externalizarlo se puede realizar un trabajo terapéutico con las personas desde otra óptica (Guerrero, Montoya, Alvares y Moreno, 2019).

Matea, es una técnica que se utiliza para conocer las emociones y externalizar sentimientos básicos del ser humano como el miedo, la tristeza, el enojo y el amor; los cuales en algún momento no se demuestran por diversos motivos, situación que lejos de fortalecer al adolescente, lo único que produce es impedirle darse cuenta de lo que realmente sucede. Gracias a esta dinámica, el adolescente y el terapeuta tienen una oportunidad que posibilita el conocimiento de cómo el menor percibe sus emociones (Casillas en Esquivel, 2010)

2.3. Procedimiento

El caso llega al centro de atención psicológica, como una solicitud de atención ante un momento de crisis debido a que el joven presentaba, en palabras de los padres: “ideas

suicidas”. Por lo que se siguieron los protocolos establecidos por la institución. Como parte de la atención se canalizó al joven a un servicio de psiquiatría particular.

Debido a lo sucedido, los padres de Carlos solicitaron el servicio de atención terapéutica por lo que se realizó una segunda entrevista en la que se llenó la solicitud correspondiente. Por indicaciones de la dirección de la clínica se recomienda que el terapeuta que realizó el primer contacto se encargue de continuar con el proceso terapéutico a lo que los padres accedieron.

La recopilación de información del diagnóstico se realizó en 9 sesiones, en las cuales se llevó a cabo una sesión filial. Se emplearon las técnicas descritas en el apartado anterior, así como la entrevista psicológica tanto con los padres como con el joven. Los pasos a seguir en el diagnóstico fueron los siguientes:

1. Entrevista clínica con los padres. Una primera entrevista se llevó a cabo en un contexto de intervención en crisis y la segunda con el fin de explorar la problemática a fondo. Ambas entrevistas ampliaron y completaron la historia clínica de Carlos.

2. Entrevista clínica con Carlos y juego de libre (juego de mesa). Se dio tiempo de establecer y posteriormente fortalecer una alianza terapéutica con Carlos, con el fin de establecer rapport que genere un ambiente de confianza, empatía y respeto, así como permitir mirar a Carlos más allá de la problemática, lo anterior se realizó en dos sesiones.

3. 5 + y 5 – y genograma familiar con animales. Con la finalidad de conocer la percepción que Carlos tiene de sí mismo, lo que más le agrada y lo que no le agrada tanto, se llevó a cabo la técnica 5+ y 5-. Posteriormente, teniendo en cuenta el interés que Carlos mostró en esta sesión, se procedió a realizar el genograma familiar con animales el cual

permitió conocer la percepción del ambiente familiar de Carlos y la relación entre los integrantes de la familia.

4. Dibujos de familia. Se elige esta actividad con la finalidad de conocer la percepción que Carlos tiene sobre el concepto de familia, además de indagar en la relación que Carlos mantiene con su familia. Carlos se mostró interesado, con una actitud de colaboración y en disposición ante la actividad planteada.

5. Ambientes (Acuario, sesión filial). Con el fin de observar la dinámica y la comunicación familiar, se invitó al padre y hermana de Carlos a participar en la sesión, cabe mencionar que Carlos se negó a que su madre acudiera.

6. Mi problema es. Se decide emplear esta técnica con el objetivo de conocer el problema como un ente fuera de Carlos, la relación que se sostiene con este, así como las características que se le han atribuido, las emociones que causa, lo que implica vivir con el problema y qué cosas familiares, personales influyen en este.

7. MATEA. Con el fin de conocer las emociones y externalizar los sentimientos básicos de Carlos, como el miedo, la tristeza, el enojo y el amor; se decide emplear MATEA, ya que posibilita el conocimiento de cómo Carlos experimenta sus emociones.

2.4. Informe De Los Resultados De La Evaluación Diagnóstica

En cuanto a los antecedentes prenatales, perinatales y postnatales; así como, el desarrollo tanto en la primera y segunda infancia de Carlos, se presentaron sin contratiempos. Los padres lo describen como un niño tranquilo, sin embargo, comentan que Carlos presentaba cierta tendencia a encender fuego como pasatiempo, en la actualidad, esta conducta se ha mantenido.

Carlos ha transitado por una experiencia de bullying desde tercer año de preescolar hasta la actualidad, razón por la cual han llegado a cambiarlo de escuela en diferentes ocasiones, pese a eso, no ha presentado dificultades académicas, sin embargo, tiende a olvidar la elaboración de sus tareas. Han ocurrido diferentes incidentes en cuanto a mentiras que Carlos ha dicho con respecto a su estatus económico, sus padres se sienten intranquilos al ver el interés de Carlos hacía el dinero. Carlos menciona que le encantaría cambiar de estilo de vida, ve sus estudios como un “tramite” para alcanzar su meta.

Se pudo rescatar la percepción de Carlos hacía sí mismo. En cuanto a su cuerpo, no le gusta y le genera incomodidad. En específico, no le gusta su nariz y sus dientes, queriendo operárselos en cuanto pueda. Se reconoce irresponsable en el área académica; criticón, pero sólo en cuestiones de limpieza y soberbio, sin embargo, esta característica no se la atribuyó al final ya que reconoce que lo puso porque sus papás se lo atribuyen, pero él no se percibe de esa manera; y perfeccionista, característica que le ha traído dificultades a nivel social, familiar y personal, también es una característica que le agrada y que reconoce útil.

Lo que más le gusta de él mismo, es su sentido de la moda, el cual comparte con su madre; su perseverancia, lo que le ha ayudado a alcanzar sus metas; se describe como sociable ya que le es muy fácil hacer amigos, sin embargo, presenta dificultades para relacionarse con los hombres, y su ética, él comenta que cuida de los lugares públicos y trata de ser amable con los demás.

Lo que corresponde a la relación familiar, Carlos percibe a su padre como dócil, protector, trabajador, cariñoso y en algunas ocasiones con poca claridad a la hora de actuar. A pesar de que es reconocido por Carlos como una figura de apoyo, mantienen una relación

distante y con poco contacto. A su madre, como elegante y agresiva, por lo que a veces puede sentir miedo de ella. Su hermana es para Carlos juguetona, alegre y divertida, es la integrante de la familia a la que más se le cuida, según comentan él y su padre; de igual manera, es la integrante más cercana a él, la ve como su mejor amiga.

Dentro de la familia, Carlos se ve a sí mismo como un individuo elegante y que resalta; sin embargo, Carlos se siente poco valorado dentro de esta, los demás miembros lo perciben como alguien de carácter fuerte y que en ocasiones puede pasar desapercibido por estos, se puede observar un Self debilitado. Carlos y los demás integrantes describen a la familia como una familia unida, que apoya y ama. Los padres señalan que la influencia de la abuela materna y el abuelo paterno han sido difíciles en la vida de Carlos y eso les genera preocupación.

Menciona que en la familia hay ciertos equipos y esto es por la personalidad de cada uno, su madre empuja a hacer cosas a su padre, ya que a este le falta iniciativa. Lo mismo sucede con él y su hermana, Carlos es quien empuja a su hermana. Sin embargo, él menciona que no puede hacer equipo con su madre por los conflictos que existen y que se generan, la razón que él atribuye es que existe un parecido entre ambos; a partir de lo que Carlos comenta se puede decir que presenta una identificación con la madre, esto le hace figura a Carlos de manera constante. En cuanto a su abuela materna la ve como una amenaza para la familia, pues tiene conductas y hace comentarios que dañan a todos los miembros.

En el aspecto emocional, el miedo es una de las emociones que más percibe, lo ha experimentado cuando hay burlas respecto a su físico o cuando su madre lo regaña y/o le pega; esta emoción la siente en las piernas lo puede desestabilizar o movilizar para retirarse

de la situación. La felicidad la siente cuando es aceptado y querido; en su cuerpo la puede identificar en el tronco y en sus brazos, sin embargo, existe un bloqueo que no le permite contactar con los otros. El enojo se experimenta ante sus figuras de autoridad; lo siente en la boca al no poder expresar lo que siente o piensa, ese mismo enojo hace que rechace la comida y la vomite. En cuanto a la tristeza esta emerge al sentir rechazo y se encuentra muy cerca con la emoción de amor que relaciona con su familia, la cual Carlos ve como una fortaleza que le ayuda a salir de momentos difíciles. Ambas se encuentran en la parte de la cintura, el amor le da seguridad, pero algunas veces cuando siente rechazo esa seguridad se puede desvanecer generando tristeza, de igual modo existe miedo de que eso suceda. Ante emociones que Carlos considera difíciles de manejar como el miedo, enojo y tristeza, Carlos utiliza el modo de relación de deflexión.

Carlos decidió llamar “Anastasio” al diagnóstico, menciona que este nace de comentarios hirientes enfocados a su apariencia física y su necesidad de ser aceptado. Identifica un ciclo en el que es muy difícil transitar, inicia con el anhelo de no estar tan delgado, comer, sentir culpa y vomitar. Menciona que la culpa aparece también cuando ha tenido momentos de atracones, los que se han presentado en dos ocasiones, sin embargo, lo que sí resulta ser una constante es su deseo de privarse de alimento; ha llegado a encerrarse en su recámara sin comer por días o sólo juega su comida consumiendo sólo agua. Es evidente la pérdida de peso de Carlos (15 kg en un mes).

Carlos reconoce pensamientos en los que se dice a sí mismo que no le gusta estar delgado, él describe que por un lado él quisiera subir de peso, pero por el otro quisiera estar delgado, así como pensamientos de perfeccionismo. Estos pensamientos lo llevan a sentirse confundido.

El perfeccionismo es una característica relevante para la familia, que se encuentra en el ambiente de esta, Carlos reconoce que el perfeccionismo ha ayudado a que se generen las dificultades descritas anteriormente. Carlos miraba como una meta y objetivo el ser delgado como su madre cuando era joven, actualmente ya no lo es, ser delgado era sinónimo de perfección en ese momento. Otra característica que le da fuerza a estas dificultades (Anastasio) son los problemas, ya que estos incrementan los pensamientos y hacen más fácil que entre al ciclo descrito anteriormente.

Carlos menciona que la percepción familiar respecto a lo que sucede, es que es una enfermedad y que Carlos necesita ayuda para salir de ella, su padre ha adoptado una actitud distante y juzgadora, su hermana se percibe triste ante la situación y su madre se muestra enojada; su abuela, por su parte, se sintió defraudada. De igual manera, se han distinguido introyectos que abonan al diagnóstico “no debes ser gordo, ni pobre”, este de parte de la abuela materna y “debes hacer las cosas bien”, “debes ser perfecto”, “todos en la familia somos perfeccionistas” de parte de ambos padres.

Por lo anterior se puede observar que Carlos, de igual manera, recurre al modo de relación de Retroflexión al no poder expresar lo que siente o desea con los otros, eligiendo hacerse daño a sí mismo.

3. Propuesta De Intervención

3.1. Introducción

La presente propuesta de intervención se sustenta bajo el enfoque Gestalt Relacional, el cual es un modelo fenomenológico – existencial que tiene como objetivo que la persona se dé cuenta de lo que está haciendo, cómo lo está haciendo y cómo puede

cambiar, además de que en el proceso aprenda a aceptarse y valorarse (Yontef, 2009). En la teoría de la terapia Gestalt relacional el campo es configurado por las relaciones de que se dan en este (teoría de campo) y la percepción siempre es interpretada – construida en una interacción entre el observador y lo que está siendo observado (perspectiva fenomenológica existencial). Cualquier proceso, problema, avance creativo, solución a un problema es una función de la relación entre la gente “del campo” y la observación/percepción es construida fenomenológicamente (Yuntef, 2000).

Las explicaciones e interpretaciones son menos confiables que aquello que se percibe y se siente directamente, por lo que, en esta terapia, los pacientes y terapeutas dialogan, es decir, comunican sus perspectivas fenomenológicas y la existencia de diferencias entre perspectivas, se convierte en el foco de la experimentación y diálogo continuo (Yontef, 2009). La realidad es co-construida por los participantes del campo, los cuales son mutuamente interdependientes (Yuntef, 2000).

La relación es algo tenue que requiere cuidado o una cuidadosa nutrición. Es la base del proceso terapéutico y puede, en sí misma, ser terapéutica (Oaklander, 2006).

En cuanto al trabajo con adolescentes a partir de este enfoque, desde niños tienen que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo. Es así, que un niño y/o joven sano ejercita su cuerpo y sentidos para utilizarlos con habilidad; aprende a expresar sus sentimientos con congruencia, desarrolla su intelecto rápidamente y descubre el lenguaje como un medio para expresar sus sentimientos, necesidades, pensamientos e ideas. En este modelo son el juego y/o los juguetes los materiales que pueden usarse en forma de técnicas para que expresen sus sentimientos y sea capaz de externar lo que tiene en su interior (Esquivel Ancona, 2010).

La intervención que se propone a continuación, tiene como propósito utilizar la relación terapéutica, técnicas y estrategias dentro del marco teórico del enfoque Gestalt relacional; para favorecer el fortalecimiento del self de Carlos. Con la finalidad de que los signos y síntomas de bulimarexia se aminoren.

3.2. Objetivos del Programa de Intervención

La propuesta de intervención tiene como objetivo mejorar la forma en la que Carlos establece contacto con su ambiente, con las personas y consigo mismo.

Los objetivos específicos planteados se basan en los resultados del diagnóstico establecido, los cuales son los siguientes:

- Fortalecer el sentido de sí mismo (self) de Carlos
- Reparar, resignificar y construir sus relaciones tanto consigo mismo, con su diagnóstico, como con los otros.
- Fomentar el darse cuenta y así generar responsabilidad en las maneras en las que contribuyen a sostener y alimentar la bulimarexia.
- Fomentar el contacto con la realidad, con sus emociones y consigo mismo

De manera transversal se trabajará con los padres, por lo cual se contemplan los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar el darse cuenta y así generar responsabilidad en las maneras en las que contribuyen a sostener y alimentar la bulimarexia.
- Desarrollar la capacidad de apropiarse de sus proyecciones.

3.3. Programa de Intervención

A continuación, se describe la propuesta de intervención, partiendo de su diseño, sus fases, técnicas y recursos planteados a lo largo del proceso terapéutico.

3.3.1. Diseño de intervención. Es importante mencionar que a causa de la contingencia sanitaria provocada por el nuevo coronavirus que se ha descubierto recientemente y que actualmente es considerado una pandemia, el cual causa la enfermedad COVID-19, que afecta a países de todo el mundo incluido México (Organización Mundial de la Salud, 2019); se da por finalizado el proceso con tan sólo trece sesiones de terapia.

Esto debido a la facilidad con la que se propaga el nuevo coronavirus, ya que los contagios se generan fácilmente a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar (OMS, 2019). En México se han optado por medidas para contener la propagación del virus, esto implica estado de cuarentena, distanciamiento social y, al inicio de las primeras fases de contagio, cierre de negocios no esenciales (Secretaría de Salud, 2020); por lo anterior y como se menciona en el párrafo anterior, se vio afectado el proceso de terapia de Carlos ya que se detuvo la atención presencial en el centro de atención psicológica donde se llevaron a cabo las sesiones de terapia. Por tal motivo se decide llevar a cabo una propuesta de intervención tomando en cuenta el diagnóstico que se logró realizar.

El primer contacto que se tiene con el caso es el día 15 de octubre de 2019, da inicio formalmente con el llenado de solicitud correspondiente el 22 de octubre de 2019 y concluye el 13 de marzo de 2019; a lo largo de estas sesiones, nueve fueron desinadas para realizar el diagnóstico y posteriormente se lograron cuatro sesiones de intervención. Las

sesiones fueron llevadas a cabo en una de las salas infantiles pertenecientes al centro de atención psicológica pública, una vez a la semana con duración de sesenta minutos.

En cuanto al encuadre teórico en el que se enmarca la presente propuesta de intervención, se aborda a través del enfoque Gestalt relacional, ya que bajo este enfoque la relación es la base del proceso terapéutico y puede en sí misma, ser poderosamente terapéutica, requiere de cuidado y mucha nutrición. Este concepto se basa en la idea Gestalt de la relación Yo/Tu y aplica los mismos fundamentos, dos individuos separados, ninguno superior a otro, autenticidad del terapeuta, no manipular ni juzgar, sin expectativas, aceptando y respetando al otro (Oaklander. 2008).

3.3.2. Fases de intervención. Propuesta de intervención comprende 55 sesiones divididas en cuatro fases: diagnóstico (9 sesiones), intervención (40 sesiones divididas en dos etapas), evaluación (3 sesiones) y cierre (3 sesiones); donde cada fase se pretende que se dirija por objetivos que vayan surgiendo conforme a las temáticas del caso.

Tabla 1

Fases de intervención

Fase	Objetivo	Función terapéutica
Diagnóstico	Indagar en las diferentes áreas de vida de Carlos; desde lo familiar, personal, social y académico; por medio de instrumentos y técnicas de juego diagnóstico, con la finalidad de fundamentar una intervención pertinente de acuerdo a sus necesidades.	Establecer la relación, un ambiente de confianza y respeto, así como favorecer el contacto.
Intervención	Mejorar la forma en la que Carlos establece contacto con su ambiente, con las personas y consigo mismo.	Fortalecer el Self, promover el reparar, resignificar y reconstruir sus relaciones.
Evaluación	Conocer los efectos de la intervención.	Evaluar cambios percibidos en la calidad de vida, la relación con los otros y consigo mismo. Conocer el

		nivel de responsabilidad que él acepta de su problema.
Cierre	Finalizar el proceso terapéutico.	Cierre y finalización

La fase de diagnóstico, se efectuó para conocer los factores contextuales y el impacto emocional del motivo de consulta, así como identificar los recursos del caso desde una perspectiva gestáltica relacional y con ello tener un mayor acercamiento a lo que Carlos vive, para así diseñar una propuesta de intervención fundamentada; tuvo una duración de 9 sesiones.

Implementación del programa de intervención, es la fase en donde se propone un conjunto de aspectos a trabajar, los cuales fueron obtenidos a través de la fase diagnóstica, los cuales son: fortalecimiento del Self y reparar, resignificar y reconstruir sus relaciones, tanto consigo mismo, como con su cuerpo, su diagnóstico, su familia y, en este caso en particular, con los hombres. Todo esto llevado de la mano del enfoque Gestalt relacional. Esta fase es la de mayor duración, dando un total de 40 sesiones propuestas, aproximadamente.

En la fase de evaluación se propone aplicar técnicas utilizadas en el diagnóstico a manera de retest para conocer los avances del caso. La evaluación del trabajo terapéutico se realiza constantemente, rige la implementación de los pasos a seguir. Es un medio para revisar si se han trabajado todos los aspectos del proceso terapéutico, en especial, en los casos donde existen conductas persistentes (Oaklander, 2008). Esta fase de evaluación comprende 3 sesiones, se le da lugar después del tiempo destinado para la aplicación del programa de intervención.

La fase de cierre es la última en implementarse es aquí en donde se lleva a cabo la despedida de los participantes del proceso terapéutico, entre otros aspectos que se mencionarán posteriormente. Esta fase se plantea realizar en 3 sesión donde se pretende trabajar con el adolescente de forma individual para hacer un recuento del proceso terapéutico y después de manera filial con la familia.

3.3.3. Diseño de psicoterapia. En este apartado se describen las fases de psicoterapia con cada uno de los aspectos a trabajar a lo largo de la intervención del proceso terapéutico que se propone.

Tabla 2

Diseño de psicoterapia

Fase	Objetivo	Sugerencias	Técnicas propuestas
Diagnóstico	Realizar la historia clínica del joven con los padres.	Explorar la problemática a fondo, indagar las diferentes áreas e vida de Carlos, desde lo familiar, personal, social y académico; aspectos de desarrollo e hitos. De igual manera establecer una alianza terapéutica con los padres.	Entrevista semiestructurada.
	Conocer diferentes aspectos de la vida del joven y establecer el contacto, crear el ambiente terapéutico.	Conocer al joven más allá del problema, así como crear un ambiente de confianza, empatía y respeto. De igual manera establecer y fortalecer una alianza terapéutica.	Entrevista semiestructurada. Juegos de mesa.
	Conocer la percepción que tiene de sí mismo y de su ambiente familiar, así como la relación con los	Observar la percepción que sostiene consigo mismo y los otros, de igual manera, identificar sus modos de relación, así como la experiencia de su Self.	5+ y 5- Genograma familiar con animales.

integrantes de la familia.

Conocer la percepción que Carlos tiene sobre el concepto de familia, además de indagar en la relación que Carlos mantiene con su familia.

Conocer modos de relación de Carlos, bloqueos en el ciclo de la experiencia y la percepción del joven tiene de la familia.

Dibujos de familia.

Observar la dinámica y la comunicación familiar, sesión filial.

Ser abierto y sensible al observar la interacción entre los miembros, indagar en la percepción que estos tienen sobre Carlos y el ambiente que se genera. Observar modos de relación y contacto, así como el campo.

Ambientes (Acuario).

Conocer el problema como un ente fuera de Carlos, la relación que se sostiene con este, así como las características que se le han atribuido, las emociones que causa y lo que implica vivir con el problema.

Identificar modos de relación, estar abierto a recibir la experiencia del adolescente con respecto al diagnóstico, es de vital importancia crear un ambiente de respeto, empatía y escucha activa.

Mi problema es.

Conocer las emociones y externalizar los sentimientos básicos de Carlos, como el miedo, la tristeza, el enojo y el amor.

Identificar modos de relación, bloqueos en el ciclo de la experiencia y recursos.

MATEA

Intervención	Primera etapa:	Perfeccionismo:	
	Fortalecer el sí mismo o Self. (se proponen entre 15 y 20 sesiones) todas estas sesiones se abordarán de manera individual.	Trabajar el modo de relación “introyección”. Trabajar la aceptación incondicional de su experiencia, de su propia imagen, de su corporalidad, así como reconocer y abrazar las imperfecciones, normalizar.	Juegos de mesa. Dinámica mascara.
	Fomentar el contacto con la realidad, con sus emociones y consigo mismo.	Modo de relación, Deflexión: Concentrarse y poner su atención en lo que siente, observar el bloqueo en el ciclo de la experiencia, así como los ajustes creativos. Promover la experimentación de las emociones que siente como amenazantes (tristeza, miedo y enojo). Registro emocional ante lo que está experimentando. Explorar la herida primaria, fomentar la atención plena	Ejercicios de imaginaria. MATEA 2 Técnica de la silueta. Utilización de Plastilina, moldeando mi emoción. Técnica “mi jardín”
		Modo de relación, retroflexión e introyectos: Manejo de los comentarios hirientes; conocimiento de sí mismo, frontera contacto, qué soy y que no soy, tolerancia a la crítica.	Ventana de Johari.
		Modo de relación Retroflexión: Manejo de problemas, trabajar con la comunicación asertiva de sus emociones y con su capacidad de poner límites claros, así como su importancia de estos.	Técnica CDE Conciencia y contacto (localización y reconocimiento de la emoción o la tensión), direccionalidad (descubrir hacia quién va dirigida esa emoción) y expresión (aquí y

			<p>ahora, expresarlo como si la persona hacia la que va dirigida estuviese presente).</p> <p>En cuanto a la expresión es importante tener en cuenta los tres niveles: imaginario, verbal e integral.</p>
		<p>Modo de relación introyección e identificación con su figura materna:</p> <p>Identificar qué valores, ideas y creencias son propios y cuáles son tomados de los demás.</p> <p>Co-construir su propia personalidad.</p>	<p>Promover el pensamiento crítico, generar la reflexión acerca de sus creencias y su propia experiencia.</p> <p>Ejercicio “criticometro”. De cero a 100, con diferentes temas, aquella área en donde el nivel de crítica sea más bajo es en dónde se está más susceptible a introyectar.</p> <p>Utilizar la concretización y poner en perspectiva para generar filtros personales.</p>
Intervención	<p>Segunda etapa: Reparar, resignificar y construir sus relaciones (15 a 20 sesiones).</p> <p>Fomentar el contacto con la realidad, con sus emociones y consigo mismo.</p> <p>Trabajar con los padres el darse cuenta y así generar responsabilidad en las maneras en las que contribuyen a sostener y</p>	<p>Modo de relación, retroflexión / bulimarexia como ajuste creativo:</p> <p>Desarrollar y fomentar el darse cuenta y con ello la responsabilidad de lo que sucede, del impacto que sus pensamientos y actitudes tienen en la bulimarexia.</p> <p>Reconocer emociones y localizarlas.</p> <p>Fomentar la comunicación dentro del espacio terapéutico.</p>	<p>Entrevista a Anastasio.</p> <p>Fomentar la expresión de las emociones, pensamientos y sensaciones corporales que se puedan ir dando en función de que el joven pueda ir entrevistando a su diagnóstico. De igual manera al fomentar el darse cuenta y la expresión se pretende generar y devolver la responsabilidad de</p>

<p>alimentar la bulimarexia. De igual manera desarrollar la capacidad de apropiarse de sus proyecciones.</p>	<p>Resignificar su relación consigo mismo. Permitir la expresión corporal y trabajar la autovaloración y aceptación.</p>	<p>cómo influye él en la bulimarexia.</p> <p>Mi cuerpo y yo Se trata de que el joven logre representar en hojas de papel con pinturas cómo es cuando se siente mal con su cuerpo y como es cuando se siente bien.</p> <p>Trabajo de cuerpo y sus expresiones por medio de plastilina, pinturas, máscaras o colores.</p> <p>Reconocer el propio cuerpo. Se dibujará en un papel la figura del cuerpo de la madre y en otro la figura del cuerpo de su padre, con un color que le guste pintará las partes del cuerpo que le guste, tanto de la madre como del padre, posteriormente con un color indiferente las que le sean indiferentes y con un color que no le guste las que no le gustan. Llevar a la reflexión lo que le gusta lo que no y lo que le es indiferente así</p>
--	--	--

			como comentarios que pudo haber recibido de otros.
		Reparar, resignificar y construir sus relaciones con su familia, madre y hombres.	“Dibujando la relación con mi familia”.
		Favorecer en el desarrollo de habilidades socioemocionales que le permitan desenvolverse de forma positiva.	Dibujo libre.
		Desarrollar un entonamiento afectivo mediante la relación terapéutica para así lograr una correulación emocional con los demás.	
Evaluación	Evaluar cambios percibidos en la calidad de vida, la relación con sus familiares, con los hombres y consigo mismos. Conocer el nivel de responsabilidad que él acepta de su problema. (Se proponen 3 sesiones)	Evaluación del impacto de la intervención.	Utilización de las técnicas de diagnóstico a manera de retest,
Cierre	Reconocer avances. Elaborar un plan de contingencia en caso de recaídas. Elaborar un cierre y despedida del proceso.	Fomentar el darse cuenta de lo avanzado en el proceso. Desarrollar acciones para responder ante una posible recaída.	Línea de vida. Cómo me voy.

(Para esta fase se proponen 3 sesiones),

4. Discusión y Conclusiones

4.1. Relación Intervención-Cambios Observados

Como se mencionó anteriormente, debido a las medidas sanitarias generadas por la enfermedad COVID-19, el proceso de psicoterapia de Carlos concluyó con tan sólo 4 sesiones de 40 planeadas de intervención, ya que se dio el cierre de negocios no esenciales y con ello el cierre de la clínica en la que se realizaban las sesiones de terapia.

En estas 4 sesiones, de la etapa de fortalecimiento de sí mismo o Self, se logró observar los siguientes cambios:

1. Actitud cooperativa y adherencia al tratamiento. A lo largo de las sesiones, tanto de diagnóstico como en las primeras de intervención, se logró desarrollar en él una actitud de cooperación e interés en el proceso, esto se aprecia en la manera en la que se mostró (cooperador, participativo y abierto a la reflexión y al diálogo). Al inicio del proceso Carlos mencionaba que no necesitaba acudir con la terapeuta, se le observaba con poca disposición y apatía para responder las preguntas que se le planteaban.

2. Frecuencia de los vómitos provocados. Se logró observar un cambio en la frecuencia en la que se presentaban los vómitos. En un principio, Carlos mencionó que se provocaba los vómitos todos los días de la semana a lo que posteriormente menciona que en la semana sólo lo había hecho en 2 ocasiones, la conducta disminuye de una incidencia de siete veces a dos por semana.

3. Responsabilidad en su diagnóstico. Mediante la implementación de varias técnicas (silueta y MATEA) y el análisis y reflexión del dibujo de Anastasio realizado durante el diagnóstico, se logró que Carlos contacte con la responsabilidad sobre su propia problemática (bulimarexia), el rol activo que él juega dentro de sus emociones y cómo su manera de enfrentar los problemas alimenta la bulimarexia.

4.2. Comparación cambios observados-literatura sustento

De acuerdo a lo revisado en la literatura, en esta etapa de vida del adolescente, sus relaciones con su familia y amigos se modifican (Viejo y Ortega, 2015). Los pares ejercen una influencia en el reconocimiento, valoración y ejecución de los diferentes papeles sociales; son los que generarán el referente social para el ajuste y concepción del autoconcepto en el que la familia ya ha ofrecido las primeras valoraciones del sí mismo (Valero et al., 2011). La autoestima es otro concepto a tomar en cuenta en esta etapa, íntimamente relacionado con el autoconcepto; ya que esta representa la percepción de valía que se construye a partir de pensamientos, sentimientos y experiencias de vida (Valero et al., 2011).

En el caso de Carlos se comprueba lo que indica la literatura ya que tanto su autoconcepto como autoestima se vieron afectados por los comentarios y burlas que recibió tanto en el núcleo familiar, influyendo en su autoimagen y el desagrado de sí mismo, como en la escuela al ser víctima de bullying, cuestión que abonó a su baja autoestima. En este mismo sentido y de acuerdo a la concepción del campo organismo-entorno (Robine, 1998), Carlos se encuentra rodeado de un campo que ha sido poco favorable para una adecuada autorregulación orgánica en su ciclo de la experiencia, dando como resultado bloqueo en el contacto. Ante las posibilidades que le ofrecía su entorno Carlos desarrolló un sí

mismo debilitado que lo llevó a generar ajustes creativos y modos de relación disfuncionales (modos evitativos).

De acuerdo con Muñoz (2014), los modos de interacción son pautas que surgen en determinado entorno y condición, pueden ser esporádicas o fijas. Que se repitan constantemente las formas disfuncionales detienen el desarrollo. Las reiteradas experiencias poco favorables en su campo generadas por su entorno en las que Carlos transita le han llevado a desarrollar la introyección, deflexión y retroflexión como principales modos de relación.

La introyección se puede mirar en la dificultad que presenta el Self de Carlos para permear los contenidos del exterior que le son dañinos. Por ejemplo, al ser víctima de bullying en la escuela, él suele atribuirse todo lo que le dicen. Lo mismo se puede mirar en los comentarios que le hace su madre, padre y abuela. Entre los principales introyectos observados son “no debo de ser gordo ni pobre” y “debo de ser perfecto”, este último afectando incluso en la percepción que sostiene de su cuerpo.

La deflexión se hace evidente en su incapacidad de contactar con el miedo, enojo y la tristeza, minimizando o negando sus emociones cada vez que se le invita a mirarlas, así como distrayéndose con películas y su celular cuando se hacen presentes estas emociones; cabe mencionar que esta deflexión no le es funcional ya que hay una desensibilización emocional evidente.

Finalmente, la retroflexión es el modo de relación más disfuncional y evidente; se puede observar en la incapacidad para expresar sus emociones, pensamientos y deseos, de esta manera es como aparece el ajuste creativo llamado bulimarexia. Al verse

imposibilitado en la expresión con su entorno, el síntoma que aparece es el vómito ya que de esta manera le es posible sacar lo que en su momento retiene. Otra manera en la que este se presenta es en el rechazo de los alimentos que su madre le provee, al no poder expresar su descontento y rechazo ante la manera en la que es tratado por ella, la rechaza por medio de la comida. Sumado a esto, la necesidad de Carlos por ganar peso lo hace entrar en el característico ciclo de atracón-purga de la bulimarexia que plantea Boskind-White (2001).

Se lograron observar cambios significativos en las cuatro sesiones de intervención, en un primer momento el cambio en la actitud de Carlos ante el proceso terapéutico dio pie a que las sesiones fluyeran de mejor manera, ya que desde el enfoque Gestalt relacional con el que se trabajó, se plantea que uno de los principios es el generar un diálogo co-construido, en esta caso, durante el proceso terapéutico Carlos encontró un espacio que propició la comunicación de su experiencia fenomenológica, encontrando aceptación de la terapeuta hacía lo que él hacía, pensaba o sentía (Yontef, 2009).

Este gran avance, dio paso a que los vómitos disminuyeran de siete veces en los que ocurrían a dos, según lo que Carlos reporta. De igual manera, se dio pie a la oportunidad de Carlos de darse cuenta y a través de este el tener una mayor responsabilidad sobre la bulimarexia, reconociéndose como un actor importante que es capaz de influir en sí mismo (Robine, 1998).

De acuerdo con Robine (1998), el papel del terapeuta es acompañar en la capacidad de la persona de formar figuras de su fondo, a permitir mostrarse y ponerse en contacto, construirse y destruirse, objetivo que se persiguió con las sesiones que se lograron realizar y con las que se proponen. De seguir con la metodología propuesta en el presente trabajo se esperaría que Carlos se mire, a través de un conocimiento y aceptación de sí mismo, de

manera objetiva y crítica, para así distinguir los comentarios de los demás que son dirigidos hacia su persona dimensionándolos y a través de ello dándole oportunidad de manejarlos de una manera benéfica para él. De igual manera, que Carlos sea capaz de identificar, reconocer y comunicar asertivamente lo que siente, piensa y desea para así poner límites con los demás y resolver problemas interpersonales.

Se esperaría que al desarrollar y fortalecer su Self Carlos pueda desarrollarse consigo mismo y con su entorno (familia, amigos y hombres), por consiguiente, se abriría paso a un adecuado ciclo de la experiencia en la que el contacto ya no se vea comprometido y logre la homeostasis, por consiguiente, el ajuste creativo que ha adoptado la forma de bulimarexia se aminore encontrando otros medios de comunicación y expresión. También se espera que se desarrolle un entonamiento afectivo adecuado mediante la relación terapéutica, para que pueda ser capaz de entender las pautas sociales y así desarrollar habilidades socioemocionales adaptables y un adecuado contacto con la realidad.

Con los padres, que son el principal entorno de Carlos, se espera que al concluir la segunda etapa de la fase de intervención se hayan responsabilizado de sus propias proyecciones y de su papel dentro de la bulimarexia y del cuidado integral de su hijo.

Los posibles obstáculos que se encontrarían en la implementación de la intervención serían: el modo de relación de la madre con Carlos, el cual es la proyección, ya que puede ser desafiante para la madre darse cuenta y responsabilizarse, esto debido a la disposición que puede llegar a tener a lo largo del proceso terapéutico. Por otro lado, Carlos mostró rechazo ante la posibilidad de que la madre sea parte activa del proceso, tanto con sesiones individuales (terapeuta, madre), como con sesiones filiales.

4.3. Sugerencias y conclusiones

Con respecto a la fase diagnóstica y los resultados obtenidos en esta, se puede concluir que es de suma importancia realizarla lo más próxima a la realidad de la persona; en este caso, el lograr un acercamiento mediante técnicas pertinentes permitió que se plantearan objetivos de intervención coherentes.

Es importante reconocer e identificar la vivencia de cada persona, no sólo encasillar en una de las categorías diagnósticas ya conocidas; muchas veces se presentan retos profesionales en los que puede resultar más sencillo etiquetar el malestar y trabajar desde las sugerencias terapéuticas ya conocidas para tratarlo. Este abordaje terapéutico no es descabellado del todo, sin embargo, es importante mantener una mirada flexible y adaptar desde la individualidad del paciente cada uno de las sugerencias terapéuticas y con ello sumar al conocimiento que se tiene, en este caso, de los trastornos de la conducta alimentaria. Además, esto permite mirar a la persona más allá del “diagnóstico”, que en algunas ocasiones se convierten en etiquetas, y así enriquecer la mirada terapéutica y la comprensión de cada caso.

Otro punto importante a mencionar es la relación terapéutica. Al co-crear un diálogo y espacio respetuoso, tolerante, cálido, empático y aceptante, se propició que Carlos confiara y, contrario a su actitud inicial, se mostrara abierto a la reflexión y expresión de sus emociones y pensamientos, y se notara interesado en el proceso. Este fue uno de los cambios más significativos que se pudieron observar, lo cual fue clave en permitir el enriquecimiento de las sesiones de terapia, y un trabajo a mayor profundidad en cada una de las actividades que se llevaron a cabo y en los objetivos que se plantearon. Lo anterior permite confirmar lo que se dice en la literatura acerca de la relación terapéutica, más allá

de las actividades que se proponga trabajar en sesión es la relación lo que favorece el cambio (Amescua, 2008).

Debido a las circunstancias externas dadas por la enfermedad COVID-19 la implementación de la propuesta de intervención se vio afectada, logrando realizar cuatro sesiones. A lo largo de estas se obtuvieron cambios importantes, como lo son: disminución de la frecuencia de los vómitos y su propia responsabilidad en la bulimarexia; todo esto a partir de técnicas de juego (Juegos de mesa, MATEA y silueta) y de imaginación; que, gracias a su capacidad de reflexión e introspección, dieron pie al inicio del fortalecimiento de su Self.

Ante la negativa de Carlos de incluir a su madre al proceso terapéutico y por las características del caso, se tomó la decisión de iniciar con ella y con el padre, cuando se diera comienzo a la segunda etapa de la fase de intervención. Esto con la finalidad de que los padres de Carlos se dieran cuenta del modo de relación (proyección) que sostienen con él y así generar responsabilidad. Es importante señalar el papel fundamental que los padres juegan en los ajustes creativos y modos de relación de Carlos y es por ello que se sugiere continuar el trabajo con estos. Dado que Carlos presenta modos de relación (retroflexión y deflexión) disfuncionales, que se ven sostenidos por la familia, sería necesario trabajar con los padres para que no se vea obstaculizado el proceso terapéutico.

A pesar de que la propuesta de intervención se presenta en etapas, se recomienda que se trabaje de manera flexible retomando lo que en el campo de la relación terapéutica emerja, sin perder de vista los objetivos y aspectos importantes del caso. De igual manera, el trabajo transversal del contacto con la realidad, con sus emociones y consigo mismo es fundamental, se sugiere que se trabaje el contacto a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Permitir, respetar y propiciar momentos de expresión de emociones y pensamientos beneficia la disminución de la frecuencia de los vómitos provocados, ya que como él refiere los problemas alimentan a “Anastasio” (bulimarexia) haciéndolo más grande, el expresar ayuda a debilitarlo y así lograr tener un mayor control.

Partiendo de las sugerencias anteriores, se recuerda que cuidar la relación terapéutica es beneficioso en el proceso terapéutico y utilizarla como herramienta para desarrollar y trabajar un entonamiento afectivo apoya a la creación de habilidades sociales y comunicación asertiva que le permitan desenvolverse de forma positiva con los otros. Aunado a lo anterior y para finalizar, se recomienda continuar con el desarrollo del pensamiento crítico del joven, ya que esto permitirá la construcción de su propia personalidad e identidad.

Esto llevará a tener un joven en contacto con sus propias emociones, capaz de expresar lo que siente y con la capacidad de relacionarse de maneras constructivas, estableciendo límites que permitan dirigir su energía hacia la formación de figuras que le faciliten el completar sus ciclos de la experiencia en lugar de retroflectar y hacerse daño a sí mismo en el interminable ciclo de atracón purga que caracteriza a la experiencia bulimarexica.

Referencias

Amaya-Hernández, A., Álvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. y Mancilla-Díaz, J. (2017). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/trastornos/mta-2017/mta171d.pdf>

Amescua, G. (2008). *Psicoterapia infantil relacional*. México: CEIG.

Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N. y Carrillo, D. (2018). Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes: Intervención para Padres y Madres. *Psicología Escolar y educativa*. 22(2), 259-269. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-85572018000200259&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Arbinaga, F. y Caracuel, J. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta Colombiana de Psicología*, (vol. 11). núm. 1. pp. 75-88. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811108>

Baile, J. y González, M. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18 (2), 19-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133915921003>

Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/12/151>

Bellorin, D., Castillo, K, Vizcaya, G. y Solís, F. (2018). Repercusiones de la migración de madres-padres en el desarrollo psicosocial de adolescentes en Estelí, Nicaragua. *Revista Científica de FAREM-Estelí*. DOI: <http://dx.doi.org/10.5377/farem.v0i28.7612>

Benavides, P. (2005). El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt. *Procesos Psicológicos y Sociales. Vol 1*. (Num. 1) Recuperado de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/ciclo.pdf>

Bjorklund, D., y Blasi, C. (2011). *Child and adolescent development: An integrated approach*. Cengage Learning.

Boskind-White, M. y White, W. (2001). *Bulimia/Anorexia: The Binge/Purge Cycle and Self-Starvation*. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=Ej5aDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Compañy, M. (2017). *Intervención Psicológica de un Trastorno de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa en un contexto hospitalario* (Tesis de maestría). Universitas Miguel Hernández. España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6735206.pdf>

Díaz-tendero, D., Cruzat-Mandich, D., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., y Ulloa, V. (2018). Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. *Revista Mexicana de trastornos Alimentarios*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075

- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. (2016). *Secretaría de Salud*.
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012).
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012Resultados Nacionales.pdf>
- Esnaola, I. (2005) Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (vol. 1). Núm. 1. pp. 183-195. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832486012>
- Espina, A. (2009) *Terapia Familiar Sistémica en los Trastornos Alimentarios*. Málaga, España: Editorial CCS.
- Espósito, D. (2015). Influencia del modelo estético corporal prevalente e insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de escuela secundaria básica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6 (2), 91-96. Recuperado de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152315000245>
- Fajardo, M. y Encinas, I. (2011). Las emociones como herramienta educativa en los jóvenes. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y de la Educación*, (Vol. 1), pp 287-293. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832329028>
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circuplejo. *Ciencias Psicológicas*. (Vol. 9). pp 153-162. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4595/459545410005>

Francesetti, G. (2013). *Terapia gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto*. Madrid: Asociación cultural de los libros de CTP

González, I. (2009). Desarrollo del yo: Autoconcepto y autoestima en la adolescencia. En J. A. Ríos González (Dir.), *Personalidad, madurez humana y contexto familiar* (pp. 561-577). Madrid: Editorial CCS.

Granja, A., Pérez, V., Gempeler, J., Rodríguez, M. y Ribero, O. (2017). Anorexia nerviosa secundaria a un trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas de escurpulosidad predominante en un hombre adulto. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/445/603>

Grupo de trabajo de la Guía práctica sobre trastornos de la conducta alimentaria. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid. Recuperado de: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf.

Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M., e Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLECERE, Revista de formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Vol. V.* (Ed. 1). Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/tema-de-revision-pubertad-y-adolescencia-m-guemes-hidalgo-et-al-adolescere-2017-v-1-07-22/>

Guinot, S. (2015). Programa de Educación para la Salud de Prevención de las Recaídas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trabajo de Final de Grado. Escuela Universitaria de Enfermería, Gimbernat. Barcelona. Recuperado de <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/240/Programa%20de%20Educa%20ci%20C3%B3n%20para%20la%20Salud%20de%20Prevenci%20C3%B3n%20de%20las%20rec>

a%C3%ADdas%20de%20los%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hidalgo-Rasmussen, C., Franco, K., Díaz, F., Roja, M. y Vilugróna, F. (2015). Comportamientos alimentarios de riesgo y consumo de tabaco, alcohol y marihuana según género en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/323/476>

Hidalgo-Rasmussen, C. e Hidalgo-San Martín, A. (2011). Percepción del peso corporal, comportamiento de control de peso y calidad de vida en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2 (2), 71-81. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741616003>

Hidalgo Vicario, M. I. y Ceñal González-Fierro, M. J. (2014). Hablemos de Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12 (Vol 1), pp 42-46. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70167-2

Ives, E. (2014). La identidad del adolescente. Como se construye. *Adolescere*, (Vol 2), pp 14-18. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/0201%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>

Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6 (2), 129-136. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425743626007.pdf>

López-Coutiño, B. y Nuño-Gutiérrez, B. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, México. 47-54. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091i.pdf>

López, C. y Treasure, J. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 22 (Vol 1) 85-97.

Martín, A. (1976). Manual práctico de psicoterapia Gestalt. Recuperado de <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH01f9.dir/doc.pdf>

Mimenza, M. (2016). *Bulimarexia: Intervención Psicodinámica* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Yucatán. México.

Molina-Ruíz, R., Alberdi-Páramo, I., Castro, M., Gutiérrez, N., Carrasco, J. y Díaz, M. (2017). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/494/731>

Moreau, A. (2005). Ejercicios y técnicas creativas de gestalterapia (3ra ed.). España: Sirio

Muñoz, M. (2014). Los ocho modos de relación o interacción. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, A.C.

Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes, terapia infanto-juvenil*. Chile: Cuatro vientos.

O'Connor, K., Schaefer, C., y Braverman, L. (2016). *Manual de terapia de juego*. Ciudad de México, México. Manual moderno.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Desarrollo en la adolescencia*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.

Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, (Vol 2)*. pp 229-247. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33716996003>

Picó Vila, D. (2014). *Una introducción a la terapia Gestalt*. Recuperado de
http://gestaltnet.net/sites/default/files/apuntes_gestalt_terapiados-2_0.pdf

Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Velasco, V., Platas, S. y Árambulo, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 5 (2)*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200002

Pinilla, E., Orozco, L., Camargo, F., Berrío, J. y Medina, L., (2012). Bullying en adolescentes escolarizados: validación del diagnóstico de enfermería riesgo de violencia

dirigida a otros. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, (Vol 1)*, pp 45-58. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309124894002>

Ramírez, I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Escuela de Gestalt Claudio Naranjo Transformación Humana, Colombia, (Vol. 10)*. núm. 1, pp287-296. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/796>

Ramos, L. (2011). La Gestalt. Un encuentro entre humanos. México: Acento editores.

Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R., Lara, L., y Moreno, C. (2016) Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología - Psychological Writings, (vol. 9)*. núm. 1, pp. 42-50. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271045358005>

Rebollo-Catalán, A., Ruiz-Pinto, E. y García-Pérez, R. (2017). Preferencias relacionales en la adolescencia según el género. *Revista Electrónica de Investigación Educativa. (Vol 1)*. pp 58-72. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/1022>

Rebuffo, M., Siravegna, M. S. y Medrano, L. A. (2012). Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud, (Vol 2)*. pp 215-224.

Rivera, R. (2018). Funciones ejecutivas y cognición social en adolescentes agresores, víctimas y espectadores en contexto de bullying. *Revista de psicología, Universidad Católica San Pablo. (Vol 8)*. (Ed. 1). pp 41-66. Recuperado de <http://35.161.26.73/index.php/psicologia/article/view/120>

Robine, J. (1998). *La terapia Gestalt*, Madrid, España: Editorial Gaia.

Sánchez-Ventura, J. y Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia, (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, XIV (56), 335-342. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3666/366638750009>

Rodríguez, P., Matud, M. y Álvarez, J. (2017). Género y calidad de vida en la adolescencia. *Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C.* 9(2), 89-98.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282255144008.pdf>

Schnake, A. (2015). *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Secretaria de Salud. (2017). *Anorexia un trastorno de conducta alimentaria*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>

Secretaria de Salud de Yucatán. (2013). <http://salud.yucatan.gob.mx/wp-content/uploads/2014/06/MARTES-03-DE-JUNIO-DEL-2014.pdf>

Segura, M., Villegas, R., Placencia, P. y Sanjuan, J. (2016). La necesidad de una intervención psicológica integradora en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Casos clínicos en Salud Mental*. 4(2), 115-120. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912887>

Senado de la Republica. (2017). *Trastornos alimenticios deben ser atendidos por el IMSS con un esquema integral*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/grupos-parlamentarios/38303-trastornos-alimenticios-deben-ser-atendidos-por-el-imss-con-un-esquema-integral-mariana-gomez-del-campo-gurza.html>

Toro-Alfonso, J., Walters-Pacheco, K., y Sánchez, I. (2012) El cuerpo en forma: Masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones

universitarios. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*. (Vol 2). núm. 3. pp.842-858.

UNICEF (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. Recuperado de https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes__y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf

Unikel, C. y Caballero A. (2010) Guía Clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Recuperado de: http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf.

Valero, J., Pérez, N. y Delgado, B. (2014). Desarrollo físico, psicológico, intelectual y social en la adolescencia. En N. Pérez Pérez y I. Navarro Soria (Eds.), *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez* (pp. 231-264). España: Club universitario.

Varela-Casal, P., Maldonado, M. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. (Vol 01). Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/69/ESP/13-69-ESP-12-19-187522.pdf>

Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. y Mancilla-Díaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/354/505#>

Viejo, C., Ortega-Ruiz, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*. (Vol. 7). (Ed. 2). pp 109-118. Recuperado de <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psyse/article/view/527>

Woldt, A. L. y Toman, S. M. (2007). *Terapia gestalt: historia, teoría y práctica*. México: Manual Moderno.

Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Chile: Cuatro vientos.

Zinker, J. (2006). *El proceso creativo en la terapia Gestáltica*. México: Paidós.

Apéndice A. Historia Clínica

I. Datos Generales

Ficha de identificación

- Nombre: Para fines de este trabajo terminal se le asigna el nombre de “Carlos” para conservar la confidencialidad.
- Edad: 14 años
- Escolaridad: Estudiante
- Sexo: Hombre
- Lugar de nacimiento: Ciudad de México
- Nivel socioeconómico: Medio
- Religión: católica

Referida por: La institución educativa es la que les refiere.

Datos de los padres:

Madre

- Edad: 46 años
- Escolaridad: Bachillerato
- Ocupación: Negocio propio.
- Condición civil: casada

Padre

- Edad: 50 años
- Escolaridad: Licenciatura
- Ocupación: Empleado
- Condición civil: casado

no quiere ser gordo ya que eso le enoja y entristece; de igual manera, menciona que no le es de su agrado su cuerpo, él quisiera saber manejar la situación por la que está atravesando. Así mismo, quisiera poder conocerse mejor, saber quién es.

Áreas implicadas

Lo que incumbe al área de desarrollo, Carlos es el primogénito de la familia, producto del primer embarazo de la madre, un embarazo deseado y planeado. En la etapa de gestación se realizaron todos los chequeos y cuidados pertinentes, el ambiente familiar fue tranquilo, aunque con algunas dificultades en la relación con la abuela materna de Carlos. No se reportan complicaciones en el embarazo ni el parto. La madre mencionó que Carlos recibió leche materna como alimento hasta los seis meses de edad y que fue retirada porque Carlos ya no la quería más, “él la dejó solito”. La madre comenta que se dedicó a Carlos completamente durante sus primeros tres años de vida. La marcha se completó antes del año de edad, en cuanto al lenguaje la madre reporta que no observó dificultades, siendo sus primeras palabras “mamá”, “papá”, “agua”, “manzana”. El control de esfínteres se logró alrededor de los tres años y medio, durante ese lapso, tanto la madre como el padre describen como un niño tranquilo a Carlos.

Cuando Carlos cumplía los dos años y medio de edad, la familia recibía la llegada de la segunda hija, los padres mencionan que Carlos lo tomó bien, sin mayor complicación. A la edad de tres años, Carlos queda al cuidado de su abuela, ya que su madre iba a trabajar. Cuando Carlos cumple la edad de 4 años la familia decide mudarse a la ciudad de Mérida, esto debido a la inseguridad.

Área social, a la edad de tres años, Carlos era un niño retraído y tímido con sus compañeros. En tercer año de preescolar inician los problemas de bullying, situación que continúa y se intensifican conforme avanzaba de grado escolar. La razón por la que Carlos sufre bullying, según los padres, es por su timidez y su preferencia sexual, “él prefería estar solo con niñas, como hasta ahora, los niños le decían gay por esa razón”.

El bullying que Carlos ha vivido llevó a sus padres a cambiarlo de escuela en diferentes ocasiones, una vez de primaria y dos veces de secundaria. Los cambios de escuela se dieron de primaria pública a privada, la educación de Carlos se ha mantenido en escuelas privadas desde entonces, a pesar de que implica un gran esfuerzo económico por parte de ambos padres. A la edad de 10 años los padres deciden llevarlo al psicólogo, ya que la escuela se lo solicita al ver que Carlos se retrae y no convive con sus compañeros. Carlos mentía respecto a su estatus económico frecuentemente. El tema del dinero es algo que ha sido relevante en la vida de Carlos.

En cuanto al área académica, Carlos no ha tenido dificultades con el aprendizaje, es descrito por los padres como un joven de buenas calificaciones que no ha reprobado, sin embargo, pone poco esfuerzo en entregar sus tareas, razón por la que en algunas ocasiones su promedio baja.

La familia, la madre describe a su familia como una familia unida y que apoya, sin embargo, ambos padres comentan que la abuela materna es una persona muy difícil de tratar que ha influido en la manera de pensar de Carlos ya que su lema es “ni gorda, ni pobre”, frase que le ha repetido es repetidas ocasiones a Carlos. El abuelo paterno ha sido otra figura significativa, ya que este era muy duro con el joven, lo insultaba y regañaba por jugar con muñecas o con su hermana, haciendo referencia a la orientación sexual de Carlos.

En cuanto a los hábitos de Carlos, los padres mencionan que duerme aproximadamente ocho horas de sueño, tratan de que sea así. Su alimentación es variada, sin embargo, en repetidas ocasiones Carlos no come, sólo bebe agua. Una de las situaciones que llama la atención es que han encontrado manchones de papel quemado en la recámara de Carlos, situación que se viene repitiendo desde que era niño, la madre comenta que Carlos disfruta encender fuego, razón por la que actualmente no compran gel antibacterial.

Apéndice B. Relatorías

Sesiones de la fase diagnóstica

Sesión número uno

- Fecha: 11 de octubre 2019

- Objetivo de la sesión: Indagar en el motivo de consulta, valorar la situación por la que el joven atraviesa y canalizar con el psiquiatra de ser necesario.

- Descripción de la sesión: el primer contacto fue vía telefónica en recepción, posteriormente se agendó una cita ese mismo día, a la que acuden ambos padres. Los padres de Carlos se encontraban angustiados y temerosos de que Carlos intentara suicidarse. El Joven se encontraba en su recamara sin querer salir y sin comer por tres días consecutivos.

Se abordaron temas referentes a la pérdida significativa del peso de Carlos, así como preocupaciones de los padres con respecto a actitudes que habían notado de él, como lo son la mentira y el creciente interés de Carlos hacía el dinero. De igual manera los padres comentaron la influencia de la abuela materna y el abuelo paterno en la vida de su hijo.

- Observaciones: en ese momento se valoró como importante iniciar con el proceso de psicoterapia, así como una valoración psiquiátrica para que se tenga una adecuada atención del caso. La interacción de los padres a lo largo de la sesión fue muy poca, el padre se remitía a contestar lo que se le preguntaba, siendo la madre quien tomó el papel más activo en responder las preguntas que se les realizaron. De igual manera se observó una notable intención de ambos por mantener la apariencia de una familia “buena”.

Sesión número dos

- Fecha: 18 de octubre 2019

- Objetivo de la sesión: Realizar el llenado de solicitud, indagar en la historia familiar del joven.

- Descripción de la sesión: Ambos padres acudieron a la sesión, se mostraron abiertos y con una actitud cooperativa. Se notó de nueva cuenta que la madre es quien tomó la palabra a lo largo de la entrevista. En este segundo contacto con los padres de Carlos, se profundizó en el tema de la relación que Carlos entabló de pequeño con su abuela materna y como esta es vista en la familia, de igual manera se obtuvo información de la relación que la madre de Carlos tuvo con su madre. Se lograron apreciar aspectos de suma importancia a lo largo de esta entrevista. De igual manera se visibilizó la historia familiar paterna ya que ambos padres reconocieron que era importante hablar de sus historias y lo poco grato que había sido la convivencia de Carlos con ambos abuelos. Para finalizar, se realizó la lectura y firma de los documentos pertenecientes a la institución.

- Observaciones: Carlos acudió al psiquiatra, el cual le diagnosticó Anorexia y le recetó tomar fluoxetina. En cuanto a la relación de su abuela materna y abuelo paternos, se logró vislumbrar introyectos importantes de parte de ambos padres y posibles proyecciones con Carlos, de igual manera abrió un panorama tentativo al ambiente familiar y la relación que los integrantes de esta mantienen.

Se logró observar la importancia que se le da al perfeccionismo de parte del padre de Carlos, ya que lo menciona como un rasgo particular que su familia posee, el cual valora.

Sesión número tres

- Fecha: 25 de octubre 2019

- Objetivo de la sesión: Conocer a Carlos más allá del problema y así lograr establecer una alianza terapéutica con él, así como generar un ambiente de confianza, empatía y respeto.

- Descripción de la sesión: Carlos se mostró indiferente y con poco interés ante el proceso terapéutico, mencionó su desagrado ante la idea de estar con un psicólogo, se abordó lo que para él significa estar en el proceso terapéutico y lo que es el psicólogo. Se respondieron dudas y se dio paso a la expresión de expectativas. De igual manera, se aprovechó para jugar un juego de mesa elegido por él y se habló de gustos personales, como música, arte, películas y series.

- Observaciones: Se logró mirar lo importante que es brindar espacios de expresión, al finalizar la sesión se notó un cambio en la actitud de Carlos, se le observó relajado y con un discurso más fluido.

Sesión número cuatro

- Fecha: 08 de noviembre 2019

- Objetivo de la sesión: Conocer a Carlos más allá del problema y así lograr establecer una alianza terapéutica con él, así como generar un ambiente de confianza, empatía y respeto.

- Descripción de la sesión: Con el apoyo de un juego de mesa se logró entablar una conversación bastante amena, se le observó abierto al diálogo e interesado en platicar sobre

sus clases y sus gustos. En esta sesión Carlos compartió la historia de un viaje que se ganó a Argentina, una experiencia que valora y recuerda con mucho ánimo. De igual manera se dio la oportunidad de hablar sobre el diagnóstico de Anorexia que el psiquiatra le dio. Se indagó un poco acerca de su experiencia y sus inquietudes. Se le planteó la posibilidad de entablar objetivos del proceso terapéutico a lo que él respondió que lo que le gustaría trabajar es su “problema” de anorexia para lograr que suba de peso y conocerse mejor.

- Observaciones: Se le notó abierto a compartir experiencias y a llevar una plática más profunda. Menciona que el tema de la anorexia le causa vergüenza. A lo largo de esta sesión se notó una actitud participativa y cooperadora.

Sesión número cinco

- Fecha: 15 de noviembre 2019

- Objetivo de la sesión: de conocer la percepción que Carlos tiene de sí mismo, lo que más le agrada y lo que no le agrada tanto, así como conocer la percepción del ambiente familiar de Carlos y la relación de los integrantes de la familia.

- Descripción de la sesión: La actitud de Carlos fue muy cooperadora, se encontraba muy interesado en las actividades. Se realizaron las actividades 5+ y 5- y familia de animales. Entre los aspectos que le gustan están, su sentido de moda, su perseverancia, su ética y que es sociable; por otro lado, algunos de estos aspectos se basan en su apariencia física como su nariz y sus dientes, que es criticón e irresponsable. Una de las características que llama la atención es el perfeccionismo, ya que lo pone como una característica que le agrada en cuestiones de trabajos escolares que realiza solo, pero que le ha traído problemas con los demás, cuando hace trabajos en equipo y con su familia.

Se logró tener un acercamiento a la percepción de Carlos con respecto a su familia, se observan ciertas diferencias con la madre y con la abuela, la figura más cercana a él es su hermana y su padre lo ve como alguien dócil y protector. En la familia existen bandos que se hacen por las características personales de cada uno.

- Observaciones: vestirse bien lo hace sentir bien, antes su mamá lo regañaba porque no lo hacía bien y lo regresaba a cambiarse, esto le generaba un sentimiento de poca aceptación de su madre hacía él. El tema de su apariencia física (nariz y dientes) probablemente se vincule con el perfeccionismo ya que menciona que no son como él quiere que no son perfectos. Existen cualidades que comparte con su madre y que al mirarlo le causa conflicto.

Sesión número seis

- Fecha: 22 de noviembre 2019

- Objetivo de la sesión: Conocer la percepción que Carlos tiene sobre el concepto de familia, además de indagar en la relación que Carlos mantiene con su familia.

- Descripción de la sesión: Carlos se mostró interesado, con una actitud de colaboración y en disposición ante la actividad planteada. Se llevó a cabo la actividad llamada “dibujos de familia”. En esta Carlos dibujó diferentes familias y mencionó que lo más importante es sentirse valorado, independientemente de los integrantes que la conformen. Se llegó a la conclusión de que sentirse valorado es una cualidad que no se da en su familia ya que no se le toma en cuenta en decisiones o a la hora de comer. Se habló de la experiencia de Bullying y sus dificultades para relacionarse con otros hombres.

- Observaciones: se hace presente la identificación que Carlos tiene con su madre y las dificultades que se presentan en la relación, de igual manera se hacen visibles introyectos familiares sobre el estatus socioeconómico que lo han llevado a mentir sobre el tema. Carlos se negó ante la propuesta de invitar a su madre a la sesión familiar que se planeó.

Sesión número siete

- Fecha: 29 de noviembre 2019

- Objetivo de la sesión: observar la dinámica y la comunicación familiar.

- Descripción de la sesión: en esta sesión se recibió al padre y hermana. A lo largo de la sesión todos se mostraron con una actitud cooperadora, sin embargo, se observó a Carlos un tanto retraído y muy poco cooperador con los otros. Se pudo notar la protección que ambos tienen hacia la hermana de Carlos, así como el papel que esta tiene en la interacción familiar. La hermana de Carlos era quien pasaba los mensajes del padre de Carlos hacía este y viceversa, así como la que decía que animales o cosas dibujar en el acuario. El padre se remitía a hacer lo que sus hijos le sugerían dibujar.

- Observaciones: se puede observar la identificación de su hermana con su madre, así como la relevancia del perfeccionismo en la familia, ya que el padre recalca una y otra vez que toda su familia es perfeccionista. Marco se mostró en descontento y comentó que no le agrada ver que su padre se pone en el papel de experto.

Sesión número ocho

- Fecha: 13 de diciembre 2019

- Objetivo de la sesión: conocer el problema como un ente fuera de Carlos, la relación que se sostiene con este, así como las características que se le han atribuido, las emociones que causa y lo que implica vivir con el problema.

- Descripción de la sesión: Carlos se mostró interesado y abierto a hablar sobre esto, ya que él es quien inicia la sesión con la intención de platicarlo. Ante la propuesta de dibujar su problema y verlo desde afuera Carlos se entusiasmó y fluyó completamente creando una historia; Carlos le dio el nombre de Anastasio, se habló sobre la manera en la que nace y cómo se le ha dado fuerza para que Anastasio crezca, así como pensamientos recurrentes que se presentan.

- Observaciones: Anastasio nace de los comentarios hirientes enfocados a su apariencia física y su necesidad de ser aceptado. Se alimenta de problemas, los cuales incrementan los pensamientos de perfeccionismo y debeismos (esto se encuentra en la cabeza de Anastasio. Entre los introyectos que se rescatan esta: “no debes ser gordo ni pobre”, “debes hacer las cosas bien”, “debes ser perfecto”. Carlos menciona que además de restringirse el alimento también se provoca el vómito.

Sesión número nueve

- Fecha: 24 de enero 2020

- Objetivo de la sesión: conocer el problema como un ente fuera de Carlos, la relación que se sostiene con este, así como las características que se le han atribuido, las emociones que causa y lo que implica vivir con el problema.

- Descripción de la sesión: Carlos mencionó que puede ubicar un ciclo en el que existe un anhelo de no estar gordo, luego se presentan los atracones, lo que lo lleva a sentir culpa y vomitar. Carlos indicó que los atracones se han presentado en dos ocasiones y lo que es una constante es la privación del alimento. Se habló de los 15 kg que ha perdido, lo que le provoca desagrado sobre su cuerpo ya que no le gusta estar delgado. De igual manera se tocó el tema sobre la actitud de cada uno de los integrantes de la familia ha tenido con referencia al diagnóstico.

- Observaciones: Carlos comparte que además de restringirse los alimentos, se ha provocado el vómito y ha presentado en dos ocasiones atracones; aspectos que no le mencionó al psiquiatra. Modo de relación retroflexión. Se empezó a planear la necesidad de asignar un diagnóstico diferente al de Anorexia que indicó el psiquiatra, pues estos nuevos síntomas que Carlos menciona perfilan un trastorno diferente, que requiere ser identificado oportunamente. Se comienza a manejar la presunción de diagnóstico de Bulimarexia.

Sesión número diez

- Fecha: 31 de enero 2020

- Objetivo de la sesión: conocer las emociones y externalizar los sentimientos básicos de Carlos, como el miedo, la tristeza, el enojo y el amor; así como, conocer la manera en la que Carlos experimenta sus emociones.

- Descripción de la sesión: debido a la dificultad que se había observado en Carlos sobre la incapacidad de contactar con las emociones de miedo, enojo y tristeza, se llevó a cabo una MATEA, con la que se logró identificar que el enojo lo sentía en la boca y eso no le permitía comer, la felicidad en los brazos y en el tronco del cuerpo, la tristeza en la

cadera junto con el amor y el miedo en las piernas, el cual se presenta cuando su mamá le grita, este lo desestabiliza y ante el miedo quisiera salir corriendo.

- Observaciones: modo de relación deflexión, ante el enojo, la tristeza y el miedo Carlos prefiere distraerse para no sentir las y así ocultarlas.

Sesiones de intervención

Sesión número once

- Fecha: 14 de febrero 2020

- Objetivo de la sesión: Trabajar el modo de relación “introyección” sobre el perfeccionismo en su vida.

- Descripción de la sesión: a través de un juego de mesa, Carlos compartió su experiencia dentro de una familia perfeccionista y cómo eso ha impactado en su vida. De igual manera se habló sobre la manera en la que él se relaciona siendo perfeccionista, se introdujo la habilidad del pensamiento crítico con respecto a cuestionarse diferentes aspectos que involucran el perfeccionismo.

- Observaciones: Se logró identificar el origen del perfeccionismo y la importancia de mirar los momentos en los que no es perfecto, lo cual es parte de él.

Sesión número doce

- Fecha: 28 de febrero 2020

- Objetivo de la sesión: promover la concentración y experimentación de las emociones que siente como amenazantes.

- Descripción de la sesión: mediante un ejercicio de imaginación Carlos logró contactar con la tristeza al mirar la similitud que tienen sus perros con cada uno de los integrantes de la familia, en especial uno de ellos ya que este se parecía mucho a él. Este perro en especial se había convertido su favorito ya que todos lo alejaban de los demás perros al verlo como el que peor se comporta. Se logró mirar cual era la similitud que había entre su perro y su historia personal.

- Observaciones: En esta sesión se exploró la emoción de tristeza, la cual resultó ser en Carlos una de las más complicadas para experimentar. Carlos intentaba cambiar de tema o incluso intentó abrir los ojos en el ejercicio, se le repitió que era importante que se concentrara para que se realizara el ejercicio. Al finalizar Carlos se mostró tranquilo.

Sesión número trece

- Fecha: 06 de marzo 2020

- Objetivo de la sesión: promover la concentración y experimentación de las emociones que siente como amenazantes.

- Descripción de la sesión: Se realizó una segunda MATEA, esta vez de manera en la que pudiera dibujar un paisaje con colores que representen su emoción, al realizarlo, también se analizó como era para él estar dentro de ese paisaje (ciudad en remodelación), como era atravesar por los andamios del amor que se mojaban con miedo.

- Observaciones: el amor, el miedo y la tristeza son emociones que se observan muy cercanas y hablan de la relación que sostiene con su madre, la cual refiere como un tabique que bien puede construir hacia arriba o puede hundirte “como un cuerpo amarrado a él en

un río". Se le dio la responsabilidad de ser él el que tiene la decisión de qué hacer con ese tabique y qué le permitiría construir o que ocasionaría que se hunda.

Sesión número catorce

- Fecha: 13 de marzo 2020

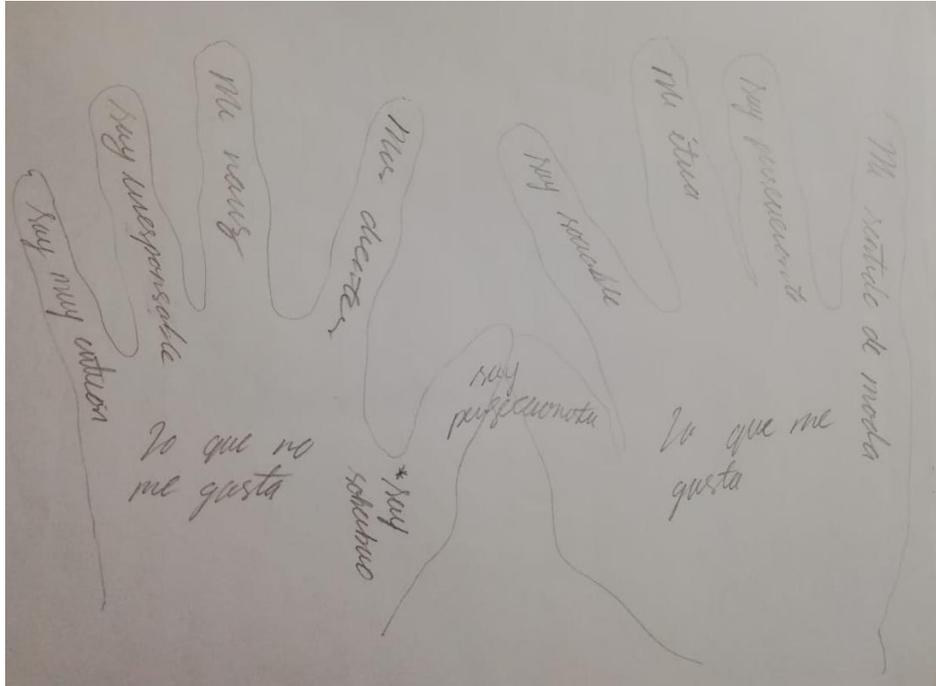
- Objetivo de la sesión: promover la concentración y experimentación de las emociones que siente como amenazantes y realizar un registro de sus emociones.

- Descripción de la sesión: a través de la silueta se realizó la ubicación de sus emociones en su cuerpo, el cual ayudó a hablar sobre el enojo, este se encontró en sus brazos, algunas veces cuando intentaba expresar ese enojo golpeaba las cosas o las tiraba, de igual manera se trabajó la responsabilidad de Carlos ante la bulimarexia al comparar a Anastasio con la silueta que se realizó en sesión.

- Observaciones: Se mostró muy sorprendido al mirar que la silueta que había realizado se parecía al dibujo de Anastasio que había realizado anteriormente, la responsabilidad que él miró fue que él podía hacer que crezca o no, ya que Anastasio estaba dentro de él. En esta sesión Carlos reportó que la frecuencia de los vómitos había disminuido de hacerlo todos los días de la semana, se llegó a hacerlo sólo dos días.

Apéndice C. Técnicas de juego usadas en la fase diagnóstica.

5 + 5 -



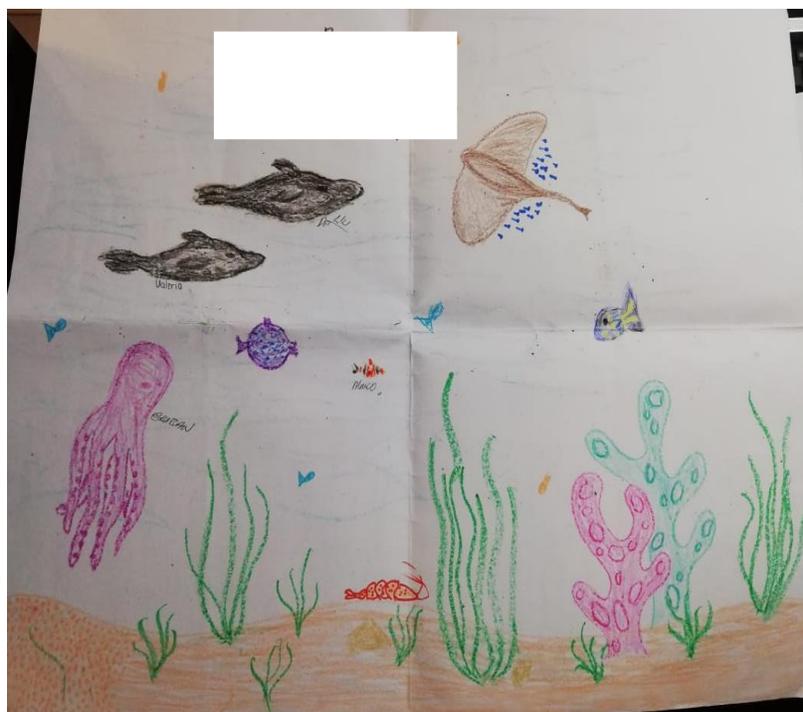
Familia de animales



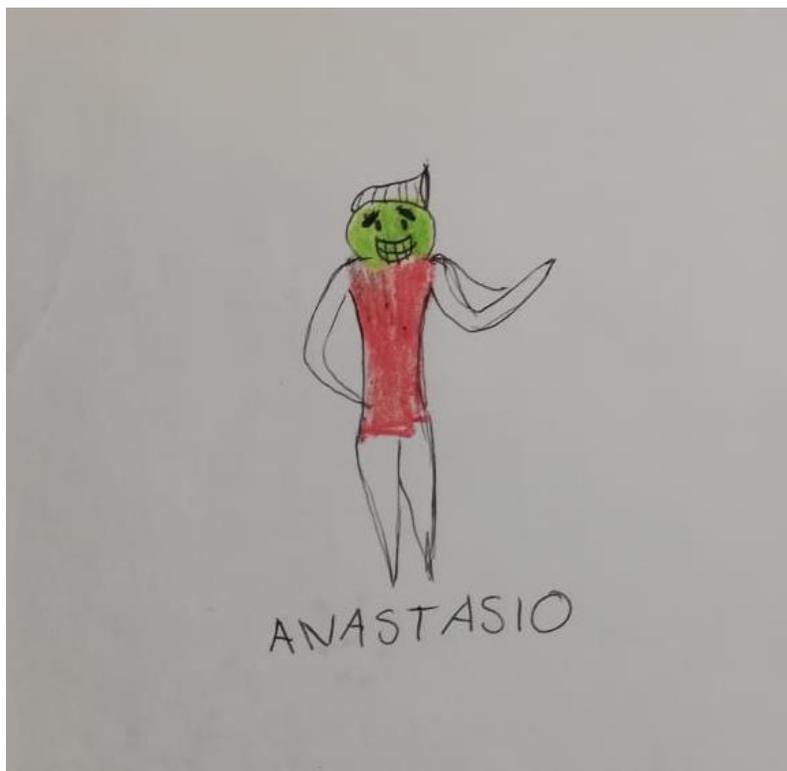
Dibujos de familia



Ambientes (Acuario)



Mi problema es



MATEA



Apéndice D. Herramientas utilizadas en la fase de intervención

Imaginería



MATEA



Silueta

