



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**OBESIDAD:
PRODUCTO DE UN PROCESO DE NEUROSIS LLAMADO
RETROFLEXIÓN.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
EDUARDO ARAIZA PEIMBERT.

DIRECTOR DE TESIS:
DICTAMINADOR:
DICTAMINADOR:

MTRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ
MTRA. MARIA GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. JOSÉ RENÉ ALCARAZ GONZÁLEZ

TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO.



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi primer más grande amor, Judeth Dubai Araiza Picazo, mi hija:

Eres mi primer amor, el mas grande que tengo en la vida, el aliado que más me ha enseñado en este camino. Hoy te ofrezco lo hecho y te doy las gracias por enseñarme vivir un camino con corazón. Tu cometido lo he vuelto el mío, te amo corazón.

A mi corazón hermoso, mi nena preciosa, Atenea Araiza Picazo, mi hija:

La niña más hermosa del mundo, la nena más linda del universo, la señorita más inteligente de todo el planeta, la mujer más feliz que existe. Mi sol, mi luna, mi éste y mi oeste, te amo mi vida.

A mi Mamá, Magdalena Concepción Peimbert de Araiza:

Por ser la fuerza que me llevo a ser lo que hoy soy, por ser mi ejemplo de dedicación, de amor, de ilusión. Por seguir adelante ante cualquier problema. Porque gracias a ti existo mami, porque gracias a ti, Eduardo Araiza Peimbert se ha encontrado al encontrar su camino. Te amo Mami y créeme, en los momentos más difíciles de mi vida siempre has estado presente, porque tú siempre estás en mi corazón. Gracias por ser mi Mamá.

A mi Papá, Francisco Araiza Barrera:

Una de las principales razones por las que hice este esfuerzo eres tu Papá. Fuiste mi ejemplo cuando te veía leyendo los libros que teníamos en la casa y ese recuerdo me ha acompañado hasta el día de hoy. Tu eres el jefe de la casa y mi titulación sirve como ofrenda para agradecerte la dedicación y la constancia que con nosotros has tenido. Te amo Papá.

A mi hermano, compañero, colega y maestro, Francisco Araiza Peimbert:

Nunca voy a olvidar el cuidado que le diste a Judeth, tu amor y tu tiempo. Eres mi amigo, mi hermano y mi ejemplo. Y quiero que sepas algo importante para el camino que ahora recorres... es importante saber que estaré contigo, estaré contigo con mi paciencia, con mi tedio, con mi amor, con mi odio... estaré contigo. No puedo ayudarte en lo que necesitas, lo único que puedo hacer es acompañarte y te aseguro que estaré contigo. Gracias por ser mi hermano... gracias por existir.

A mi hermano, ejemplo de dedicación y fortaleza, Ricardo Araiza Peimbert:

Gracias chaparro por enseñarme, desde que eras muy pequeño, lo que es la dedicación. Por compartir conmigo mucho tiempo en los primeros años de tu vida. Por ser noble y comprometido con lo que quieres, por salir adelante siendo líder, por tus medallas... que aún en casa o en donde sea las llevarás siempre enaltecidas en el corazón. El orgullo me llena cuando pienso en ti. El orgullo me llena cada vez que se de ti... gracias.

A mi hermano, orgullo, modelo y alegría de mi vida, Gerardo Araiza Peimbert:

Te agradezco por dejarme cuidarte, por hacerme saber que me amas, por dejarme ser tu protector. Por ser el más pequeño de los cuatro y a la vez el más grande. Este trabajo lo hice en buena parte pensando en ti, porque quiero ser tu ejemplo, porque quiero que juguemos a ser el otro siendo primero uno mismo. Te respeto más de lo que te imaginas y estoy orgulloso de ti porque eres más alto, fuerte e inteligente que yo. Gracias enano.

Para mi amor, por siempre mi compañera, Elizabeth Azamar del Castillo:

ksh

A ti, José René Alcaraz González, compañero en la búsqueda de un camino con corazón:

Agradezco el apoyo y la frustración otorgados en la búsqueda de un camino con corazón. Tu tiempo, tu presencia, tu sabiduría. Tu corazón ha fomentado en mí la necesidad de ser un aprendiz. Para mí tu eres el chaman que enseña a

cocerle los ojos y la boca a las lagartijas en la búsqueda de mi aliado. Para mí, el aliado encontrado se llama congruencia, lo obvio de lo obvio... Gestalt. Y he encontrado al primero gracias a ti. Con todo mi respeto te doy las gracias... mi buen compañero de camino.

A Don Juan por sus enseñanzas:

--Cuando un hombre empieza aprender, nunca sabe lo que va a encontrar. Su propósito es deficiente; su intención es vaga. Espera recompensas que nunca llegarán, pues no sabe nada de los trabajos que cuesta aprender.

“Pero uno aprende así, poquito a poquito al comienzo, luego más y más. Y sus pensamientos se dan de topetazos y se hundén en la nada. Lo que se aprende no es nunca lo que uno creía. Y así se comienza a tener miedo. El conocimiento no es nunca lo que uno espera. Cada paso del aprendizaje es un atolladero, y el miedo que el hombre experimenta empieza a crecer sin misericordia, sin ceder. Su propósito se convierte en un campo de batalla.

“Y así ha tropezado con el primero de sus enemigos naturales: ¡el miedo! Un enemigo terrible: traicionero y enredado como los cardos. Se queda oculto en cada recodo del camino, acechando, esperando. Y si el hombre, aterrado en su presencia echa a correr, su enemigo habrá puesto fin a su búsqueda.”

--¿Qué le pasa al hombre que si corre por miedo?

--Nada le pasa, solo que jamás aprenderá. Nunca llegara a ser hombre de conocimiento. Llegaría a ser un maleante, o un cobarde cualquiera, un hombre inofensivo, asustado; de cualquier modo, será un hombre vencido. Su primer enemigo habrá puesto fin a sus ansias.

--¿Y qué puedo hacer para superar el miedo?

--La respuesta es muy sencilla. No debe correr. Debe desafiar a su miedo, y pese a el debe de dar el siguiente paso en su aprendizaje, y el siguiente, y el siguiente debe estar lleno de miedo, pero no debe detenerse. ¡Esa es la regla! Y llega el momento que su primer enemigo se retira. El hombre empieza asentirse seguro de sí. Su propósito se fortalece. Aprender no es ya una tarea aterradora.

“Cuando llega ese momento gozoso, el hombre puede decir sin duda que ha vencido a su primer enemigo natural.”

--¿Ocurre de golpe don Juan, o poco a poco?

--Ocurre poco a poco, y sin embargo el miedo se conquista rápido y de repente.

--¿Pero no volverá el hombre a tener miedo si algo nuevo le pasa?

--No. Una vez que un hombre ha conquistado el miedo, está libre del él por el resto de su vida, porque a cambio del miedo ha adquirido la claridad: una claridad de mente que borra el miedo. Para entonces, un hombre conoce sus deseos; sabe cómo satisfacer sus deseos. Puede prever los nuevos pasos del aprendizaje, y una claridad nítida lo rodea todo. El hombre siente que nada está oculto.

“Y así ha encontrado a su segundo enemigo: ¡la claridad! Esa claridad de mente, tan difícil de obtener, dispersa el miedo, pero también ciega.

“Fuerza al hombre a no dudar nunca de sí. Le da la seguridad de que puede hacer cuanto se le antoje, porque todo lo ve con claridad. Y tiene valor porque tiene claridad, y no se detiene en nada porque tiene claridad. Pero todo eso es un error; es como si viera algo claro pero incompleto. Si el hombre se rinde esa ilusión de poder, ha sucumbido a su segundo enemigo y será torpe para aprender. Se apurará cuando debe ser paciente, o será paciente cuando debería apurarse. Y tonteará con el aprendizaje, hasta que termine incapaz de aprender nada más.--¿Qué pasa con el hombre derrotado de esa forma, don Juan? ¿Muere en consecuencia?

--No, no muere. Su segundo enemigo nomás ha parado en seco sus intentos de hacerse hombre de conocimiento; en vez de eso el hombre, el hombre puede volverse un guerrero impetuoso, o un payaso. Pero la claridad que tan caro ha pagado no volverá a transformarse en oscuridad y miedo. Será claro mientras viva, pero ya no aprenderá ni asirá nada.

--¿Pero que tiene que hacer para evitar la derrota?

--Debe de hacer lo que hizo con el miedo: debe desafiar su claridad y usarla solo para ver, y esperar con paciencia y medir con tiento antes de dar otros pasos; debe pensar sobre todo que su claridad es casi un error. Y vendrá un momento en que comprenda que su claridad es sólo un punto delante de sus ojos. Y así habrá vencido a su segundo enemigo, y llegará a una posición donde nada pueda ya dañarlo. Esto no será un error ni tampoco una ilusión. No será solamente un punto delante de sus ojos. Este será el verdadero poder.

“Sabrá entonces que el poder tanto tiempo perseguido es suyo por fin. Puede hacer con él lo que se le antoje. Su aliado está a sus ordenes. Su deseo es la regla. Ve claro y parejo todo cuanto hay a su alrededor. Pero también ha tropezado con su tercer enemigo: ¡el poder!

“El poder es el más fuerte de todos los enemigos. Y naturalmente, lo más fácil es rendirse; después de todo, el hombre es de veras invencible. El manda; empieza tomando riesgos calculados y termina haciendo reglas, porque es el amo del poder.

“Un hombre en ésta etapa apenas advierte que su tercer enemigo se cierne sobre él. Y de pronto, sin saber, habrá sin duda perdido la batalla. Su enemigo lo habrá transformado en un hombre cruel, caprichoso.”

--¿Perderá su poder?

--No, nunca perderá su claridad ni su poder.

--¿Entonces que lo distinguirá de un hombre de conocimiento?

Un hombre vencido por el poder muere sin saber realmente cómo manejarlo. El poder es sólo una carga sobre su destino.

Un hombre así no tiene dominio sobre sí mismo, ni puede decir cómo ni cuando usar su poder.

--La derrota a manos de cualquiera de estos enemigos ¿es definitiva?

--Claro que es definitiva. Cuando uno de estos enemigos vence a un hombre, no hay nada que hacer.

--¿Es posible, por ejemplo, que el hombre vencido por el poder vea su error y se corrija?

No. Una vez que el hombre se rinde, está acabado.

¿Pero si el poder lo ciega temporalmente y luego él lo rechaza?

--Eso quiere decir que la batalla sigue. Quiere decir que todavía está tratando de convertirse en hombre de conocimiento. Un hombre está vencido sólo cuando ya no hace la lucha y se abandona.

--Pero entonces, don Juan, es posible que un hombre se abandone al miedo durante años, pero finalmente lo conquiste.

--No, eso no es cierto. Si se rinde al miedo nunca lo conquistará, porque se asustará de aprender y no volverá a hacer la prueba. Pero si trata de aprender durante años, en medio de su miedo, terminará conquistándolo porque nunca se habrá abandonado a él en realidad.

--¿Cómo puede vencer a su tercer enemigo, don Juan?

--Tiene que desafiarlo, con toda intención. Tiene que llegar a darse cuenta que el poder que aparentemente ha conquistado no es nunca suyo en verdad. Debe tenerse a raya a todas horas, manejando con tiento y con fe todo lo que ha aprendido. Si puede ver que, sin control sobre sí mismo, la claridad y el poder son peores que los errores, llegará a un punto en el que todo se domina. Entonces sabrá cómo y cuando usar su poder. Y así habrá vencido a su tercer enemigo.

“El hombre estará, para entonces, al fin de su travesía por el camino del conocimiento, y casi sin advertencia tropezará con su último enemigo: ¡la vejez! Este enemigo es el más cruel de todos, al único que no se puede vencer por completo; el enemigo al que solamente ahuyentar por un instante.

“Este es el tiempo en que un hombre ya no tiene miedos, ya no tiene claridad impaciente; un tiempo en que todo su poder está bajo control, pero también el tiempo en el que se siente un deseo constante de descansar. Si se rinde por entero a su deseo de acostarse y olvidar, si se arrulla en la fatiga habrá perdido el último asalto, y su enemigo lo reducirá a una débil criatura vieja. Su deseo de retirarse vencerá toda su claridad, su poder u su conocimiento.

“Pero si el hombre se sacude el cansancio y vive su destino hasta el final, puede entonces ser llamado hombre de conocimiento, aunque sea tan sólo por esos momentitos en que logra ahuyentar al último enemigo, el enemigo invencible. Esos momentos de claridad, poder y conocimiento son suficientes.”

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1. OBESIDAD.	10
1.1 Los trastornos en la alimentación.	10
1.2 ¿Qué es la obesidad?	14
1.3 Causas biológicas.	18
1.4 Causas sociales relacionadas a la obesidad.	21
1.5 La obesidad y el proceso salud-enfermedad.	27
1.6 Diferentes formas de tratamiento para la obesidad.	30
1.6.1 Visión Comercial.	30
1.6.2 Visión Médica.	34
1.6.3 Visión Psicodinámica.	36
1.6.4 Visión Cognitivo-Conductual.	38
CAPITULO 2.	
LA TERAPIA GESTALT Y SU IMPORTANCIA EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.	42
2.1 Presencia del Humanismo en la Terapia Gestalt y su importancia en la concepción del ser humano.	42
2.2 Los Orígenes de la Terapia Gestalt.	48
2.3 Fundamentos de la Terapia Gestalt.	53
2.4 Elementos teóricos de la Terapia Gestalt.	57
2.5 Técnicas de la Terapia Gestalt.	67
2.5.1 Juegos y reglas.	68
2.5.2 El trabajo en el Experimento terapéutico.	71
2.5.3 Técnicas terapéuticas en Terapia Gestalt.	73
CAPITULO 3.	
OBESIDAD: EXPRESIÓN CORPORAL DE LA PERSONALIDAD NEURÓTICA.	78
3.1 Crecimiento del organismo a través del contacto-asimilación.	78
3.2 El inicio de la vida, la interrupción de la agresión y el comienzo de la neurosis.	81
3.3 Importancia del proceso corporal en la comprensión de la enfermedad.	96
CAPÍTULO 4.	
OBESIDAD: PRODUCTO DE UN PROCESO DE NEUROSIS LLAMADO RETROFLEXIÓN.	101
4.1 La retroflexión.	102
4.2 Elementos psicológicos presentes en la obesidad.	106
4.3 La retroflexión en la obesidad.	110
4.4 El trabajo terapéutico de la Gestalt.	112
4.5 Propuesta de Tratamiento Holístico Multidisciplinario.	118

CONCLUSIONES	<i>122</i>
La obesidad como proceso complejo de salud-enfermedad.	<i>122</i>
Utilidad de la obesidad como proceso de autorregulación.	<i>125</i>
La obesidad está basada en un autoconcepto degradado y un ambiente que promueve la dependencia.	<i>127</i>
Importancia de la agresión en el crecimiento físico y emocional del obeso.	<i>128</i>
Importancia del metabolismo mental en el proceso de contacto.	<i>130</i>
Identificación del proceso retroflexivo en la obesidad.	<i>131</i>
La elección del proceso de retroflexión como una forma de construir la existencia del obeso.	<i>132</i>
¿Es la retroflexión la autointerrupción característica en la obesidad?	<i>134</i>
Propuesta de Tratamiento Psicoterapéutico para el proceso de retroflexión neurótica que emplea en la obesidad.	<i>136</i>
 REFERENCIAS	 <i>138</i>
 ANEXO	 <i>143</i>

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud que en la actualidad cifra muchos pesares, tanto a nivel social como a nivel individual. La problemática a la que los psicólogos nos enfrentamos no es solamente la necesidad de un cambio de conductas o encontrar el chivo expiatorio para descargar el evento, sino que es importante saber que de nosotros se necesita un cambio en la visión que tenemos de la concepción de enfermedad, salud y ser humano.

La tesis aquí expuesta analiza el proceso que se lleva a cabo en la generación del ambiente concreto en el cuál se desarrolla la obesidad, relacionando las características de personalidad que necesita poseer un individuo para llegar a tal estado de autoagresión.

Los procesos biológicos (enzimáticos, de neurotransmisores, digestivo, etc.), los cánones y condiciones sociales (alimentación, valores estéticos, alienación), las emociones y necesidades de contacto frustradas (ira, tristeza, alegría, amor) que giran en torno a la obesidad denotan en forma constante que la energía vital generada en estos procesos no tiene un ciclo normal de autorregulación.

De ésta manera, los procesos mencionados anteriormente revelan que el estado de equilibrio en el que se encuentra una persona obesa es una muleta que le permite funcionar, aunque no de manera congruente con sus necesidades, si en congruencia con algunos aspectos de la realidad de su existir.

Para los interesados en saber que influencia tiene la personalidad en este proceso salud-enfermedad, será interesante el asimilar que podemos considerar a la obesidad una expresión corporal de la personalidad neurótica generada por un proceso llamado retroflexión.

INTRODUCCIÓN

La obesidad en la actualidad es una de las principales causas de muerte debido a la increíble fuerza de destrucción que engloba. Ya sea en la esfera emocional, física, social o espiritual, la obesidad es una problemática que se denota como un proceso complejo a tratar y no algo simple como se ha enfrentado hasta hoy.

La obesidad, de manera general, es concebida como un desequilibrio energético positivo en el que el total de calorías ingeridas por el sujeto es superior al gasto energético (Saldaña, 1997). Esto genera que las reservas de energía se acumulen en forma de grasa y se generen los diferentes tipos de rasgos físicos que la obesidad (androide o ginoide) muestra como enfermedad. Las consecuencias que acompañan éste incremento de masa corporal son el desencadenamiento de enfermedades degenerativas y por ende, el incremento en la tasa de mortandad.

La obesidad es una bomba de tiempo que necesita de pericia multidisciplinaria en su tratamiento. Por ello, se han buscado las causas que forman este padecimiento y hasta el momento se concibe que la obesidad puede ser producida por diferentes etiologías: enfermedades endocrinas, trastornos metabólicos, ingesta excesiva, trastornos psicológicos, lesiones hipotalámicas u otros (Guillen, 2001). Sea cuál sea la etiología determinante, el síndrome de la obesidad se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa, que se traduce en un aumento de peso por encima de los límites deseados.

Ya puntualizado, podemos estar seguros que el impacto que este trastorno de la alimentación esta teniendo es muy notorio. Por ello, en las últimas dos décadas los profesionales de distintas ramas de

la salud han puesto mayor atención al tratamiento que ofrecen. Aun así, este conflicto establecido etiológicamente como físico no ha obtenido sanación. No ha importado si el marco de referencia es alópata, homeópata, psicológico o alternativo (como últimamente se remedian las enfermedades). Hasta el momento los resultados obtenidos no han arrojado muestras de un avance o una real aportación al tratamiento del obeso. Los obesos siguen siendo obesos después de un tiempo (el famoso rebote), con las mismas complicaciones orgánicas que al principio o aun más avanzadas y terminales. Complejidad de la obesidad que encuentra soporte en la multiciplidad de influencias que la forman, que incluye tanto rasgos físicos, sociales, emocionales, comerciales, culturales, religiosos y científicos, como rasgos de poder, de aprendizaje, de imitación, pero sobre todo de existencia: de construcción de la existencia.

Por ello, el trabajo reduccionista de los tratamientos psicológicos ortodoxos (psicoanálisis y conductismo), en los cuáles se ha hecho creer que el descomponer el proceso de la obesidad en elementos mas simples ayudará a su entendimiento y “curación” no ha revelado tampoco un avance efectivo.

Estos marcos teóricos han dado por entendido que son los estímulos o los impulsos sexuales (dependiendo de cada orientación) los que determinan el curso de nuestra vida, dejando de lado la capacidad de elección que poseemos como seres humanos. De hecho, ésta capacidad de elección es precisamente la visión filosófica del ser en la que se apoya la tesis que a continuación se desarrolla. Y es el Humanismo el encargado de apoyar, con su marco teórico, la descripción, comprensión y explicación fenomenológica del proceso que atraviesa el obeso. De esta forma, estamos aceptando que tenemos la capacidad para elegir y vivir nuestra propia vida. Que la elección de ser obeso es

una motivación autónoma y que ésta es la mejor forma en la que se ha enfrentado, elaborado y construido la existencia en curso.

Por tanto, la obesidad desde este enfoque teórico es un mecanismo de autorregulación que da equilibrio (Coggiola, 1988). Y no solo es un agente extraño depositado en un cuerpo que poseemos. La enfermedad ahora es vista con otra óptica, donde el proceso necesario para que la obesidad haga su aparición significa la interacción de un organismo concreto en un ambiente concreto (Alcaraz, 2002). Y además, una disociación interna, una vida sin sentido acompañada de ansiedad, pánico y depresión que se puede describir en un palabra como neurosis (Unikel, 1998).

De esta manera para Alcaraz (2002), en el individuo la salud-enfermedad resulta de la concatenación de la filogenia, ontogenia y su interacción social continua con el campo en el que existe... y no solo es un evento al azar. Así el proceso corporal que se identifica en la obesidad es un evento característico del sí mismo, de la persona como un todo (Kepner, 1992).

Es por ello importante, que desde éste marco teórico al ser humano se le observe sin pretender hacer una disección en partes, puesto que las partes no son igual al todo. El todo tiene una significación única, y esa unicidad no deriva de las partes que lo forman. Cada persona es un todo único, no cuerpo o mente, bueno o malo, ni tampoco estímulo o respuesta, consciente o inconsciente. Un ser humano es un ser humano.

Así, se puede proyectar que para poder obtener éxito en el tratamiento psicoterapéutico de la obesidad es necesario considerar que los fenómenos corporales no son síntomas que necesitan diagnóstico, conductas a modificar, o comunicaciones que hay que comprender (Kepner, Op. cit.),

solo es importante considerar que el proceso de la obesidad es una forma de expresión de nuestro sí mismo (sistema de funciones de contacto), el cual busca integración. Por tanto, el padecimiento que significa el ser obeso es la mejor forma en la cual la autorregulación orgánica, de la que habla Goldstein, ha generado el mejor esfuerzo para vivir y seguir creciendo (Quitmann, 1989).

De esta manera, **el objetivo central** de la presente tesis es **mostrar un modelo de la obesidad como producto de un proceso de retroflexión neurótica**. El cuál significa doblar hacia atrás (Castañedo, 1991). Donde este proceso es una forma de utilizar la energía dirigida a la acción y el contacto en dirección y en contra de uno mismo, solo que con un fin de autodestrucción por elección propia.

También importante para esta tesis son los siguientes **objetivos específicos**:

- Mostrar que la obesidad es un proceso complejo.
- Mostrar la utilidad de la obesidad como proceso de autorregulación.
- Mostrar que la aparición de la obesidad necesita de un autoconcepto degradado, de una genética específica y de un ambiente que promueve la dependencia.
- Mostrar que la obesidad carece de congruencia emocional.
- Identificar la importancia de la agresión dental como fuerza biológica para el crecimiento físico y emocional.
- Explicar la importancia del metabolismo mental en el proceso de contacto.
- Identificar el proceso de retroflexión en la obesidad.
- Explicar el proceso de retroflexión como la elección del ser humano para construir su existencia.

- Identificar si la retroflexión es la autointerrupción característica en el proceso de autorregulación que él obeso atraviesa.

Mucho de lo que se pretende alcanzar con este trabajo es un cambio en la significación que se le da a la obesidad por parte de los profesionales de la salud. Y que esta nueva significación haga que el obeso sepa que hasta el momento ha sido su decisión el tener o vivir con este padecimiento corporal. Que esta enfermedad es parte de la construcción de su existencia y que puede decidir seguir recorriendo al camino de la enfermedad o construir un nuevo sendero después de conocer el para qué de ser obeso. Por supuesto, aceptando la responsabilidad que conlleva el crecer y desarrollar las potencialidades que son necesarias al elegir, como se puntualiza en las Enseñanzas de Don Juan, un camino con corazón.

La meta que se persigue con la tesis es llegar a la comprensión integral de lo que representa éste trastorno de la alimentación llamado obesidad y saber la importancia del metabolismo mental que Perls enuncia en su primer libro *Yo, Hambre y Agresión* (1969), para la superación de este conflicto. Todo finalmente para que la labor del terapeuta ofrezca un acompañamiento tal que de pie al encuentro con el sentido del ser que representa la forma de existir llamada obesidad.

De esta forma en el Capítulo I, la estructura del trabajo se dirige de lo general a lo particular en la explicación de la obesidad sin seccionar o dividir el conocimiento. Sólo puntualizando las repercusiones que tiene la obesidad en la actualidad, recopilando características en las esferas biológica, psicológica, social, antropológica, económica, etc. Esto con el fin de tener presente la mayor información de éste problema de salud.

En el Capítulo II, se hará una descripción detallada de la Terapia Gestalt (TG) como representante de la corriente Humanista, misma que soporta el concepto de retroflexión. Puntualizando sus orígenes y fundamentos, elementos teóricos y técnicas de tratamiento. Esto con el fin de conocer más a fondo la filosofía, forma de trabajo terapéutico y postura que tiene la TG en relación a la visión holística del ser humano.

En el Capítulo III, se pretende exponer la forma en la que crece el proceso neurótico en la vida de cualquier individuo. Detallando la importancia de las funciones de contacto y la agresión en los procesos emocional y físico que generan la aparición de la neurosis. Identificando cuáles son los elementos que influyen éste proceso psicosomático.

Por último, en el Capítulo IV, se detallará la interrupción en el ciclo de la experiencia llamada retroflexión en relación con la obesidad y se corroborará su complejidad, demostrando así el para qué de la enfermedad en la vida del ser humano.

CAPITULO 1.

OBESIDAD.

1.1 Los trastornos en la alimentación.

Tratar el tema de obesidad sin duda alguna causa bastante controversia, puesto que son múltiples las posturas que dan significado a ésta enfermedad. La importancia del proceso salud-enfermedad a través de la historia nos da cuenta de que desde el año de 1946 aparece la especialización en la sanidad al crearse la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo su postulado principal que “el goce del grado más alto de salud es un derecho en común a todos los seres humanos”. Directamente la preocupación de esta organización llevó a establecer que la salud es una cuestión social y no el trabajo individual de quién no la tiene. Para la OMS la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez” (Higashida, 1995). Actualmente ésta organización concibe al ser humano como una entidad biopsicosocial. Por ello, para los profesionales de la salud es importante prevenir, educar y tratar los factores de riesgo relacionados con el proceso salud-enfermedad, que en la actualidad genera problemas de magnitud alarmante.

En el caso de México, es a partir del 12 de septiembre de 1978 que se establece -en forma tardía a causa de las condiciones socioculturales- que toda persona tiene derecho a la salud. Donde la ley es la encargada de definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Siendo la publicación legal generada en este año, la que da rango constitucional a la protección de la salud y a la asignación de recursos para la acción sanitaria (Op. cit.).

Estos datos muestran la existencia de interés en el proceso salud-enfermedad, pero aun con estos hechos, podemos constatar con el simple vivir cotidiano, que éste esfuerzo antaño ha sido insuficiente. La atención dirigida a la salud en México se ha quedado a medias. No hay un control que facilite la aplicación de medidas preventivas o tratamientos. No hay cultura de sanación. Y las condiciones sociales como sobrepoblación, urbanización y nivel educativo (alienación) hacen que cada vez sea más difícil que el trabajo profesional llegue a los sectores más marginados y más grandes. Y aun con el “status de sanidad” que brinda el dinero en una sociedad capitalista hay mucho de insuficiente en la manera de concebir el ser humano en general: hay mucho por comprender.

De esta manera, una las principales preocupaciones en relación a los problemas de salud en México se relacionan con los trastornos de la alimentación, que son una de las contrariedades físicas más extendidas en la actualidad, a nivel nacional y también mundial.

Así, de forma genérica se determina que los trastornos de la alimentación son un conjunto de conductas y vivencias específicas que se caracterizan por el manejo y relación inadecuada o poco satisfactoria en torno a la imagen corporal y la alimentación, mismas que desembocan en afecciones físicas y bienestar emocional desviado (Castro, 1997).

Guillén (2001) puntualiza que los trastornos de la alimentación se dividen en:

- Anorexia nerviosa. Es la privación de alimento a causa de temor a engordar y una negativa de padecer el conflicto, tomando en cuenta que para diagnosticar la anorexia es importante

que la persona se mantenga en forma obsesiva debajo de un 15% de su peso normal, que haya una percepción distorsionada del cuerpo y, en las mujeres, la ausencia de tres ciclos menstruales.

- Bulimia nerviosa. Es el consumo compulsivo de alimento durante periodos variables de tiempo, los cuales pueden o no estar acompañados de vómitos y de laxantes. Se diagnostica cuando hay atracones y purgas regulares, sin cambios en el peso corporal aun estando en dietas o haciendo ejercicio. Es muy probable el abuso de drogas y alcohol, hay depresiones frecuentes, hinchazón en las mejillas o glándulas del cuello y cicatrices o úlceras en el dorso de las manos por el contacto con el ácido gástrico al momento de regurgitar.
- Ingesta compulsiva. Esta se describe como el consumo excesivo de alimentos en relación a estados emocionales de tensión fuerte, que solo se soluciona devorando alimentos, ya sea por periodos calculados en horas y hasta en días.
- Por último, y en primer orden de importancia tenemos a la obesidad, que en la actualidad es uno de los trastornos que están tomando cifras alarmantes, teniendo un impacto tal que a su vez genera un sin fin de enfermedades adicionales. Este es un problema social catalogado como la epidemia del siglo XXI , que se encuentra entre los trastornos alimenticios de más “auge”. Siendo en México, a partir de los años 70s, foco de atención para el ámbito científico y profesional a partir del fortalecimiento de los conceptos como autoimagen, autoestima y autocontrol.

Como podemos notar la alimentación en estos momentos es un tema de interés necesario. E históricamente ha sido un tema de gran importancia en el mundo. Existen datos de que en el antiguo Egipto, a la alimentación excesiva se le atribuían gran parte de las enfermedades y a la dieta y el ayuno valores terapéuticos. Los grecorromanos, al iniciarse de manera formal en la medicina,

advierte también de los peligros que puede ocasionar el sobrepeso, y es Hipócrates uno de los primeros en diagnosticar y tratar a la obesidad, indicando cual es la dieta a seguir y el ejercicio conveniente para esta enfermedad.

Por su parte Galeno, hace una tipología de la obesidad dividiéndola en moderada y grave. Y de una manera muy peculiar, hace énfasis en que la obesidad no solamente es un problema con la forma de alimentarse sino también con la forma de disciplinarse, sintetizándolo con el término de incapacidad personal (Martín, 2001).

Datos similares se muestran en el oriente donde la medicina y sus tendencias vegetarianas advierten del costo que implica una mala alimentación. Por ello es que se le da tanta importancia a los descubrimientos que se denotan en el desarrollo minucioso de la dietoterapia, la terapéutica física y la acupuntura.

Actualmente en las sociedades industrializadas se reporta que más de la mitad de la población padece problemas de sobre peso, obesidad o patologías relacionadas. Y Desde los años 70s, estudios realizados por Collipp, Mauro y Fénix (cit. en Saldaña, 1988) muestran que en los países occidentales la obesidad se presenta en uno de cada 3 ciudadanos, y que la obesidad está asociada más a la clase baja que en la media o alta.

Por otra parte, estudios de Seidell (cit en Martín, 2001) comprueban el impacto que tuvo la obesidad en la década de los 90's, caracterizándola como epidémica. La prevalencia de la obesidad en España de 1993 a 1995, ha pasado del 8% al 9.6% y 11% en cada encuesta anual. Concluyéndose que las

causas fundamentales que la originan son sociales, (sedentarismo, la alimentación, estilo de vida), pero también genéticas.

Podemos estar seguros de que estos datos pueden tener relación con la facilidad que se tiene, en la actualidad, para acceder a los alimentos con un alto grado calórico y a factores adicionales como el sedentarismo y publicidad.

De esta forma se puede concluir que la obesidad a través del tiempo es una preocupación vigente que influye de manera mundial (en la OMS). Y que en México está teniendo repercusiones considerables a nivel social e individual. La industrialización y mercadotecnia a la que nos adherimos día a día está provocando que ésta enfermedad tenga un ambiente de cultivo óptimo y es labor de los profesionales de la salud trabajar de manera multidisciplinaria para que exista un avance sanitario real.

Con lo anterior, podemos asegurar que la obesidad se concibe como un trastorno de la alimentación y que la capacidad destructiva que la distingue no solo es visible en forma particular, sino que también los datos sociales muestran la capacidad epidémica a la que nos enfrentamos.

1.2 ¿Qué es la obesidad?

Martín (Op. cit), en su libro Obesidad: algo más que un problema de peso, inicia comentando que el término obesidad proviene del latín obesitas, que deriva de obesus, y éste a su vez de obedere que significa consumir, devorar... Y define a la obesidad como la acumulación de grasa en el cuerpo

humano de manera general o localizada. Donde las variantes que encuentra en relación a su localización son dos: 1) ya sea principalmente en la cintura (obesidad androide), que da la forma física de una manzana y que induce a enfermedades tales como la diabetes e hipertensión; ó 2) la obesidad localizada en las caderas (obesidad ginoide), que se desarrolla en forma de pera donde la acumulación de grasa predispone a los cálculos biliares y problemas circulatorios, sobre todo venosos.

Ésta forma de diferenciar a la obesidad denota características particulares a cada una de las segmentaciones. Pero de forma más general y por definición operativa, la obesidad es entendida como un exceso de peso, superior al 20 % con relación al peso ideal, calculado en función de la estatura. Produciéndose cuando las calorías ingeridas son rebasadas por las gastadas, acumulándose el excedente en forma de grasas (Saldaña, 2001). Este proceso de almacenamiento y gasto energético genera un aumento en la cantidad de tejido graso, en el volumen del tejido magro de baja densidad y en la cantidad de agua extracelular (Guillén, 2001). Así la obesidad es producto de la vulnerabilidad genética (regulación homeostática) y de las condiciones ambientales particulares a cada individuo (Lolas, 1992).

Las diferentes características que tiene la obesidad hacen que se le identifique con la categoría general de síndrome, que puede ser producido por diferentes etiologías: enfermedades endocrinas, trastornos metabólicos, ingesta excesiva, trastornos psicológicos acompañados de hiperfagia, lesiones hipotalámicas. Sea cual sea la etiología determinante, el síndrome de la obesidad se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa que se traduce en un aumento de peso por encima de los límites deseados. Desencadenando el incremento en el tamaño de los órganos internos y su afectación gradual (Saldaña, 1988).

Con lo anterior, se deja ver que el costo social, en recursos humanos y materiales, que provoca la obesidad es muy grande y alarmante. Por ello, para Psicología la obesidad es considerada no solo un problema por sí misma, puesto que puede ser síntoma de algún padecimiento o una disfunción general que a futuro originará en la salud serios trastornos.

En México y de manera particular en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES) se hace la clasificación de la obesidad de la siguiente manera (Guillén, 2001):

1. De acuerdo a la edad: Por el número de adipositos (puesto que los adipositos aumentan cuando la dieta hipocalórica es elevada).
 - A. Hipertrófica. Se presenta en edad adulta.
 - B. Hiperplástica. Se presenta durante la infancia.
2. Por la distribución de grasa corporal.
 - A. Androide. Generalmente se presenta en el sexo masculino y se caracteriza por la acumulación de grasa en la región femoroglútea: Se presenta por elevación androgénica.
 - B. Ginoide. Generalmente se presenta en mujeres, acumulación de grasa en caderas, busto y abdomen.
 - C. Ó Mixta.
3. Por su etiología:
 - A. Primaria.
 - B. Secundaria.
4. Aspectos endocrinos:

- A. Hipotiroidismo.
 - B. Cushing.
 - C. Síndrome de ovarios poliquísticos.
 - D. Hipogonadismo.
 - E. Deficiencia de la hormona de crecimiento.
 - F. Insulinoma.
5. Por medicamentos:
- A. Fenotiazinas.
 - B. Tricíclicos.
 - C. Benzodiazepinas.
 - D. Síndromes genéticos complejos.
6. Por Inactividad: Sedentarismo.
7. Por aspectos Nutricionales:
- A. Mal nutrición.
 - B. Hábitos dietéticos inadecuados.
8. Aspectos socioculturales.
9. Aspectos psicológicos:
- A. Estrés.
 - B. Compulsiones alimenticias.
 - C. Bulimia.
 - D. Conductas vinculadas con la alimentación.

Como se puede constatar, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), resultados de las investigaciones realizadas en la FES Iztacala sugieren que la obesidad inicialmente es el

resultado de una variedad de factores que van desde una excesiva ingestión calórica y una reducción de la actividad física, hasta alteraciones del metabolismo basal. Sin embargo, una vez que la obesidad ha iniciado, la baja en el nivel de actividad es lo que propicia su mantenimiento. Esto hace que en la actualidad sean muchos los profesionales que integran el equipo multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad, al ser éste un problema multifactorial (Guillén, 2001).

Con estos datos podemos concluir de forma preliminar que la obesidad es un padecimiento físico, tratado básicamente por la medicina y visto como una enfermedad que se denota con características físicas particulares que permiten generar escalas para su medición y control.

1.3 Causas biológicas.

Para describir la biología del ser humano iniciaremos diciendo que todos poseemos un proceso homeostático que nos permite conservar el equilibrio en el metabolismo en general. Y en relación al peso y manejo de energía, tenemos un regulador que controla al organismo desde el hipotálamo (ponderostato), donde se controla ingesta, regulación del gasto energético y la secreción de insulina. Ofreciéndonos el mantenimiento del peso ideal, necesario y particular a cada individuo, donde por proceso natural es difícil la modificación de ésta armonía biológica (Martín, 2001).

En éste proceso regulador existen dos fases para el control de la ingesta. En la primera se controla a corto plazo la regulación del apetito (de comida a comida) al gobernar hambre, apetito y saciedad a través de señales humorales y mecánicas al entrar la comida en el tracto intestinal (Op. cit.). Es en ésta fase donde la regulación homeostática puede ser influenciada por los procesos de atención

psicológica, y el ritmo biológico puede alterarse (Alcaraz, 2002). Pues aunque lleguen señales de saciedad al individuo. éste puede seguir comiendo e ignorar sus señales biológicas. De hecho, es en este proceso conflictivo de la atención, es muy fácil la ganancia de peso y también la desensibilización del organismo.

En la segunda fase el tejido adiposo es determinante puesto que se regula el apetito en función de las reservas calóricas que el sujeto tenga, de esta manera se activa la conservación del peso corporal específico. La importancia del tejido adiposo es tal que en la UNAM se le considera como básico para la vida pues es el soporte fundamental de la formación, almacenamiento y liberación de energía (Guillén, 2001).

Así, dentro de las funciones del tejido adiposo (protector y aislante térmico) la más importante es actuar como almacén del exceso de energía metabólica, acumulada en forma de lípidos, que puede ser movilizada para utilizarse en periodos de insuficiencia calórica.

En estos momentos y gracias a los estudios realizados con animales sabemos que la forma en la que se regula la adquisición de energía se establece por medio del sistema nervioso central, a través de la captación de moléculas de señalización que secretan los músculos, hígado, tejido adiposo y páncreas, mismas que llegan principalmente al hipotálamo. Para muchos investigadores, ésta relación química al verse alterada puede ser una de las causas genéticas que origina la obesidad. De hecho, en el funcionamiento correcto de la estructura hipotalámica también es necesario el equilibrio entre ingesta, metabolismo y gasto energético. Y aunque esté muy difundido pensar que los problemas de obesidad solo tienen que ver con alteraciones en las hormonas tiroideas

(hipotiroidismo) esto realmente no es así, generalmente los pacientes con obesidad exógena tienen una función tiroidea normal (Martín Op. cit.).

Como ya se puntualizó, es importante saber que el gasto de energía debe ser proporcional al consumo de la misma. Por ello, cuando se produce un exceso en el consumo de energía es necesario que se de un equilibrio con la forma en la que se utiliza dicha energía. En el caso de los obesos, solamente se da una mayor acumulación de energía y el gasto disminuye. Esto hace que exista una relación estrecha entre el contenido del tejido graso, el peso corporal y el gasto energético.

Otro aspecto que es importante como causa biológica en la obesidad es la constitución de los adipositos. Por un lado, podemos encontrar en la gente que los adipositos muestran características en el aumento de su tamaño (obesidad hipertrófica), y por el otro puede existir un aumento en el número de adipositos que una persona tiene (obesidad hiperplástica). Esto hace que la plasticidad del organismo adquiera dos formas para el almacenamiento de energía. Que en casos extremos, una misma persona al mismo tiempo puede presentar la obesidad hipertrófica e hiperplástica, lo que genera que la complicación para mantener un peso sano sea mayor.

Como ejemplo, podemos decir que todos nacemos con un número de adipositos particular, el cual es heredado genéticamente. Y son estos adipositos los que se encargan de determinar como será la administración calórica específica en nuestro cuerpo en correlación con la ingesta y el gasto energético. De esta forma, al existir una alteración física llamada obesidad hipertrófica o hiperplástica la complicación para obtener la masa corporal necesaria aumenta. Siendo éste proceso de plasticidad lo que ocasiona, en etapas tempranas del desarrollo, la obesidad infantil y posteriormente la obesidad en la adolescencia (Martín, 2001).

En éste proceso de adquisición de peso, también la insulina es importante. Y para Bodbole (cit. en Saldaña, 1988) la insulina es una hormona clave en la regulación de los lípidos e hidratos de carbono. Donde una de sus acciones es incorporar glucosa a diversos tejidos del cuerpo. Siendo a través de potenciar la entrada y la metabolización de la glucosa en el tejido adiposo que la insulina favorece la síntesis de lípidos y la regulación del paso de ácidos grasos. Con la elevación de esta hormona se produce un incremento en la cantidad de ácidos grasos que entran en el adiposito y con ello la generación de la obesidad.

Como podemos comprender, en la obesidad existen procesos biológicos que se encuentran alterados. La homeostasis que el organismo necesita está confundida y no se permite un equilibrio rápido al ser la obesidad una enfermedad moldeada y elaborada con el paso del tiempo. La adquisición de energía y el gasto de la misma se encuentran en oposición y las señalizaciones naturales en la que el cuerpo pone su atención para dirigir sus estándares genéticos se ven afectadas por sustancias químicas como la insulina. Que en la actualidad, se encuentra en los alimentos de mayor consumo en las sociedades industrializadas.

1.4 Causas sociales relacionadas a la obesidad.

Es importante tomar en cuenta que entre las causas sociales más relevantes en la concepción de la obesidad se encuentra el cambiante significado que esta enfermedad ha tenido en el tiempo, siempre en correspondencia a las condiciones socio-económico-culturales de cada geografía. Los abusos del comer se instauraron poco a poco como poder social, político y económico, siendo en la antigüedad

donde los aristócratas romanos hacían alarde de su poder social a través del establecimiento de espacios llamados vomitorium: que servían para arrojar lo ingerido a fin de poder seguir comiendo y bebiendo, demostrando así su status social.

Es desde estos tiempos que la obesidad comienza a ser un ideal en relación al bienestar social y económico. Extendiéndose ésta forma de evaluación hasta los siglos XVII y XVIII, donde la figura del feudal siempre era la del obeso poderoso.

Este concepto fue perdiendo fuerza al incrementarse, en la primera mitad del siglo XIX las investigaciones en relación a la obesidad y al determinarse que ésta era contraproducente para la salud. Principalmente en la Escuela Clínica de Paris fue donde se identificaron distintos tipos de sobrepeso, nuevos factores etiológicos, el Síndrome de Pickwick (hipoventilación por obesidad) y la valoración del sobrepeso en función de la estatura.

Más adelante, la revolución industrial hizo que el concepto de obesidad de nuevo cambiara. En esos momentos el concepto de hombre se identificaba con su productividad y su capacidad para generar cosas en las grandes cadenas, y al obeso se le definía como un parásito, como un individuo innecesario para la fuerza laboral. La obesidad en estos momentos sólo era de interés al ámbito económico-científico por las ventajas que significaban el controlar las fuerzas de trabajo a través de la medicina americana.

Éste es uno de los principales ambientes que permitieron el descubrimiento de causas endocrinas y metabólicas en relación a la obesidad. Siendo en esos tiempos cuando se incluye como estrategia

psicoterapéutica el conductismo, con aportaciones significativas en el control de la ingesta como tratamiento (Guillén, 2001).

Ya en el siglo XX, la aversión generada por el capitalismo hacia la obesidad hizo que en las grandes urbes apareciera la lipofòbia como característica común en las sociedades industrializadas, y que a su vez la ciencia apoyara ésta concepción al anunciar los inconvenientes que se generan en la salud por el padecimiento de la enfermedad. La instalación fòbica no solo fue un recurso preventivo para la enfermedad, sino también un nuevo mercado que prometía muchos incrementos económicos en las naciones que tuvieran el control de las ciencias de la salud.

El repaso histórico nos da cuenta de la importancia social que la obesidad ha tomado. Y tomando en cuenta la importancia de las instituciones sociales que integran nuestro entorno, se puede denotar que la familia es la de mayor jerarquía, puesto que es la que promueve la aparición de la obesidad en los niños, siendo aquí donde se reúnen todas las bases del poder socioeconómico, cultural y emocional de la sociedad: lo que Foucault llama micropoderes (cit. en Ceballos, 1985).

Esto se muestra ya desde 1975, a través de un estudio de Berlefeld y Neiser (cit. en Martín, 2001), donde se hace notoria la importancia que tienen los padres en el nicho familiar, donde la incidencia de obesidad infantil se incrementa si uno de los padres o ambos son obesos. Los resultados de este estudio muestran que la probabilidad de obesidad en los niños aumenta cuando padre y madre son obesos (88%). Disminuyéndose la posibilidad si la obesidad sólo se presenta en uno de los padres. Cuando se presenta en la madre la probabilidad es del 77% y cuando se presenta solo en el padre se reduce al 47%. Si los dos padres no presentan la enfermedad el riesgo de que los hijos la padezcan es mínima (15%).

Aunado a los datos anteriores, los estudios de Saldaña (1988) demuestran que el 95% de los pacientes obesos tienen antecedentes familiares de obesidad. Y para Castro (1997), es definitiva la importancia que tiene la familia en la formación de condiciones que generen obesidad y reporta que es ocasionada por el cambio en los roles de actividad intrafamiliar y por la mutación de valores. Puesto que, al ser más activa la mujer en el ciclo productivo atiende necesidades más cercanas a la provisión económica que a las de atención o supervisión del hogar. Esto trae consigo que los alimentos ingeridos por la familia sean de realización y adquisición incorrecta. Actualmente, no se pretende obtener alimentos por el valor nutritivo, sino por las características de status económico que se obtiene al comprar tal o cual producto.

Carpio (1995) confirma que la familia determina la interrelación de las dimensiones social y psicológicas del desarrollo humano temprano (Carpio, 1995). Y de esta manera, en la estructura familiar las relaciones se subordinan a los criterios y valores que la familia impone en dependencia de las creencias, expectativas y demandas del grupo social. Por ello, se constata que la globalización de las creencias capitalistas fomentan a través de la publicidad la conquista del cuerpo y con ello, el aseguramiento de la manipulación de las emociones.

En estos momentos, la conquista del cuerpo a nivel social es llevada a cabo por medio del manejo de la sexualidad (como sinónimo de poder), que junto con la endoculturación del mexicano generan un fuerte rechazo a su propia imagen corporal y a sus hábitos alimenticios. Actualmente la cultura americana es el lugar donde el mexicano encuentra los cánones de estatus, estética y ética social para sobresalir en un ambiente capitalista.

Al hablar de capitalismo el nivel socioeconómico se convierte en un factor que incide en la ideología que fomenta el ambiente concreto de la obesidad. Dietas ricas en hidratos de carbono (presentes con mayor predominio en las zonas urbanas), un sedentarismo que impide la actividad física y un sistema de creencias (ideal de imagen corporal) forman la base en la que se apoya la parte social de la enfermedad llamada obesidad. Y si a esto aunamos el estrés que se vive en la práctica de la alimentación, comprenderemos como es que cambia el metabolismo físico al comer deprisa o con preocupación, situación construida que no permite que se generen las condiciones enzimáticas necesarias para una buena asimilación de lo ingerido.

Si a este proceso de mala digestión adicionamos alimentos que por su proceso de industrialización producen tales estados de estrés sin que sea necesario estar en una situación que amerite tal estado de alerta, el ambiente concreto entonces se hace más determinante para la adquisición de la enfermedad. Y como ejemplo Guillén (2001) menciona algunos alimentos que inducen a estos niveles de ansiedad y desventajas alimenticias:

- Cafeína. En cantidades moderadas es un estimulante. En cantidades excesivas puede provocar sudores, nerviosismo, inquietud y ansiedad, también aumenta las secreciones de ácidos en el estómago, reduce el nivel de azúcar en la sangre causando punzadas de hambre, provoca insomnio, dolores de cabeza, acidez, enfermedades del corazón, ulcera con hemorragia y probablemente cáncer de vejiga y páncreas.

- Azúcar. En su presentación refinada, el azúcar proporciona una buena fuente de energía. El problema ocurre cuando se excede el consumo y se incrementan las calorías consumidas transformándose en grasa. Al incrementa el consumo de azúcar se requiere de más transformación de

hidratos de carbono para la fabricación de glucosa y esto gasta las reservas de vitamina B, donde la falta de esta vitamina produce estados de irritabilidad, ansiedad y nerviosismo.

- Sal. El sodio es necesario en el funcionamiento del cuerpo pero su exceso hace que se retenga agua, aumentando el volumen de la sangre y a su vez la presión en las arterias y corazón
- Grasas. Las grasas elevan los niveles de colesterol y pueden producir arterosclerosis, ataques al corazón, apoplejías y principalmente hipertensión.
- Tabaco. Fumar no tranquiliza, por el contrario estimula, la relajación es puramente psicológica. Los cigarrillos roban elementos nutritivos, además de embotar el sentido del gusto y del olfato, causan enfisema, bronquitis, cáncer pulmonar e hipertensión arterial.

Como podemos denotar, el solo consumo de estos alimentos (encontrados de manera general en la alimentación del mexicano) produce un ambiente favorable para la aparición de obesidad en etapas tempranas. Por ello la información de salud que se proporciona a la población no genera el impacto necesario para formar conciencia en las personas. La influencia directa de este sistema de creencias cosmopolita es mayor que el lenguaje del propio cuerpo. Entendemos más al otro que a nosotros mismos y al descuidarnos, la enfermedad nos toma por sorpresa.

Aún así, es importante generar estrategias poblacionales que establezcan el nivel de obesidad existente, que reduzcan la incidencia de nuevos casos y su prevalencia. Por ello es necesario un aumento de conocimientos y recursos comunitarios para enfrentar el problema, siendo necesario: un ambiente que de pie al aumento de la actividad física y una mejora en la dieta; seleccionar el grupo poblacional con riesgo elevado a desarrollar obesidad (mujeres embarazadas, periodos menopáusicos, profesiones sedentarias); y, seleccionar el grupo que ya tiene sobrepeso con tendencia a la obesidad y darle tratamiento multidisciplinario.

Las estrategias sociológicas a seguir toman en cuenta cuatro puntos importantes:

1. La necesidad de prevenir la ganancia de peso;
2. la necesidad de conseguir mantener el peso;
3. tener un adecuado manejo de patologías asociadas a la obesidad;
4. y ayudar en la pérdida de peso.

De esta manera, en el centro de Salud de Cd. Nezahualcoyotl (Guillén, Op. cit.) se concluye que el abordaje de esta problemática debe ser absolutamente multidisciplinario e integral incidiendo en tres niveles de prevención: en la promoción para la salud (primaria); en la curación y prevención de la salud (secundaria); y en la rehabilitación (terciaria).

1.5 La obesidad y el proceso salud-enfermedad.

El ser humano como especie es uno de los sobrevivientes más grandes que existen en el mundo y se demuestra con la capacidad de adaptación que tiene aun en las condiciones más adversas. Como ejemplo claro de ello tenemos el estado físico del obeso, en el cual las condiciones físicas han llegado a un estado de deterioro tan grave que hay afectación en los órganos internos y en el sistema homeostático del cuerpo. Y aún así, la capacidad para sobrevivir en estas condiciones es tan grande (por la plasticidad del cuerpo) que una de cada tres personas padece de obesidad. Esta plasticidad del cuerpo ha generado que se identifiquen cuatro formas distintas en las que el obeso tiende a

degenerarse de manera terminal, y estas son: enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, enfermedades de la vesícula biliar y cáncer (Martín, 2001).

Un dato importante relacionado con la obesidad es que la más peligrosa es la llamada androide, que ocasiona más consecuencias clínicas que ninguna. Martín (2001) concluye que cuando la obesidad androide ya está instalada se aprecia:

- Una disminución de los receptores de insulina, ocasionando hipersulinismo.
- También hay una menor captación y aprovechamiento muscular de glucosa y un número menor de receptores de insulina: proceso que lleva el nombre de insulinoresistencia.
- También se da un incremento del 18 % de la tensión arterial sistólica. La hipertensión arterial genera mecanismos en los cuales se da una sensibilidad a la sal, un aumento del volumen plasmático por aumento del gasto cardíaco e hiperactividad en el sistema nervioso simpático (acción vasoconstrictora y tensión arterial).
- Hay también un aumento en los lípidos, que junto con la tensión arterial y el cambio en el metabolismo de la glucosa genera la aparición de arterosclerosis.
- La grasa en exceso también se incrementa en el miocardio, directamente en el ventrículo izquierdo que ocasiona -en dependencia del sobrepeso- insuficiencia cardíaca congestiva.
- Las alteraciones respiratorias aparecen, declaradas como el Síndrome de Pickwick o hipoventilación. También el síndrome de la apnea del sueño se puede hacer presente, ocasionando crisis hipertensivas, arritmias, infarto y hasta muerte por las pausas respiratorias al dormir.

- En el aparato digestivo, el hígado se puede hacer graso por la acumulación de lípidos pudiendo desencadenar una cirrosis. También se presenta un reflujo gastrointestinal con el aumento de la presión en el abdomen.
- El cáncer en el hombre se puede hacer presente en colon y próstata. En la mujer el cáncer se presenta en las mamas, endometrio, cérvix, ovarios o vesícula biliar.
- Los niveles de ácido úrico también se incrementan con el mayor índice de masa corporal.
- El sistema endocrino sufre alteraciones que generan el aumento de cortisol, irregularidades menstruales, hirsutismo e infertilidad.

En los problema circulatorios, Framingham (cit. en Saldaña, 1988) encontró que las personas obesas –en contraste con la no obesas- tiene una incidencia doble de infarto cerebral y de insuficiencia cardiaca congestiva. Y también demuestra que los problemas venosos se remiten a las extremidades inferiores, con más incidencia en las mujeres que en los hombres. En los conflictos respiratorios denota que en las funciones mecánicas y circulatorias del pulmón hay un deterioro. Que al ser extremo se traduce en hipertensión pulmonar, hipervolemia e hipertrofia ventricular derecha.

Afortunadamente la mayoría de las anormalidades endocrino-metabólicas son secundarias a la obesidad puesto que son reversibles ya que se revierten al perder peso.

1.6 Diferentes formas de tratamiento para la obesidad.

1.6.1 Visión Comercial.

Para hablar del impacto comercial que en la actualidad está teniendo la obesidad es importante tomar en cuenta que desde antigüedad los cánones del valor estético han seguido al ser humano en su recorrido histórico. Se observa que desde los tiempos de la cultura del Nilo el valor estético de la esbeltez se hacía presente, exponiéndose en las representaciones artísticas (tanto en pintura como en escultura), marcando cuerpos fuertes y esbeltos, hombros cuadrados, cintura estrecha y largas piernas... independientemente de si eran de características contrarias a la realidad (Guillén, Op. cit.).

La cultura de cuenta de que la visión de belleza ha avanzado con la historia y en el siglo II se ve reflejada la importancia del moldeamiento del cuerpo con Plotonio (cit. en Martín, Op. cit.) quien alentaba a mujeres y hombres diciendo “esculpe sin descanso tu propia figura”.

Así transcurre el tiempo y es hasta los siglos XVII y XVIII con el feudalismo que se da un cambio en la apreciación de la imagen corporal. La apreciación de la mujer se dignificaba con siluetas redondas, el sobrepeso era considerado no solo como signo de buena salud, sino también de respetabilidad y prosperidad. Los delgados eran considerados enfermos (anémicos, tuberculosos...), ambiciosos, mal intencionados.

Al llegar la revolución industrial, el siglo XX se convirtió en un cimiento ideológico sólido para el crecimiento social y comercial. Y el manejo del poder se entendió a través de la domesticación

económica de los individuos. El criterio principal de estatus y contacto en las relaciones humanas estaba en función del valor de intercambio económico –bienes raíces, ropa, moda, artículos, etc. (Ceballos, Op. cit.).

La influencia mercantilista generó que al obeso se le considerara un parásito social que no genera economía. Y solo hasta que las compañías de seguros se interesaron en la salud de la gente -por lucro-, fue que apareció la concepción social de “el peso ideal”, donde el ideal de belleza se posa sobre la delgadez extrema como “expresión de afán productivo en lugar de reproductivo”.

Este cambio histórico, económico y cultural de la ideología -determinante para la masificación en la concepción del ser humano- se aprecia a la perfección en el pensamiento de Joseph Cambell:

“Cuando te acercas a una ciudad medieval, la catedral es el edificio más alto que hay. Cuando te acercas a una ciudad del siglo XVIII es el palacio de gobierno el más alto. Y cuando te acercas a una ciudad moderna los edificios más altos son los de oficinas, los centros de la vida económica” (cit. en Martín 1991, pág. 144).

De esta manera en el feudalismo las desigualdades se fomentaban en la sangre y en el capitalismo se fomentaron en la usura y la plusvalía. Esto nos deja concluir que cada individuo es una expresión única con influencia evidente de un grupo social, cultural y económico específico en el que se encuentra. Por ello, en el capitalismo se denota un proceso de domesticación que requirió de la invención política de una tecnología fina y calculada de sometimiento “control-producción-provecho”. El ejercicio de poder sobre la vida capitalista se centra, como nos explica Foucault, en dos polos primordiales: las regulaciones demográficas –registro y organización de los individuos-; y

la disciplina sobre el cuerpo, como lo es el manejo disciplinario de los gestos, los actos, las sensaciones (Ceballos, 1985).

“El poder disciplinario que somete, vigila, excluye, discrimina, normativiza y domestica a los seres humanos, es una realidad masiva y lacerante en el conjunto de instituciones sociales, económicas y políticas que constituyen la vida diaria de las sociedades surgidas o integradas a la modernidad” (Ceballos, Op. cit., pág, 75).

Lo anterior ha generado la identificación del hombre y la mujer como objetos de intercambio económico, originado por el énfasis puesto en el valor de cambio más bien que en el de utilidad (Fromm, 1966). Motivo por el cual la información que recibimos de los medios de comunicación se centra principalmente en el valor de intercambio que tiene el cuerpo para generar economía.

El cuerpo ha adquirido un mayor valor de cambio que el intelecto, las emociones o el contacto. De esta forma al experimentar el cuerpo como mercancía, queda vinculado a la ley de la oferta y la demanda. Cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular se refiere no a un ideal de salud o bienestar, sino a una categoría de moda imperante en determinado momento. Donde la educación del consumismo ha generado que la distancia económica entre estratos sociales sea menor y que en estos momentos las igualdades se distingan a través de otros medios y no directamente del económico.

En nuestra sociedad actualmente las desigualdades las genera el control del cuerpo, la imagen corporal y el ideal de belleza. Este concepto de belleza es sinónimo de imagen corporal. Y quien no posee los atributos de belleza establecidos carece de una imagen corporal adecuada, siendo un

impropio al entorno socioeconómico, donde el poder reprime y etiqueta a la persona. Ejerciendo una guerra silenciosa cuya misión básica es la de fortalecer y recrear las fuerzas desiguales en todos los ámbitos de la sociedad. Siendo ésta estrategia de desigualdad la que se utiliza para homogenizar a los grupos y dar identificación social entre ellos, dejando a un lado a los que carecen de ciertas cualidades. Quienes no tengan los atributos necesarios no pueden pertenecer.

Es aquí cuando la obesidad comienza a ser un mal por evitar, una fobia, algo maligno de incongruencia con la vida capitalista, donde el proceso de introyección del afuera en el adentro está ejecutado. La vivencia interna expresada a través de las creencias ejerce una gran influencia en el individuo y en su equilibrio y los atributos de belleza comienzan a ejecutar un poder doble: el que aparta y el que autodestruye.

En la ideología capitalista la represión sobre el cuerpo, el control de la sexualidad y el castigo de las perversiones forman parte de los mecanismos que instrumentan la tecnología del biopoder sexual para salvaguardar la “estabilidad social”. Para Foucault (Ceballos, 1985), éste proceso pretende reforzar la especie, purifican la raza, evitan enfermedades contagiosas y fortalecen la vitalidad de los cuerpos dóciles y productivos, necesario para el control y el cultivo del capitalismo.

Por ello, en la actualidad el tratamiento comercial en contra de la obesidad se centra en la represión y conquista del cuerpo, donde las empresas utilizan productos placebo para el tratamiento de la obesidad. Tanto informativos de nuevos productos necesarios contra la obesidad nos dan cuenta de que la filosofía en torno a este proceso de salud-enfermedad es un combate entre el individuo y su cuerpo.

1.6.2 Visión Médica.

Como ya se había comentado, una de las principales razones por las cuales la obesidad comenzó a ser de interés para la sociedad fue por la implicación económica que los seguros detectaron en este padecimiento. Evento que generó a su vez que la medicina alópata tuviera un nuevo terreno en el cual especializarse.

Para la Medicina el tratamiento se basa en la formulación de fármacos antiobesidad para conseguir un estado de equilibrio energético negativo. Donde en una primer parte, se pretende deshacerse del agente extraño que se encuentra afectando la salud del enfermo. Donde este último no es capaz por el mismo de desterrar al enemigo, necesita de la sabiduría positivista del médico.

De esta forma, Martín (Op. cit.) comenta que los fármacos antiobesidad utilizados se clasifican en cuatro grupos:

1. Anorexígenos (inhibidores del apetito). Derivados de la Anfetamina, inducen a la pérdida ponderal del 10% de masa corporal. Entre estos fármacos tenemos a la fenfluramina que ejerce una acción depresora en el sistema nervioso central (los efectos secundarios son náuseas, diarrea, pesadillas y sedación, donde la supresión brusca puede producir depresión). Otro anorexinógeno es la dexfenfluramina que disminuye la ingesta de hidratos de carbono, alimentos dulces y el picoteo (los efectos secundarios son astenia, somnolencia y diarrea). Aunque la dexfenfluramina no es adictiva tiene un efecto de rebote al cortar el tratamiento. Un tercer fármaco utilizado es la sibutramina que produce una sensación de saciedad que disminuye la

ingesta y estimula la termogénesis (los efectos secundarios son dolores de cabeza, estreñimiento y sequedad de la boca).

2. Inhibidores de la absorción de grasas. El oristal dificulta la absorción de grasas las cuales se evacuan por el intestino.
3. Fármacos termogénicos. Aumentan el gasto energético sin aumento de actividad física.
4. Estimulantes de la movilización de grasas. Reductores de masa grasa y/o síntesis de triglicéridos.

Otra forma de entrar en acción por parte de la medicina es a través de los tratamientos quirúrgicos, los cuales solamente se recomiendan cuando:

- El peso IMC es superior a los 40 Kg. y se ha mantenido por más de cinco años.
- Cuando se ha fracasado con los intentos médico-dietéticos.
- Cuando hay una edad superior a la de 15 años y menor a los 55 años.
- En ausencia de trastornos psicológicos.
- Ante riesgo quirúrgico y anestésico aceptable.
- Con consentimiento total del paciente, a sabiendas de los riesgos, beneficios y posibilidades de fracaso.

Las técnicas más utilizadas (Martín, 2001) son:

1. Restrictivas. El objetivo es reducir el volumen gástrico para producir una saciedad con una ingesta menor. La técnica no produce interferencias en la absorción de nutrientes en el intestino.

2. Malabsortivas. Las complicaciones metabólicas son a largo plazo y se relacionan con la ferropenia, anemia, déficit de zinc y vitamina A.
3. De cirugía estética. Consisten en la extirpación del tejido adiposo de la zona abdominal y de determinadas zonas del cuerpo. Las desventajas son la flacidez de la piel posterior a la extirpación y la no evitación de aumento de peso. Esta técnica es más considerada como estética que como de tratamiento para la obesidad.

Como podemos apreciar, el tratamiento que la medicina alópata ofrece tiene mucha desventaja, puesto que todos los tratamientos son anti-naturales. Adriana Schnake (1995 pág. 46 y 47) comenta que desde la visión médica “la enfermedad es el centro de las reuniones; es lo primero que ve el médico cuando se acerca al paciente. Así pierde definitivamente la pista que puede llevar a encontrar el verdadero sentido y significado de esa enfermedad para esa persona, en ese momento y en ese órgano”

La visión médica segmenta el cuerpo del holismo que forma al ser humano, tratándolo como un objeto que necesita solo de análisis y no de comprensión.

1.6.3 Visión Psicodinámica.

Dando un giro colosal y gracias al trabajo de Sigmund Freud, el trabajo psicoanalítico ofrece una ventaja adicional en comparación a la que ofrece la visión médica. Y ahora la obesidad ya no es solo un mal por erradicar, ya no es solo un agente externo. Ahora la obesidad toma una connotación distinta y se convierte en la manifestación de un síntoma al cual hay que escuchársele.

Es en esta nueva orientación ya no se trata de que el especialista reconozca el síntoma, la importancia primordial es que el paciente vea y sea testigo de que la obesidad no necesita ser motivo de diagnóstico, puesto que no es un elemento aislado. Para el psicoanálisis es importante reconocer que el síntoma tiene la función de ser una muleta para el sujeto y hasta que no se tenga otra manera de vivir, el síntoma puede estar cubriendo al sujeto de algo que para él podría ser peor.

Las aportaciones de Freud si bien abrieron nuevos horizontes en el trabajo terapéutico, tienen aun lagunas que se han seguido esclareciendo. Comenta Frederick Perls (1975b, pág. 166): aunque yo pienso que la teoría de la libido es anticuada, no estoy ciego ante el hecho de que fue el paso más importante en el desarrollo de la psicopatología, y si Freud no se hubiera concentrado en ella, es posible que el psicoanálisis nunca hubiera nacido. Y no solo eso, las aportaciones de Freud hicieron que se incorporara definitiva y científicamente la causalidad psíquica al quehacer médico y posteriormente psicológico (Schnake, 1995).

Lo realmente importante del psicoanálisis es que permite determinar que el síntoma –la obesidad en nuestro caso- es una substitución que permite que el sujeto siga funcionando. Y Freud lo ejemplifica diciendo que el síntoma es una división en la cual el sujeto sabe de la existencia de una parte de la cual no tiene control o voluntad. De esta forma en el síntoma, las dolencias físicas y los brotes neuróticos de la personalidad se mezclan en tiempo y espacio, generando posteriormente un episodio de enfermedad psicósomática. Para este enfoque, el fantasma –la neurosis- cobra cuerpo bajo el efecto detonante de la modificación corporal (Assoun, 1998). Lo que revela el psicoanálisis es que el síntoma somático es el momento físico del proceso inconsciente corporizado.

Para el psicoanálisis, el proceso psicosomático –palpable en la obesidad- advierte una neurosis de angustia, donde hay una tensión física que no logra descargarse psíquicamente, por lo que sigue morando el dominio físico. Por ello, la aportación principal de Freud a estos procesos psicosomáticos es la conclusión de que para la existencia de una neurosis de esta magnitud (como lo es la obesidad) es necesaria la presencia de un proceso físico traumático antecedente. Dice Assoun (Op. cit., pág. 43): un hervidero de excitaciones ya tiene que haberse apoderado del cuerpo para que a continuación, con el paso del tiempo, se tramite en él la textura neurótica a través de un trauma físico anterior.

Realmente, y aun siendo vasto el aporte del psicoanálisis, es importante tomar en cuenta que desde la visión humanista el proceso neurótico corporizado no se basa en una mala administración de energía libidinal, ni en una lucha entre los participantes de la estructura psíquica. Comenta Schnake (1995) que este es el punto donde se confunde el psicoanálisis, al tomar al cuerpo como un simple esclavo del deseo, lo que no permite que se de una integración en el ser humano, generando un híbrido que no tiene forma de comunicarse consigo mismo. En Psicoanálisis, la comunicación solo se genera a través del razonamiento omnipotente del analista. Pero esto no es verdad, hay un más allá, donde la “congruencia propia” en el proceso de autoapoyo es el lenguaje universal que se necesita para funcionar de forma coherente.

1.6.4 Visión Cognitivo-Conductual.

Por último, la visión controladora del trabajo cognitivo conductual también es importante denotarla. La obsesión social en la que se ha convertido la obesidad hace importante el tratamiento que expone

ésta postura, puesto que se basa en el control y la prevención. Por tal motivo en nuestra máxima casa de estudios, la UNAM, se generan programas cognitivo-conductuales para la formación profesional de los interesados en la salud, en el manejo de técnicas, aplicación de tratamientos e investigación. Todo con la finalidad de reestablecer la salud a un mayor número de personas.

Como dato importante, esta postura se hace presente a consecuencia del manejo y proliferación de conceptos como autoimagen, autoestima y autocontrol. Y la hipótesis que mueve al tratamiento conductual considera a la conducta de ingesta como problemática. Por ello, en la identificación de la causa problema es importante saber lo que el sujeto hace o no hace, determinando la frecuencia, intensidad y duración de una conducta determinada. Es por ello que a través de un Análisis Funcional de la Conducta se establecen las situaciones que desencadenan la conducta de comer, su frecuencia, intensidad y duración en relación con los componentes motores, fisiológicos y cognitivos. Permitiendo así la inclusión de estrategias de autocontrol, habilidades para el manejo de la ansiedad y resolución de problemas como tratamiento. Para Guillén (Op. cit.) en esta visión la obesidad debe ser tratada como un desorden nutricional en donde existe un desarreglo concomitante a la función biopsicosocial de una persona.

En ésta propuesta los factores que se han identificado y aislado como causantes en el mantenimiento del problema de la ingesta son: 1) el estilo de alimentación –aun sin el aval de estudios que demuestren un estilo de alimentación característico; 2) la influencia de los estímulos externos en la ingesta como olor, sabor, presencia y aspecto de los alimentos; 3) y los patrones de actividad física (Guillén, Op. cit.).

Saldaña (2000) comenta que los métodos terapéuticos utilizados en esta propuesta incluyen:

- Técnicas de autocontrol. Autorregistros de peso, ingesta de comida y actividad física, acompañados del control de estímulos, el autorrefuerzo y el autocastigo.
- Técnicas operantes. Reforzamiento social, economía de fichas y contratos de contingencias.
- Técnicas aversivas. Diversas clases de estimulación aversiva y sensibilización encubierta.
- Técnicas cognitivas. Además de la información necesaria sobre la obesidad se utilizan las autoinstrucciones, resolución de problemas e inoculación de estrés.
- Y entrenamiento en relajación, aserción y programas de actividad física.

Aunque el autocontrol para este tipo de intervención capacita al obeso en diversas técnicas y los métodos conductuales se observan superiores a otros métodos, el problema sigue siendo el mantenimiento de la pérdida de peso (Guillén, 2001).

En el tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad es importante la evaluación de las causas que dieron origen al problema, incluyéndose el conocer toda la conducta del obeso, yendo más allá de la sola reducción de peso y tomando en cuenta que se busca ayuda porque existe un problema sin resolución en la vida del obeso. Esta propuesta acepta la visión en el DSM-IV (1996) donde se coloca a la obesidad como un trastorno biológico sin entidad emocional, puesto que se entiende sólo como una falta de conductas (Guillén, 2001).

Para Perls (1974) la desventaja primordial en este enfoque es que los profesionales que utilizan el tratamiento cognitivo-conductual piensan que el comportamiento es ley y que los roles a nivel social se imponen. Este proceso terapéutico lo único que fomenta es el intercambio de un paquete

de roles de manipulación, por otro autorizado por un profesional que antepone los criterios de la sociedad en boga a los del cliente.

CAPITULO 2.

LA TERAPIA GESTALT Y SU IMPORTANCIA EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.

2.1 Presencia del Humanismo en la Terapia Gestalt y su importancia en la concepción del ser humano.

Hablar de la presencia que tiene el Humanismo en la Terapia Gestalt es muy importante, puesto que el sustento teórico que brinda es precisamente lo que da forma a la visión aquí expuesta en relación al proceso de salud-enfermedad llamado obesidad.

Necesitamos tomar en cuenta que en dependencia del marco teórico utilizado, el objeto de estudio cambia. Y en el Humanismo lo notorio es que se concibe al ser humano con ciertas peculiaridades que se alejan de lo experimental y lo científicamente objetivo. Ahora el Humanismo, llamado también la Tercera Fuerza, conceptualiza al ser humano como un todo integro que no es necesario dividir. Donde la persona es el centro de las investigaciones y los conceptos. Y se le da una importancia crucial a la responsabilidad frente a sí mismo y sus semejantes, a la necesidad de desarrollo individual y social, así como también a la orientación hacia el sentido y los valores (Quitmann, 2002).

El contraste que brinda el Humanismo como forma de comprensión de la realidad humana ha generado avances que han roto la arrogancia del hombre que quiere controlarlo todo. Esto ha sido posible gracias a la maduración que diferentes posturas han tenido del análisis de la personalidad.

En los inicios del siglo XX la visión llamada monista concebía que la persona equivale al funcionamiento de sus órganos y la solución de sus problemas se lleva a cabo curando dichos órganos. Con el paso del tiempo cambio ésta visión y se comenzó a analizar el actuar y ser de las personas con el enfoque dualista en el cual mente y cuerpo están separados de sí y cada uno requiere tratamiento propio. Por último, el análisis del modelo paralelista ve al ser humano con una separación mente y cuerpo en relación interdependiente, observando una afectación recíproca (Kepner, 1992).

De las tres posturas anteriores se desprende ahora una cuarta, que es la concepción holística del ser humano, donde la base que nos da el humanismo permite ver en a la persona integra, completa. De esta manera y como lo expresa Koopp (2002, pág. 48), el movimiento de la Tercera Fuerza consiste en:

Una centralización de la atención en la persona que experimenta... un énfasis en cualidades tan específicamente humanas como la opción, la creatividad, la evaluación y la realización personal... Una fidelidad al sentido común en la selección de los problemas a estudiar... y un interés y valorización de la dignidad y valía del hombre y en el desarrollo del potencial inherente a toda persona.

Es por ello que en estos momentos y apoyados en el Humanismo y la Terapia Gestalt sabemos que es importante para el crecimiento de la personalidad que al ser humano se le conciba de forma integra, en forma total. Y como lo comenta Muñoz Polit (1997), hay que tener una nueva formulación de la realidad a la que nos enfrentamos, siendo importante que esta nueva formulación se base en un paradigma que permita tener una metodología interdisciplinaria que vea

complementariedad entre la intuición y la razón; que vea a la realidad como la interrelación de sistemas naturales que comprenden totalidades cuyas estructuras específicas surgen de las interacciones e interdependencia de sus partes. Que identifique al ser humano como un sistema autoorganizado que establece su orden estructural, siempre con la necesidad de mantener un continuo intercambio de energía y materia con su medio ambiente; que sepa que en el análisis de la comunicación de experiencias es vital reconocer lo verbal y lo no verbal, o sea la metacomunicación.

Ante esta nueva visión del humanismo, la crisis de percepción que sufre la ciencia tradicional -que se había encargado de dividir la realidad en pares incompatibles a través de su análisis lineal y simplista- está terminando su ciclo. Y ahora hay una necesidad de no dejar de lado las interacciones humanas, de no disociar la personalidad con el intelecto y el lenguaje. En estos momentos concebimos que la relación entre el hombre y su ambiente determinará su conducta y ésta dependerá del contacto que realice, es decir, tratará de organizar y de integrar los fragmentos que están a su alrededor como conjunto. Siendo posible este conjunto solo a través de los niveles de actividad del hombre que son el pensamiento y la acción, que aun siendo una forma diferente de contactar cada uno siempre se complementan (Burga, 1996).

Estos dos niveles de contacto, pensamiento y acción, se integran en un término que el Humanismo utiliza para dirigirse a la totalidad de la persona conocido como sí mismo. Donde su característica fundamental es la formación y destrucción de necesidades. Siendo este sí mismo lo que permite evaluar las posibilidades de vida en el ambiente, integrándolas y completándolas de acuerdo con las necesidades del organismo (Hernández, Op. cit.). En pocas palabras este sí mismo es nuestra congruencia de vida, lo que nos permite precisamente un comportamiento completo y saludable en

el momento de manejar una situación. Solo que anteriormente, este elemento no había sido contemplado dentro del análisis de la personalidad y no se le daba ningún crédito a la capacidad de elegir que tiene el ser humano.

Ahora en la visión holística del Humanismo “la voz, los gestos, la respiración, y los movimientos manifiestan al individuo único de la misma forma que el calor y la luz, la masa y velocidad son manifestaciones del sol” (Latner, 1999. pág., 33). Esta postura ve a cada ser humano como único e irrepetible, lo que permite tener una nueva percepción de la enfermedad, concebida ahora como el resultado de la separación del sí mismo en partes (polos antitéticos). Como dice Kepner (Op. cit), hay una mala identificación de una parte con el todo.

Una cuestión importante es que en el inicio de la vida el sí mismo se organiza y estructura en dependencia de las polaridades de contacto, definiendo su acción y describiendo sus funciones a través de la expresión de las dos partes. Por ejemplo, vivenciando completamente ira y alegría. Estas cualidades polares de contacto con las cuales nos identificamos y a partir de las cuales nos permitimos actuar forman lo que podríamos llamar la autoimagen (Kepner, 1992). Y es esta autoimagen la que va determinando como son las fronteras de contacto. Donde estos límites de contacto son el lugar en el que se encuentra en forma pura al sí mismo y donde es posible moldear a la autoimagen (Perls, 1975b).

Por ello, en la integración de la personalidad es importante mantener una visión holística del ser humano, como la que nos ofrece el Humanismo. Sin contemplar solo un aspecto del sí mismo. No basta con la utilización de intervenciones que son casi exclusivamente verbales (psicoanálisis, terapia centrada en el cliente y la racional emotiva), y que conciben el proceso físico como

relacionado con los fenómenos mentales pero separados de ellos. O trabajar con intervenciones que solo se dirigen a la parte corporal, encasillando y dividiendo al sí mismo de su parte verbal. Necesitamos tener en cuenta que para trabajar con la salud es vital que no se trate el padecimiento del ser humano en forma singular, dándole importancia a solo una parte de la totalidad. Puesto que esto tiende a formar una relación lineal y unidireccional del proceso curativo (Kepner, Op. cit.).

Podemos decir, que lo realmente necesario para el entendimiento de la enfermedad es una forma de trabajo que tienda puentes entre la brecha de la experiencia y el crecimiento, que son totalmente necesarios en un proceso de sanación. De esta manera no podemos caer en el enmascaramiento que ofrecen los enfoques alternativos con la opción de alternar los métodos de terapia mental y física. Puesto que el inconveniente que nos encontramos es que se sigue fomentando la escisión del sí mismo al no haber concurrencia en los métodos utilizados (verbal y físico). Como comenta Kepner (Op. cit.): hay que tomar en cuenta que la alternancia terapéutica no significa integración.

De esta forma, un enfoque integrado con bases humanistas que analice el proceso salud-enfermedad necesita buscar verdaderamente el holismo, tanto en su metodología como en su visión de la persona. Donde ver a la persona en forma completa significa verla como todas sus partes, pero no como cualquiera de ellas. Aquí se intenta mirar cualquier proceso como parte de un todo mayor, que incluye aspectos somáticos y psicológicos como expresión del sí mismo.

Por ello para Schnake (1995), es tan importante que sean congruentes la filosofía y metodología que actúan en el proceso del crecimiento de una persona. Como dice, es vital tomar en cuenta que quien

rompe en el otro la unidad, la rompe en sí mismo, porque el prójimo es un espejo en el cual uno se reconoce a sí mismo.

Con esto no se quiere decir que el enfoque integrado del humanismo sea el mejor trabajo de análisis y acción terapéutica que existe, solamente significa que es el lado más escalado de la montaña del trabajo totalizador para la conciencia en la persona. Así para Kepner (Op. cit., pág. 38): aún un enfoque holístico debe comenzar con la condición de experimentar al sí mismo como si estuviera constituido por partes y trabajar para desarrollar la conciencia de la partes, de cómo se mantienen separadas del todo, e integrar la experiencia de la persona en un sentido del sí mismo como un todo.

De esta forma, tanto el enfoque singular, el alternativo, el estratificado y el integrado son etapas de un proceso de desarrollo más que un método por separado y distinto. Y el quedarse en los inicios de este proceso equivale a tener una falta unidad en la persona, lo que deja con la sensación de que partes distintas están linealmente conectadas. Ante esta situación Kepner (Op. cit.) postula que el trabajo terapéutico integrado requiere:

1. Un grado suficiente de conciencia corporal.
2. Un grado suficiente de conciencia de la relación del sí mismo con las cuestiones o problemáticas corrientes de la vida.
3. Una creencia básica en la relación entre el proceso corporal y los problemas psicológicos.

Con los párrafos anteriores, podemos concluir que el Humanismo es una forma distinta de observar y analizar el proceso de vida en el ser humano y por ende el proceso de salud-enfermedad.

2.2 Los Orígenes de la Terapia Gestalt.

Ya puntualizado el marco teórico en el que se basa la tesis presente, iniciemos el camino para enmarcar la postura terapéutica que da los conceptos teóricos utilizados para la confirmación de esta tesis. Enterémonos ahora del camino que ha seguido la Terapia Gestalt hasta estos días para permitirnos llegar a nuestras conclusiones.

Comencemos diciendo que la psicología ha transformado su forma de estudiar al ser humano. A finales del siglo XIX la psicología se daba a conocer por los intentos de dividir la mente en unidades básicas, donde a esta postura se le conocía con el nombre de estructuralismo. Unas décadas adelante el funcionalismo comenzó a investigar cómo y porqué trabaja la mente, determinando que la función orgánica es lo más importante para la adaptación ambiental del ser humano (Salama, 1988).

Como respuesta a estas posturas aparecen en el año de 1912 el Conductismo y la Psicología de la Gestalt, esta última fundada por Max Wertheimer, y un grupo de colaboradores (Wolfgang Köhler, Kurt Koffka y Kurt Lewin) quienes afirmaron que la adaptación de cualquier organismo no solo depende de los estímulos que inciden sobre los órganos de los sentidos, sino que la adaptación se genera en relación a un proceso para percibir totalidades organizadas (Portuondo, 1979).

En la Psicología de la Gestalt lo fundamental siempre fueron las funciones y procesos fisiológicos en la percepción, ocupándose en buena medida de las figuras externas, en especial visuales y auditivas; de las interrelaciones entre la forma del objeto y los procesos del perceptor. Hasta este

momento no había interés en aplicar los diversos principios de la formación gestáltica a la percepción de los propios sentimientos, emociones y sensaciones corporales (Fagan, 1970).

Para Portuondo (Op. cit.), las investigaciones que genera esta nueva rama de la psicología permite la integración de una serie de leyes y principios fundamentales para la humanidad. Éstos son:

- Ley de la pregnancia o fecundidad. En la cual se dice que en la dinámica de los sucesos psicológicos la organización psicológica tiende a moverse hacia la restauración del equilibrio, que puede ser mínima –simplicidad, o máxima -uniformidad-. La organización psicológica ocurrirá tanto o tan poco como las condiciones de prevalecientes de la situación lo permitan.
- En la ley de la similitud y de la proximidad los elementos que se perciben en forma aislada tienen la tendencia espontánea a estructurarse –en tiempo y espacio-, por su similitud o por su proximidad.
- En la ley de cierre o clausura se establece que hay en la percepción una tendencia a formar figuras completas, puesto que las figuras completas son más estables para la integración.
- La ley de la buena continuidad establece que en tiempo y espacio la experiencia tiende a convertirse en la mejor y más completa integración posible.
- Todas estas leyes desembocan en una más amplia que es la Ley de la figura y el fondo. Para mayor comprensión tenemos que de lo que nos rodea siempre escogemos algo que es más interesante o necesario –ya sea física o psicológicamente-. Esto que es más interesante se conoce como la figura en ese instante y lugar, el resto al que no atendemos y sirve de apoyo, es lo que llamamos fondo. La base para destacar la figura.

Con estos principios la Psicología de la Gestalt concluye que “en la experiencia hay una tendencia a ser formada, los miembros a construir grupos; la figuras incompleta a completarse, a definirse, a hacerse más precisas, el campo total a ser organizado en figura y fondo” (Portuondo, Op. cit., pág. 68). Como nadie ve solo grupos de sensaciones, sino objetos unificados por la percepción y esos objetos son separados y distintos de su trasfondo, para estos investigadores <<el todo es más que la suma de las partes que lo componen, porque posee propiedades autónomas que no derivan de las partes que lo forman>>.

Todos estos descubrimientos científicos se formaron casi a la par cuando la psicoterapia comenzó a establecerse con métodos y procedimientos para su utilización. Fue Sigmund Freud y la creación del psicoanálisis lo que abrió paso al desarrollo de diferentes y variadas escuelas teóricas de terapia (Escandón, 1996). Y aun cuando la actitud de Freud, ante los cambios necesarios para el crecimiento de la psicoterapia fueron de protegerla de todas las posibilidades desintegradoras (preservando la integridad de su sistema a toda costa), las nuevas variantes teórico-metodológicas, las investigaciones de la Psicología Gestalt y la inconformidad con los enfoques que reducían a elementos o contenidos mentales las expresiones psicológicas, hicieron que un médico alemán, realizara uno de los análisis psicoterapéuticos más convincentes de estos tiempo (Fagan, Op. cit.)

Frederick Perls es el nombre de este autor, quien llamó a su trabajo Terapia Gestalt (TG), la cual hizo su aparición en los años 30s y 40s del siglo XX, con la influencia formativa de Wilhelm Reich, Kurt Lewin, Kurt Goldstein, el existencialismo y la fenomenología (Burga, Op. cit.; Salama, Op. cit.; Portuondo, Op. cit.). Este influjo hizo que Perls enmarcara como propósito de la terapia el impulsar el proceso de crecimiento y desarrollo de las potencialidades humanas, restaurando partes perdidas de la personalidad (Baumgardner, 1975). Integrando los conceptos y elementos teóricos de

diversas fuentes a la experiencia interna del ser humano, identificando que en todas las criaturas existen dos tendencias básicas: sobrevivir y crecer (Salama, Op. cit.).

Perls comprendió que los problemas humanos podían ser visualizados como figuras incompletas o necesidades interrumpidas en el pasado, que se entrometen una y otra vez en el presente, con un intento por ser solucionadas o completadas en el futuro (Joslyn, 1978). También, ve en el trabajo de Jung una influencia para posibilitar la integración de la personalidad, considerando que “el aspecto consciente de la personalidad está contrarrestado por su opuesto -la sombra (Salama, Op. cit.).

Esto hace que Perls advierta que mucho de los problemas humanos se relacionan con luchas internas entre polos opuestos de la personalidad, y que su integración necesita de un punto medio para diferenciar que poseemos las dos partes (pensamiento diferencial de Friedlaender): las dos formas de ser. La importancia de este punto de diferenciación se ve reflejado en su primer libro *Ego, Hambre y Agresión* (1942), en el cual Perls expresa:

“Friedlaender, en su libro *Indiferencia Creativa*, ofrece la teoría de que todo evento se relaciona con un punto cero a partir del cual se localiza una diferenciación de opuestos. Estos opuestos manifiestan, en su concepto específico, una gran afinidad entre sí. Al permanecer atentos al centro, podemos adquirir una capacidad creativa para ver ambas partes de un suceso y completar una mitad incompleta” (Perls, 1975b, pág. 17).

Para Perls la creación de polos antitéticos –por imposición social- interrumpe el despliegue natural del proceso de satisfacción de necesidades (físicas y emocionales). Y es a través de la reconstrucción de los planteamientos de Freud, las funciones y defensas del ego, que establece su

técnica en términos del aquí y el ahora (Joslyn, 1978). Aceptando de Adler, que el hombre es creador de sí mismo, y de Rank que se dirige siempre hacia la individualización. Dándole una importancia notoria a la parte lingüística, postural, muscular y gestual por influencia de Reich, con quien estuvo bajo tratamiento psicoterapéutico (Salama, Op. cit.).

De esta forma para Perls la salud no es otra cosa que “la respuesta justa, la espontáneamente apropiada, la acción o palabra completamente libre aunque convenientemente ajustada” (Salama, Op. cit., pág. 235). La salud es un equilibrio, la coordinación de lo que somos (Perls, 1974, pág. 18). Donde esta coordinación supone apreciar no solo la parte verbal para la integración (como se nota en los trabajos del conductismo y psicoanálisis), sino que también la parte corporal necesita de congruencia al momento de responder, de actuar.

En la parte lingüística, la semántica general de Korsybsky influye a Perls estipulando que es importante tomar una nueva actitud en el lenguaje. Que es importante responsabilizarse de lo dicho y a la vez desidentificarse con lo dicho. Hay que encontrar la expresión justa que mejor refleje la personalidad total, para no generar un desorden paralelo en nuestro pensamiento (Salama, Op. cit.).

Este desorden del pensamiento es uno de los postulados que la Terapia Gestalt comparte con el pensamiento oriental (al cual Perls se acercó por influencia de Jan Smutts, con el Taoísmo y el Tantrismo), concluyendo que no es bueno sobreestimar la importancia del pensamiento. Perls cree que el ordenador mental impide realmente ver, oír, degustar, tocar la realidad de la naturaleza, y que estas funciones son importantes para lograr la autenticidad en el contacto interno y externo (Salama, Op. cit.). Para Perls (1975b), en la expresión de emociones cuando se disminuye la

intensidad de la acción (manteniendo el incentivo original), se genera una transformación de la acción a pensamiento, lo cual cancela el contacto y deteriora el crecimiento.

Por ello, en el análisis del ser humano es importante la visión del todo, siendo innecesaria la disección en partes: puesto que las partes no son igual al todo. El todo tiene una significación única y esa unicidad no deriva de las partes que lo forman. Cada persona es un todo único, no cuerpo o mente, no bueno o malo, ni tampoco estímulo o respuesta ó consciente e inconsciente.

De esta manera, la importancia del trabajo de Perls se basa en que formó una filosofía que intenta estar en armonía, en línea con todo lo demás, con la medicina, con la ciencia, con el universo. Para Perls la Terapia Gestalt tiene su apoyo en su propia formación porque la formación gestáltica – aparición de necesidades- es un fenómeno biológico primario (Perls, 1974).

2.3 Fundamentos de la Terapia Gestalt.

Las tres corrientes clínicas psicológicas más importantes que influyen en la gestalt son:

- La teoría Freudiana o Psicoanalítica.
- La teoría Cognitivo-Conductual o Experimental.
- Y como se ha puntualizado en los párrafos anteriores, la teoría Humanista o Existencial.

Como ya hemos citado, la teoría Humanista fundamenta el trabajo de la Terapia Gestalt por el interés en hacer crecer el potencial del ser humano. Con la presencia del existencialismo se genero

que el modelo médico perdiera terreno, puesto ya no era tan importante si se estaba enfermo o no, lo importante comenzó a ser cómo ejercitar el propio poder... cómo experimentar un sentido de pertenencia... cómo ponerse al día con las necesidades y deseos reales... cómo crear un ambiente en el que se formaran nuevas formas institucionales, nuevas formas de vivir (Polster, 1973, pág. 20).

Para Fagan (1970), es en este momento cuando el interés por el ser humano deja de centrarse en los aspectos negativos de la personalidad. Es en este momento cuando el centro de interés del humanismo comenzó a formarse en torno a los aspectos positivos del ser humano, de su personalidad, de su vivir. Y no en relación a la ausencia de una enfermedad.

Este movimiento filosófico –el existencialismo- hizo que hubiera una preocupación real por recuperar los valores singulares de la persona frente al desagradable proceso de despersonalización iniciado a partir de la revolución industrial, donde se valoraron económicamente las relaciones humanas. Para Baumgardner (Op. cit.), esta despersonalización se postuló como una renuncia a alguna parte de nosotros mismos, generando una pérdida de vitalidad.

De esta manera, las posturas terapéuticas humanistas se interesan por la integración del ser humano, al cual se le había segmentado por pensamientos materialistas, idealistas y deterministas. Es con esta visión holística que se considera que la naturaleza es un todo unificado y coherente. Que los elementos orgánicos e inorgánicos del universo existen juntos en un proceso continuamente cambiante de actividad coordinadora y que el interés central de cualquier psicoterapia es la integración y no el análisis (Latner, Op. cit.). Por ello, la TG se ocupa de lo que ocurre entre el

organismo y el medio ambiente, en los niveles biológico y social, sin existir la segmentación que se estaba fomentando (Baumgardner, Op. cit.).

El impacto que este holismo tiene en el ejercicio terapéutico fomenta que sea importante el tener un método de conocimiento e investigación de la realidad con características particulares, que se limiten a la descripción de lo inmediato: como lo hace la Fenomenología. Donde ésta última, explica Yontef (1995, pág. 173-174), es una búsqueda de comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación, más que la interpretación del observador. Trabaja entrando vivencialmente en la situación y permitiendo al darse cuenta sensorial descubrir lo que es obvio/dado... La actitud fenomenológica es reconocer y poner entre paréntesis los conceptos preconcebidos acerca de lo relevante.

Es esta actitud fenomenológica lo que conduce el trabajo psicoterapeuta-cliente, o mejor dicho el yo-tu en el que se establece el proceso. Por ello, un aspecto que tiene un peso considerable en la fundamentación de la TG es el poder del presente, la importancia de vivir la experiencia aquí y ahora. Solo el presente existe y no experimentarlo así le resta vitalidad a la realidad. Vivir en el pasado o en el futuro significa nulificar la acción en el presente, lo cual genera neurosis. “El interés en el pasado o en el futuro es obviamente esencial para el funcionamiento psíquico; en cambio comportarse como si se estuviera en el pasado o en el futuro contamina las posibilidades vívidas de la existencia” (Polster, 1973, pág. 25).

Los actos de recordar y planear son funciones del contacto para generar acción y solo en el presente es donde el sistema sensoriomotor funciona para hacerlo (Polster, Op. cit.). El estar ausente significa estar sin contacto, y para Perls, el proceso de perder la percepción y separarse

progresivamente del potencial propio es neurosis, puesto que se niega la experiencia. Por ello, la meta en terapia es asegurarnos que el cliente conozca cuándo se experimenta a sí mismo, cuándo percibe a su mundo y cuándo hace uso de su intelecto, determinando qué es él mismo y qué no es él. De esta manera, la metodología de la TG consiste en volver una y otra vez a la manera de ser relacional: de tener contacto. Y el interés se centra en la manera de utilizar los papeles sociales fingidos –maneras impuestas de ser-, que cansan, confunden y generan huecos en la personalidad (Baumgardner, Op. cit.).

Esta necesidad de estar en el presente para poder contactar hace que los pilares en los que se apoya el proceso psicoterapéutico sean el ahora y el cómo. El ahora abarca todo lo que existe en este momento, el pasado ya no es, el futuro aun no es, ahora incluye el balance de estar aquí, es vivenciar. Como complemento, es vital poner atención al cómo de la situación, puesto que abarca todo lo que es estructura, conducta, todo lo que realmente está ocurriendo, todo el proceso que transcurre (Polster, 1973).

“El mensaje implícito en la teoría gestáltica es que hay valores en la vida que encuentran estimables y conducentes a una vida intensa: la espontaneidad, la conciencia sensorial, la libertad de movimientos, la responsabilidad y expresividad emocionales, el goce, la desenvoltura, la flexibilidad en las relaciones personales, el contacto directo y la cercanía afectiva con los demás, la intimidad, la idoneidad, la inmediatez y presencia, la autonomía y la creatividad” (Fagan, 1970, pág. 22). Y son este tipo de valores los que la TG persigue para que el ser humano sea lo que realmente es, restaurando las partes perdidas de su personalidad: en pocas palabras, su salud. De esta forma el sostén esencial en el proceso psicoterapéutico para integrar las partes perdidas es la toma de responsabilidad de lo que vivimos. Es importante aceptar la responsabilidad de lo que somos, de lo

que hacemos. Así el trabajo terapéutico necesita estar orientado a lo que experimentamos y no solamente a lo que pensamos. Es importante suministrar una situación en la que el cliente esté en el presente, sin evadir lo que experimenta, sin la necesidad de encubrir el doloroso paso del crecimiento con una ganancia secundaria, fundamentada en la neurosis. Siendo así, el terapeuta gestalt procura proporcionar la construcción de un lugar especial en que el cliente pueda descubrir como relacionarse consigo mismo y dejar ser lo que la neurosis colectiva le ha enseñado a repetir.

2.4 Elementos teóricos de la Terapia Gestalt.

Para poder comprender mejor los términos de los que se vale la Psicoterapia Gestalt, mismos que utilizaremos en el análisis del proceso de salud-enfermedad llamado obesidad, es importante tomar como punto de partida la necesidad fisiológica de alimento, que será de utilidad para ejemplificar cada término.

Iniciando con los elementos teóricos, el que en primera instancia salta a relucir es la palabra gestalt que es un término que no tiene traducción precisa. En el diccionario English & English (cit. Salama, Op. cit.) gestalt se define como “una forma, una configuración o una totalidad que tiene, como un todo unificado, propiedades que no pueden ser derivadas de la suma de sus partes y sus relaciones... se puede referir a estructuras físicas, a funciones tanto fisiológicas como psicológicas o a unidades simbólicas”.

Para una mejor comprensión de los elementos teóricos utilizados en este trabajo, la necesidad fisiológica de alimento será vista como nuestra gestalt base. Y para identificar la importancia de

cómo se forma y destruye -satisface- una gestalt el Ciclo de la Experiencia será útil. Donde este ciclo expresa en forma didáctica la secuencia clara del momento en que se forma una necesidad y como se interrumpe o se permite la satisfacción de la misma (Salama, Op. cit.). Es decir, como fluye la experiencia vivencial (Alcaraz, Op. cit.).

En nuestro ejemplo, la necesidad de alimento (gestalt) aparece a consecuencia de un proceso llamado Autorregulación Organísmica, donde la cualidad más grande de este proceso es generar el equilibrio homeostático necesario para que el organismo siempre satisfaga sus necesidades, desarrollándose y creciendo (Salama, Op. cit.). Este proceso no solo se encarga de funcionar sobre nuestra fisiología sino también en nuestra personalidad, y en la necesidad de comida específicamente se origina cuando el cuerpo no tiene los niveles requeridos de nutrientes activando ciertos mecanismos para sentir la falta de este combustible.

Podemos decir entonces que la motivación, es un conjunto de necesidades organizadas en forma jerárquica que el organismo experimenta (Alcaraz, 1999). Siendo estas motivaciones lo que originan la formación de la gestalt. Donde lo que caracteriza a estas necesidades básicas es: a) que su ausencia produce enfermedad; b) que su presencia previene contra la enfermedad; c) que su reimplantación cura la enfermedad; d) que en ciertas situaciones muy complejas (de libre elección) la persona privada de ella, la prefiere ante otras situaciones; e) y resulta inactiva, de muy menguado efecto o nula funcionalmente, en la persona saludable.

En este proceso de formación y destrucción de la gestalt (necesario para el sí mismo), la motivación comienza a acompañarse de sensaciones (contacto organismo/ambiente) congruentes con la experiencia. Y estas sensaciones se organizan bajo el criterio de urgencia y son la base para que el

organismo diferencie lo que necesita de lo que no. La necesidad que es urgente –en este caso hambre- la llamamos figura, formada con base en las sensaciones corporales, estímulos medioambientales y sus relaciones recíprocas actuales, históricas y simbólicas. Lo que en ese momento específico no es apremiante –por ejemplo el dormir- lo llamamos fondo, que es el resto de los precurrentes que forman la base y el apoyo para hacer más nítida a la figura (Alcaraz, Op. cit.). Este apoyo es lo que forma las fronteras de contacto con las cuales entra en acción el organismo y, se basa en situaciones familiares anteriores, medidas por escalas de valor, que permiten exponerse y expresarse en forma única, para acompañar al proceso y servir de base para la autosatisfacción.

El organismo al hacer caso de las sensaciones, a través de los sentidos, siente el movimiento peristáltico, tensión, ansiedad... como decimos en México “un hueco en el estómago”. Y es aquí donde se forma una figura nítida, donde uno se da cuenta de necesidad imperante en ese momento en particular, lo que está en ese momento en primer plano. Y es hasta este momento en que se le puede llamar hambre a lo que se experimenta.

Solo entonces se podrán utilizar las herramientas disponibles para poder satisfacer la necesidad y se inicia el movimiento de la energía. Como lo comenta Alcaraz (Op. cit., pág. 86): la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, el tono muscular, la respuesta galvánica de la piel y el tono cortical cambian, coordinándose para utilizar las reservas de trifosfato de adenosina y glicógeno de las células del organismo que proveerán el tipo, cantidad e intensidad de energías suficientes para dar lugar a las acciones motoras y cognitivas dirigidas al contacto con el satisfactor de la necesidad que organiza y estructura la figura y el fondo.

Todo este proceso permite que haga presente la acción (motora y cognitiva) necesaria para entrar en contacto con el alimento. Donde el contacto es la interacción que se tiene con el medio ambiente

para satisfacer la necesidad y, su importancia es tal que no existe ninguna función que se complete sin ésta unión organismo-ambiente. El contacto es la apreciación de las diferencias (Perls, 1974). La unión organismo-ambiente por medio de la percepción (Baumgardner, Op. cit.). De esta forma Perls estableció que podemos entrar en contacto en tres formas distintas: con la zona externa, que siguiendo el ejemplo del hambre sería el acto de tomar algún alimento; la zona Interna, que es lo sucedido al momento de ingerir y tragar el alimento, el tiempo en que va pasando y está en nuestro interior; y la zona de fantasía, en la cual contactamos cuando nos imaginamos el platillo que preferimos (Salama, 1988).

El contacto consume mucha de nuestra energía, y es necesario que después de un buen contacto se de el retiro de la situación, puesto que al estar la necesidad cubierta ya no es necesario disponer de energía para solventarla. La intensidad de atención que se requiere ahora disminuye, hasta desaparecer cuando la necesidad está plenamente satisfecha.

El alimento en esta fase se ha incorporado, se ha integrado al sí mismo por la experiencia de contacto que se tuvo. Donde la confianza en el propio juicio y gusto (físico y emocional) son indispensables. Esto es hacer caso a la intuición. Ahora solo queda estar en reposo hasta que una nueva necesidad haga su aparición y utilicemos la energía incorporada, asimilada, para entrar de nuevo en contacto con el ambiente y crecer.

Con el ejemplo anterior, nos damos cuenta de las características (motivación, sensación, formación de la figura-fondo, movilización de la energía, acción, contacto, retiro y reposo) que necesita una gestalt sana para reconocer los límites de contacto entre el individuo y el ambiente. Partes necesarias para tener una gestalt satisfecha, una experiencia de crecimiento. Solo que al

interrumpirse el ciclo de contacto en la gestalt, se interrumpe el proceso y comienzan las pseudovivencias (Alcaraz, Op. cit.). Siendo este momento en el que es hace necesaria la aparición del término enfermedad, que hasta en momento no había sido necesario en la descripción de la experiencia, puesto que la autorregulación del organismo era congruente con sus necesidades.

En la Terapia Gestalt estas insatisfacciones se conocen como autointerrupciones, que son bloqueos en el contacto, que originan estados neuróticos. Donde estos últimos son un déficit de conciencia, un no darse cuenta, una pérdida de contacto que lleva al desequilibrio, a la enfermedad (Salama, Op. cit.). Estas autointerrupciones al comienzo de la vida no son desequilibrantes puesto que poseen una parte biopositiva que funciona como defensa en el contacto aberrante por ser temporales. Solo que al utilizarlas en forma permanente –parte bionegativa- comienzan a presentarse sin relación con la situación presente, haciendo de la experiencia una incongruencia que genera neurosis (Castañedo, Op. cit.).

Entre estas interrupciones que originan neurosis en la persona encontramos a la Introyección que es una copia, una imitación impuesta por el otro. Donde sin existir una base de contacto con la experiencia, se dictan formas de ser o entrar en contacto con el ambiente. Así, la experiencia de contacto no es asimilada por el sí mismo y se comienza a actuar por lo impuesto a nivel social, supuestamente la forma correcta de ser (el yo ideal). Como dice Portuondo (Op. cit.), los introyectos son una herencia que implica el establecer “como deben ser las cosas”.

Para ejemplificar esta autointerrupción vamos a analizar la necesidad de alimento en el individuo con el ejemplo anterior. Si este individuo en vez de satisfacer su necesidad la falsificara con un introyecto como “la gente que pide comida es pordiosera” y el ser pordiosero es algo que lo aleja

del ideal de la sociedad. Lo más seguro es que se cancele satisfacer la necesidad de alimento. Dirigiéndose a la desnutrición, a una pseudovivencia generada por un estado neurótico.

¿Qué es lo ocasiona esto en el ser humano?, es la pregunta necesaria en este caso. Y la podemos responder con la explicación que da Burga (Op. cit.), donde considera que a medida que la intensidad de acción para el contacto disminuye, manteniéndose la necesidad vigente y el estímulo satisfactor presente, el comportamiento físico se convierte en comportamiento mental y viceversa. De esta manera, el introyecto es una elaboración mental que descansa en la integridad del ser humano, que genera el control total de la autorregulación en la persona por una necesidad que veremos en el capítulo siguiente: la necesidad de pertenencia.

De esta manera, la primera ruptura de contacto que encontramos en la comprensión de la TG es la introyección. Pero hay otras que también funcionan en la persona y que ocasionan la pérdida de la congruencia. Y como segundo mecanismo de autointerrupción tenemos a la proyección, donde en este mecanismo se rechazan al exterior todos los atributos de personalidad propios que causan conflicto. Se genera una hipersensibilidad a la presencia de cualquiera de estos atributos y se vierten hacia el ambiente, reaccionando de manera agresiva ante cualquier indicio de presencia (Portuondo, Op. cit.). Y por acción de los introyectos comenzamos a desposeer y renunciar aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos difíciles y ofensivos, obteniendo sentimientos de poca aceptación de nosotros mismos (Perls. 1976).

Siguiendo el ejemplo anterior, si el introyecto (la gente que pide comida es pordiosera) fuera tan insistente y agresivo para el yo ideal con el que se identifica la persona, se le adjudicaría la necesidad de alimento a otra persona y al mismo tiempo se le recriminaría por querer vivir esta experiencia. Esto llevaría al individuo a no encontrar formas de nutrirse y entraría en conflicto.

Otro de los mecanismos es el aislamiento donde se bloquea el contacto y se pone mayor atención a la experiencia imaginaria (Portuondo, Op. cit.). Se bloquea la sensibilidad a las sensaciones tanto del medio externo como del interno, estimulando la fantasía (Castañedo, Op. cit.). Donde de nuevo funciona el principio que dice: al disminuir la intensidad de acción, pero manteniendo el incentivo original, la acción se transforma en pensamiento (Perls, 1975b, pág. 32). De esta forma en vez de tener contacto con el alimento de forma real, la persona solamente se imagina que esta en un banquete y satisface su necesidad en un mundo ficticio que no deja desarrollarse en el presente.

La cuarta autointerrupción en TG es la confluencia, en la cual se pierden los límites de contacto, no se distinguen los límites entre el ambiente y uno mismo (Castañedo, Op. cit.). Para Perls (1976), las partes y el todo se forjan indistinguibles entre sí, puesto que se exige una similitud que niega la tolerancia a las diferencias. La capacidad para diferenciar que es lo que se quiere contactar se confunde con lo que quiere contactar el otro: a mí se me antoja comer carne asada, pero me alimento con chilaquiles porque a ti te gustan y quiero seguir perteneciendo de esta forma a ti.

Uno de los mecanismos más importantes para el análisis de este trabajo es la autointerrupción llamada retroflexión en la cual la energía, que tiene como destino el mundo externo, cambia su dirección y se tuerce hacia atrás en dirección a su originador. Perls (Op. cit.) concibe la retroflexión como “volverse atrás intensamente en contra”, donde el retroreflector sabe cómo trazar una línea demarcatoria entre él y el ambiente y dibuja una línea más clara y nítida por la mitad, pero la traza por el medio de sí mismo.

En la expresión física de la retroflexión se genera una respuesta motora de carácter contrario que nulifica, engendra dolor y molestia. De esta manera, la energía usada se gasta para mantener dos fuerzas activas contrarias al mismo tiempo (Salama, Op. cit.). Siendo la expresión somática en la neurosis retroflexión el proceso predominante (Castañedo, Op. cit.). Y se puede ejemplificar esto al momento en que la persona al tener la necesidad de alimento se muerde los labios, aprieta los puños y cancela su movimiento, aun cuando el alimento está a su alcance. Esta autointerrupción en el ciclo de la experiencia se analizara más adelante, en el capítulo cuatro, resaltando su funcionamiento en la persona obesa.

Otra autointerrupción es la Proflexión en la cual la persona manda al ambiente un mensaje a medias de su necesidad –de alimento-, con la postura, con el movimiento, con el lenguaje, etc. Y si el ambiente reconoce estos mensajes y quiere proveer a la persona de lo que necesita, el sujeto en este momento se cancela el contacto (por introyectos) y niega su necesidad.

La penúltima autointerrupción es la Fijación en la cual no se puede retirar la atención del satisfactor, lo que ocasiona que las demás necesidades queden siempre en el fondo del proceso –ganancia secundaria-. En las personas que tienen atracones la fijación demuestra una incapacidad para despegarse de la situación, y dejar fuera otros nutrientes necesarios para el desarrollo.

Por último, en la Deflexión se desvía el contacto directo, es una forma de enfriar el contacto real (Castañedo, Op. cit.). Se puede tener el alimento al alcance, sin ningún problema, se hace todo lo necesario para entrar en contacto, solo que instantes antes de hacerlo se desvía la atención –manipulada por un introyecto. Se puede decir que se entra a la cocina con mucha hambre y se toma una bolsa para sacar la basura: siendo esto una incongruencia de contacto.

Perls ve en todas estas interrupciones o manifestaciones de neurosis una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de una amenaza, generalmente fantaseada (Cit, en Salama, Op. cit.). Claro que el motivo cambia de persona a persona, y aquí lo importante es concebir a la neurosis como una falta de contacto natural en el proceso de satisfacción de necesidades. Podemos decir que la neurosis no es otra cosa que un trastorno del crecimiento, y la característica del neurótico es que se maneja por medio de roles o papeles falsos para manipular el entorno (Perls, 1974). Dejando de lado la responsabilidad de uno mismo.

De esta manera y dependiendo de la intensidad de la neurosis se observan Capas o Estratos que permiten -o no- al ser humano ser auténtico (congruente) en su contacto, y estos abarca dos aspectos de la personalidad: 1) la manera de ser o comportarse ante los demás -mascaras-, intercambiando formalidades sin contenido afectivo y representando roles que no pertenecen al ser auténtico que desvía al contacto pleno; y 2) el proceso por el cual atravesamos en nuestra existencia, ya sea un callejón sin salida –lucha entre el opresor y el oprimido-, un momento en el que se acaban los papeles neuróticos para entrar en contacto, o cuando se descarga la energía por medio de un sentimiento espontáneo.

Estas capas son similares a las de una cebolla donde las maneras de ser son las capas iniciales -alienadas-, el momento por cual atravesamos en la existencia son la parte media –el paso al crecimiento-, hasta llegar a los sentimientos de confianza, afirmación de la creatividad que originan el ser auténtico, que están en el centro.

De esta forma la neurosis se manifiesta como una resistencia a cambiar el modo en el que siempre se ha comportado el individuo, engendrando formas estereotipadas de contactar, de manipular (Salama, 1988). Por ello, para que exista la maduración en la persona es importante la trascendencia del soporte ambiental al autoapoyo (Perls, 1974).

En todo este proceso de satisfacción de necesidades la parte más importante es el darse cuenta, que es estar conciente de aquello a lo que el organismo está asistiendo u organizando como predominante. Es una concentración espontánea en lo que es excitante y de interés orgánico (Portuondo, Op. cit.). Es lo que día a día nutre el sistema de contactos necesarios para la adaptación (Salama, Op. cit.).

El darse cuenta es indispensable, ya que permite que se den los cambios de personalidad en un nivel más alto, a nivel holístico (Stevens, 2001). El darse cuenta es la vía a seguir para encontrarle un sentido a la vida, siguiendo tres corolarios importantes (González, 1998):

- El Darse Cuenta es eficaz solo cuando está basado y energizado por la necesidad dominante actual.
- El Darse Cuenta no está completo sin conocer la realidad de la situación y como está uno en ella. En la medida que la situación se niega el darse cuenta se distorsiona.
- El Darse Cuenta está siempre en el aquí y ahora y siempre cambiando y evolucionando y trascendiéndose a sí mismo.

Todo el proceso que se mencionó es el proceso de contacto organismo-ambiente, que es nuestro sí mismo, particular a cada individuo que se enfrenta al ambiente y contacta con él. Es un sistema de

funciones de contacto propias a cada organismo que apoya la satisfacción de sus necesidades a través de la excitación, orientación, manipulación, y la identificación para la asimilación de la experiencia (Kepner, Op. cit.).

2.5 Técnicas de la Terapia Gestalt.

Ahora trataremos una de las partes centrales de la Psicoterapia Gestalt, la explicación de cómo, qué y para qué se realiza el trabajo terapéutico. Es momento de saber qué se obtiene de la mezcla de principios filosóficos y una metodología de acción basada en experimentos sobre la percepción. Como inicio, la cita siguiente es un resumen de la forma de trabajo y la visión necesarias para poder generar un proceso de crecimiento.

“Estaré contigo. Estaré contigo, con mi interés, con mi tedio, mi paciencia, mi enojo, mi cuidado. Estaré contigo... puedes contar con mi amor, pero no con mi apoyo. No puedo ayudarte. Estaré contigo. Tú harás lo que encuentres necesario”

Fritz, Perls.

La autorresponsabilidad es una de las bases que promueve el crecimiento personal, y para ello se han generado diferentes juegos, reglas, experimentos y formas de trabajo que permiten potenciar el desarrollo social e individual. Esto con el afán de llevar al cliente a la comprensión de que la única persona que causa el sabotaje en sus acciones es él mismo.

2.5.1 Juegos y reglas.

Para que se lleve a cabo el proceso en la Terapia Gestalt es necesario contar con una serie de reglas y juegos. Las reglas son eficaces para unificar el pensamiento y el sentimiento, sacar a la luz las resistencias para intensificar la toma de conciencia y el proceso de maduración. Portuondo (1979), enuncia las siguientes:

- Es importante hablar en forma directa sin el apoyo de un tercero, con el fin de que exista una comunicación verdadera (el yo y el tú).
- Para no generar pasividad o manipulación es importante hacer afirmaciones y negaciones que alienten a participar y exponerse (no preguntar).
- Se pide que se utilicen expresiones verbales que permitan (en primera persona) la participación y responsabilidad para la acción (no al lenguaje impersonal).
- El estar en el presente puede significar hacer caso de dolencias físicas y psicológicas que no se han resuelto, la fobia experimentada hace que escapemos hacia el pasado o hacia el futuro, pero siempre el ahora significa crecimiento (estar en el presente).
- El cómo de la experiencia es la manera de conducir al individuo a terreno firme para iniciar el proceso (atender la continuidad de la conciencia), aquí se confía de nuevo en los sentidos y se puede diferenciar la realidad de la fantasía.

Para que el cliente se de cuenta de cómo se relaciona e interrumpe su crecimiento es importante que sepa cuales son los juegos neuróticos que utiliza para frenar su contacto. Para ello, se destaca la utilización de los siguientes juegos:

- Juego de diálogo. Para el funcionamiento integrado hay que lograr que el cliente se de cuenta de sus divisiones de personalidad –como ejemplo opresor vs. oprimido-, un diálogo entre estas partes integrara lo que el “deber ser” impuso durante un tiempo y dejara que la insatisfacción de no querer ser nosotros mismos desaparezca. Desaparece la frustración y la necesidad de control.
- Hacer la ronda. Cuando es importante que el cliente se de cuenta del trasfondo de sus declaraciones es importante que se haga una repetición de la frase o actitud corporal hacia los integrantes del grupo o en forma individual.
- El juego de los asuntos pendientes. El resentimiento indica que hay vivencias que no han encontrado satisfacción, y por principios de la gestalt siempre permanecerán activas. Es importante facilitar que el cliente cierre sus asuntos de tal manera que la energía utilizada para mantenerlos abiertos sea destinada para la culminación de nuevas necesidades.
- El juego de ¡me hago responsable! Consiste en terminar cada comentario con la frase <<y me hago responsable de ello>>. La impresión mecánica de inicio se ve opacada por el descubrimiento del trasfondo que hay en la expresión.
- Tengo un secreto. Para investigar los sentimientos de culpa y vergüenza es importante que el cliente piense en un secreto que nunca revelaría, no se comparte el secreto, solo se pide que se imagine de que manera los otros reaccionarían sobre él (proyección). El material que sale a la luz muestra el vínculo inconsciente con el secreto (ganancia secundaria) como logro valioso.
- El juego de las proyecciones. En este juego es importante que el cliente represente la actitud que ve en lo(s) demás y preguntarle si este rasgo es algo que el mismo posee.

- El juego de las inversiones. Es una técnica de antítesis (polaridades) en la cual se hace representar al cliente lo inverso de lo que está mostrando, de esta forma contacta de nuevo con la parte de sí mismo que había permanecido sumergida durante mucho tiempo.
- El ritmo de contacto y la retirada. Los sentidos ofrecen el contacto necesario para saber de nuestro funcionamiento vital. Una forma natural de mantener sano el proceso de maduración es por medio del contacto y la retirada. En este punto la retirada no es vista como la fase patológica de la evitación, sino como una parte del ciclo de la experiencia necesario para la maduración. Este juego pretende estimular el darse cuenta para saber de la importancia de este ciclo de crecimiento.
- Ensayo teatral. La representación de formas de ser es una manera de ganar conciencia sobre los roles desempeñados. La importancia del ensayo teatral se encuentra en que es una forma de darle acción a la imaginación y no solo frenar la energía al estar fantaseando –fase neurótica.
- El juego de las exageraciones. La expresión verbal y corporal se entumece al tener ciclos neuróticos de contacto al pedir al cliente que exagere cada una de sus expresiones se pone en evidencia el significado de cada expresión.
- ¿Me permites que te de una oración? Al observar que el cliente tiene un mensaje implícito del que no se ha dado cuenta se le pide que permita darle una oración, dándose cuenta si corresponde o no en algo de su personalidad.
- Y finalmente el “ser congruente”. Que es una necesidad biológica, psicológica y social para obtener la autenticidad. Aquí se le pide que se quede en la experiencia incongruente por un tiempo y que sienta si va en relación con su estado de ánimo o situación, esto hace que se llegue al significado real de la evitación. La petición de “permanecer en eso” genera que se

emprenda la asimilación o expulsión de esa parte que aún no se ha apropiado, pero que permanece con nosotros.

2.5.2 El trabajo en el Experimento terapéutico.

El trabajo de la TG persigue que el cliente descubra los mecanismos que utiliza para alienar una parte de su propio proceso y por lo tanto evitar el darse cuenta de sí mismo y de su medio. Aquí se modifica la conducta de manera sistemática y nutriente a través de los experimentos gestálticos, en dependencia de la situación específica que se esté atravesando. Si el experimento es el adecuado ayudará a que se desdoblén nuevas expresiones o el reconocimiento de los propios límites. El experimento es concretar o darle vida a la imaginación y se convertirá así en una aventura creativa (Salama, Op. cit.).

Uniendo el trabajo que expone Salama (Op. cit.) y a través de un curso de introducción en la formación de terapeutas Gestalt impartido por Rene Alcaraz en el 2003, se concluye que el proceso mediante el cual el experimento se desarrolla es a través de:

1. La preparación del campo de trabajo. Es necesario que al inicio del experimento existan las actitudes básicas del humanismo: 1) empatía; 2) consideración positiva incondicional y 3) autenticidad. Estas tres necesarias para obtener crecimiento en el cliente al momento de iniciar el trabajo en un campo gestáltico.
2. La negociación o consenso entre el terapeuta y el paciente. Es hacer saber al cliente que en él está la decisión de llevar a cabo el experimento, puesto que nada es impuesto.

3. La generación de autoapoyo tanto para el paciente como para el terapeuta. La congruencia verbal y corporal es asunto del encuentro cara a cara, de la relación yo-tu que se da en terapia.
4. La exploración del nivel del darse cuenta. Es la receptividad y habilidad de apreciación del grado del darse cuenta del paciente.
5. La graduación y selección del experimento (envolver el regalo). Es la congruencia entre el nivel de dificultad del experimento y el darse cuenta del cliente, para que pueda incrementar su autoconcepto y habilidades en general.
6. El Localizar y movilizar la energía congelada en el paciente. Se trata de encontrar donde está activada la energía o donde está estancada con el fin de poder hacer que la irradiación ayude a que el proceso de centración sea más fuerte.
7. La focalización. Es encontrar un suceso que necesite de seguimiento o de trabajo.
8. La actuación. Es el ensayo de alternativas que permiten cerrar asuntos inconclusos, descartar experiencias obsoletas, decrementar el impacto de los debería y quitar la atención de los hubiera.
9. La relajación. Es una forma de hacer que el asunto quede en el fondo y que no sea un distractor hasta la siguiente ocasión.
10. Y la asimilación de lo sucedido. Es preguntar al paciente qué fue lo que aprendió y de qué se dio cuenta.

También es importante que en la elaboración de experimentos existan cinco habilidades en el terapeuta. Y Zeig (cit. en Martínez, 1998) las ejemplifica con “El diamante Erickson”:

Este autor comenta que tener una meta es importante para saber hacia donde dirigir el experimento permitiendo así su éxito. Esto se logra a través del darse cuenta, ampliando el repertorio de conductas y promoviendo la autoresponsabilización y generación de autoapoyo. Es importante mostrar el objetivo del experimento como si fuese un regalo y envolverlo para que el cliente sepa que el crecimiento que está esperando se encuentra en el experimento. El crecimiento generado estará en dependencia de la graduación del experimento, siempre con una conexión real con la vida del cliente. En todo este proceso la utilización de la observación (método fenomenológico) asegura que el crecimiento se de en el aquí y ahora (Martínez, 1998).

2.5.3 Técnicas terapéuticas en Terapia Gestalt.

La terapia consiste en lograr una nueva integración de la atención y la conciencia, ayudando al cliente a superar sus bloqueos, vigilando las divisiones que se producen entre la atención y la conciencia (Portuondo, Op. cit.). Por ello es importante que el terapeuta se limite a trabajar en el aquí y ahora, permaneciendo siempre como fondo para nutrir en el acompañamiento (Robine, 1999). Es necesario que no olvide que él es su propio instrumento, puesto que sus emociones, cultura y fisiología sintetizan datos importantes de la experiencia terapéutica (Polster, Op. cit.).

Al principio en la terapia el darse cuenta está bloqueado y al desarrollarlo se siente un alivio de la tensión, un aumento de energía. La recompensa que se tiene por permanecer en el percatarse del aquí y ahora es un factor motivador que permite avanzar y arremeter contra sentimientos muy dolorosos (Portuondo, 1979). El terapeuta necesita que el cliente descubra la experiencia que se

oculta detrás del rol que utiliza para manipular, y también necesita ayudar a reunir la energía suficiente para tener el contacto con esa situación.

Al inicio del proceso el terapeuta necesita utilizar las técnicas supresivas, haciendo que el cliente tome conciencia de que las actividades mentales (pasado y futuro) son una forma de evadir el presente. Entre las formas que adquieren estas técnicas tenemos:

- La nada o el vacío. Experimentar la nada es estar en un momento en el cual los juegos superficiales de la personalidad se han hecho a un lado. Es una forma de estar entre la evitación y el contacto, momento para encontrar una pantalla en la cual se diferencia la figura y el fondo -las necesidades-.
- Hablar “acerca de”. Es evitar hablar acerca de explicaciones, diagnósticos, temas filosóficos, morales, etc. Puesto que algunas racionalizaciones en TG son resistencias.
- “Debeísmos”. Evaluarse es una manera de ajustarse a los patrones sociales y también la forma en la cual representamos lo que no somos.
- Manipulación. Es el uso inadecuado de la esfera de la acción, y como ejemplos tenemos: las preguntas, que sirven para limitar la experiencia o dejar de tener experiencia; las respuestas que completan el círculo de manipuleo; el pedir permiso, para delegar la responsabilidad a otro; y las demandas, que llevan al cliente a seguir desempeñando los mismos papeles fingidos y no comprometerse consigo mismo.

Ahora, las técnicas expresivas son una manera de estimular lo que el cliente sí es -autenticidad-, revelando esto a otros y a sí mismo. Los actos de autoexpresión son una invitación a la acción. Estas técnicas se dividen en tres:

1. Expresar lo no expresado. Bajo la provocación de situaciones no estructuradas, se busca que el cliente se confronte a la situación con sus propias elecciones, para de esta forma maximizar su expresión (un ejemplo de este trabajo es el juego de hacer la ronda).
2. Terminar o completar la expresión. En las situaciones que se tenga el sentimiento de no haber terminado es importante hacer que el paciente a través de su vivencia en el aquí y ahora complete la situación, con el fin de cerrar la necesidad y poder pasar a otra.
3. Buscar la dirección y hacer la expresión directa. Para lograr la expresión directa existen diferentes formas: una de ellas es la repetición, en la cual se intensifica el darse cuenta de una acción; otra es la exageración, donde al incrementar el nivel de emocionalidad para hacer obvia la necesidad apremiante; también traducir es dar palabras a una conducta no verbal y así identificar lo que se proyecta en dicho evento; la actuación e identificación son las siguientes fases de la traducción, donde se le da expresión motriz a una idea, un sentimiento e imagen, para apropiarse de lo proyectado –identificarse-.

Por último, tenemos a las técnicas integrativas, que tienen el objetivo de completar las partes alienadas, las partes negadas de uno mismo, esto a través de:

- El encuentro intrapersonal. Es trabajar con las polaridades que se encuentran luchando en el cliente, hacerle saber que existen y que tienen sentimientos relacionados a la situación de control que viven.
- Asimilación de proyecciones. Es un aspecto importante para reconocer como propia la experiencia rechazada.

Es importante que en el proceso psicoterapéutico no se le atribuyan significados a lo experimentado, puesto que se arriesga generar conductas estereotipadas o roles falsos (Polster, Op. cit.). Lo importante en el proceso es que existe un momento en la terapia que de cierta forma se vuelve mágico, en el cual la psicoterapia alcanza su máximo potencial. Este momento es el Instante Psicoterapéutico, el cual aun siendo de corta duración se basa en la experiencia del aquí y ahora, donde la relación terapeuta-cliente promueve el desarrollo de la personalidad integra (Martínez, 1998).

Para lograr este instante es necesario abrirme fenomenológicamente a mi cliente, considerándolo incondicionalmente como ser humano, permitiéndome estar en contacto conmigo mismo para ser yo mismo y manifestarme transparentemente frente a él. También es necesario ser empático, que significa comprender sus problemas desde el marco de su situación y sus valores (Unikel, 1997).

De cierta manera, todo esto se resume en las características que Zinker (cit. en Martínez, 1998) ve en el terapeuta creativo:

1. Buen sentido de la distribución del tiempo y de la oportunidad;
2. Capacidad para advertir el momento en el que se puede llegar al interior del paciente, se le puede activar y conmover;
3. Conocimiento de donde se encuentran los botones psíquicos y del instante en que se los debe pulsar;
4. Capacidad para accionar la palanca de cambios, o sea dejar ciertas cosas y pasar a otras zonas de mayor interés; voluntad de apremiar, enfrentar, alagar, persuadir, activar a la persona para que haga su trabajo;

5. Y, sabiduría para saber cuando debe dejarse a la persona en estado de confusión, de modo que ella pueda aprender a forjarse su propia claridad.

En síntesis, el curar la escisión de mente-cuerpo y llevar al cliente a la integración implica traer a la conciencia los aspectos negados del sí mismo de modo que el rango completo de necesidades, sentimientos y conductas puedan ser apreciados y se les permita afectar la formación de figuras.

Todas estas herramientas se adquieren a través del trabajo de supervisión, donde se necesita confrontar al nuevo terapeuta con sus dificultades de apoyar y/o frustrar, desarrollando la parte que más le falte, o la búsqueda de equilibrio entre ambas (Peñarrubia, 1998). Es importante que el terapeuta no sea pasivo, inactivo, reflexivo, silencioso, precavido, o que abra muchos asuntos y no los cierre, puesto que al ser el descubrimiento el centro mismo del proceso de crecimiento es importante que sea dinámico (Castañedo, Op. cit.). El cometido es facilitar... no enseñar, estar con... no imponerse (Baumgardner, Op. cit.). Estar-con constituye desde luego una etapa más íntegra que solo ser-para (Robine, 1999, pág. 15).

CAPITULO 3.

OBESIDAD: EXPRESIÓN CORPORAL DE LA PERSONALIDAD NEURÓTICA.

3.1 Crecimiento del organismo a través del contacto-asimilación.

Para que podamos entender el proceso de la neurosis es importante que conozcamos la visión de Perls acerca de las bases que forman la lucha de cualquier organismo por mantener el equilibrio en su contacto con el ambiente y consigo mismo. Lo que permitirá comprender la importancia de la agresión como fuerza biológica, su impacto para que se de la asimilación del alimento físico y emocional y su participación en la formación de la neurosis, como proceso psicomático ocasionado por las energías interrumpidas, o sea la incongruencia.

Perls ve en la concepción organicista una vía de crecimiento donde el proceso de autorregulación orgánsmica da cuenta de los ajustes biológicos y psicológicos que necesita un individuo para poder estar en contacto y crecimiento. Y observa que la posición en la cual predomina el concepto psicológico (psicoanálisis) no hace más que dividir en partes el sí mismo del ser humano, manteniendo estas partes (ello-yo-super yo) en constante lucha. De esta manera, uno de los elementos importantes para la comprensión del evento emocional en el individuo es la experiencia orgánica de placer- dolor. Y dice Perls (1975b, pág. 19): tal vez el ejemplo más claro de la esfera biológica es el sistema de placer-dolor. Su punto cero es el equilibrio del organismo. Cualquier perturbación de este equilibrio es experimentado como doloroso, la vuelta a él como placentera.

Esta propuesta nos hace reconocer que una de las principales bases que rigen la vida física y emocional del ser humano desde el inicio de la vida, es el sistema placer- dolor. Y Podemos decir que estos dos componentes de la vida son los que ayudan a diferenciar lo agradable de lo desagradable. Que con el paso del tiempo y con base en las estructuras psíquicas del ser humano, este placer-dolor, luego agradable-desagradable se convierte en expresión lingüística (por acción social) que enjuicia las relaciones emocionales, denotando el bien y el mal.

Con esto podemos resumir que el proceso de autorregulación orgánica -inherente a todo ser viviente-, se guía por el sistema del placer-dolor para entrar en contacto con el ambiente y cubrir sus necesidades. Que por acción de las estructuras psicológicas e influencia de la comunicación social del ser humano forman los juicios de valor bueno y malo que regirán la alimentación emocional del individuo.

Hasta aquí, el proceso placer-dolor/agradable-desagradable/bueno-malo nos permite conocer una de las bases que llevan al organismo a formar un criterio de diferenciación en el contacto. Una capacidad de doble evaluación. Proceso que genera la aparición de una actitud de interés en el ser humano, que junto con el contacto organismo-ambiente permiten el crecimiento. Por esta razón si el contacto será el alimento que permitirá la nutrición y a la vez el crecimiento del organismo, entonces será importante que este contacto sea nutricio y no tóxico. De esta manera, ahora es importante responder las siguientes preguntas: ¿Cómo es que el organismo procesa este contacto para su alimentación? ¿Cómo puede digerirlo-asimilarlo? ¿Cuál es la herramienta a utilizar en este proceso de digestión?

Para responder estas preguntas es necesario tomar otros componentes del análisis de Perls. Donde estos componentes son las energías (funciones) disgregadora y conjuntadora que se utilizan en el contacto. Como nos explica Perls (1975b), el mundo está constituido por partículas y cada cambio en ellas significa que se acercan o separan entre sí. El hierro tiene partículas más cercanas, el agua las tiene más separadas. Y es a través de los eventos físicos y químicos que generan la energía disgregadora y conjuntadora que el mundo va evolucionando y cambiando en tiempo y espacio. Por ello, para que el desarrollo tenga lugar en el organismo es importante que éste se alimente de contacto y tenga la capacidad de incorporar la experiencia (física o emocional), siendo para ello necesaria la participación de la energía disgregadora. La cual permite que la experiencia se disuelva en partes hasta que el organismo tenga la capacidad de incorporarla por los medios y órganos que haya formado a lo largo de su existencia.

Así, esta capacidad de disolver es lo que Perls denota como una herramienta, misma que postula con el nombre de agresión, que permite que el proceso de separación de las partículas sea mayor o menor en relación a su fuerza y naturaleza. En este punto es importante comprender que la agresión no es entendida como el proceso de aniquilar la experiencia (desaparecerla), sino solo de hacer que la estructura se destruya en partes para su posterior asimilación. Así, la energía disgregadora, utilizada por el ser humano en forma de agresión permite que el alimento se disuelva y que posteriormente, por acción de la energía conjuntadora, permita que se de el proceso necesario para que el organismo incorpore el alimento (experiencia de contacto), para que haga suyo lo que antes formaba parte del ambiente.

En este punto podemos concluir que la agresión es una herramienta básica en el crecimiento de cualquier organismo. Que la fuerza y naturaleza con la cual se expresa esta agresión determina

cómo se disuelve la experiencia, ocasionando que exista una congruencia entre la magnitud de dicha experiencia y la capacidad del organismo (órganos y energía conjuntadora) para permitir la asimilación del evento. Por ello, es importante que la agresión no se interrumpa en el proceso placer-dolor/agradable-desagradable/bueno-malo del desarrollo humano, puesto que es posible que esto ocasione que la energía conjuntadora se presente en forma intermitente, lo cual no permitiría que la agresión disolviera la experiencia, ocasionando la existencia de trozos de experiencia incompatibles con la capacidad del organismo para la asimilación, lo que llevaría al organismo a optar por la pérdida de contacto para su equilibrio.

3.2 El inicio de la vida, la interrupción de la agresión y el comienzo de la neurosis.

Para comenzar a describir cómo se forma el proceso emocional en el obeso y comprender la construcción de la neurosis, es importante saber que éste proceso comienza desde antes de su nacimiento, exactamente de la misma forma en la que comienza con cualquier otro ser humano.

Sabemos que en el inicio de la vida existe en el proceso de gestación un vínculo biológico y emocional (contacto) que el embrión, feto y después neonato vive en simbiosis con su madre y el entorno que le rodea, lo cual permite su crecimiento y desarrollo. Cuando nace el niño comienza una nueva etapa en la que es importante la separación biológica de la madre e inicia el camino a la independencia (autosuporte). Lo que ocasiona que el niño comience a regirse por medio de su propia autorregulación orgánica (con base al sistema placer-dolor). De esta manera, el niño a través de su repertorio heredado (reflejos) entra en contacto con su ambiente, lo que le permite diferenciar lo que le agrada de lo que no, poniendo de esta manera atención e interés a las necesidades básicas y sociales que existen en su interacción con el ambiente.

En un inicio son las necesidades biológicas las que predominan en el contacto con el ambiente, pero poco después se generan necesidades en torno al contacto social y la gratificación emocional (básicas para el crecimiento) que comienzan a ser de interés para el bebé. Entre estas necesidades socioindividuales Virginia Satir (cit. en Szpirman, 1997) encuentra como las más importantes: la necesidad de amar y ser amado; de estimulación y de aprender cosas nuevas; de divertirnos y tener sentido de humor; de seguridad económica; de gozar de salud física y mental; y la necesidad de tener la sensación de pertenencia.

De esta manera, en el proceso de autorregulación ya no solo se presentan las necesidades básicas para el crecimiento, sino que también comienzan a imperar las necesidades sociales. Lo que ocasiona que sea necesario que el contacto se propague. Y esto se realiza a través de dos vías: la sensorial, que orienta en el descubrimiento de lo necesario para vivir; y la vía motora, que es quien se encarga de darnos las herramientas para manipular el ambiente (Burga, 1996). Estas vías de contacto dependen a su vez del apoyo que el ambiente proporcione al momento de relacionarse. Y como lo comenta Hernández (1996), “si el contacto es figura, el apoyo es la base, o sea el fondo”. De esta manera el apoyo se refiere a nuestra herencia, constitución físico-mental y de las soluciones que hemos obtenido de nuestros contactos anteriores, pero también de las situaciones que el ambiente proporciona.

Así, como lo expone Robine (1999), “el individuo es a la vez lo que actúa en la relación y lo que resulta ser de ella”. Cada modificación de la relación de un individuo con los demás es una modificación de sus caracteres internos. Por ello, se considera que la forma en la que el niño se descubre a sí mismo es a través de su mundo interior y a través de los demás, del contacto con ellos

y con el ambiente (Amescua, 1998). De esta forma, para Goodman (cit. en Robine, Op. cit.), la realidad del individuo solo tiene significación en la relación con su entorno.

Regresando al ejemplo, cuando se da la separación biológica de la madre, el niño muestra todas sus necesidades sin reprimir ninguna, puesto que son mostradas de manera íntegra, no solo con movimientos y lloriqueos sino también con congruencia a sus necesidades. Puntualiza Joslyn (1978) que este repertorio permite que el bebé ponga toda su atención en la necesidad predominante, la satisfaga y tenga la opción de poder pasar a otra necesidad cuando ya cubrió la primera. Siendo esto posible solo por que el entorno social no ha atiborrado su experiencia de contacto con conceptos, esperanzas y temores (herencia cultural). Sin embargo, por las necesidades propias del proceso de socialización (particular a cada niño), hay ocasiones en la que sus necesidades –biológicas y emocionales- no son cubiertas y el contacto (básico para el crecimiento) se interrumpe. El sistema placer-dolor ya no se basa en un ir y venir normal del proceso de satisfacción de necesidades. Y ahora la experiencia se distingue mas por lo desagradable que por lo agradable, siendo este momento donde las acciones de contacto dejan de ser congruentes con las necesidades reales y donde el bebé decide cancelar unas necesidades (consideradas como malas por el entorno) y satisfacer otras que se identifican (por el ambiente) más importantes (Amescua, Op. cit.).

Este momento es muy importante en la vida del ser humano puesto que es cuando surge, de manera precaria, la conciencia de los Otros y la atención a los mismos, especialmente en la relación padre-hijo (Zarate, 1998). Donde ésta conciencia de los Otros puede llegar a formar interrupciones de contacto con el ambiente que hacen que aprendamos a satisfacer las necesidades de los demás antes que las nuestras, generando bloqueos en nuestro desarrollo natural (Muñoz, 1989). Dicho de manera gestalt, introyectando, interrumpiendo la agresión en el contacto. Que en dependencia de la fuerza

de la agresión coartada será la porción de la experiencia negada. Creando un proceso de incongruencia donde el bebé desarrolla una forma de controlarse a sí mismo, agotando su energía vital sin resultados.

Así, esta forma no natural de contactar con el ambiente, aún siendo un proceso alterado, es la forma más sana que el niño utiliza para conocer sus necesidades, descargar o tomar energía del ambiente (Perls, 1974). Y aunque hasta el momento sea un proceso antinatural es la forma de contactar que el bebé utiliza para obtener la aceptación social -consideración positiva- que necesita para sentirse seguro (Castañedo, 1991). Solo que este proceso requiere que el ser humano se aleje de sus necesidades básicas, inhibiendo el contacto que es congruente con su sí mismo y que apoya el crecimiento: lo que desgasta nuestra capacidad de destrucción de la gestalt más importante.

Como podemos analizar, es precisamente la energía agresiva en el proceso de crecimiento, la que desempeña un papel muy importante y decisivo en el desarrollo humano, en el camino hacia la congruencia. Puesto que la agresión es lo que nos permite masticar la situación para su posterior asimilación y crecimiento de la personalidad: como en el caso del proceso digestivo (Perls, 1975b).

Por ello, para el sano crecimiento del ser humano es importante el desarrollo del instinto de hambre, que se compone de una secuencia de etapas necesarias para lograr el proceso de asimilación, y por ende el crecimiento. Cada etapa que compone a este instinto influye en la forma de asimilar el contacto con el ambiente, donde el sí mismo necesita para el crecimiento no ser solo un conglomerado de introyectos (trozos de experiencia sin digerir), sino que necesita ser una función que disuelva, analice, reorganice y asimile sus energías. Siendo ésta la forma en la cual postula Perls (1975b) se estructura el metabolismo mental.

Así, la importancia de la agresión en etapas tempranas es identificada como definitoria del crecimiento individual. Y en su mayoría Perls lo identifica con el proceso digestivo, donde los alimentos para ser asimilados y aprovechados necesitan la acción de la agresión dental. Siendo necesaria la agresión en el contacto con el ambiente para la exploración del campo. Así, el mismo proceso que se sigue en la digestión se sigue en el contacto con el ambiente. Por ello, para asimilar la situación es indispensable la presencia de la energía agresiva, de lo contrario solo se introyecta la situación, se traga. De esta manera, podemos decir que puede existir contacto y de hecho éste nunca se pierde, solo que en algunos casos (neurosis) el organismo no cuenta con los órganos desarrollados para que la digestión permita el crecimiento.

Por lo tanto, como esta energía agresiva es básica para el desarrollo y crecimiento, el niño al no contar con ella inicia un proceso de introyección, donde la influencia del ambiente es la guía de su sistema de contacto. Dice Amescua (1999) al respecto que cuando se introyecta, existe la frustración de no haber satisfecho las necesidades propias (malestar) y al no estar aún diferenciado del entorno el niño sitúa lo malo en una continuidad interior-exterior: al mismo tiempo está afuera y adentro. Esto ocasiona que en ese momento el niño comience a generar procesos para protegerse de eso que es doloroso-desagradable-malo, solo que aquí comienza una lucha interna de contrarios donde si lo malo está afuera lo “evito”, pero cuando está adentro hay que generar ciertos mecanismos para detener la energía que nosotros mismos producimos. Donde este control sobre nosotros mismos es la llamada alienación (Navarro, 1998), una incongruencia con las necesidades naturales que comienza a generar ciertas resistencias (lo que Reich llama corazas del cuerpo o formas de adaptación para la sobrevivencia), que Becker da a conocer como carácter (defensas automáticas e inconscientes). De esta forma, aquí se comienza a tejer una red que detiene lo “malo”

que creemos tener por dentro, aunque esto signifique el no satisfacer y culminar una necesidad o muchas.

Hasta aquí el niño se encuentra en una situación donde cancela unas necesidades básicas y gana otras sociales, que de cierta forma la dan una estabilidad entre sus zonas de contacto interna y externa. Solo que el inconveniente aparece cuando las situaciones contacto (en la negación del sí mismo) se hacen reiteradas y se adquiere un significado psicológico de la situación (símbolo) que capacita o incapacita el contenido de autorreferencia, autoconcepto o autoapoyo que el niño está formando (Alcaraz, 2002).

Es este momento cuando el niño inicia la formación del lenguaje, que como elemento mediador básico permite llevar a cabo el proceso de referenciar al Otro en pensamiento (Alcaraz, Op. cit.). Siendo este período donde el lenguaje junto con la influencia que produce el ambiente permite la formación del proceso crear-crear creencias heredadas y crear-crear creencias fantaseadas. Que con ayuda de los símbolos que ahora comienzan a manejarse a nivel intelectual estructuran la intensidad de atención que se le destinará al contacto organismo-ambiente.

En este proceso el niño establece un autoconcepto que le hace “crear y crear” que no posee cualidades dignas de estimación y establece que solo puede vivir a través de los demás (Alcaraz, Op. cit.). Esta tensión vivida en el sí mismo del pequeño hace que se experimente con inferioridad, con un sentimiento de valía frustrado que le hace sentir sin apoyo, lo que fomenta la introyección como forma de vida. Así, sus necesidades básicas no encuentran predominancia en su autorregulación y las experiencias falsificadas de contacto adquieren la virtud de ser la forma

secundaria en la que se permite ahora satisfacer sus necesidades habituales, lo cual genera conductas que no tienen relación con las exigencias que se presentan en una situación determinada.

Para Perls (1974) estas respuestas y no discernimiento de la situación (actuando de forma similar sin importan las características del sistema) es lo que construye formas predeterminadas de afrontar los acontecimientos. Lo que él llama formas estereotipadas de contacto.

Así, la conjunción de estos procesos generan un autocontrol que desvía el cause de las necesidades reales y la energía de contacto se mezcla con situaciones que no son congruentes, lo que al final confunden al organismo total: físico y emocional (Ferrara, 2002). Este no discernimiento influye en la expresión emocional del niño ocasionando la división del sí mismo en partes. Donde cada una de la partes en la que se fragmenta “tienen una conciencia propia” (Salama, 1988). Lo que genera un debate interno muy controversial.

Por ello, la única forma en la que el niño sobrevive a esto es “siendo muy cuidadoso, no sintiendo, no quejándose, escondiéndose física o emocionalmente, manteniendo los ojos bien abiertos a cada instante: él ahora finge, miente, se hace el fuerte, contraer los músculos y manipula (Unikel, 1998). Ahora la satisfacción comienza a solventarse a través de la fantasía para tener aceptación y amor. Y es por esto que se da una desviación en el proceso de contacto a causa de la sustitución de emociones naturales. Este es el proceso que Erickson llama Confianza Básica vs. Desconfianza en relación a la satisfacción o no satisfacción de las necesidades básicas y afectivas (cit. en Amescua, Op. cit.).

Hasta aquí, es importante identificar que la descripción hecha es una generalización de la forma en la que el ser humano entra en contacto con su ambiente, una síntesis de los primeros años de su vida hasta la aparición y manejo del lenguaje, donde la carencia de contacto es lo representativo para generar un conflicto de autorregulación orgánica. Conflicto que se intensificará si la incongruencia vivida se torna insoportable para el ser humano.

De regreso al ejemplo, en esta confusión de funcionamiento orgánico hay también un elemento importante que se pierde ante la incongruencia. Y es la duda, como función de contacto que nos permite poner atención a lo más importante, la que deja de funcionar como herramienta impidiendo la exploración del campo fenoménico, para garantizar la seguridad del individuo. Y es aquí cuando la duda ante una situación pierde poder y el niño ya no es capaz de moverse en su entorno... prefiere paralizarse que diversificar su comportamiento: para no equivocarse la persona no toma decisiones, ya no se mueve, se queda con la duda y en consecuencia con la inseguridad y angustia que esto conlleva (Alcaraz, Op. cit., pág. 77).

En este momento la incongruencia hace que el niño esté bajo el sometimiento de estrés constante (contacto neurótico), lo que genera una estimulación en las glándulas suprarrenales que incrementa en el torrente sanguíneo la síntesis de cortisol inactivando los linfocitos T: desencadenándose así una inmunosupresión, una baja en el sistema inmune que da como resultado aumento de las enfermedades infecciosas (Alcaraz, Op. cit., pág. 78).

Así, el sometimiento a estrés constante y la vivencia del vacío emocional afecta ya la parte física del niño llevándolo a experimentar enfermedad y la posterior cancelación del contacto con nuevas situaciones. En este momento el aprendizaje se estanca junto con el crecimiento y ya no se puede

instalar la novedad como necesidad de descubrimiento puesto que lo que antes eran herramientas de contacto (agresión para disgregar), ahora se imponen –por la cultura- como elementos inapropiados para el entorno social y el niño les aleja con agresión. No les aniquila, porque para desaparecerlas necesita primero de un nuevo repertorio de conductas y es precisamente esto lo que se ha cancelado en su manera de contactar (Delacroix, 1998).

Esto ocasiona que la pérdida de realidad genere que las fantasías se tomen como la otra realidad (Perls, 1975). Y este proceso que ya no es sano para el individuo se transforma en pseudovivencias del círculo de la experiencia, que después de ser la única forma en la que el niño contacta se vuelven formas de relación estereotipadas (Alcaraz, 1999). Ahora el niño ya tiene tanto conductas estereotipadas como relaciones estereotipadas con el ambiente, lo que ocasiona que el niño se engañe construyendo una fantasía, otra realidad que se muestra como algo congruente con su crecimiento.

Aquí el niño ya no es auténtico, su naturaleza se ha falsificado, sus esfuerzos por crecer lo han llevado a existir siendo como quieren que sea, como está impuesto por su medio ambiente –particular y único a cada individuo. Ahora solo actúa en situaciones similares y no hay la capacidad para el descubrimiento. La capacidad de responder se ve limitada y solamente las conductas de imitación son la forma de contacto permitida por el ambiente sociocultural. Esto impuesto por el sistema de creencias que prevalece en cada región geográfica particular, que estructura la personalidad del niño en dependencia directa del dogmatismo que se establece en relación al cuerpo, la sexualidad, la religión, el poder, la capacidad de intercambio afectivo, etc (López, 2002).

Es en este momento cuando las emociones (estados de excitación en relación con el comportamiento) ya no inyectan la energía y motivación necesarias para satisfacer las necesidades reales (Ferrara, Op. cit.). El contacto ha tomado sus primeros vicios y la necesidad de salud aparece con el ocaso del equilibrio homeostático y el dolor representa ahora la necesidad de contrarrestar tal condición.

Es aquí cuando resulta obvia la comprensión de la primera ley del proceso psicósomático, donde el proceso salud-enfermedad resulta de la interacción de un organismo concreto con un ambiente concreto (Alcaraz, 2002). Si el niño pudiera regresar a su autorregulación por sí mismo sabría que en todas las necesidades auténticas -de acuerdo con la Terapia Gestalt- el organismo no nos pide nada de lo que no seamos capaces. Si el niño se diera cuenta de que el camino es la congruencia crecería incrementando su autonomía abriendo progresivamente un abanico de posibilidades para satisfacer sus necesidades auténticas (Zarate, Op. cit.). Solo que por la cancelación de su agresión como herramienta de contacto-asimilación el niño que se detiene no contacta con el lenguaje del organismo y se crea necesidades que proceden de pensamientos e ideas introyectadas (Luna, 1998). Formando finalmente “síntomas” que representan su forma dinámica para el crecimiento (Zarate, Op. cit.).

Hasta aquí la neurosis descrita no determina la incubación del proceso retroflexivo en el niño -característico de la obesidad. Sino que es hasta que se generan problemas en torno a la identificación corporal que se da tal asociación. Y ésta puede estar influida por la vinculación a varios eventos, pero generalmente entre los que llegan a generar pautas patológicas se encuentra la violencia sexual.

Este tipo de violencia rompe las fronteras del ámbito privado del ser humano, lo que genera una pérdida de identidad. De esta manera, éste tipo de maltrato va desde el burlarse del cuerpo del otro hasta el adulterio, hostigamiento sexual, estupro, incesto, abuso sexual y/o violación. Para Bass y Davis (cit. en Martínez, 1999) las reacciones a la violencia sexual puede ser diversas y pueden verse en la falta de integración y abandono del cuerpo, en actitudes en torno al autocontrol físico y emocional, en adicciones y aislamiento o evitación del contacto sexual (características propias del obeso).

Es comprensible entonces que sea este momento en el cual el niño comienza a tener manifestaciones de obesidad infantil. Puesto que el niño basa su desarrollo y crecimiento solo en un proceso de imitación y desconocimiento corporal a causa de varios factores, como son: la influencia del proceso dolor-desagradable-malo, que se produce gracias a la aparición del lenguaje (manejo simbólico del otro y de uno mismo); la interrupción de la agresión en el contacto con el ambiente, que limita la capacidad para diferenciar las necesidades básicas de las introyectadas y; de eventos dolorosos en torno a la identificación corporal, como puede ser la violencia sexual. De esta manera, solo se permite la imitación como forma de vida para mantener la vida en equilibrio. Lo que representa que el niño en conflicto sea un niño-adulto desempeñándose en una sociedad de consumo. Así, la discrepancia entre la experiencia vivida y la función autorreguladora del organismo hace que se incrementen las necesidades de adaptación -física y emocional- a la inseguridad (Unikel, Op. cit.). Aunque esto signifique obtener mayor peso.

Podemos entonces concluir que la mezcla de todas las experiencias incongruentes -en forma continua- hacen que el niño vivencie la angustia como un estilo de vida. Que identificado como sometimiento a estrés constante, genera reacciones intensas y notorias en ciertos órganos del

cuerpo. Como lo comenta Alcaraz (2002), que llegan a producir efectos lesionales desde la célula, un órgano en particular o el organismo completo. Como se denota en diabetes mielitus, enfermedad predominante en la obesidad.

Todo éste proceso de pérdida del equilibrio homeostático es visible a nivel físico, mientras que a nivel de pensamiento, una vez que se instalan las normas, regulaciones y valores del grupo de pertenencia (proceso controlador) se genera la aparición de la culpa como proceso de castigo-autocastigo y se inicia la necesidad de reparación o expiación de la culpa por la creencia de haber hecho algo “en contra de”. Así, la forma en la que se observa representado el proceso del castigo-autocastigo en la obesidad puede verse expresado en la no responsabilización por la autosanidad física y emocional. Que determina una división del sí mismo, donde al cuerpo se le escoge para la descarga de la agresión. Lo que genera, como comenta Chávez (2002), tratar de herir con rencor o deseos de venganza, al otro o uno mismo. Donde la forma más fácil de hacerlo, desde la óptica de Perls (1975b), es generando agresión a través de las palabras que se forman en torno al autoconcepto.

De esta forma para Oltra (1999), la pérdida de autoestima produce la pérdida del reconocimiento de los atributos personales y es originada en base a tres causas: 1) por los mensajes impuestos por el ambiente, que son tragados sin ser asimilados (introyectos); 2) por las formas estereotipadas de responder a las situaciones indiscriminadamente (experiencias obsoletas) y; 3) por las situaciones que no han llegado a una solución, que dejan insatisfacción y la necesidad de cierre o terminación (asuntos inconclusos).

Aún con todo lo anterior, el niño puede permanecer y seguir activo en su entorno, ser obeso y adaptarse al ambiente con las herramientas que posee y continuar su crecimiento en dependencia de lo que el ambiente le quiera dar. Y es hasta la adolescencia que se tiene una nueva oportunidad para crecer, puesto que en esta etapa se inicia un nuevo proceso de desarrollo físico y emocional, donde la transición de la niñez a la adultez implica la reorganización del sí mismo y la reestructuración de la identidad. El desarrollo se hace presente a través del cuerpo generando que la mujer se integre a la vivencia de la feminidad y el hombre a la de la masculinidad (Meza, 1998). Solo que la reorganización del sí mismo y la reestructuración de la identidad estarán en función de las actitudes hacia el cuerpo adquiridas en la identificación de la persona más significativa en la infancia y en relación a la satisfacción o negación de necesidades anteriores.

De esta manera, lo que antes había sido sofocado y hundido en el pasado hace acto de presencia a través de las realidades sensoriales y motoras disponibles (Polster, 1973). En este momento las situaciones son distintas, el sistema exige adaptación y si no se tienen las herramientas necesarias para que la autorregulación orgánica sea congruente la neurosis reclama su territorio. Para Castañedo (Op. cit.) es aquí cuando se hacen rígidos los límites de contacto con las demás personas y la habilidad para encontrar y mantener un equilibrio adecuado con ellas.

Por ello, McConville (cit. en Meza, Op. cit.) considera que esta etapa es decisiva en el crecimiento del ser humano, puesto que es aquí donde se hace una reelaboración de las fronteras interpersonales (los valores, lo familiar, la expresión y la exposición) que se introyectaron en la infancia. Se establecen los propios límites, se adueña uno de su experiencia, se establece contacto con el mundo de manera diferente, se reorganiza el sí mismo y se logra una identidad propia e independiente de la

familia. En pocas palabras se hace una reelaboración de los símbolos con los cuales hasta ahora se ha aprendido a comunicar -sean físicos y emocionales- (Atienza, 1987).

Pero de nuevo, si el ambiente y el individuo no poseen las características de agresión para la asimilación en el proceso de crecimiento se genera una mutación y no solo del crecimiento emocional, sino también del corporal (obesidad). Por ello, en el individuo la salud-enfermedad resulta de la concatenación de la filogenia, ontogenia y su interacción social continua con el campo en el que existe... y no solo es un evento al azar (Alcaraz, 2002).

El cuerpo da cuenta del orden social (López, 2002). Y los trastornos de la alimentación representan un intento de manejar intensas sensaciones de desintegración y falta de límites, así como de definición interna (Meza, Op. cit.). Por ello, para Chernin (cit. en Meza, Op. cit.) la relación con el alimento u obsesión por la comida surge para que las necesidades de agresión en el vínculo familiar puedan expresarse a nivel simbólico, de una manera que no se dañe. Desgraciadamente los introyectos que se generan en relación al tabú “familia” hacen que la agresión no llegue a su objetivo y se genere una retroflexión. Matando poco a poco el sí mismo emocional y por ende el sí mismo corporal (nótese que la división entre la parte emocional y la corporal solamente se hace por mejorar la comprensión del sí mismo integro).

Para este momento la obesidad, que ha sido un estilo de vida para la persona, es el mejor esfuerzo por crecer y adaptarse (ajuste creativo) a su momento existencial (Meza, Op. cit.). Y no importa que tan neurótico sea el funcionamiento corporal o emotivo, para la persona ha sido la manera más sana en la cual ha aprendido a contactar con el ambiente. Aunque esto signifique, como puntualiza Unikel (Op. cit.), un funcionamiento neurótico que se expresa a través de:

- Una disociación interna, en la cual la persona tiene maneras de vivir diferentes y no propias, auténticas o congruentes;
- Con una carencia de libertad ocasionada por la insatisfacción, infelicidad, conflicto y desesperación que se notan en la ansiedad, pánico y depresión observada.
- Donde hay una autoestima en conflicto en la valía personal y en la capacidad de acción de la cual se dispone.
- Donde la angustia aparece en el momento que se quiere solucionar el contacto por medio de la fantasía.
- Aquí al no ser auténtico existe una soledad que se refleja al no contar, la persona, consigo mismo.
- Y al encontrarse presente la angustia y esta falta de uno mismo la vida se vive como un sin sentido.

La expresión de la neurosis a través de síntomas, como en la obesidad, indica que la persona ya no es dueña de su propio cuerpo. Lo que ocasionan que la vida del neurótico no sea feliz y que sea solo una vida gris que no alcanza para su realización (Portuondo, 1979). Esto produce que el obeso, con una autoestima baja, no tenga ya confianza en la capacidad de pensar y afrontar desafíos. Ya no esta disponible el sentimiento de ser digno de merecer. La actividad de la persona se reduce a un estereotipo que le incapacita el crecimiento (Falcón, 1999).

Básicamente, en la persona que se vive obesa la angustia es el centro de sus problemas psicosomáticos, puesto que aquí es donde el acto consciente de sus “no yo” toma la fuerza necesaria para generar la división del sí mismo. Se interrumpe el ciclo normal de la autorregulación

organísmica y se generan alteraciones psicológicas y corporales. Hay cambios internos en los órganos y tejidos, cambios viscerales y somáticos que representan su expresión externa y un malestar subjetivo de la afectividad. Esto se produce al no atender las necesidades en el aquí y ahora durante un largo tiempo, lo que genera que la angustia neurótica aparezca en toda su intensidad (Luna, Op. cit.).

Como lo comenta Drouot una enfermedad está ligada tanto a la función corporal como a la emocional (cit. en López, Op. cit.). Por ello, el proceso de sanación incluye:

- La persona, su actitud y su sistema de creencias.
- El terapeuta... sus posibilidades, su actitud y su propio sistema de creencias.
- Y, la vía terapéutica en sí misma.

3.3 Importancia del proceso corporal en la comprensión de la enfermedad.

La descripción anterior de “cómo se forman los estados neuróticos desde el inicio de la vida” nos permite saber que el ser humano al verse lleno de introyectos conduce su sistema de autorregulación hacia una incongruencia que lo despersonaliza y crea un contacto con el ambiente que no lo hace crecer en forma natural (como se denota en el caso de la obesidad). Así, la magnificación del intelecto y del lenguaje como las únicas vías de comunicación han generado que el cuerpo sea olvidado y que éste ya no se utilice para tomar conciencia del contacto, lo que genera que nos separemos de nuestra propia identidad. Por ello es que para Kepner (Op. cit.) la enfermedad

psicológica y física ocurre cuando una persona aliena lo que es orgánicamente suyo y así desorganiza su funcionamiento.

Esta desorganización de lo propio es generada solo si las herramientas de contacto del organismo se encuentran desorientadas. Y como primer punto, podemos establecer la importancia que tiene la percepción en la adquisición de la enfermedad. Así, la percepción se basa en ser una función en el proceso de contacto para el crecimiento. Y como lo expresan las investigaciones de la psicología de la gestalt, la percepción es un proceso fundamental que se construye gracias a la capacidad de conciencia sensorial de que dispone la persona y de los objetos o acontecimientos exteriores, los cuales dan nacimiento a una gran cantidad de sensaciones: que implica estímulos, receptores, nervios aferentes, centro nervioso y fibras eferentes y de una organización interpretativa que se va formando con la experiencia gradual y progresiva del sujeto (Portuondo, Op. cit). De esta manera, la percepción es la función de contacto (FC) que permite la apreciación de las sensaciones en el ser humano, principal elemento en nuestro proceso de conocimiento.

Con esto, podemos decir que el proceso de conocimiento en el que se apoya el ser humano para vivir necesita de la percepción como función de contacto, puesto que es a través de la percepción que el ser humano distingue sus sensaciones (proceso fisiológico). Por ello, sólo a través del cúmulo de todas las sensaciones que el ser humano experimenta es que él puede tener acceso al conocimiento de los límites de contacto de sí mismo y del ambiente en el que se encuentra. Y sólo así, la congruencia entre sus funciones de percepción y sensación harán posible que pueda poner atención a lo que es más urgente (motivaciones) en el momento, facilitando que exista el proceso natural de la formación y destrucción de necesidades.

Aquí tocamos otro punto muy importante, la capacidad de poner atención a la necesidad más urgente. Y se denota como importante porque la atención tiene funciones vitales para el ciclo de la experiencia (Alcaraz, 1999). Las cuales permiten que la persona pueda:

- Organizar y seleccionar la necesidad (motivación) más significativa del momento. No solo a nivel biológico sino también a nivel emocional (psicológico).
- Así mismo, la atención regula la satisfacción de la necesidad apremiante, dedicándose prioritariamente a la sensación relacionada con dicha necesidad, acompañando todo el proceso de satisfacción hasta su culminación.
- También, permite que se diferencie la figura del fondo, facilitando la actuación de los niveles sensorial y motriz, elementos importantes para hacer contacto y distinguir lo nutritivo de lo tóxico.
- Por último, la atención hace que el organismo diferencie que el proceso de concentración de energía que se utilizó para satisfacer la necesidad ya no es imperante en la misma medida y ahora deja de ser una emergencia. Lo que ocasiona que se destruya la necesidad predominante y se inicie la formación de una nueva.

Lo anterior, completa el punto de vista de Kepner (Op. cit), concluyendo que mientras más funciones de contacto –como la atención, las sensaciones y la percepción- estén negadas menor será el rango de conducta disponible para entrar en acción dentro del ambiente. Y el individuo al mantenerse quieto, sin intercambiar con el mundo perturba su proceso energizante, interrumpiendo su involucración en el contacto. Por lo tanto, es obvio que para Baumgardner (Op. cit.), en la Terapia Gestalt lo importante sea facilitar de nuevo el movimiento, puesto que la percepción (junto con la sensación y atención) per se –en sí y por sí- puede ser curativa.

Con esto podemos resumir que la importancia de las funciones de contacto es primordial para el crecimiento del ser humano, dado que al expresarse de manera congruente permiten el crecimiento. Pero cuando se interrumpen estas funciones, el sí mismo se divide y la parte corporal negada genera que se impidan movimientos para establecer contacto. Lo que ocasiona que lo primero que se cancele sean las emociones, puesto que éstas se expresan en el sistema muscular. De hecho, la emoción desde su significado (del latín e-hacia fuera y movere-mover) es congruente solo cuando se expresa con movimiento. Así, cualquier disturbio en el metabolismo de la excitación disminuye la vitalidad en la persona y si estas excitaciones no se pueden transformar en actividades específicas se estancan, generando un estado orgánicamente alterado llamado angustia, que es una excitación tremenda detenida, embotellada. Lo que incrementa que la parte impulsada para el crecimiento sea predominantemente verbal. Haciendo que las sensaciones no tengan correspondencia con la expresión corporal, separando las sensaciones corporales del sentimiento (Kepner, Op. cit.).

Aquí, el estancamiento de nuestras emociones se hace presente y es determinado por la influencia del entorno. Proceso que permite, desde la óptica de Sergio López Ramos (cit. en Paz, 2002), que el cuerpo sea producto de la construcción social, puesto que es a través de él que se representan los sistemas de nociones, creencias, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan.

El cuerpo es una organización biológica cultural, donde el esquema corporal resume toda la experiencia cognitiva y afectiva del sujeto (la historia de sus vínculos). La materia es lo primario, la sensación a ella ligada es una propiedad y el movimiento generado en este proceso es un modo de manifestarse de la materia (Coursunsky, 1996). Así, un síntoma como la obesidad es signo evidente

de asuntos inconclusos (neurosis), insatisfacciones que han conducido a conflictos psicológicos debido a las necesidades no satisfechas (Zarate, Op. cit.).

De esta forma, podemos decir que tanto las creencias, las experiencias y la herencia genética son la base que determina la capacidad de respuesta de las funciones de contacto y por ende de la salud o la enfermedad presente en la persona. No hay un grado de aceptación corporal que sea el mejor en todas las circunstancias. Lo deseable, por sanidad, es que se tenga el repertorio de acción necesario para que la adaptación más creativa sea la que se utilice en una situación dada (Kepner, Op. cit.). Generando una congruencia en la experiencia vivida, donde en nuestro trabajo es necesario hacer cambios en los símbolos del mundo interno de la persona, implicados en esa actividad (Atienza, Op. cit.).

CAPÍTULO 4.

OBESIDAD: PRODUCTO DE UN PROCESO DE NEUROSIS LLAMADO RETROFLEXIÓN.

4.1 La retroflexión.

Para iniciar con la descripción de los elementos que componen a la obesidad y la hacen compleja, es necesario esclarecer las características en torno a la interrupción en el ciclo de la experiencia llamada retroflexión, mecanismo que determina la aparición de un estado neurótico en particular en la personalidad del ser humano. Y para ello, Perls (1976) postuló a la retroflexión como una forma de contacto en la cual las energías de una persona dejan de dirigirse hacia fuera en un intento de manipulación, para llevar a cabo cambios en el ambiente que le satisfagan sus necesidades. Perls habla de que en este mecanismo neurótico se reorienta la actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo de comportamiento. El retroflektor sabe cómo trazar una línea demarcatoria entre él y el ambiente y dibuja una línea clara y nítida por la mitad, pero la traza por el medio de sí mismo... literalmente llega a constituirse su peor enemigo.

Y esto es ocasionado porque la energía se ha fracturado en su expresión motriz, puesto que se ha interrumpido la agresividad para disolver el campo. Lo que Perls postula como agresión dental se ha frenado. Y partiendo del hecho de que la energía no se destruye solo se transforma, es comprensible que al detener la energía de una emoción ésta tenga que tomar una dirección diferente y la única vía

que encuentra para descargarse, por la incapacidad de contactar con el ambiente, es hacia uno mismo.

Este proceso de descarga de energía sobre uno mismo se ve influenciado por el pensamiento, que por predominio de los símbolos sociales codifican la realidad convirtiéndola en fantasía. Que en el mejor de los casos simplifica la capacidad de acción, pero cuando su utilización se desvirtúa, este proceso (introyección) ocasiona la incapacidad de contacto y a su vez de crecimiento, dejando asuntos inconclusos por la incongruencia vivida entre la percepción, las sensaciones y la atención de la persona, así como la situación que en ese momento es relevante. De esta forma, mientras la acción esté incompleta cualquier nueva situación creada por ella será una situación de transición y solo hasta que se culmine la experiencia se llegará al final y por ende a la satisfacción de la necesidad en conflicto.

Así la retroflexión, como mecanismo neurótico en la obesidad, es una interrupción en el contacto con el ambiente y con uno mismo, donde la pérdida de la agresividad para disolver la experiencia y assimilarla genera la manipulación de la energía, haciendo que ésta se dirija de regreso a uno mismo. Siendo ésta peculiaridad de la retroflexión (el regreso a uno mismo) el mecanismo que se utiliza cuando las condiciones de contacto, entre el organismo y el ambiente, son similares a las siguientes:

1. El ambiente en el que se desenvuelve la persona, en el inicio de su vida, genera una influencia muy fuerte para que se antepongan las necesidades sociales (introyectos) a las biológicas.
2. La fuerza que utiliza el ambiente para conducir a la persona se denota como tóxica en vez de nutricia.

3. Por influencia de esta fuerza tóxica, en el sistema placer-dolor/agradable-desagradable/bueno-malo (que se forma en la vida del individuo) se tiende a cancelar la agresión, como función disgregadora, para contactar con el ambiente.
4. Lo anterior genera que las funciones de contacto, como lo son percepción, sensaciones y atención, no sean congruentes con la experiencia, lo que ocasiona que se vaya disminuyendo la actividad motriz de la persona.
5. La incapacidad de autoapoyo y el nacimiento de los Otros a nivel de pensamiento (por influencia del lenguaje y los introyectos) generan una fantasía que es tomada como realidad. Evento que hace que se crea y se cree una valía personal empobrecida donde la dependencia del otro es la única vía de crecimiento.
6. Por otro lado, al cancelarse la acción en las emociones se originan asuntos inconclusos que no dejan estar a la persona en el aquí y ahora, no le dejan estar pendiente de lo necesario en el momento adecuado.
7. Estas gestalts inacabadas captan la atención del individuo y al no satisfacerlas, por la acción represora del medio ambiente, forman resistencias automáticas llamadas carácter, lo que permite que solo la imitación sea la forma permitida de contacto (conductas estereotipadas y relaciones estereotipadas) en el ambiente.
8. Así, los componentes anteriores no permiten al individuo satisfacer sus necesidades básicas, ocasionando que la envidia aparezca como expresión de la necesidad de seguridad, llevándose este sentimiento a la acción solo a través de la venganza.
9. De esta forma, la incapacidad de obtener un nuevo repertorio de conductas para contactar con el ambiente y la agresión cancelada producen una lucha de agonista y antagonista, donde el sentimiento de culpa nutre el proceso castigo-autocastigo en el cual se encuentra sumergido el retroreflector.

10. Todo este proceso divide el sí mismo de la persona llevándola a cancelar la exploración del campo, dejando a un lado su duda, la novedad, su capacidad de aprendizaje, su perspicacia (percibir el campo y reestructurarlo gradualmente), lo que incrementa las necesidades de adaptación -física y emocional- a la inseguridad.
11. Esta Inseguridad es vivida como angustia y estrés lo que ocasiona una baja en el sistema inmunológico permitiendo enfermedades y la afectación de órganos particulares, que junto con la herencia genética determinan la plasticidad del cuerpo humano: y en nuestro caso “la obesidad”.

Con los elementos anteriores, se confirma que la interrupción en el ciclo de la experiencia llamada retroflexión es el proceso neurótico dominante en el obeso. Y queda demostrado que la dificultad en el problema de vivirse o ser obeso es considerablemente un asunto de percepción (Portuondo, Op. cit.). Siendo la obesidad una justificación para evitar las relaciones, el compromiso y el ser responsable (Sánchez, 1998).

Ser obeso significa disminuir la capacidad de crecimiento al depender de los Otros, donde la individualidad no ha obtenido madurez. Y esto producido porque existen muchas gestalts convertidas en asuntos inconclusos a causa de dos factores: 1) la falta de contacto, que origina una desorganización de los límites o fronteras y no permite que exista la satisfacción plena; y 2) la represión –netamente motora- con la que se lucha, impide la formación de nuevas gestalt y se mantiene a través de contracciones musculares (Burga, 1996). Ocasionando que el gasto de energía se dirija solo a la búsqueda de mecanismos de manipulación (simbiosis), que al mismo tiempo coartan el contacto e incapacitan el regreso a la experiencia del presente.

4.2 Elementos psicológicos presentes en la obesidad.

Ya puntualizados los aspectos más representativos de la retroflexión, describamos ahora cuáles son los estados psicológicos relacionados con la obesidad. Y para ello, Castro (1997) comenta que en los trastornos en la alimentación se denotan conductas y vivencias en relación a la imagen corporal y la alimentación que desembocan en problemas físicos y emocionales. Donde algunos de los principales factores, individuales y psicológicos, que se presentan en estos trastornos son: una alta necesidad de atención por parte de los demás; falta de aceptación de sí mismo; baja autoestima; necesidad de agradar; inseguridad; búsqueda de reconocimiento; dependencia; inmadurez emocional, temor al rechazo; sumisión; falta de autonomía; la experiencia de duelo por pérdidas afectivas; falta de amor o sobreprotección y problemas de identidad.

Así, en la obesidad el descontrol y falta de contacto generan una discriminación social y autodiscriminación constante que puede llevar a la persona a estados de aislamiento y soledad, esto en base a que conceptos como burla, rechazo, fracaso, fealdad, desamor y escasa deseabilidad sexual son los que imperan en el ambiente (Guillén, 2001). Toda esta falta de contacto social y personal es observable en niños con problemas de obesidad, los cuales suelen tener una pobre imagen de sí mismos, expresando inferioridad y rechazo, que a su vez genera aislamiento e inactividad (Martín, 2001).

Y no solamente en la niñez se reporta esta vivencia por parte del obeso. Para Guillén (2001), al entrar en la adolescencia (etapa de cambios físico-hormonales y emocionales), se forman las condiciones necesarias para que se desarrollen los trastornos de la alimentación, siempre y cuando

exista en el adolescente una baja autoestima, una gran preocupación por agradar a los demás, un exagerado temor a engordar y una idealización al aspecto físico.

Como se denota, el contacto con el ambiente no tiene la característica de nutrir el crecimiento de la persona. Y todo este tipo de seudorelaciones en vez de generar seguridad y satisfacción mantiene a la persona en un estado de estrés físico y emocional, que de manera secundaria propician un mal proceso digestivo. Por ello, para Saldaña (1988), la conducta de sobreingesta está inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés, puesto que los obesos producen mayores respuestas de ingesta emocional que los sujetos con normo peso.

En este proceso de soledad y el aislamiento, como fenómenos asociados a la organización y calidad de las relaciones interpersonales, la mujer tiene una menor cantidad de recursos para afrontar la soledad, aumentando así el sufrimiento emocional que vivencia. Donde se determina que el bajo nivel educativo es el que propicia esta diferencia entre géneros (Muchnik, 1998).

Resumiendo, para Meza (1998) en los trastornos de la alimentación la relación emocional con la familia y el entorno muestran en el obeso:

- Que hay una falta de contacto auténtico y seguridad entre los miembros de la familia.
- Que la moralidad fomenta límites absurdos, un contacto restringido y fingido.
- Existe una dificultad para experimentar el cuerpo y los tabúes en torno a él.
- Hay secretos en relación a la sexualidad y no se revelan por las creencias que giran en torno al tema.

- Hay una necesidad de no dejar que los integrantes del grupo familiar alcancen una diferenciación, cuidando que no se desestabilice la neurosis familiar (ganancia secundaria). De esta manera, se ejerce una presión en el adolescente al momento de querer lograr su identidad e independencia.
- Existe también una lucha de opuestos, ya que hay una parte del núcleo familiar que aboga por el cambio y otra parte no lo quiere así. Los mensajes se tornan ambivalentes y no hay un entendimiento entre emisor y receptor, aun en la individualidad, ya que cada integrante de la familia posee los puntos de vista en pugna.
- Es por ello que la comunicación gira en torno de temas superficiales. Los temas que se relacionan con la emocionalidad están fuera del campo.
- Así, los conflictos del núcleo se convierten en tabú y quien intenta hacer un cambio se está revelando en contra de su sistema. Es por ello que los conflictos tienden a ser negados.
- El compartir la responsabilidad del otro es lo más característico en la relación, haciéndose visible la confluencia o relación simbiótica para vivir.
- La sobreprotección, en este tipo de relaciones, se convierte en la forma en la cual cada miembro sigue manteniendo su modo de relación neurótica de dependencia.
- De esta manera, se observa una incongruencia entre la expresión verbal y la no verbal de los afectos, generando en la familia un sistema cerrado resistente a los cambios y modificaciones.
- La confusión en los roles familiares por la falta de maduración y autorresponsabilidad se hace presente.
- Los ideales de cada uno de los papeles familiares y sociales, con los que la familia interactúa, están fuera del alcance real. Haciendo que el perfeccionismo y control sea la forma en la cual se estanca el crecimiento.

- El medio consumista en el cual vivimos forma un ideal de imagen corporal que con el paso del tiempo se ha transformado en un introyecto, mismo que mantiene el proceso de culpa en el obeso haciéndolo cíclico.
- El fomento de la belleza corporal como medio de relación mercantilista, genera que el ideal de imagen corporal se engrandezca y no se llegue a alcanzar nunca.
- El fracaso que ocasionan las dietas dan como resultado que la valía y la capacidad de acción para la autorregulación se vean estancadas. Deteriorando el autoestima al concluir que el ideal de imagen corporal es inalcanzable.
- Los valores del obeso se basan en la construcción de lo que el otro quiere –complacer a los demás.
- Por lo tanto, las fronteras de contacto del obeso se encuentran limitadas, ocasionando incongruencia en relación al sano ciclo de cada emoción.
- El miedo a entrar en contacto es cada vez más grande y no hay una exposición a las relaciones sociales.
- La debilidad de las fronteras genera un miedo al crecimiento y la maduración.
- Los asuntos inconclusos que giran en torno a la relación familiar, sus valores y la propia identidad no permiten al obeso estar en su experiencia presente. Haciéndose presente la necesidad de afecto y una incapacidad para recibir expresiones de amor.
- Por todo lo anterior, en ocasiones la tendencia a las adicciones se hace presente.

4.3 La retroflexión en la obesidad.

Como hemos comentado a lo largo de éste trabajo, lo notorio en la retroflexión es que la agresión no puede llegar al objetivo real y la energía disgregadora se utiliza en contra de uno mismo, generado la división de nuestro holismo. División lleva a la persona a tener un debate interno que le hace desempeñar dos roles al mismo tiempo juez-verdugo y criminal-victima.

Como podemos notar, en la obesidad existe un proceso de dependencia al otro que implica que se incremente la búsqueda de sobreprotección, generando que el obeso no se enfrente a lo que realmente padece y que solo utilice la fantasía para vivir. Donde las creencias formadas en relación al tema obesidad son la mejor forma de tener una excusa para sobrevivir aun en las condiciones mas precarias. Siendo los mitos para Servin (1998), lo que sostiene la neurosis de nuestro existir.

Así, en la obesidad como proceso neurótico, la retroflexión genera la coexistencia de dos fuerzas que están en el interior, una que quiere seguir actuando la puesta en escena de su vida (máscara) y la otra que necesita del cambio para ser autentica, donde sin apoyo psicoterapéutico la primera utilizará su creatividad neurótica para siempre buscar una forma de sabotear a su contraparte y nunca dejarle ser auténtica.

De esta manera, la retroflexión esta presente en la obesidad y se muestra físicamente de diferentes formas. Como ejemplo, en las enfermedades cardiacas se demuestra en todo el aparato circulatorio con la existencia de la hipertensión, donde ésta tensión es generada por el enlace entre la gran actividad fantasiosa que se experimenta, el control de agresión y los sentimientos del culpa en el

proceso castigo-autocastigo (Sánchez, Op. cit.). Haciéndose cíclico éste proceso cuando la energía destinada a la acción se transforma, por la incapacidad de contacto, de nuevo en fantasía.

También, en la respiración existen rasgos de retroflexión y al ser los pulmones los órganos más extensos que tenemos para poder contactar (inhalar-exhalar), se observa en la obesidad un decremento en la utilización de estos órganos. La energía se vuelca sobre uno mismo ocasionando pausas respiratorias peligrosas para la salud. Por ello, se hace comprensible que si el obeso se aísla del medio también interrumpirá su forma de respirar, ya sea minimizando la respiración –como en el caso de el Síndrome de Pickwick y la depresión- o hipoventilándose: donde al mover la caja torácica y reducir el volumen pulmonar por la elevación del diafragma, se produce una respiración ineficiente y un gasto de energía excesivo (Sánchez, Op. cit.), lo cual no deja energía suficiente para la acción, el contacto y el crecimiento.

Con esto, determinamos que el grado de incongruencia física, emocional, de acción y pensamiento que experimenta el obeso hace visible que esta enfermedad es una expresión de la personalidad neurótica. Y lo importante de este descubrimiento es que podemos estar de acuerdo con Jung cuando dice que “un brote de neurosis tiene un fin determinado, es una oportunidad para darnos cuenta quienes somos en oposición a quien creemos ser” (cit. en Salama, 1988).

El descubrir la obesidad como expresión neurótica permite saber cómo el obeso evita desarrollar su singularidad. Comprender para qué sigue estilos de vida automáticos y sin sentido crítico. Permitiendo así solucionar pendientes en los que fueron condicionados desde niños. Y así darnos cuenta cómo, bajo la neurosis, no nos pertenecemos a nosotros mismos, ni somos nosotros mismo, ni actuamos apoyándonos en nuestro centro, ni advertimos la realidad en nuestros propios términos”

(Becker, 1979). Es como dice Miriam Muñoz Polit (1989), somos individuos –de alguna forma o de otra- que estamos “cómodamente instalados en nuestra infelicidad”.

Por ello, al tratar la obesidad es importante no es tratar de quitarla, no tratar de eliminarla. Puesto que, como menciona Polster, una persona crece a fuerza de resistir y la resistencia es parte de la identidad (cit. en Unikel, 1998). No hay que olvidar que Köhler demostró que el aprendizaje tiene lugar cuando existe una tensión (Portuondo, 1979). Solo necesitamos darle la seguridad al cliente para que deje lo conocido y se aventure en lo inexplorado, en su trabajo de integración, o lo que es lo mismo “lanzarse al vacío” (Unikel, Op. cit.). Hay que tener en cuenta las palabras de Perls (1974, pág. 68): la evitación hace que manipulemos al mundo en vez de sufrir los dolores del crecimiento... éste dolor es frustración y esta frustración es lo que nos hace crecer.

4.4 El trabajo terapéutico de la Gestalt.

Son muchas y variadas las técnicas utilizadas en el tratamiento de la obesidad, pero realmente son pocas las que se dirigen al tratamiento del vacío que provoca el vivirse obeso. La obesidad no solamente significa tener un sobre peso mayor al 20%, también significa tener imposiciones respecto de la imagen corporal, la capacidad de contacto y también en la satisfacción de necesidades.

No hay que hacer caso a cualquier técnica terapéutica puesto que está comprobado que independientemente del tipo de terapia el 67% de las psicoterapias tiene resultados en los neuróticos (Suárez, 1996). Y esto se puede deber a que solamente se hace un intercambio o trueque de

introyectos por introyectos, de “deber ser” a cambio de “deber ser”. No se está siendo auténtico, sino un renovado alienado de la sociedad, con nueva información para seguir siendo lo que los otros quieren.

Por ello, para el trabajo con la obesidad desde el marco teórico de la TG, es importante tener en cuenta que los trastornos de la alimentación son una serie de conductas que se caracterizan por un manejo y relación inadecuada o poco satisfactoria en torno a la imagen corporal y la alimentación. En el cual existe una intensa preocupación por el cuerpo, el peso, la figura corporal y los alimentos a ingerir (Meza, 1998). Todo esto debido a que hay una identificación con el ideal de belleza (introyecto) y también una marcada incapacidad para establecer contacto con el propio cuerpo y con el ambiente. El obeso pierde la capacidad para percibir su cuerpo y las tensiones que llega a experimentar las solventa con alimento (Coggiola, 1988).

En el tratamiento de la obesidad es necesario tener una visión íntegra, en la cual el obeso asuma lo que ha proyectado en su parte corporal y se comprometa en conocer para qué lo ha hecho de ésta forma (Sánchez, Op. cit.). Puesto que es a través del cuerpo que se manifiestan las alteraciones y situaciones internas inconclusas: al mutilarlo, agredirlo, deformarlo, o exigiéndole acciones que van en contra de su naturaleza.

La obesidad va más allá de acumular grasa, es una prueba visible de los problemas internos que se están sufriendo. Si se esta obeso es porque hasta el momento no se ha encontrado otra forma de estar en la vida, es la única forma que la persona ha encontrado para satisfacer sus necesidades y mantenerse en cierto equilibrio (Castro, 1997). La ventaja que se tiene al estar en proceso terapéutico es que la sola relación terapéutica por sí es importante, si tomamos en cuenta que la

obesidad es un problema de relación (Sánchez, 1998). Y se incrementan las posibilidades de crecimiento si ponemos al descubierto que la TG abandona la idea de curación como el volver a un estado anterior, postulando a la enfermedad como una oportunidad para cambiar, para completarnos, para crecer, para ser más humanos, más armónicos con nosotros y con el mundo que nos rodea (Schnake, 1995).

En el trabajo psicoterapéutico el éxito sólo se obtendrá cuando el cliente se de cuenta del nivel de ventajas que el proceso terapéutico brinda y del grado de madurez que el cliente alcanza en comparación con la ganancia que le trae el ser obeso o vivirse así. Tanto Rosalía Castro (Op. cit.) como Yolanda Coggiola (Op. cit.), ven en el vivirse obeso una expresión de la personalidad, porque es la mejor forma en la que se ha encontrado poder vivir, donde los resultados del tratamiento solo serán válidos si se acepta modificar el equilibrio que la obesidad proporciona (ganancia secundaria); si se acepta reestructurar la imagen corporal y si hay una autoresponsabilización en las formas de contactar. Sí, como dice Rosalía Castro, se puede distinguir entre el hambre física y el hambre emocional.

Lo importante del trabajo de integración con el cliente que se vive obeso, es lograr proporcionar un lugar en el cual se que tenga la confianza para dejar de ser lo que los demás quieren que sea (como si) y confiar en su potencial para soltarse y dejarse vivir una nueva experiencia. Como lo puntualiza Unikel (1998), hay que permitirse morir para renacer.

La complicación que el obeso tiene, es que ha utilizado la esperanza para evadir la responsabilidad de estar en el aquí y ahora. La maneja como una ganancia secundaria que, generada por la fantasía, hace que el futuro se idealice y no se pueda vivir en el presente (Luna, 1998). Así, incrementa los

introyectos propiciando la formación de sentimientos no naturales, lo que aleja y pone en conflicto a las necesidades auténticas (Muñoz, 1991).

De esta forma, el antídoto parece ser el regreso a la experiencia del presente, para contrarrestar el vivir neurótico, por ser éste un evento extemporáneo. Permitiendo a la persona dar a conocer en toda su expresión los polos emocionales que la componen, puesto que las interrupciones en el contacto son las que ocasionan que se pierda la capacidad de tener pares opuestos de expresión (Amescua, 1999).

Por ello, no podemos tratar a la enfermedad como una enemiga... no podemos pelear con ella sin saber a que vino... Es importante saber donde se ha instalado la enfermedad, puesto que si hay algo que nos pertenece y que nos conecta con todo aquello que nos trasciende, eso es nuestro cuerpo (Schnake, 1995, pág. 77).

Para la TG es importante reestablecer la satisfacción de las necesidades crónicamente insatisfechas, a través de completar las motivaciones actuales (potencialidad de la persona) y trabajar con las necesidades orgánicas pasadas que quedaron frustradas (asuntos inconclusos). Siendo el objetivo de la TG para Perls (1974), el soporte o frustración del cliente para la transformación del apoyo ambiental en autosoporte, rompiendo las relaciones de dependencia que de forma neurótica se han formado.

Éste proceso de maduración (apoyo-frustración) tiene su fundamento en la segunda ley de la termodinámica, donde la tendencia natural de un sistema aislado de su ambiente es la de llegar a un estado en el que predomina el máximo desorden posible para ese sistema. Logrando con éste

desorden que cuando el sistema ha llegado al estado de desorden máximo, se está –de nuevo- en estado de equilibrio, ya que los constituyentes del sistema son indistinguibles entre sí (Joslyn, 1978, pág. 279). De esta forma la segunda ley de la termodinámica evidencia que la destrucción de las situaciones inconclusas es la tendencia natural de las gestalts. O sea, el desarrollo y la maduración.

Por ello, Delacroix (1998) propone tomar en cuenta que no puede instalarse el cambio sino es en un fondo vacío que permita la transición de pasar de un estado de neurosis a otro de autenticidad. Donde el obeso necesita enfrentarse a eso de lo cual se encuentra huyendo, para vaciarse de todas las experiencias pasadas inconclusas. Para ello, es necesario dejar a un lado la supresión del llanto, puesto que la aflicción es una parte del proceso de resignación necesario para superar la dependencia del pasado. De esta forma, el proceso de luto -como uno de los descubrimientos más ingeniosos de Freud- demuestra que es importante para integrar el sentido de uno mismo la acción de todo el organismo (Perls, 1975b).

Este procedimiento de apoyo-frustración permite la consumación del asunto pendiente, emergiéndolo a través del reconocimiento, la intensificación y focalización continua, hasta que la descarga motora –disponible solo en el presente- libera por fin a la persona de vivir en el pasado muerto (Polster, Op. cit., pág. 25). Obteniendo responsabilidad en el cliente, donde responsable significa capacidad para responder a la situación que se presenta en el aquí y ahora (Perls, 1974).

De esta manera, en el proceso de maduración del obeso es indispensable contar con la conciencia del elemento corporal e integrarla al sí mismo. Y así, Kepner (1992) determina que para el cambio es necesario:

1. Un grado suficiente de conciencia corporal.
2. La conciencia de la relación del sí mismo de uno con las cuestiones y problemas corrientes de la vida.
3. Y una creencia básica en la relación entre el proceso corporal y los problemas psicológicos.

También, como lo comenta Natalie Branden, es importante para el cambio potenciar el crecimiento de la persona al propiciar:

- La práctica de vivir conscientemente, estando en contacto con nuestra parte interna, respetándola y generando un estado mental adecuado a la tarea que se realiza.
- Del mismo modo, la practica de aceptarse a sí mismo genera crecimiento al reconocer como parte de uno las emociones, pensamientos y conductas.
- Ser autoresponsable es otro de los elementos, que consiste en pensar por uno mismo: tener la sensación de control sobre mi vida mis actos, y mis metas.
- La práctica de la autoafirmación permite de igual forma el desarrollo al respetar los propios deseos, necesidades y valores, buscando la forma de expresión adecuada a la realidad.
- La practica de vivir con propósito, permite la generación de metas que nos impulsan, nos dan vitalidad y nos ayudan a desarrollar nuestros recursos.
- Por último, la práctica de la integridad personal significa que nuestra conducta necesita ser congruente con nuestros valores, haciendo concordar los ideales y la acción.

El objetivo de la terapia –en relación a la autoestima- sería romper el vínculo con la imagen que la persona se ha formado de sí misma como inadecuada, despreciable e incompleta. Estableciendo crecimiento a través de los cuatro elementos básicos en el arte de amar (Fromm, 1966): el cuidado, que se expresa cuando existe una preocupación activa por quien amamos; la responsabilidad, que significa estar listo para responder a mis necesidades; el respeto, que es vernos tal cual somos, teniendo conciencia de la esencia que nos hace únicos; y el conocimiento de uno mismo y de los otros.

Concluyendo, la TG es una terapia que ofrece el crecimiento de la autenticidad en la persona y, en el trabajo con las enfermedades, en particular con la obesidad, da la oportunidad de incorporar el síntoma a la explicación de la existencia. Trabajando con el cuerpo para restablecer contacto con los procesos corporales, donde el desarrollo de un vocabulario que describa la experiencia corporal y clarifique el significado de movimientos, sensaciones y otros procesos no verbales es necesario. Estableciendo una relación entre las partes escindidas del sí mismo, lo cual permite elaborar las situaciones inconclusas de modo que las funciones negadas vuelvan a asimilarse, expandiendo el rango de respuestas posibles, haciendo operable un nuevo ajuste: lo que llamamos integración.

4.5 Propuesta de Tratamiento Holístico Multidisciplinario

El tratamiento multidisciplinario dirigido al cliente que se vive obeso hasta el momento ha fomenta la desintegración de la persona, puesto que se carece de compatibilidad filosófica en su proceder. Por ello, se proponen como medios alternos al trabajo terapéutico de la TG la homeopatía y el baile psicoterapéutico, dado que existe una gran similitud en la visión ideológica que los sustenta.

De ésta manera, la Homeopatía comparte con el trabajo psicoterapéutico de la Gestalt un parecido en su visión holística del ser humano. Para Macias (1999), Médico Cirujano, Homeópata y Especialista en Psicoterapia Gestalt, la homeopatía toma no solo la parte biológica para generar su diagnóstico, sino que también le son importantes los aspectos mentales, los emocionales, los sociales, los hábitos que le componen y las formas de relacionarse con el entorno.

La Homeopatía, derivada de “homeos” (semejante) y “phatos” (enfermedad), es una doctrina médica, filosófica y científica basada en la ley de semejantes. Obteniendo sus medicamentos de los reinos animal, vegetal y mineral. La cual tiene una concepción fenomenológica del enfermo al defender la postura donde la enfermedad no existe, los enfermos sí. Y considera que el organismo sin fuerza vital, es incapaz de sentir, funcionar y conservarse a sí mismo. Por ello, la prescripción que utiliza se basa en la observación cuidadosa de los síntomas y signos del ser humano enfermo visto en su totalidad. Y el medicamento ofrecido se hace único al haber tantas enfermedades como enfermos, al ser las características emocionales las que determinan la elección medicamentosa (Macias, Op. cit.). Por estas causas, el tratamiento homeopático puede establecer una relación profesional con el Psicoterapeuta Gestalt y así mantener un trabajo multidisciplinario.

Otra de las formas de pasar del trabajo estratificado del que habla Kepner, para tender puentes sobre partes del sí mismo y aproximarse al trabajo de integración con TG es a través de la danza, donde todas las potencialidades de lo humano se ven expresadas y unificadas en cuanto encuentran su ritmo. González (1998b), dice que entre las terapias que emplean la danza para este objetivo la más representativa es la Psicodanza, que induce a través del trabajo en grupo vivencias corporales por medio de estímulos sonoros, teniendo como objetivo el tomar conciencia del propio proceso

evolutivo a través del contacto consigo mismo. Los trastornos en la personalidad llevan a la desconexión en las vías propioceptivas de la percepción corporal: la psicodanza con su técnica pretende reconectar estas vías.

Así, Laura Shellen como la representante más importante de esta técnica, ha desarrollado un método en el cual se libera la energía del cuerpo mediante la toma de conciencia del esquema corporal y su inserción en espacio y tiempo, mediante la representación de roles, intensificando la vivencia de la identidad (González, 1998b).

Aquí el punto de unión entre el bailar y la Terapia Gestalt es el fortalecimiento del darse cuenta. La función fenomenológica del baile ayuda a interpretar lo que somos, para entender que somos nuestro propio instrumento. El baile es una oportunidad para ampliar el darse cuenta en el aquí y ahora, percibiendo lo que pasa dentro y fuera de mí, con plena conciencia y responsabilidad. Es una oportunidad para estar en y con los principios de la Terapia Gestalt. Por ello, para Kepner (Op. cit., pag. 7), la experiencia del cuerpo es experiencia del sí mismo al igual que el pensamiento, la imaginación y las ideas.

La acción contiene las semillas del conocimiento interno, un conocimiento que abarca la ampliación de las propias fronteras y la conciencia que así se asimila (Polster, Op. cit., pag. 26). Así, la actividad física se hace importante puesto que estimula el equilibrio del organismo y su salud: favoreciendo el gasto calórico; la capacidad para utilizar y metabolizar glucosa; la capacidad para utilizar y metabolizar ácidos grasos; permitiendo la disminución en la tensión arterial, los problemas osteoarticulares y los riesgos de padecer cáncer. Efectos que en general mejoran la autoestima.

CONCLUSIONES

La obesidad como proceso complejo de salud-enfermedad.

Con la revisión anterior, ésta tesis sostiene que la obesidad es un proceso complejo, al ser una problemática física generada por una mezcla de componentes muy grande, que impacta a nivel corporal, emocional, espiritual, económico, social, etc. Reflejándose la obesidad con mas severidad, en su mayoría, en las grandes urbes.

De manera simple, podríamos enunciar a la obesidad describiéndola como un desequilibrio energético positivo, haciendo notorio su impacto morfológico y exhibiendo características androides o ginoides. La visión que teníamos en estos últimos años ha cambiando y ya no se trata al obeso solo como un enfermo. Ya no es funcional dividir o segmentar al cliente para poder estudiarlo, ahora nos importa la forma en la cual se desarrolló ésta enfermedad. No importa si ha sido por imitación, por discapacidad o hiperfuncionamiento del sistema endocrino, por cultura, religión o gusto propio (ganancia secundaria). Lo importante es llegar a conceptualizar al obeso como un ser integro, como una persona que necesita crecimiento, la cual no es necesaria dividir, puesto que al segmentarla cancelamos su entrada a la experiencia de contacto. Siendo el contacto lo que dirige cualquier actividad destinada al cambio total.

La obesidad entonces se compone de varios factores que la hacen un proceso complicado, demandante de una visión integral del ser humano. Y en ésta tesis podemos enunciar su complejidad a consecuencia de factores como los siguientes.

1. La influencia ideológica en la historia ha hecho que el mexicano entre en conflicto con la ambivalencia que guarda el significado de ser obeso, confrontando internamente términos descriptivos de la obesidad. Que por un lado significan bienestar (el bien) y por el otro malestar (el mal). Así, socialmente la descripción de la obesidad expresa riqueza-pobreza, salud-enfermedad, tiranía-sumisión. Lo que ejerce una problemática a nivel lingüístico que ocasiona un estado de angustia, puesto que al estar en cualquiera de los polos la contraparte expresa inconformidad social. Ser rico en cierto grado es malo y ser pobre hasta cierto punto también.
2. La economía y la educación juegan, de igual forma, un papel importante en esta enfermedad, dado que al incrementarse las carencias socioeconómicas se incrementa también la posibilidad de desarrollarla. El poco bagaje cultural e intelectual y el centrar la atención de vivir en las necesidades fisiológicas, hacen que las personas con poca cultura sean más fáciles de guiar por introyectos, evento que interrumpe la expresión de la agresión y la reprime.
3. Al ser las creencias, expectativas y demandas en el seno familiar las que delimitan las fronteras de contacto (necesarias para habilitar el aprendizaje y por ende el desarrollo), el ejercicio del poder en la vida capitalista disciplina el cuerpo para salvaguardar la estabilidad social: controlando la sexualidad. Lo que genera que el control del cuerpo se base en la persecución de una imagen corporal y un ideal de belleza inalcanzables.
4. Hay características en las grandes urbes que también son elementos que incrementa la posibilidad de ser obeso. El sedentarismo, dietas con excesos de carbohidratos, grasas y azúcares y otros alimentos que incrementan el estrés generan el ambiente concreto en el cual es más fácil la adquisición de sobrepeso.

5. Otro factor que hace de la obesidad un proceso complejo es la plasticidad del cuerpo, puesto que la capacidad de adaptación del ser humano ocasiona que se generen procesos que alteran la genética en la corporalidad de la persona, sobreviviendo un evento tan caótico como tener un sobrepeso mayor al 100%.

No solo los factores anteriores, de forma general, son los que inciden en la problemática de la obesidad. También existen componentes individuales que crean complejidad en la aparición de éste padecimiento. Así, la obesidad, también se describe como proceso complejo porque:

1. El ambiente en el que se desarrolla el individuo tiene más características tóxicas que nutricias.
2. Es notoria la existencia de un evento traumático (violencia sexual), que mezclado con un proceso de neurosis genera este proceso psicossomático, denominado obesidad.
3. Se anteponen las necesidades sociales (introyectos) a las necesidades biológicas, permitiendo el crecimiento aun en condiciones ambientales adversas.
4. En el sistema placer-dolor/agradable-desagradable/bueno-malo, por la acción represora del ambiente, se cancela la agresión (exploración del campo) para disminuir las experiencias tóxicas.
5. Al cancelarse la agresión, se cancelan las funciones de contacto (percepción, sensaciones y atención), ocasionando que se vaya disminuyendo la actividad motriz en la persona.
6. La falta de acción disminuye las habilidades de autoapoyo, lo que incrementa el proceso de dependencia como vía de desarrollo.
7. La incongruencia en las emociones origina asuntos inconclusos que no dejan al obeso estar pendiente de lo necesario en el momento adecuado.

8. La insatisfacción de las necesidades forman, por repetición continua, resistencias automáticas (carácter), dejando que solo la imitación sea la forma permitida de contacto (conductas estereotipadas y relaciones estereotipadas).
9. El sentimiento de culpa, originado por la acción represora de los introyectos, nutre la agresión reprimida, lo cual genera un proceso de retroflexión que con el tiempo se hace cíclico y fomenta la dependencia.

Por lo anterior, se considera que el proceso de salud enfermedad llamado obesidad, es producto de un proceso complejo que es importante tratar con una óptica integral del ser humano, para no disgregar sino conjuntar.

Utilidad de la obesidad como proceso de autorregulación.

Autores citados en este trabajo (Alcaraz, 1998, 2002; Corsunsky, 1996; Martín, 2001; Saldaña, 1988) confirman que el cuerpo posee una plasticidad para la adaptación, que ocasiona que a través del aprendizaje se potencie o disminuya la atención necesaria en el proceso de soporte calórico. Los neurotransmisores, las respuestas endocrinas y las reservas del cuerpo pueden llegar a "domesticarse", adaptándose a las exigencias sociales en boga (anorexia, bulimia, obesidad). Ocasionalmente que nuestros procesos físicos tengan una distorsión en relación a su ritmo y ciclo natural.

Así, la plasticidad del cuerpo da cuenta de que la obesidad, en un momento determinado de la vida, se presenta como la posibilidad más viable sobre la cual la persona puede seguir existiendo. Como

lo comenta el psicoanálisis, el síntoma (obesidad) es una sustitución de la neurosis que permite que el sujeto siga funcionando, donde se mezclan las dolencias físicas y los brotes neuróticos de la personalidad para generar la enfermedad psicósomática.

Por ello, la obesidad se muestra útil en la interacción de un individuo concreto con un ambiente concreto, cuando la toxicidad del ambiente supera la autorregulación del individuo. Cuando la represión del ambiente se ejerce a través de la violencia sexual (burlarse del cuerpo del otro, adulterio, hostigamiento sexual, estupro, incesto, abuso sexual y/o violación), y las conductas neuróticas (retroflexión) hacen que se habiliten o inhabiliten las capacidades de expresión y exposición en los individuos, que sirve de soporte ontogenético (lo familiar) y de guía (valores) en el enfrentamiento de nuevas situaciones, de nuevas gestalts.

De esta forma, al interrumpir el ciclo normal de la experiencia (neurosis) el darse cuenta, en las zonas interna, externa y de fantasía, se altera y permite al obeso tener una desensibilización en el contacto, que ocasiona tener una realidad diferente (fantasía) a la que se vive y donde experimenta una aparente y feliz incomodidad.

Por ello, el obeso al ser poseído por introyectos (pensamientos que forman conductas estereotipadas y relaciones estereotipadas) focaliza como única vía de descarga de la agresión el propio cuerpo, disminuyendo así la frustración de no poder autoportarse, de no poder disolver el campo para asimilar la experiencia. Llevándolo a manipular el ambiente y los otros para obtener los nutrientes sociales y biológicos necesarios para seguir existiendo, aunque ello signifique aprender a inutilizar las habilidades de contacto (incongruencia en la autorregulación orgánica), ya sean físicas o emocionales, necesarias para el crecimiento.

La obesidad está basada en un autoconcepto degradado y un ambiente que promueve la dependencia.

Como ya se expuso, la repetitiva acción del proceso retroflexivo (autoagresión) en el obeso divide la integridad de su sí mismo, minimizando la capacidad de las funciones de contacto (percepción, sensaciones y atención), incrementando poco a poco la incongruencia de la acción con la experiencia. Donde al interrumpirse la actividad motriz, la persona cancela la afirmación de su autoestima. Que al final, deja como únicos caminos para la sobrevivencia la imitación y las relaciones de dependencia.

Así, al desarrollarse la obesidad, el autoconcepto se ve cada vez más degradado. Lo que ocasiona dejar a un lado la experiencia de la duda, de la novedad, de la capacidad de aprendizaje. Lo que incrementa las necesidades de adaptación –física y emocional- a la inseguridad. Haciendo que no solamente que las emociones se confundan y desnaturalicen, sino que también que el cuerpo cambie y adopte una figura que detenga los ataques del exterior, utilizando a la grasa como una barrera aislante: como una protección.

La salud-enfermedad en el obeso se forma en un ambiente en el que se carece de relaciones afectivas y emocionales nutricias (que propician independencia). Puesto que la aparición de los otros (a nivel simbólico) y la frustración de la agresividad (para disolver la experiencia) en etapas tempranas de la vida, propician la insatisfacción de las necesidades de seguridad, de aprecio y de

afirmación del sí mismo. Lo que ocasiona la disminución de habilidades para entrar en contacto con el ambiente y cambiarlo (dependencia).

Importancia de la agresión en el crecimiento físico y emocional del obeso.

La visión dual que predominó todo el siglo pasado, con referencia a la concepción de hombre, fomentó en el ser humano la magnificación del intelecto y del lenguaje, menospreciando procesos como la percepción, el darse cuenta, la intuición. Todo esto provocado por el proceso cultural del poder, que se ha encargado de reprimir el cuerpo y el controlar la sexualidad. Donde por cultura en México, al hombre se le permite tener un mayor grado de expresión en sus estados emotivos agresivos y a la mujer se le limita en su forma de entrar en contacto con el ambiente, deteriorando su capacidad de exposición, familiarizándose y valorándose de manera negativa, llevando consigo una frustración en su contacto con el ambiente: que puede ser motivo por el cual la obesidad está con mayor grado presente en el sexo femenino.

Así. el equilibrio homeostático en el obeso disminuye y cambia sus ritmos de autorregulación orgánica. Lo que permite que el estrés se haga presente y el sistema inmunológico se deprima. Evento que, después de cierto tiempo, conduce a enfermedades degenerativas.

En este proceso, las creencias tejen redes de información que ayudan a filtrar la percepción simbólica y sensorial del ser humano, determinando aquello con lo que puede o no entrar en contacto. Siendo el sistema de creencias el detonante de la modificación corporal, al fomentar o

deteriorar los sistemas de defensas del cuerpo, promoviendo la vulnerabilidad o resistencia a los agentes patógenos o a sus propios procesos psicosomáticos (Alcaraz, Op. cit.).

Esto apoya la idea de que la manera en la que se forman y componen las creencias predispone la adquisición o no de la enfermedad. Así, el factor que activa la función tóxica de las creencias es el introyecto (trozos no digeridos o asimilados de experiencia), puesto que cancela la acción disgregadora de la agresión, lo cual no permite establecer de nuevo el proceso normal de satisfacción de necesidades, indispensable en la autorregulación orgánica.

Por ello, son las funciones disgregadora (agresión) y conjuntadora (asimilación), utilizadas en el contacto, las que soportan el crecimiento del ser humano. Permittedose incorporar la experiencia de contacto solo cuando la fuerza y naturaleza con la cual se expresa la agresión determina la disolución del evento para su posterior asimilación, ocasionando que exista una congruencia entre la magnitud de dicha experiencia y la capacidad del organismo (órganos y energía conjuntadora) para permitir la asimilación del evento. Por ello, es importante que la agresión no se interrumpa en el proceso placer-dolor/agradable-desagradable/bueno-malo del desarrollo humano, puesto que es posible que esto ocasione la acumulación de introyectos, la formación de creencias y por ende, la pérdida de autenticidad y la posible formación de enfermedad.

Así, la agresión es necesaria en el crecimiento de todo organismo que interactúa con el ambiente. Y en el ser humano, la agresión permite ejecutar el contacto que reafirma al sí mismo y permite la congruencia física para seguir existiendo.

Importancia del metabolismo mental en el proceso de contacto.

Con lo revisado en este trabajo, se concluye que el metabolismo mental está compuesto por dos energías: la disgregadora y la conjuntadora. Que a su vez se vale del ciclo de la experiencia para llevar a cabo el crecimiento del ser humano.

Así, la falla en el contacto ocasiona la formación de introyectos, la cancelación en el uso de agresión para disolver la experiencia. Lo que lleva al individuo a formar introyectos (relacionadas con el contacto), en relación a sus zonas interna, externa y de fantasía, que alteran los ritmos bioquímicos en la actividad corporal, donde tras la repetición continua forman la base del proceso salud-enfermedad.

Lo anterior corrobora la influencia que denotan las creencias a nivel individual, mismas que se diferencian en dependencia de las instituciones sociales (familia, escuela, religión, política, y medios de comunicación) pertenecientes a cada entidad geográfica del mundo. Así, el objetivo de dominio sobre el Otro ha generado una involución en nuestra capacidad de contactar, de explorar el campo para el crecimiento, donde las creencias se han convertido en la manera más común para conducir el desarrollo y llevarlo hacia espacios de equilibrio que retrazan el darse cuenta.

La domesticación del contacto en las áreas externa e interna han generado que la capacidad de acción disminuya y que la fantasía se incremente. Proceso que lleva a encontrar en la imaginación una salida para la energía que se encuentra embotada en el organismo. Por ello, es importante que se

lleve a cabo en el metabolismo mental la ejecución de la agresión para el crecimiento a nivel físico y emocional.

Este proceso de pérdida de percepción y de separación del potencial de contacto para el crecimiento, es lo que en Gestalt se conoce como proceso de neurosis. Por ello, en el trabajo presente, la obesidad es vista como una expresión del estado neurótico y es por ésta incongruencia que se niega la experiencia y se detiene el crecimiento.

Identificación del proceso retroflexivo en la obesidad.

El objetivo es mostrar a la obesidad como producto de un proceso de retroflexión neurótica. Y en los párrafos anteriores, se expone que la obesidad es una forma de manipular el ambiente y obtener apoyo para el crecimiento que no es posible obtener de manera autónoma.

De esta forma, las características de la neurosis están presentes en la obesidad, al exhibirse una forma de dirigir la energía, normalmente hacia el exterior, de regreso a uno mismo. Así, la retroflexión, como proceso de interrupción del contacto, se hace presente en bastantes situaciones:

- En la expresión motora, el impulso de contactar con el ambiente se ve afectado por una respuesta motora de carácter contrario que produce dolor y molestia. Así, el obeso gasta su energía en el mantenimiento de dos fuerzas que se encuentran activas al mismo tiempo y con ésta expresión somática se hace más notoria la retroflexión.

- Los síntomas en la obesidad también reflejan muchas de las características de la retroflexión. Y en el caso de los padecimientos cardiacos, la incapacidad de los obesos de presentar expresiones hostiles hacia los introyectos, hace que se presente un incremento en la tensión del aparato circulatorio que posteriormente se transforma en hipertensión: la energía no se puede descargar hacia el exterior y se queda rondando en todo el cuerpo a través de la sangre y el músculo cardiaco.
- En la respiración también se hace presente la retroflexión. Puesto que al ser los pulmones uno de los órganos mas grandes con los que contamos, en ellos se estructura una fuerza que detiene la actividad respiratoria. Tanto en el Síndrome de Pickwick, la depresión y la hiperventilación la energía que se necesita para afrontar el exterior, se gasta en uno mismo, sobreexplotando o deteniendo el ritmo de nuestra caja torácica con el afán de disminuir las capacidades de contacto.
- Aunado a esto, la inmunosupresión bioquímica que provoca la obesidad, con toda la incongruencia orgánsmica vivida, facilita que se desarrollen procesos cancerigenos en los cuales el nuevo crecimiento -neoplasia- es el ataque y lucha de nuestra energía contra nosotros mismos.

La elección del proceso de retroflexión como una forma de construir la existencia del obeso.

De forma general, la obesidad como “técnica” de manipulación –invisible al darse cuenta-, ofrece al individuo una simbiosis en su núcleo de relaciones afectivas más cercano, asegurando su equilibrio para sobrevivir. Adquiriendo de los otros la estabilidad que el mismo sujeto no podría solventarse por la incapacidad de generar sus propios apoyos.

En el obeso existe una incapacidad de enfrentar acontecimientos estresantes, puesto que en su metabolismo mental la capacidad de agredir la situación nueva y crecer no encuentra soporte en la fronteras de contacto (expresión, exposición, valores, lo familiar), pues el nivel de energía que se requiere para funcionar conforme a su naturaleza ha sido falsificado y solventado a través de una neurosis: de la incongruencia en su autorregulación orgánica. Así, las motivaciones ya no son entendidas completamente. Y con la influencia negativa del ambiente (físico y ontológico) se hace prioritaria la salida de energía tomando como punto de descarga al propio cuerpo. La desensibilización del cuerpo comienza; la frontera de lo familiar disminuye su campo de conocimiento y las sensaciones entran en un proceso de lentificación de los ciclos y ritmos fisiológicos. Ya no es posible describir de manera natural las sensaciones físicas y emocionales. Ya no es posible formar una figura completa. El proceso de atención está neurotizado y es manipulado por el propio individuo para garantizar la estabilidad en un ambiente adverso.

Esta garantía de estabilidad es lo que hace cíclico el evento neurótico -retroflexivo- en el obeso. Y aún siendo un proceso de autoagresión, es la mejor forma en la que obtiene la capacidad necesaria para crear una realidad que le permite seguir existiendo.

Por ello, la elección de un proceso retroflexivo como elemento de interacción con el ambiente y con uno mismo, es la manera más creativa con la cual cuenta el individuo obeso para vivir. Es la forma en la que construye su existencia, con el ambiente concreto del que dispone y con el individuo en concreto que es, porque hasta el momento no ha encontrado otra forma de enfrentar su realidad.

¿Es la retroflexión la autointerrupción característica en la obesidad?

Sí, se puede asegurar que la retroflexión es la interrupción en el contacto característica de la persona obesa. Y aunque contiene al mismo tiempo varias interrupciones en el ciclo de la experiencia, la retroflexión se muestra de forma regular, para el mantenimiento de la ganancia secundaria. Así, encontramos en la obesidad las siguientes interrupciones neuróticas en el contacto:

1. La desensibilización en el obeso se identifica a nivel corporal cuando el incremento de la grasa genera una disminución en las funciones de contacto, ocasionando que no haya congruencia entre la atención, la percepción y las sensaciones. Así, éste proceso distorsionado de contacto disminuye la capacidad para identificar, a nivel bioquímico, diferentes estados emocionales. Lo que genera con el tiempo la incongruencia entre lo que se hace, lo que se piensa y lo que se dice en relación a la situación experimentada en el presente.
2. El proceso de introyección también se encuentra en la obesidad y es, evidentemente, la base de todas las interrupciones de contacto en la experiencia del ser humano. Es importante hacer notar que los valores que mueven al ser humano se basan en las creencias que giran en torno a las instituciones que hay en la sociedad (geográficamente establecida). Y que los conceptos bueno y malo se introyectan en dependencia de los dogmas que ahí existen, ocasionando un conflicto intelectual en cierto tipo de experiencias: mismas que llevan a la neurosis. Así, en el obeso los introyectos afectan y conducen la capacidad de elegir entre el contacto que genera el crecimiento y el contacto que promueve la dependencia. Por ello, los introyectos son los encargados de otorgar al pensamiento el recuerdo de experiencias dolorosas, que al maximizarse en la fantasía,

ocasionan el preferir la pérdida de contacto antes de que el evento traumático se presente de nuevo.

3. La proyección es otra de las interrupciones neuróticas utilizada por el obeso, solo que se utiliza de forma menos habitual. En la proyección el criterio para que ésta se lleve a cabo, es que exista un nivel tal de energía agresiva que permita expulsar al introyecto fuera del sí mismo, manteniendo así una estabilidad emocional y física. En el obeso el ambiente ha ocasionado que la energía agresiva se cancele en la búsqueda de disolver la experiencia para su asimilación. Por ello, la proyección es un mecanismo menos utilizado, puesto que en el obeso hay menos energía disponible para disgregar los introyectos que forman las creencias que fomentan el proceso de salud-enfermedad.
4. La confluencia también se hace presente en la obesidad permitiendo el no discernimiento de los propios límites y de los demás, haciendo que la ganancia secundaria que se obtiene, sea la no responsabilización de la propia existencia. En pocas palabras, la dependencia.
5. La adicción a las relaciones de dependencia con el ambiente y con las personas, frenan el proceso natural de autoactualización del obeso. Y así, el contacto con los eventos que proporcionan crecimiento (físico y emocional) no llega a su consumación. Carecen de energía disgregadora para culminarse y solo se opta por tener una actividad alternativa: como en el caso de la ingesta compulsiva (adicción)
6. Los contratos, fantasiosamente establecidos en las relaciones afectivas del obeso, demuestran la existencia de la proflexión. Contratos que se encargan de sabotear el crecimiento y de tener a la persona en la posición de víctima, por ser ella, siempre la parte afectada en el contrato.

7. El ambiente tóxico, la presencia de introyectos, la baja en la actividad física, el deterioro del autoconcepto y el incremento de la imaginación ocasionan que el obeso genere estados de angustia que son difíciles de afrontar. Por tanto, el aislamiento se conforma como una manera de alejarse de esa angustia de contactar con el ambiente. Y permite el equilibrio, aun generando enfermedad.

Por último, la tesis expuesta en este trabajo, afirma que la obesidad, es generada por el proceso retroflexivo. Así, la autoagresión sufrida por el obeso es la única forma en que puede construir la armadura adiposa para confrontar su realidad. Sus pensamientos son los únicos que dan dirección a su energía, y en cuanto ven la oportunidad, descargan esa energía en el ser más indefenso que existe a su alcance (a consecuencia de la baja autoestima): o sea, él mismo.

Propuesta de Tratamiento Psicoterapéutico para el proceso de retroflexión neurótica que emplea en la obesidad.

La posibilidad de tratamiento con el cliente que se vive obeso encuentra en la Terapia Gestalt una nueva forma de percibir el proceso de salud-enfermedad, donde la agresión perdida, en etapas tempranas de la vida, ocasiona que no se tengan las herramientas necesarias para llevar a cabo el proceso de asimilación de la experiencia.

Así, la pérdida de la agresión en la obesidad es lo que forma el proceso cíclico de la dependencia como manera permitida de existencia. Lo obvio de lo obvio entonces, es que el obeso desensibiliza

sus funciones físicas de contacto, por elección propia, para no discernir los límites propios y del ambiente que le rodea con el objetivo de autopropiciar la carencia de independencia.

La gestalt como aporte al trabajo multidisciplinario ofrece una postura filosófica que denota al ser humano como una entidad que se expresa a través de todos sus elementos por medio del sí mismo, lo que permite trabajar el proceso salud-enfermedad desde esta misma unidad con repercusiones en la totalidad del individuo.

El trabajo terapéutico con el obeso, a través del desarrollo de la conducta agresiva, asegura la vivencia de las funciones de contacto (percepción, atención y sensaciones) reprimidas en el transcurso de la existencia, lo que lleva a la persona a la acción y esto a su vez al incremento de la autoestima. Siendo este último elemento el causante de la deserción en el tratamiento y la insatisfacción con los resultados, que se ofrecen al tratar este proceso llamado obesidad.

REFERENCIAS

- Alcaraz, J. Rene. "Ciclo de la experiencia y el papel de la atención". **Figura Fondo**, 2002 (11), 81-92.
- Alcaraz, J. Rene. (2002). "Creencias y procesos psicossomáticos". En: López, R. Sergio (Ed). *Lo corporal y lo psicossomático: reflexiones y aproximaciones III*. México México. Ediciones CEAPAC.
- Amescua, Guadalupe. "La integración del niño y del hombre: trabajo de polaridades". **Figura Fondo**, 1998, 4 (1), 17-36.
- Assoun, Paul-Laurent. (1998). *Cuerpo y síntoma. Lecciones Psicoanalíticas el cuerpo*. Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- Atienza, Marta. (1987). *Estrategias en Psicoterapia Gestáltica*. Argentina. Ediciones Nueva visión.
- Baumgardner, Patricia. (1994). *Una interpretación*. México. Árbol Editorial.
- Burga, Rómulo. "Terapia Gestáltica". **Psicología**, 1996, N°. 29 (marzo-abril), 24-29.
- Carpio, C ; Pacheco, V ; Hernández, R ; y Flores, C. "Creencias, criterios y desarrollo psicológico". **Acta Comportamental**, 1995, 3 (1), 89-98.
- Castañedo, Celedonio. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México. Ed. El Manual Moderno.
- Castro, A. Rosalía. "Una batalla contra la báscula". **Figura Fondo**, 1997, 1, 77-93.
- Ceballos, G. Héctor. (1985). *Foucault y el poder*. México. Ediciones Coyoacan.
- Coggiola, Yolanda. (1988). "Gestalt aplicada a la obesidad infantil". En: Salama, Héctor (ed). *El enfoque Gestalt. Una Psicoterapia Humanista*. México. Ed. El Manual Moderno.
- Corsunsky, Leonor. "Terapia por movimiento". **Psicología**, 1996, N°. 29 (marzo-abril), 11-16.
- Chávez, de S. Isabel. "La culpa en el proceso de duelo". **Figura Fondo**, 2002, 11, 93-108.

- Delacroix, Jean-Marie. "A propósito del vacío". **Figura Fondo**, 1998, 3, 119-130.
- Fagan, Joen. (1970). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Gestalt*. Argentina. Amorrortu editores.
- Falcón, F. Flores. "Taller de autoestima. Gestalt-Branden". **Figura Fondo**, 1999, 6, 69-92.
- Ferrara, Antonio. "La envidia. De sentimiento a estructura de la personalidad". **Figura Fondo**, 2002, 11, 67-79.
- Fromm, Erich. (1966). *El arte de amar*. Buenos Aires. Paidós.
- González, de Y. Ma. Teresa. "Sentido de vida y Gestalt. Mujeres de edad madura en busca del para qué de su existencia". **Figura Fondo**, 1998, 3, 65-94.
- González, Maria del Pilar. "Bailar, vibración del Self... vibración de la vida...". **Figura Fondo**, 1998b, 4 (1), 79-106.
- Guillén, Raquel. (2001). *Nuevas dimensiones en obesidad*. UNAM, México.
- Hernández, Luis. "La salud mental y la Terapia Gestáltica". **Psicología**, 1996, N°. 29 (marzo-abril), 30-32.
- Higashida, Berta. (1995). *Educación para la salud*. Interamericana MacGraw-Hill.
- Joslyn, Marc. (1978). "Figura-Fondo: Gestalt-Zen". En: Stevens, John (ed). *Esto es Gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestálticos*. Santiago de Chile. Ed. Cuatro Vientos.
- Kepner, James. (1992). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México. El Manual Moderno.
- Latner, Joel. (1970). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile. Ed. Cuatro vientos.
- Latner, Joel. "Lo Holístico. Abarcándolo todo". **Figura Fondo**, 2002, 11, 21-41.
- Lolas, S. Fernando. "Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos, diagnósticos y psicométricos". **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, 1992, 38 (2), 113-118.

- López, R. Sergio. "Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático". En: López, R. Sergio.(Ed) *Lo corporal y lo psicosomático: reflexiones y aproximaciones III*. México. Ediciones CEAPAC.
- Luna, Rubén. "La angustia una doble mirada". **Figura Fondo**, 1998, 4 (1), 3-15.
- Martín, Franz. (2001). *Obesidad: algo más que un problema de peso*. México.
- Martínez H. Laura Elizabeth. "La revelación del secreto. Una experiencia terapéutica humanista-gestalt en el tratamiento de mujeres adultas sobrevivientes de violencia sexual". **Figura Fondo**, 1999, 6, 27-48.
- Martínez, Yaqui. "El instante psicoterapéutico". **Figura Fondo**, 1998, 3 (1), 3-22.
- Meza, Deborah. "La bulimia como ajuste creativo en la adolescencia y su abordaje gestáltico". **Figura Fondo**, 1998, 4 (1), 107-136.
- Muchinik, E ; Seidmann, S ; Acrich, L. "Soledad y aislamiento". **VI Anuario de Investigaciones**, 1998, 301-312
- Muñoz, P. Miriam (1991). Artículo inédito. "Las necesidades desde el punto de vista de la psicología humanista". México.. I.H.P.G.A.C.
- Muñoz, P. Miriam. (1989). Reconocimiento, satisfacción y sentido de las necesidades. México. I.H.P.G.A.C.
- Muñoz, P. Miriam. "La Psicoterapia Gestalt y el nuevo paradigma científico". **Figura Fondo**, 1997, 1, 23-38.
- Maslow, Abraham (0000). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. Trillas. México. Capítulo 2.
- Navarro, Roberto. (1984). *Psicoenergética: una psicoterapia corporal para eliminar las tensiones y vivir mejor*. México. Ed. Limusa,

- Oltra, S. Mauricio. "Alas para volar... la autoestima y la expresión corporal, en el crecimiento personal". **Figura Fondo**, 1999, 6, 93-106.
- Onnis, Luigi. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. España. Ed. Hender.
- Paz, F. Miguel Ángel. (2002). "Cosmovisión nahua: religión y concepto de cuerpo". En: López, R. Sergio. *Lo corporal y lo psicósomático: reflexiones y aproximaciones III*. México. Ediciones CEAPAC.
- Peñarrubia, Paco. "La supervisión del psicoterapeuta Gestáltico". **Figura Fondo**, 1998, 3, 39-44.
- Perls, Fritz. (1974) *Sueños y existencia*. Santiago de Chile. Ed. Cuatro Vientos.
- Perls, Fritz. (1975). *Teoría y práctica*. México. Árbol Editorial.
- Perls, Fritz. (1975b). *Yo, hambre y agresión*. Los comienzos de la Terapia Gestáltica. , México. Fondo de Cultura Económica.
- Perls, Fritz. (1976). *El enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Chile. Cuatro Vientos.
- Polster, Erving y Miriam. (1973). *Terapia Gestáltica*. Argentina. Amorrortu editores.
- Portuondo, Juan. (1979). *Psicoterapia Existencial, Gestáltica y Psicoanalítica*. España. Ed. Biblioteca Nueva.
- Quitmann, Helmut. "Declaraciones pragmáticas de la psicología humanista". **Compilación de artículos de la Psicología Humanista**, 2002, 1, 25-40.
- Koopp, Sheldon. "La tercera Fuerza". **Compilación de artículos de la Psicología Humanista**, 2002, 1, 41-54.
- Robine, Jean-Marie. "En lo abierto de la situación". **Figura Fondo**, 2002, 11, 7-19.
- Salama, P. Juan. (1988). *El enfoque Gestalt. Una Psicoterapia Humanista*. México. Ed. El Manual Moderno.
- Saldaña, Carmina. (1988). *Obesidad*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.

- Sánchez, B. Margarita. “El obeso y las enfermedades. Un enfoque gestáltico”. **Figura Fondo**, 1998, 3, 45-58.
- Schnake, Adriana. (1995). *Los Diálogos del Cuerpo. Un Enfoque Holístico de la Salud y de la Enfermedad*. Santiago de Chile. Cuatro Vientos.
- Stevens, John. (2000). *El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivenciar*. México. Ed. Cuatro Vientos.
- Suárez, Alejandra. “El efecto placebo”. **Psicología**, 1996, N°. 29 (marzo-abril), 21-23.
- Szpirman, T. Ester. “Las situaciones no resueltas y algunas repercusiones psicológicas e la tercera edad. Un punto de vista desde la Psicoterapia Gestalt”. **Figura Fondo**, 1997, 1, 95-112.
- Unikel, Alejandro. “Asumir el riesgo del cambio: vivir el impasse”. **Figura Fondo**, 1998, 4 (1), 37-54.
- Unikel, Alejandro. “Los nuevos criterios para contactar con la realidad y sus efectos en la psicoterapia”. **Figura Fondo**, 1997, 1, 3-22.
- Yontef, Gary. (1995). *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestalt*. Santiago de Chile. Ed. Cuatro Vientos.
- Zarate, de la Medina y Martínez. “El síntoma en el niño desde la Gestalt”. **Figura Fondo**, 1998, 4 (1), 137-142.

Anexo 1 (Extraído de Salama, 1988)

Friedrich Salomón Perls (1893-1970)

Nace el 18 de Julio de 1893 en Berlín, Alemania.

Se gradúa como médico en la Universidad de Frederick Wilhelm de Berlín.

Es analizado por Karen Honey en 1926.

En 1927 trata a pacientes bajo la supervisión de Helen Deutsch.

En 1928 ejerce práctica psicoanalítica en Berlín.

Se casa con Lore Possner, el 29 de agosto de 1929.

En 1931 Nace su Hija Renate.

Es analizado por Wilhelm Reich en 1933; el mismo año es supervisado por Otto Fenichel. Vive en Alemania hasta ese año.

De 1933 a 1934 ejerce la práctica psicoanalítica privada en Amasterdam.

En 1934 funda el Instituto Psicoanalítico del sur de África y un año Más tarde nace su hijo Steve.

En 1942 publica Ego, Hambre y Agresión.

Vive en Johannesburg hasta 1946, año en que emigra a Nueva York.

Funda el New York Gestalt Institute en 1950.

En 1951 escribe Gestalt Therapy, junto con Hefferline y Goodman.

En 1953 funda la Gestalt Institute of Cleveland.

Vive en Nueva York hasta el año 1955.

De 1955 a 1960 reside en florida.

De 1960 a 1964 vive en California (San Francisco y los Ángeles) y visita Israel, Nueva York y Japón.

De 1964 a 1969 trabaja en Esalen Institute, Big Sur, California.

En 1969 escribe Gestalt Therapy Verbatim.

En el mismo año publica In and Out of the Garbage Pail.

También en el mismo año funda en Cowichan, Canadá, una comunidad gestáltica tipo Kibboutz.

Muere de cáncer del páncreas el 14 de marzo de 1970, en el Weiss Memorial Hospital de Chicago.