



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA
EN EL TRATAMIENTO DEL VOMITING: UN ESTUDIO DE CASO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
DANIEL AVILES VILLEGAS

JURADO DE EXAMEN
TUTORA: LIC. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE
COMITÉ: MTRO. PEDRO VARGAS AVALOS
MTRO. VICENTE CRUZ SILVA
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. OTILIA AURORA RAMÍREZ ARELLANO



MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 2012



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.

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. MATBE: CARACTERÍSTICAS PRINCIPIOS Y ORÍGENES	7
Herejía 1	10
Herejía 2	12
Herejía 3	14
Herejía 4	17
Orígenes del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica	22
Capítulo 2. MATBE Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO	30
Proceso Terapéutico desde el MATBE	31
Primer Contacto y Establecimiento de la Relación Terapéutica	31
Definición del Problema	32
Establecimiento de Acuerdos y Objetivos Terapéuticos	33
Individualización del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema	33
Procedimientos, técnicas y comunicación terapéutica	35
Acciones y Comunicación Terapéutica	35
Prescripciones de Conducta	40
Final del Tratamiento	42
El Esquema Secuencial de Intervención	43
Primera Fase	43
Segunda Fase	43
Tercera Fase	45
Cuarta Fase	46

2.3	El Diálogo Estratégico	46
Capitulo 3. MATBE: EFICACIA, EFICIENCIA Y METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN		51
	Evaluación de Resultados	51
	Método de evaluación: Eficacia y Eficiencia de Intervención	52
	De la diagnosis descriptiva hacia la diagnosis operativa	58
	Metodología Acción-Investigación (Action-Research)	62
	Desarrollo de Protocolos Específicos de Tratamiento para Problemas Particulares	64
Capitulo 4. MATBE: EL PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DEL VOMITING		68
	Resultados de la Acción-Investigación	68
	Bulimia Nerviosa	71
	Complicaciones Fisiológicas	74
	Complicaciones Psicológicas	75
	Vomiting	75
	Transgresoras Inconscientes	78
	Transgresoras Conscientes pero Arrepentidas	78
	Transgresoras Conscientes y Complacidas	78
	Protocolo Específico de Tratamiento del Vomiting	79
	Primer Estadio	79
	Segundo Estadio	82
	Tercer Estadio	86
	Cuarto Estadio	88
Capitulo 5. VOMITING: UN ESTUDIO DE CASO		91
	Intervención	95

Sesión 1	95
Sesión 2	111
Sesión 3	123
Sesión 4	136
Sesión 5	148
Sesión 6	160
Sesión 7	167
Sesión 8	175
Sesión 9	184
Sesión 10	194
Conclusiones sobre el caso	202
CONCLUSIONES	205
REFERENCIAS	212
ANEXOS	215

Agradecimientos...

A todos aquellos que con su esfuerzo, apoyo, palabras, paciencia, trabajo, comprensión y confianza hicieron posible que lograra concluir con una de mis metas de vida. No tengo más que agradecer, sentirme orgulloso y dar gracias por poder compartir con todos ustedes el producto de un año de trabajo, un año difícil y duro que no obstante, valoraré como cada una de las experiencias que me han formado y hecho crecer hasta este punto...

Cede y quedarás entero. Sométete y vencerás. Vacíate y quedarás lleno. Al duro y al inflexible los rompe el cambio; el que cede y el flexible se doblan y prevalecen.

Ray Grigg, El Tao de las Relaciones

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DEL VOMITING: UN ESTUDIO DE CASO

Este trabajo tiene la finalidad de analizar la eficacia y eficiencia del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, y en particular del Protocolo Específico de Tratamiento para el *Vomiting* –bulimia nerviosa subtipo a- mediante su aplicación terapéutica en un caso que tuvo lugar en la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral Zaragoza (UAMI FES Z). Para dicho análisis se identificaron a detalle las principales características, conceptos, aplicaciones, procedimientos, técnicas así como la metodología de acción-investigativa desarrolladas en este modelo terapéutico. Mismos que a su vez han permitido la elaboración de esquemas prototípicos de intervención para problemáticas particulares como el *Vomiting*. Mediante el análisis de las transcripciones de cada sesión fue posible la esquematización de tres categorías de contraste correspondientes directamente con aspectos fundamentales, técnicos y distintivos de la Intervención Breve-Estratégica de Nardone: a) Protocolo Específico de Tratamiento del *Vomiting*, b) Esquema Secuencial de Intervención y c) Diálogo Estratégico. A partir de estas categorías se identificaron las similitudes y diferencias entre el proceso teórico y el proceso de aplicación con las que en este caso, se llegó a replicar el resultado *positivo* de la intervención, traducido en la ausencia de sintomatología al dar por terminado el tratamiento en un periodo de 12 sesiones.

Introducción

En la actualidad pocas formas de patologías son tan abrumadoras como los trastornos alimentarios más si se piensa que estos, son representados por conductas que sobrepasan el sentido común de supervivencia, que dicta en los sujetos la búsqueda del bienestar, y el alejamiento del malestar reflejado incluso en los organismos más simples de la naturaleza.

De este modo conductas tan disfuncionales como estas, provocan un gran impacto y desconcierto en quienes presencian de primera mano la formación y persistencia de estas condiciones en sus seres cercanos. A través de la abstinencia de ingerir alimentos hasta el grado de no consumir bocado alguno en días e incluso semanas, llevar a cabo atracones periódicos en los que se llega a ingerir el doble o el triple en la cantidad durante un arranque para después vomitar y que con el tiempo se pueden llegar a desarrollar episodios compulsivos de vómito basados más en el placer que en el miedo inicial hacia el incremento de tallas; es como estas personas quienes en su mayoría representan entre el 0.5% y hasta el 3% de la población femenina siendo de mayor incidencia su presencia en adolescentes y jóvenes de entre 12 a 43 años y que en los últimos años ha incrementado su incidencia en la población masculina representando el 10% del total de pacientes dejan deliberadamente de comer (León & Castillo, 2005; Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006; APA, 2006; Mancilla & Gómez, 2006; Chinchilla, 2002; Rausch & Bay, 2005). Cabe señalar que de acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (2001), en la población mexicana estos datos no están alejados de los ya mencionados siendo entre el 1% y el 2% de la población femenina de

entre 10 a 32 años quienes presentan este tipo de sintomatología y con un índice de defunción que abarca del 5% al 10% de casos reportados.

Por otra parte, estos trastornos tienen la particularidad de sufrirse y vivirse en el anonimato, ya que estos pacientes, ocultan cualquier signo de enfermedad hasta las últimas consecuencias, haciendo imposible para sus familiares y para cualquiera advertir con exactitud la magnitud del problema hasta que ya es demasiado tarde.

Lo anterior convierte a los trastornos de la alimentación en un particular foco rojo que merece especial atención por parte de los profesionales de la salud ya que a diferencia de otros trastornos mentales, las alteraciones alimenticias conllevan además graves afecciones y complicaciones físicas que no pueden ser ignoradas llegando en algunos casos a provocar la muerte de quien los padece sin mencionar las graves perturbaciones generadas en las personas quienes experimentan esto como testigos impotentes y angustiados una vez que descubren la situación.

Estas características han contribuido a que en estos momentos los trastornos de alimentación sean tan mencionados y comentados entre las distintas clases de trastornos psicológicos. Y es que desde hace varias décadas los cánones estéticos sobre la belleza se han modificado drásticamente representando la delgadez extrema como el sello particular de modelos de pasarela y los personajes públicos del mundo del espectáculo y de la moda (Nardone, 2004; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Razón por la cual el control del peso y la obtención de un cuerpo delgado a cualquier costa normalmente es reforzado y bien visto casi como una virtud en culturas predominantemente occidentales en las que el ideal estético es representado por la persona excesivamente delgada mientras que las figuras curvadas y que sobrepasan por el mínimo el estándar ideal son referentes indeseables incluso estereotipados negativamente. Este ideal ha llegado recientemente a alterar la imagen masculina moderna resaltando y reforzando en los hombres rasgos cada vez más delgados como si se tratara de conseguir un modelo carente de la musculatura potente y característica del ideal clásico masculino y más parecido a un niño. A raíz de esto se han generado en los últimos años múltiples intentos por dar explicación a estos fenómenos sociales de los cuales se han desarrollado y derivado algunas propuestas de intervención y de tratamiento de estas problemáticas alimenticias (Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006; Lobo, 2005; Chinchilla, 2002; Padín, Chinchilla & Vega, 2002; Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999).

Dentro de las principales teorizaciones que intentan dar explicaciones hipotéticas sobre el origen de estos trastornos, se pueden encontrar aquellas que hacen referencia a una causalidad determinada por un pasado de abusos durante la infancia, otras que relacionan el padecimiento alimentario con un aprendizaje no adaptativo, un rasgo o un gen en particular, o con disfunciones biológicas, fisiológicas o incluso de orden intrafamiliar que no obstante, desde una perspectiva aplicada y empírica, la mayoría de estas fascinantes y complejas hipótesis de claro orden causal pierden su validez en base a los resultados de su aplicación práctica resultando insatisfactorios y que a su vez ponen de manifiesto un error metodológico constante en las investigaciones actualmente predominantes en el plano de la psicología y la psiquiatría, y es el hecho de que el

modelo teórico claramente no se adecua a la realidad de la cual se supone que da explicación (Nardone, 2004; Milanese, 2004).

Tan es así que desde estos modelos los datos sobre los resultados de su aplicación empírica no son muy alentadores siendo alrededor del 40% de los pacientes clasificados como *no correspondientes al tratamiento utilizado*, el 15% como *defunción* es decir, irremediablemente mueren durante el tratamiento a causa de los daños crónicos y complicaciones derivados de estos padecimientos, y del 45% restante como *mejorados* o sea quienes mejoraron sus condiciones en función de la reducción indefinitiva del síntoma, hay que señalar que dentro de estos modelos la mejoría se toma en cuenta a partir de la decrementación del síntoma sin contemplar una completa ausencia (Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006; Lobo, 2005; Chinchilla, 2002; Padín, Chinchilla & Vega, 2002; Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999), estos resultados han contribuido a la creciente y no alentadora conclusión dentro del campo clínico de no haber una clara referencia a la curación de estos trastornos como si se tratara de algo imposible.

Sin embargo, más allá de la disertación crítica sobre las metodologías empleadas en la mayoría de estos modelos de intervención, resalta el hecho de que resultados de este tipo deben ser considerados como un llamado de atención hacia todos aquellos investigadores en el ámbito clínico sobre la necesidad de poder estructurar y diseñar un modelo de intervención empíricamente válido que permita acceder a resultados mucho más satisfactorios, eficaces y eficientes que los actuales. De hecho, más que necesidad tal parece una responsabilidad de todos aquellos profesionales de la salud particularmente del psicólogo, en función de la gravedad y frecuencia con la que estos trastornos alimenticios se han presentado en un grupo altamente creciente de la población, contar con una herramienta de intervención sólida y eficaz que permita mitigar y llegar a la solución del problema del paciente en un lapso relativamente breve de tiempo reduciendo así los gastos y los costos sobre la resolución del problema (Nardone, 2004).

A este respecto el *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica* (MATBE) representa una particular alternativa terapéutica que ha demostrado obtener resultados altamente positivos en el tratamiento e intervención de una amplia variedad de problemáticas específicas incluyendo trastornos de alimentación como la anorexia o la bulimia nerviosa. A través del desarrollo y uso de una particular metodología de investigación es posible desde esta perspectiva el desarrollo y diseño de intervenciones secuenciales desarrolladas *ad hoc* para problemáticas particulares y que han llegado a ser altamente eficaces y eficientes a través de su aplicación en centenares de casos. Por otro lado, el modelo de investigación empleado desde este planteamiento permite a la vez que se interviene en un problema, dar detalle sobre las particularidades y características de formación, persistencia y cambio de la misma generando así un proceso complementario de corrección, modificación y auto-corrección entre teoría y práctica derivada directamente de su aplicación a la realidad en cuestión (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

El MATBE ha sido desarrollado por Giorgio Nardone y emplea desde sus primeras aproximaciones una particular forma de pensamiento desarrollada a partir de los trabajos, investigaciones e innovaciones en el campo de la terapia del grupo de trabajo del Brief Therapy Center del MRI de

Palo Alto, California (Nardone & Portelli, 2006; Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). Inicialmente esta forma de pensamiento sostiene la necesidad de replantear la manera de abordar los problemas humanos desde una perspectiva totalmente distanciada de los modelos causales-unidireccionales y que se rigen bajo los presupuestos formales de la lógica aristotélica abriendo paso hacia el desarrollo de modelos terapéuticos flexibles, auto-correctivos y sobre todo que se adapten a la realidad para la cual se han generado (Watzlawick & Nardone, 1990). Desde este planteamiento se considera el abordaje de las patologías y trastornos mentales a partir de una visión *operativa* y ya no *descriptiva* en la cual la solución de un problema se establece a través de dar con su solución, en otras palabras la resolución de un problema detallará cómo es que este funciona, se mantiene y se forma generando así un conocimiento *operante* que da cuenta sobre cómo intervenir en el problema y llegar a una pronta solución (Nardone & Portelli, 2006).

Lo anterior conlleva desde luego a que hasta en trastornos tan graves y perturbadores como los alimenticios es posible hallar solución satisfactoria en un periodo breve de tiempo haciendo innecesarios procedimientos como las reclusiones e internados en clínicas costosas y recicladas para el uso del tratamiento de trastornos de orden alimentario, el uso de tratamientos farmacológicos que mantienen su efecto siempre y cuando él o la paciente se mantengan bajo los influjos del medicamento de por vida; finalmente desde este planteamiento también se contempla como no indispensable el sometimiento a un prolongado tratamiento psicoanalítico cuyo fin es la comprensión plena sobre los posibles traumas ocurridos en etapas de desarrollo psicosexual críticas en el paciente y evidenciadas a través de síntomas, procedimientos que en sus aplicaciones prácticas han demostrado ser por demás insatisfactorios en lo que respecta a resultados eficaces y eficientes en un breve periodo (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

En otras palabras, esta alternativa terapéutica considera que los problemas que puedan sufrirse, complicarse y persistir durante años así sean tan graves como los alimenticios no necesariamente hallarán su solución mediante tratamientos sufridos, prolongados y complicados (Nardone & Portelli, 2006). Ante una alternativa de tratamiento como esta, es pertinente que el psicólogo analice busque e investigue entre los tratamientos que han presentado mejores resultados en lo que respecta a la intervención de los trastornos alimenticios sea cual sea su modelo de preferencia o de referencia ya que es una responsabilidad como profesional de la salud brindar un servicio dotado de eficacia y eficiencia que modifique la situación del paciente en un periodo breve de tiempo. Lo anterior parte del simple hecho de que cuando el paciente acude a terapia activamente lo precede la impotencia de no poder contar en ese momento con las competencias necesarias para resolver por él mismo su problema, una situación que desde su punto de vista lo ha sobrepasado y es necesaria una alternativa de ayuda que contribuya a modificar la dolencia en el menor tiempo posible. Sería contradictorio de este propósito seguir fiel y abnegadamente con un tratamiento por demás prolongado, inadecuado y sobre todo que a la larga representa el incremento de costos emocionales, psicológicos y económicos para el paciente.

El objetivo de este trabajo fue analizar y conocer en detalle las características, principios, y orígenes sobre esta modalidad terapéutica así como los procedimientos, técnicas y el particular desarrollo investigativo con el cual el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica de Nardone es llevado a cabo en el ámbito clínico y que ha generado a partir de su estructura metodológica el diseño de una herramienta de intervención sistemática rigurosa y efectiva. Además, se desarrolló un contraste empírico a través de un estudio de caso en el cual se intervino a través del protocolo específico de intervención para la *bulimia nerviosa sub tipo a: con conductas de eliminación*. Dicho caso tuvo lugar en la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. El análisis estuvo estructurado a partir de tres categorías que hacen referencia al proceso secuencial de la intervención desde el MATBE en el cual se identifican aspectos técnicos y estructurales sobre el estado del tratamiento, los componentes esquemáticos, estratégicos y secuenciales derivados del protocolo de intervención empleado; por otro lado se identificaron aquellos componentes de la intervención referentes al uso de la técnica conocida como diálogo estratégico. Al dar por terminada la intervención, se concluye la resolución positiva de la problemática en el periodo contemplado dentro del protocolo de tratamiento. Esto, tomando en cuenta aspectos secuenciales y técnicos llevados a cabo durante la intervención y su evaluación final en términos de eficacia y eficiencia terapéutica.

El trabajo se estructuró inicialmente a partir de la exposición de los principios, las características y los orígenes del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica desarrollado por Nardone. En el primer capítulo, se describieron a detalle los principales preceptos estructurales del MATBE, haciendo mención sobre las concepciones derivadas del constructivismo como la comprensión de un *sistema perceptivo-reactivo* y su relevancia en una intervención terapéutica desde este modelo; y cibernéticas entre las cuales se hace referencia a conceptos tales como *causalidad circular, retroalimentación e interacción*. Para ello, se hizo mención sobre las nociones básicas de las cuales parten las primeras aproximaciones del MATBE y su desarrollo como propuesta de intervención que surge de la mano de los trabajos e innovaciones del modelo terapéutico del Brief Therapy Center –BTC- de Palo Alto, los trabajos de Milton Erickson y la gran influencia que tuvo Gregory Bateson. En el segundo capítulo, se expuso el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica y su aplicación en el campo clínico. En dicho apartado se desglosaron los principales procedimientos, técnicas y aspectos metodológicos que constituyen la praxis y aplicación del modelo de Nardone en un consultorio, este desglose abarca el proceso terapéutico del MATBE contemplando desde el inicio y hasta el final de la terapia así como la posterior estructuración del Esquema Secuencial de Intervención del MATBE el cual se compone de cuatro fases. Finalmente, se llevó a cabo una particular mención sobre la técnica más refinada de intervención en el MATBE, el *Diálogo Estratégico*. En el tercer capítulo, denominado Metodología de investigación y Evolución del MATBE, se identificó el método mediante el cual es posible evaluar y analizar el resultado final de la terapia a partir de la delimitación y concreta comprensión de los conceptos de *eficacia y eficiencia*. Además, se explicó a detalle la metodología de investigación que ha permitido la evolución del modelo hacia la estructuración de protocolos específicos para trastornos particulares y sus principales características de las que se constituyen, se evalúan y se validan. El

cuarto capítulo se constituyó de la exposición detallada desde una concepción descriptiva y una operativa sobre la problemática particular de la *bulimia nerviosa subtipo a: con conductas de eliminación* en la que se intervino, esto con la finalidad de resaltar e identificar las principales diferencias entre ambas concepciones en términos de funcionalidad destacando la manera en la que a partir de una *descripción operativa* se puede generar una intervención específica para una problemática en particular a la vez que se pueden conocer y descubrir las características de las cuales se compone. Para finalizar en el quinto capítulo, se hizo referencia a un estudio de caso en el cual se intervino aplicando el protocolo específico de tratamiento para el Vomiting. El análisis de este caso, se llevó a cabo con el uso de las transcripciones de las sesiones de la intervención y se constituye a partir de tres puntos de referencia y contraste: la identificación del *Esquema Secuencial* del proceso de terapia, la identificación de los componentes del *Protocolo Específico* de intervención y sobre el uso del *Diálogo Estratégico* durante la intervención. Además, de que se realizó una evaluación final de los resultados de la terapia en términos de eficacia y eficiencia terapéutica.

CAPITULO 1

MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA: CARACTERÍSTICAS, PRINCIPIOS Y ORÍGENES

Como forma de pensamiento *el planteamiento estratégico de la terapia* se conforma a partir de los trabajos y nociones provenientes del constructivismo, la cibernética y la pragmática de la comunicación, cabe señalar que el planteamiento a partir del cual surge el trabajo de Nardone retoma dichas nociones desde sus primeras aproximaciones y a partir de ello es que el mismo Nardone introduce otro tipo de contribuciones metodológicas y epistemológicas que con el tiempo conformarán el MATBE. No obstante, la aproximación de Nardone se constituye en mucho al igual que otros modelos y aproximaciones de terapia breve por el alejamiento radical de las prácticas y procedimientos convencionales de corte unidireccional y causal predominantemente empleados en el ámbito de la psicoterapia y la psiquiatría (Fisch, 2008; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Haley, 1989; 1990; Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999; Weakland, 1999; Nardone & Castelnuovo, 2007; Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Vargas, 2004; Wittezaele, 2004; Wittezaele & García, 1994 O'Hanlon, 1993; Téllez, 2007; Procter, 2001; 2002; Yapko, 1999; Zeig, 1980; 1999). A partir de esta noción se comienza a considerar que las problemáticas humanas poseen características particulares que no pueden ser reducidas o abordadas desde modelos fundamentados en la lógica ordinaria, de causalidad lineal y unidireccional que optan por las teorizaciones deterministas y positivistas que quisieran defender la posibilidad de un conocimiento científicamente verdadero (Nardone & Castelnuovo, 2007).

Basta decir que hoy en día, dentro del campo de la intervención psicológica y psiquiátrica, es común identificar en la mayor parte de las escuelas filosóficas y teóricas de psicoterapia una firme y rígida convicción de encontrar bajo el supuesto de causal unidireccional, el origen de las causas de los problemas patológicos y conductuales en el pasado del sujeto como un previo requisito para acceder a su cura y resolución en la actualidad (Watzlawick & Nardone, 1999; Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Castelnuovo, 2007; Ceberio, 1999).

Esta idea ha sido una de las principales concepciones sobre la resolución de los problemas humanos, sustentada a partir de una epistemología claramente de corte positivista, lineal y causal en donde se comprende que toda dificultad o problema en un sujeto, hallará su solución a través de la plena consciencia sobre la situación de origen y la causa del problema en el pasado, accediendo a este mediante un proceso de introspección y análisis racional (Watzlawick & Nardone, 1990; Ceberio, 1999). Y es que con los avances y progresos alcanzados en el campo científico, quién dudaría de este planteamiento. No es raro entonces que esta modalidad de pensamiento haya sido predominante a lo largo de la historia y evolución, un fundamento que a lo largo del tiempo se ha expuesto a constantes y aparentes cambios que sin embargo, mantiene su esencia como un planteamiento considerado hasta el momento como única forma de acceder a una explicación absoluta y definitiva de la realidad (Nardone & Portelli, 2006; Ceberio, 1999).

Sin embargo, a medida que este modelo reflejaba su incapacidad de dar explicación de fenómenos irreductibles como la conducta humana, en sus formas más simples hasta las más patológicas,

poco a poco fue dando paso a redefiniciones conceptuales que ya desde mucho daban pauta a una alternativa de pensamiento en la cual no existen nociones certeras o realmente verdaderas, sino funcionales, operativas y que ofrecen la posibilidad de abordar la realidad humana desde un marco de referencia auto-correctivo y flexible (Nardone, 2004).

A decir de Watzlawick & Nardone (1990), uno de los principales errores con respecto del planteamiento de causalidad lineal y determinista, aplicado en el estudio de algunos procesos humanos, está representado por el intento redundante de abarcar en una explicación definitiva, fenómenos que por su propia naturaleza son irreductibles y que no pueden ser plasmados en una explicación absoluta y realmente definitiva.

El resultado de este intento termina en un rotundo fracaso porque al extrapolar el modelo de pensamiento o teórico a su aplicación práctica o clínica, resulta que no logra el valor heurístico o predictivo y absoluto deseado debido principalmente a que por su mismo marco epistemológico son modelos establecidos mediante un procedimiento *a priori* y cuya única forma de constatación se convierte en una trampa de auto-convalidación que deforma la realidad a la cual se aplica. En otras palabras, el error de auto-convalidación referencial se convierte en el único modo de considerar como *verdadero* un constructo teórico que irónicamente se encuentra evaluado desde su misma concepción (Ceberio, 1999; Nardone, 2004; Watzlawick & Nardone; 1990). El problema es que una vez considerado como verdadero, este modelo teórico o metodológico sea el caso, niega todo aquel fenómeno que no se ajuste a su conceptualización, campo de interés o procedimiento metodológico (Nardone & Portelli, 2006).

A partir de esta noción, incluso los más sofisticados y modernos modelos teóricos si llegan a ser deterministas, descriptivos y normativos, pueden conformarse como potentes lentes deformadores de la realidad generando así, distorsionados esbozos de la realidad que obviamente han fallado en su intento de ser definitivos y absolutos (Ceberio, 1999). A decir de Watzlawick y Nardone (1990), está arraigada convicción de elaborar modelos teóricos definitivos que den plena descripción y explicación de la realidad y la naturaleza humana representa un retroceso en la búsqueda de establecer un eficaz y eficiente modelo de intervención terapéutica (Nardone & Portelli, 2006).

El MATBE que desarrolla Nardone, desde sus inicios se encuentra estrechamente basado en los trabajos e investigaciones realizados por el Grupo del Brief Therapy Center del MRI de Palo Alto California, se constituye bajo un marco de referencia totalmente diferente al ya mencionado. Su estructura se plantea a partir de la convicción del diseño de un modelo de intervención terapéutico dirigido hacia el cambio de una situación percibida como problemática por el paciente, considerando no el modo en el que el problema se ha generado en el pasado sino cómo este se mantiene en el presente (Nardone, 2004). Para ello se hace necesario el alejamiento teórico y metodológico de las perspectivas convencionales de terapia derivadas directamente de concepciones explicativas y normativas que intentan abarcar la naturaleza de las cosas (Watzlawick & Nardone, 1990; 1999).

A este respecto, el trabajo del psicólogo Jean Piaget, resulta un importante referente sobre los primeros indicios de la necesidad del cambio de perspectiva en el abordaje de los fenómenos humanos en el campo de la psicología.

A lo largo de estos trabajos se presentan las primeras conceptualizaciones referentes al proceso de construcción de la realidad en un sujeto a través de su proceso de desarrollo (Watzlawick & Nardone, 1990). La idea principal es que conforme el individuo se desarrolla, está en una continua interacción con su medio incluyendo las otras personas, que bajo una tendencia natural al equilibrio activa en él un mecanismo de adaptación por medio del cual será capaz de asimilar, acomodar, organizar y elaborar a medida que crece, conceptos y constructos que serán sus herramientas para mediar en su realidad (Papalia, Wendkos & Duskin, 2004). Este proceso es el resultado de las conductas exploratorias e interacciones que un individuo lleva a cabo con su realidad y que le permiten la reestructuración y reorganización de sus marcos de referencia a medida que experimenta nuevas situaciones para con su realidad. Lo más importante según Watzlawick y Nardone (1990) es que el trabajo de Piaget, pone de manifiesto primero que nada, la separación del sujeto como un ser autónomo determinado por un aspecto biológico-dinámico hacia un ser interactivo que se adapta, asimila y aprende a través de la relación que este mantiene con su entorno en un proceso definido sólo por las experiencias, aprendizajes y vivencias particulares del sujeto. Por otro lado, en los trabajos de Piaget ya se pone de manifiesto el papel crucial del *mundo externo* como factor a considerar en el análisis y explicación del proceso de desarrollo del sujeto. Pero sobre todo, se deja de plantear ya un mecanismo dinámico de corte lineal que determina en el individuo un estado de normalidad o anormalidad dando a entender que una serie de conductas exploratorias diferentes en sujetos diferentes, llegan a conformar experiencias, percepciones, reacciones y realidades diferentes (Nardone & Portelli, 2006; Wittezaele, 2004; Ceberio, 1999).

Por lo tanto y de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), los humanos, en su calidad de seres pensantes no actúan de una manera directa o activa ante su realidad sino que al contrario actúan en respuesta a las diversas maneras en las que el entorno se modifica es decir, las distintas valoraciones perceptivas son aspectos bajo los cuales el ser humano reacciona y modifica su comportamiento. Las categorizaciones, conceptos, esquemas y de más, resultan ser modelos de representación por medio de los cuales el individuo asimila y organiza un *mapa* sobre el mundo con el cual ejerce la respuesta más funcional a la situación que se le presenta (Kenney, 1991; Kenney & Ross, 1993; Mahoney, 2005).

Sobre lo anterior Nardone, presenta en 1990 con el libro *L'Arte del Cambiamento, el Arte del cambio* en su versión al castellano del mismo año, lo que con el tiempo sería su primer aproximación de un modelo terapéutico que basado en los trabajos del Brief Therapy Center del MRI de Palo Alto, California y que a partir de una particular metodología de investigación logra generar intervenciones específicas hacia problemáticas particulares con resultados altamente eficaces. En esta obra Nardone en coautoría con Paul Watzlawick –uno de los pioneros y principales miembros del BTC del MRI- introducen el esbozo inicial acerca de una postura de pensamiento diferente a las nociones convencionales de psicoterapia clásica y que en base a los

previos trabajos en el campo psicoterapéutico del modelo del BTC había dado resultados prometedores en el tratamiento de las fobias.

Cabe señalar que estos autores introducen esta propuesta de intervención a partir de cuatro denominadas “herejías” (Watzlawick & Nardone, 1990, p. 33), en las cuales se delinearán los que a futuro serán los principales postulados del modelo de intervención a cargo de Nardone. La elección del término *herejía* fue debido a la alusión un tanto irónica referente al distanciamiento conceptual y metodológico con respecto a los modelos constituidos a partir de una perspectiva de corte lineal y determinista y con el que se remarca la capacidad de elección y de acción que recae sobre el terapeuta, mismo que ya no se encuentra atado por un rígido modelo teórico ni por una metodología dogmática sobre lo psíquico o lo psiquiátrico una idea bastante común en el pensamiento de corte sistémico de la terapia (Watzlawick & Nardone, 1990).

Herejía 1

Basado en las principales concepciones, ideas y nociones derivadas de la filosofía constructivista, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica retoma y se estructura inicialmente bajo la misma convicción que hace referencia a la imposibilidad por parte de cualquier ciencia para elaborar una explicación completamente *verdadera, absoluta o definitiva* del mundo y la realidad (Ceberio, 1999; De Koster, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999; Mahoney, 2005; De Gortari, 1979; Ceberio & Watzlawick, 1998; Wittezaele, 2004). Por lo tanto, desde esta perspectiva, no existe el mínimo esfuerzo o interés por desarrollar un modelo *absoluto y definitivo* sobre la naturaleza humana o sobre lo normal y lo anormal. Partiendo de que la misma *realidad* se compone y es determinada sólo desde el punto de vista del observador siendo el producto de la interacción del sujeto, de las herramientas comunicativas, conceptuales u objetales y del medio circundante o realidad. De este modo, no existe una realidad verdadera sino que existen tantas realidades como puntos de vista u observadores (Mahoney, 2005). En otras palabras, cada persona crea su propia realidad sobre la base de lo que hace, guiada por la perspectiva que asume en la percepción de la realidad con la cual interactúa. Cada realidad por tanto, cambia según el punto de vista de quien mira, conduciendo a reacciones diversas sobre la base de las diferentes atribuciones que se hace de la realidad (Nardone, 2004; De Koster, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999; Mahoney, 2005; De Gortari, 1979; Ceberio & Watzlawick, 1998; Wittezaele, 2004).

En esta perspectiva no existe entonces un conocimiento *realmente verdadero* acerca de las cosas –objetivo expreso y dominante de los modelos convencionales de psicoterapia y sus teorizaciones sobre la naturaleza humana-, sino que solamente puede existir un conocimiento idóneo o bien instrumental el cual permita a los sujetos organizar y administrar la realidad con la cual interactúan (Nardone, 2004; De Koster, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999; Mahoney, 2005; De Gortari, 1979; Ceberio & Watzlawick, 1998; Wittezaele, 2004). A partir de lo anterior, se da por hecho la imposibilidad del intento de estructurar una teoría o enfoque que plantee de alguna manera comprender de una forma definitiva la naturaleza humana sin caer claro, en un error autorreferencial o *auto-convalidación* que visto desde su propia lupa, respalda sus conclusiones con el mismo marco referencial (Ceberio, 1999; Nardone & Portelli, 2006).

Una teoría o modelo en cambio, desde el punto de vista del MATBE, será una herramienta fundamental por medio de la cual los sujetos se acercan a su realidad, o sea un esquema útil para la descripción, organización y asimilación de datos observados y lo más importante, cuya utilidad perdurará hasta que su error lo replantea y lo modifica. La conceptualización teórica, es concebida como un marco de referencia que funge como herramienta para acercarse a la realidad y que en vez de perdurar y situarse como absoluta, definitiva e intangible, su aplicación y fracaso enriquecen y reajustan su estructura a un valor indefinido (Nardone & Balbi, 2009).

En términos clínicos por ejemplo, y de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), la constitución de una teoría se comprenderá a partir de los datos que se observan durante el proceso terapéutico conformando una herramienta que permite al terapeuta generar a partir de su práctica clínica las estrategias más convenientes para la resolución del problema del paciente y que no obstante, se modificará y se adaptará en vista de los fracasos, enriqueciéndose cada vez más hacia un valor no definido. Siendo en el ámbito clínico, el reto de toda *teoría* o *modelo*, la validez y comprobación a través su valor heurístico y su verdadera capacidad de intervención en términos de eficacia y eficiencia pero sobre todo en su utilidad para resolver el problema para el cual se aplicó (Ceberio, 1999; Ceberio & Watzlawick, 1998).

No obstante, de acuerdo con Watzlawick y Nardone, (1990), la noción constructivista como tal, no es un planteamiento propio de la ciencia moderna, sino una concepción latente a lo largo de la historia, ya Epiceto, filósofo antiguo, afirmaba “No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino, las opiniones que tenemos acerca de ellas” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976, p. 126; Watzlawick y Nardone, 1999, p. 97; Nardone, 2004, p. 19). Por otro lado Kant, planteaba la incertidumbre de la certidumbre al afirmar que “muchas veces los seres humanos confunden los resultados de su manera de definir, deducir y clasificar sus conceptos con las cosas en sí mismas” (Nardone, 2004, p. 20). La filosofía constructivista como se puede deducir, ha formado parte latente en la manera de pensar en muchas culturas, que no obstante llega a su auge a partir de la evolución experimental de la ciencia aplicada. “Desde que Einstein y Heisenberg iniciaron la revolución científica de la física¹ contemporánea introduciendo la relatividad y el principio de incertidumbre, la ciencia moderna plantea la búsqueda de conocimientos instrumentales y operativos dejando la búsqueda de verdades absolutas” (Nardone, 2004: 20).

En el MATBE de Nardone no existe por lo tanto, interés por desarrollar o establecer una teoría profunda sobre la naturaleza humana, que contemple conceptos como sanidad, normalidad o como el de patología tal y como es comprendido en modelos convencionales de psicoterapia, en cambio, existirá un especial interés por el *comportamiento funcional* en términos de percepción y reacción particular en cada individuo (Nardone & Portelli, 2006). Por lo tanto, el foco de estudio de este enfoque de terapia, será el individuo como objeto de interacción desde sus tres principales modalidades de relación que mantiene consigo mismo, con los demás y con su mundo, su principal meta es el logro de relaciones funcionales en cada uno de estos aspectos, entendiéndose

¹ De hecho gracias a ciencias *exactas* es que se puede llegar a constatar la imposibilidad de generar verdades absolutas así como certezas científicas y definitivas (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006).

relaciones funcionales no en términos de normatividad o sanidad sino en términos personalizados que varían de individuo a individuo y de contexto a contexto (Watzlawick & Nardone, 1990).

Con lo anterior, se conforma lo que Watzlawick y Nardone (1990), denominan la primera *herejía* con respecto a los modelos clásicos de psicoterapia comprendiendo el distanciamiento de modelos teóricos cerrados o definitivos hacia modelos teóricos *abiertos* y modificables pasando de la causalidad lineal y determinista hacia una causalidad de corte circular. Este paso representa que el investigador clínico tiene -desde esta perspectiva- la responsabilidad de constatar el valor aplicado del modelo teórico que practica y de mejorar sus procedimientos, haciendo la transición de una ortodoxia rígida con respecto al modelo de referencia a un criterio de duda y búsqueda dirigida a incrementar la eficiencia y efectividad de su trabajo. Cabe señalar que parte de estas nociones ya venían siendo alentadas a partir del enfoque sistémico de la terapia y en particular por los trabajos y líneas de investigación del equipo del Brief Therapy Center del MRI (Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Watzlawick & Nardone, 1999; Nardone & Portelli, 2006).

Herejía 2

Otra de las características fundamentales del modelo, es el particular interés por el estudio de la manera en la que los procesos tienen lugar más que el énfasis sobre el análisis de los contenidos es decir, bajo este modo de concebir los problemas humanos, se pretende centrar la atención en el proceso por el cual tiene lugar el problema o situación más que la búsqueda sobre las causas ocultas y reprimidas en el pasado. Lo anterior conlleva a la adquisición de una *consciencia operativa*², con la cual, el principal foco de la investigación terapéutica se concentra en el *cómo* más que el *por qué* del problema (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990; Nardone & Balbi, 2009).

La concepción del MATBE desde sus primeras aproximaciones se establece en función de la necesaria transición de un tipo de conocimiento descriptivo, normativo y positivista hacia un conocimiento *operativo-constructivo*, que permita manejar la realidad de una forma funcional y sobre todo efectiva al momento de interrumpir el problema de un paciente, otro aspecto muy importante desde el punto de vista sistémico y que encuentra sus orígenes en el modelo del BTC (Nardone, 2004; Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). El paso hacia un conocimiento constructivo requiere por lo tanto, de la investigación y conocimiento sobre los procesos de cambio así como las distintas maneras en que tiene lugar espontáneamente y la manera en la que éste puede ser provocado (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Kenney, 1991; Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). El terapeuta de corte estratégico y de orientación consistente con Nardone,

² En este sentido, la adquisición de una *consciencia operativa* hace alusión hacia la búsqueda de los caminos de conocimiento y acción más funcionales dejando en segundo plano la búsqueda de las causas de los eventos y concentrarse, en cambio, en la capacidad de manejar estratégicamente la realidad de acuerdo a objetivos (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009).

debería entonces, ser capaz de ayudar al paciente a resolver su problema y a su vez armarlo con nuevas estrategias que le permitan afrontar diversas situaciones en su vida de una manera funcional para él.

Para ello, se debe hacer énfasis en prestar atención a los modelos de percepción y reacción particulares en cada paciente, mismos con los que interactúan con su realidad. El terapeuta prestará una particular atención a los procesos por los cuales una situación cotidiana llega a convertirse en una situación problema y una vez identificados emplearlos en vía del cambio en el paciente y su situación (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009).

Por otro lado, es necesario que el terapeuta identifique las tentativas de solución disfuncionales que al ser reiteradas no sólo no resuelven el problema sino que lo agravan, constituyendo así una suerte de círculo vicioso en el que las acciones dirigidas a cambiar son las que alimentan el problema. Estas nociones claramente son derivadas de los trabajos del BTC (Fisch, 2008; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Weakland, 1999).

Como concepto, Nardone considera los *intentos de solución fallidos* y redundantemente intentados, como uno de los reductores de complejidad necesarios para una intervención breve eficaz y eficiente. Su primera formulación estuvo a cargo del grupo del Brief Therapy Center de Palo Alto, California (Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Vargas, 2004; Weakland, 1999; Wittezaele & García, 1994), la idea principal sobre este constructo parte de que un problema, trastorno psíquico o comportamental está determinado siempre por la percepción que se tiene de la propia realidad por parte de un sujeto. En este caso el punto de vista de un sujeto es el que determina si una situación o comportamiento es problemática o incómoda, misma ante la cual el sujeto ha reaccionado de una manera disfuncional o comúnmente llamada patológica (Watzlawick & Nardone, 1990). Nardone identifica que la forma en la que el sujeto reacciona y que en ciertos casos resulta disfuncional es por lo general la mejor opción en la que desde la percepción del paciente, este debe responder ante la situación problemática (Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). Para Nardone y Portelli, (2006), a este tipo de respuestas se le denominan *Sistema Perceptivo-Reactivo*, un concepto en el cual se comprenden las diferentes modalidades redundantes e individuales de percepción y reacción hacia la realidad, mismas que se expresan en tres interdependientes tipos de relación en los que un sujeto se debate con sus problemas: a) La interacción existente entre uno consigo mismo, b) La interacción existente entre uno y los demás y finalmente c) La interacción existente entre uno y su mundo; este último entendido como su ambiente social, las normas, y los valores que regulan el contexto ambiental en el que se encuentra.

Este aspecto es importante de considerarse al momento de la intervención desde el MATBE, ya que si estos *intentos de solución* que son expresados desde el punto de vista del paciente como la mejor manera de llegar a la solución de su situación, al no resultar funcionales o adecuados, no obstante le es imposible a la persona cambiar hacia nuevas opciones o intentos de solución, ya que su rígido sistema tanto perceptivo como reactivo que mantiene con su realidad, le impide precisamente interrumpir aquellos intentos infructuosos y modificarlos por otros desde la

convicción de que dicho cambio agravará, pondrá en riesgo e incluso empeorará su situación presente. De este modo el paciente se encuentra bloqueado en sus constantes intentos disfuncionales que agravan y mantienen el problema siendo el deber del terapeuta llevar al paciente hacia nuevas formas de percepción y por lo tanto de reacción, de la rigidez hacia percepciones y reacciones más flexibles que amplíen las posibilidades de acción y solución ante una situación (Nardone & Portelli, 2006).

A partir de la noción empleada por Nardone de sistema *perceptivo-reactivo*, rígido o patológico se entiende el constante intento por dar solución a una situación con la misma estrategia que, desde el punto de vista del individuo, es la mejor manera o alternativa de solución pero que al cabo de varios fracasos en vez de optar por nuevas alternativas se sigue haciendo más pero de lo mismo. La intervención desde el MATBE de Nardone tendrá por objetivo entonces, llevar al sujeto más allá de su percepción y de su reacción hacia múltiples y más elásticas estrategias de solución que lo lleven a considerar nuevas formas tanto de percibir como de afrontar el problema generando así un cambio en su situación (Nardone & Balbi, 2009; Nardone & Portelli, 2006; Nardone, 1995; Nardone 2004). Para ello, el terapeuta centrará su intervención de acuerdo con Nardone y Salvini (2006), en cambiar este sistema de retroalimentación redundante de percepción y reacción rígido y que se expresa en los constantes intentos de solución y que irónicamente son los que mantienen el problema y lo exacerban, hacia nuevos y más amplios modos de percepción y reacción que permitan al sujeto experimentar novedosos intentos de solución, modificando la rigidez por la flexibilidad tanto de percepción como de acción ante la situación que se presenta. Dicho objetivo se encuentra muy en consonancia con el trabajo metodológico empleado en la intervención del modelo del Brief Therapy Center dentro del cual sin embargo, la aportación de un sistema perceptivo-reactivo como objetivo de análisis en la intervención es una característica distintiva del MATBE de Nardone (Nardone, 2004).

Mediante este planteamiento es como se constituye la segunda herejía en torno a los modelos clásicos de psicoterapia en los que se apuesta más que por el entendimiento y análisis de las causas verdaderas y ocultas del problema, o sea en el por qué de la situación, ahora hacia la búsqueda e investigación sobre los procesos de cambio a través de identificar la estructura del problema o el cómo funciona.

Herejía 3

Desde el planteamiento que constituye al MATBE de Nardone, se considera además, inválido aquel razonamiento de que a grandes problemas se requieren grandes soluciones, ya que no necesariamente un problema que se ha mantenido durante años requiere una intervención que dure los mismos años, si el terapeuta logra identificar el proceso por el cual funciona un problema será capaz de introducir factores de cambio a la vez que interrumpe las reverberaciones que mantienen el problema (Nardone & Portelli, 2006).

Como se ha mencionado previamente es a partir de nociones cibernéticas y sistémicas aplicadas a sistemas de interacción humanos (Bateson, 1990; 1999; Berger, 1993; Ceberio, 1999; Lipset, 1991; Jackson, 1997; Hoffman, 1998; Vargas, 2004; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976), que este

modelo plantea el nulo efecto que como procedimiento terapéutico tiene el análisis introspectivo y el razonamiento explicativo para acceder al conocimiento causal sobre la dificultad del paciente. Dicha nulidad se basa en la consideración cibernética de que un sistema no puede hallar solución a un problema desde su interior es decir, la introspección no sirve si se parte de que el mismo marco de análisis es el que se pretende evaluar remitiendo al error de auto-convalidación que de producir un cambio, este será en su mayoría efímero y poco duradero. En cambio, para hallar la solución, es necesario que el sistema efectúe un cambio de nivel a través de un salto de tipo lógico incurriendo así en lo que se denomina un cambio tipo 2, un cambio que altera y reorganiza el sistema, completamente diferente en la recursividad presentada en un cambio tipo 1, en el cual sólo se altera de momento el sistema sin modificar su estructura (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). A través de la introspección el paciente puede llegar a entender de forma lógica o razonable cual es el papel que juega en el mantenimiento de su problema sin embargo, este fenómeno resulta imposible si no ha de ser analizado desde un punto de vista diferente al del propio paciente. El papel del terapeuta desde el enfoque de Nardone será entonces conseguir este salto de tipo lógico que permita al paciente acceder a una *experiencia emocional-correctiva*³ que modifique el sistema de percepciones y reacciones hacia uno más flexible, provocando así un cambio tipo 2 (Nardone, 2004).

De este modo, un fenómeno tan recurrentemente buscado en terapias de corte clásico y lineal como el *insigth* o entendimiento, se convierte en un factor de nulo efecto al querer generar un cambio que no sea efímero o de momento. En los modelos convencionales de psicoterapia existe la convicción de que sólo a través del *insigth* se logra entender las causas subyacentes de una situación problema generando en el paciente la plena consciencia del *por qué* de su problema y por lo tanto que es lo más lógico de hacer para solucionarlo. Sin embargo, la comprensión de las causas subyacentes por las que un problema se expresa, poco sirven para solucionarlo en la

³ La *experiencia emocional-correctiva* es un concepto cuya primera aproximación es de orden psicodinámico y fue desarrollado por Alexander y French quienes en 1946 plantean este concepto como un objetivo necesario en la intervención y con el cual un tratamiento puede llevarse a cabo en un periodo relativamente breve de tiempo. Estos autores sugieren que en la terapia, el terapeuta debe presentarse como un agente activo, responsable y directivo más que la convencional presentación de este como una -tabla en blanco- que funciona como agente receptivo en los procesos de espejeo y de transferencia. De este modo el terapeuta debe propiciar la exposición del paciente a circunstancias adecuadas y favorables en las cuales este sea capaz de resolver aquellas situaciones en las que no hubo una resolución apropiada de alguna situación particular y que derivo en la generación de un conflicto. El paciente, para ser ayudado, debe experimentar una *experiencia emocional-correctiva* que suscite la resolución de aquella experiencia traumática influenciada por la experiencia previa. Esta experiencia emocional correctiva puede tener lugar durante el tratamiento, durante el proceso de transferencia o paralelamente al tratamiento, esta se puede dar en el campo de la vida cotidiana del paciente (Fromme, 2011). A partir de esta noción autores como Jackson, Watzlawick y el mismo Nardone retoman este concepto como uno de los objetivos clave en terapia que permitirá acortar el tiempo de la terapia a un breve periodo. Dentro del trabajo que desarrolla Nardone, la experiencia emocional correctiva se comprende como una la voltereta o salto de perspectiva en la que el paciente a través de una vivencia concreta -ya sea cotidiana o propiciada por el terapeuta- genera no un entendimiento racional sino emotivo, mismo que reestructura y modifica los modelos referenciales y sensitivos que a su vez provocan un cambio de reacción o conducta hacia su realidad, por lo tanto conseguir que el paciente obtenga esta experiencia es uno de los principales objetivos para la consecución del cambio en un periodo breve de tiempo (Nardone, 1995; Watzlawick & Nardone, 1990; Bartoletti, 2005).

actualidad, y es que el pasado, pasado es y no hay forma de modificarlo (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006).

Desde una visión a partir del MATBE se entiende que una situación problemática se puede solucionar por medio del desbloqueo del sistema de retroalimentación que exacerba el problema y lo mantiene. El terapeuta debe llevar al sujeto a cambiar su sistema perceptivo-reactivo rígido hacia uno más elástico y flexible que permita que el mismo sujeto experimente nuevos intentos de solución (Nardone, 1995; 2004; Nardone & Portelli, 2006; Ceberio & Watzlawick, 1998; Watzlawick & Nardone, 1990). Esta experiencia modifica retroalimentativamente las percepciones y reacciones del sujeto modificando su realidad y generando una reacción en cadena que deriva en la consecución de un cambio duradero a través del tiempo. Durante el proceso de intervención de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), se vuelve innecesario contemplar procesos extremadamente largos de tiempo, búsqueda exhaustiva de razones, causas y meta-análisis que lleven al sujeto hacia un *insight* en plena consciencia de sí mismo. De este planteamiento se desprende la tercera *herejía* haciendo referencia a una modalidad distinta de procedimiento y fin terapéutico, que busca generar un cambio por más simple o pequeño que sea pero que haya un cambio, ya sea de la situación actual o de la percepción del sujeto generando así un efecto de bola de nieve que conforme avanza se vuelve más grande hasta ser imparable y modificar la problemática (Watzlawick, 2002). La idea central es que estos pequeños cambios transitorios en un principio revolucionen progresivamente el sistema y lleven a nuevos y más cambios (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009). A partir de modelos de intervención estratégicos como el de Haley, Erickson, el del BTC, entre otros; en el MATBE también se mantiene la noción de que en la búsqueda de este tipo de cambio, el terapeuta asume la iniciativa de influir directa o indirectamente en el comportamiento y las percepciones del sujeto. Dejando de ser un observador inactivo a ser un agente de cambio haciendo uso de habilidades individuales, estrategias comunicativas, comportamentales y de los medios más eficaces para llevar al paciente a la solución de su problema -una idea característica en las terapias conocidas como estratégicas- (Haley, 1989; Haley & Richeport, 2006).

De acuerdo con Haley (1989), el terapeuta *estratégico* es aquel que asume por lo tanto un papel activo ya desde inicio de la terapia tomando un rol junto con el paciente de mutua responsabilidad al influir ya sea directa o indirectamente en el proceso de cambio del paciente y en la solución de su problema, para ello hará uso de estrategias que si funcionan tendrán por efecto indicadores de cambio con respecto a los intentos de solución y el desbloqueo del rígido sistema de percepciones y reacciones que de no ser observados, exigen el reajuste de las estrategias hacia otra más funcional. Basado en lo anterior el terapeuta con perspectiva correspondiente a la de Nardone, mantiene el compromiso de asumir un papel como factor activo de cambio que debe ser una persona altamente capaz para recurrir con habilidad a un arsenal de estrategias elaboradas *ad hoc* derivadas de su práctica cotidiana y que demuestren ser sumamente eficaces a la hora de ser aplicadas (Nardone, 1995; 2004; Nardone & Portelli, 2006; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

En caso de no funcionar y bajo la convicción de que si se hace algo por solucionar el problema y esto no funciona, en vez de seguir haciendo más de lo mismo se opta por probar algo diferente.

En este aspecto, el terapeuta tiene la ventaja a diferencia de otros modelos psicoterapéuticos de cambiar el rumbo de su estrategia siempre con la flexibilidad para adaptarlas a los diferentes casos a los que se apliquen (Watzlawick & Nardone, 1990; Nardone & Portelli, 2006; Nardone, 1995; Nardone Verbitz & Milanese, 1999).

Herejía 4

La última *herejía* que caracteriza al *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica* de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), hace referencia a un aspecto sumamente arraigado dentro de todo modelo de psicoterapia convencional. La creencia de que a todo comportamiento lo precede un pensamiento. Una convicción de la cual claramente se desprende la importancia de la búsqueda del *insight* y de la plena consciencia al respecto del problema para después poder actuar en pro de la solución del problema. No obstante, según Nardone (1995), no necesariamente es como se piensa. Partiendo de la filosofía constructivista, estos autores plantean que más bien ocurre todo lo contrario. En otras palabras, si la experiencia ocurre primero, el cambio de pensamiento o percepción será el resultado progresivo de dicha experiencia. Nardone y Balbi (2009), afirman que para que un sujeto cambie primero debe de ser expuesto a la experiencia de hacer o probar algo diferente. Esta experiencia claramente permite el necesario salto de tipo lógico que rompe con el rígido sistema de percepciones y reacciones que mantiene el sujeto. Como resultado de la experiencia correctiva, el sujeto experimenta un cambio de la percepción, y, por tanto de los modelos de referencia que hasta ese momento no permitían que el sujeto dejara de aplicar sus intentos fallidos de solución (Bartoletti, 2005). Hay que recordar que el sujeto siempre experimenta un problema de acuerdo a los modelos particulares de percepción y reacción que mantiene consigo mismo, con los demás y con su mundo y que estos modelos se vuelven rígidos al momento de no permitir que el sujeto perciba o reaccione de manera diferente pensando que la solución ensayada es la mejor forma para solucionar ese problema, y que irónicamente, estos intentos de solución mantienen y agravan la situación. En este orden de ideas, la experiencia debería preceder al cambio progresivo de las modalidades de reacción o de las conductas más funcionales (Nardone, 1995, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990).

El terapeuta debe ser capaz de llevar al sujeto a vivir una *experiencia emocional-correctiva* con la que se consigue causar un choque en el rígido sistema de percepción y reacción desbloqueándolo y permitiendo su reajuste hacia modalidades más flexibles y funcionales ante la situación problemática. A través de la experiencia y el aprendizaje resultado de esta experiencia concreta, el paciente logra modificar su punto de referencia y su marco de realidad para después con efecto de causa pueda hallar la solución más adecuada a su situación (Bartoletti, 2005).

A este respecto Watzlawick y Nardone (1990, p. 47) mencionan que: “Cuando se hace referencia a un nuevo tipo de aprendizaje, se habla propiamente de una experiencia concreta que determina el cambio hacia un modo distinto de percibir la realidad y su reacción ante ella”.

En la vida cotidiana, los individuos constantemente participan por medio de situaciones casuales en nuevos aprendizajes derivados de la experiencia y que modifican su conducta y percepción como resultado de su interacción (Bartoletti, 2005). Los sujetos experimentan, aprenden e

integran constantemente nuevos marcos de referencia para sí mismos, para los demás y en torno a su mundo conforme experimentan situaciones a lo largo de su vida (Watzlawick, 2002; De Koster, 2004). La principal diferencia entre el ámbito cotidiano y el terapéutico se encuentra en que en una situación problema por la que el sujeto pide ayuda, sus modalidades de reacción y percepción se encuentran sumamente *bloqueadas* al no hallar otra forma de dar solución a su situación. Ante este agobio y urgencia de ayuda, el terapeuta interviene llevando al paciente a modificar el sistema de retroalimentaciones disfuncionales propiciando la vivencia de experiencias emocionales que corrigen y reajustan sus marcos de referencia en todos sus niveles y permitan al paciente responder funcionalmente a la situación (Nardone & Portelli, 2004; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). Y aunque en un principio este proceso puede ser inconsciente, una vez conseguido el objetivo, el terapeuta pasa a la redefinición explicativa de lo que sucedió haciendo plenamente consciente al paciente del cambio suscitado bajo una razón de causa. El sujeto asimilará progresivamente este aprendizaje fruto de la experiencia y así, retomará su autonomía sobre su capacidad para afrontar nuevas situaciones por su cuenta. Por otro lado, el uso de un procedimiento terapéutico que busca la modificación conductual a partir del análisis explicativo y el razonamiento –insight-, desde los primeros momentos de la terapia o incluso como el objetivo principal de la terapia, el terapeuta se arriesga a obtener resultados contraproducentes ya que hacer esto en un sistema perceptivo-reactivo altamente rígido aumenta irremediamente su natural resistencia al cambio.

Por lo tanto, es desde un punto de vista basado en la cibernética que la búsqueda del *insight* como parte fundamental del proceso terapéutico es identificado como un procedimiento contraproducente ya que todo sistema -incluso los sistemas humanos- tienen por cualidad una tendencia natural hacia el equilibrio. Esto en términos clínicos significaría que al hacer consciente al sistema –sujeto- explicando y haciéndole entender lo que se tiene que modificar, lo más probable es que el mismo sistema se ponga a la defensiva haciendo más difícil que el cambio ocurra (Fisch, Weakland & Segal, 1984). El objetivo del terapeuta desde el MATBE, es el de lograr modificar el sistema perceptivo-reactivo bloqueando los intentos de solución y llevando al paciente a experimentar nuevas vivencias que corrijan su percepción y reacción ante el problema (Bartoletti, 2005). En consonancia con el modelo del BTC esto a menudo ocurre sin que el paciente sepa directamente hacia donde está siendo llevado para no activar su inherente resistencia al cambio como sistema. Sin embargo una vez alcanzada la meta por así decirlo, se pasa a la redefinición de los procedimientos empleados y el proceso sistemático del que se conforma la intervención pero sobre todo se hace énfasis en la redefinición de las modificaciones y logros que se han conseguido gracias a la capacidad y autonomía del paciente (Nardone, 2004). Entonces, la acción o la experiencia concreta de la cual se produce un cambio, posteriormente se refuerza y se vuelve plenamente consciente (Watzlawick y Nardone, 1990).

De este modo, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, se maneja como una secuencia que busca producir efectos específicos en miras de objetivos y metas prefijas a través de un proceso flexible en el cual, las estrategias utilizadas se mantienen o se reorientan de acuerdo a la evaluación de los efectos observados en el paciente. A través de este método, las estrategias

pueden ser adaptadas y reajustadas en el marco de una misma intervención convirtiendo la práctica clínica en un constante proceso de investigación sobre las técnicas y procedimientos específicos que poseen una capacidad heurística al producir efectos anticipados al ser empleados en tipologías de problemas o momentos determinados de la terapia (Nardone, 1995). Lo anterior, no es equivalente en lo absoluto a un recetario mágico y mucho menos a un manual de resolución de problemas, más bien a partir de un sólido marco epistemológico y conceptual el terapeuta cuenta con un sinnúmero de opciones sistematizadas para adaptarse intervenir y finalmente llegar a la solución de los problemas que presentan sus pacientes (Nardone & Portelli, 2006). De hecho, uno de los aspectos distintivos de este enfoque tiene que ver con la forma de abordaje sobre los problemas humanos sin la menor intención de librar de toda dificultad la vida del paciente, reconociendo que la inherente naturaleza de la vida recae en el hecho de que siempre habrá situaciones a las cuales los individuos se tienen que enfrentar. Desde un marco de pensamiento que retoma nociones y planteamientos del mismo corte, Watzlawick y Nardone (1990), mencionan que el proceso terapéutico es comparable isomórficamente a una partida de ajedrez en la que ambos jugadores –terapeuta y paciente- mantienen a lo largo del juego diferentes estrategias que se modifican y se reestructuran de acuerdo a las respuestas del oponente y cuyo objetivo final es dejar en jaque al adversario. La diferencia en este caso radica en que al ser el terapeuta el que deja en jaque al paciente, ninguno de los dos pierde ya que el paciente soluciona su situación y el terapeuta por su parte ha cumplido con su trabajo.

En resumen, las características y preceptos que componen el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica en lo que respecta a la resolución de problemas humanos se establece de un modelo de pensamiento con bases y fundamentos radicalmente opuestos las teorizaciones más tradicionales y clásicas en el campo de la psicoterapia. Por un lado, este planteamiento no busca en ningún sentido elaborar o abordar una teoría absoluta sobre la naturaleza humana al identificar y reconocer los errores metodológicos a los que se incurre del intento de instaurar modelos de normatividad, sanidad o patología que llegan incluso a representarse como lentes deformadores de la realidad. En cambio, bajo una convicción basada en las nociones filosóficas *constructivistas* se parte de la imposibilidad de considerar una *verdad absoluta* existiendo así tantos marcos de referencia o verdades como observadores y herramientas aplicadas en la realidad (De Koster, 2004). Uno de los principales precursores de este pensamiento en el campo de la psicología fue Jean Piaget, que con su trabajo referente a la construcción de lo real en el niño demostró como los individuos construyen modelos de realidad conforme se desenvuelven en su medio en un proceso interactivo que sería retomado y aplicado en las nociones cibernéticas y sistémicas de los años 50 (Watzlawick & Nardone, 1990). No obstante, en la actualidad la mayoría de los enfoques y teorías clásicas en psicoterapia aún consideran un punto de vista determinista y dinámico orientado por la lógica lineal de causa-efecto que aplicado al campo terapéutico invariablemente incurren en errores de auto-convalidación y de auto-referencia convirtiéndose así en modelos deformadores de la realidad sobre la cual se aplican. El MATBE se centra en dar paso al esfuerzo por crear una teoría definitiva y determinista hacia un esquema teórico abierto y flexible que haciendo uso de nociones derivadas de la cibernética opta por considerar fenómenos a partir de la interacción de sistemas rígidos por un modelo de causalidad de corte circular conformado por una serie de

retroalimentaciones en el cual no se determina el inicio o fin causal de las variables implicadas y que por lo tanto resultan modificables. Un marco teórico con estas características permite la ventaja de que al ser llevado a la práctica terapéutica, conserva las características de flexibilidad y auto-corrección que por lo tanto insitan la modificación y reajuste del modelo en base a los efectos de su aplicación hacia un valor no definitivo (Nardone & Portelli, 2006). Otra característica referente a esta perspectiva, es el paso de atención por parte del clínico en los procesos mediante los cuales se mantiene un problema o el *cómo* funciona, más que la profundización causal en el pasado o el *por qué*. Gracias a las aportaciones terapéuticas y teóricas del grupo del Brief Therapy Center del MRI de Palo Alto sobre los procesos de cambio y el proceso de intervención para conseguirlo. Se plantea el concepto de las *soluciones ensayadas disfuncionales* que agravan el problema (Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976), como principal reductor de complejidad que permite al terapeuta identificar la mejor forma para impedir o interrumpir el sistema de retro alimentación que mantiene el paciente mediante sus intentos de solución de su situación y que no obstante lo prolongan. Además, dentro del enfoque del MATBE se concibe la necesidad de generar en el paciente reacciones o experiencias emotivo-correctivas que inicien el cambio en el sistema de percepciones y reacciones particulares de los que derivan los intentos de solución disfuncionales (Bartoletti, 2005). De este proceso se inicia la búsqueda e introducción de pequeños cambios que activen una reacción en cadena hacia un cambio perdurable de tipo 2 (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). Por otra parte, el cambio en el paciente ya no se busca a través de la búsqueda del *insigth* o de la consciencia del problema a través de una racionalización explicativa que predisponga la resistencia en la persona a cambiar su conducta, sino que se considera fundamental y de gran relevancia en la consecución del cambio, llevar al paciente a una experiencia previa que modifique la percepción y la reacción del sujeto (Bartoletti, 2005). Se lleva al paciente a vivir nuevos marcos de referencia para después redefinirlos e introducirlos conscientemente y con pleno motivo de causa en el progresivo cambio obtenido. La teorización sobre un problema como proceso terapéutico empleado desde el inicio de la terapia no lleva sino a la resistencia del mismo paciente a llevar a cabo lo que se le indique. Por tanto, ahora se busca llevar al paciente a obrar para conocer (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006). Al igual que en previas modelaciones como la del BTC, este modelo se abre paso de procedimientos introspectivos hacia procedimientos pragmáticos y operativos que a su vez modifican el rol clásico del terapeuta pasivo a uno sumamente activo y responsable de todo lo que ocurre durante el proceso de la terapia siempre partiendo de objetivos prefijados y buscando en todo momento el cambio que permita flexibilizar el marco de referencia del paciente y lo dote de nuevas herramientas para afrontar las situaciones propias de la vida de todo individuo (Haley & Richeport, 2006; Nardone & Portelli, 2006).

De las premisas anteriores se puede concluir hasta este momento que las principales diferencias y características del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica con respecto a los modelos clásicos y convencionales de terapia son:

1. La consecución progresiva de objetivos prefijos al comienzo de la terapia en lugar de, la resolución completa y definitiva de traumas, patologías, o conductas disfuncionales provenientes de una teoría compuesta *a priori*.
2. El proceso de la intervención bajo la perspectiva de Nardone, se hace de acuerdo a la búsqueda de experiencias emocionales-correctivas que reestructuren el marco de referencia del paciente y lo llevan a la solución del problema la vez que se interrumpe el sistema de retroalimentaciones que mantienen el problema (Watzlawick & Nardone, 1990; Bartoletti, 2005).
3. Para esto es importante adaptar e individualizar las estrategias, intervenciones y directivas que se han de plantear con el paciente y su situación en particular. Adaptar la terapia al paciente ya representa por sí sólo un cambio de convicción al respecto de otros modelos en los que el paciente tiene que iniciarse en el vocabulario, filosofía y procedimiento del terapeuta y su modelo de referencia.
4. La intervención desde esta perspectiva no se basa en la explicación causal del problema sino en la inducción del cambio más mínimo que desencadene una secuencia de progresivas experiencias dirigidas a su solución develando así su estructura. Desde este punto de vista se considera que la solución explica el problema y no al revés (Nardone, 2004).
5. Finalmente, este marco de referencia permite contemplar la autocorrección y flexibilidad como parte del proceso terapéutico ya que si una estrategia no funciona o genera lo esperado, se tiene la libertad de optar por otra, evitando hacer más de lo mismo (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006).

Orígenes del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica

En su aplicación al campo de los trastornos psíquicos y del comportamiento, el modelo de pensamiento que corresponde al MATBE acerca de los problemas humanos, su abordaje y solución, se encuentra a decir de Nardone, compuesto por dos importantes puntos de referencia derivados de los trabajos de Milton H. Erickson y del antropólogo Gregory Bateson quién influyó enormemente en el desarrollo de los trabajos de Donald de Avila Jackson y de la estructuración del modelo terapéutico del *Brief Therapy Center* del MRI de Palo Alto (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Vargas, 2004; Watzlawick & Nardone, 1999; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Wittezaele & García, 1994).

No obstante, la revolución cibernética de los años cincuenta representó el punto clave por medio del cual se da la transición revolucionaria de perspectiva que se abre paso en base a la concepción de procesos continuos y constantes de información sustentados en la cibernética. El aspecto principal por el cual tuvo lugar este cambio tiene que ver con las ideas expuestas durante una serie de conferencias multidisciplinarias conocidas como Macy en las cuales se delinearon por primera vez las nociones y concepciones que pronto darían pie al pensamiento de orden cibernético. Cabe señalar que durante estas conferencias Gregory Bateson, su esposa Margaret Mead y Milton Erickson estuvieron presentes dándose así sus primeros contactos académicos (Vargas, 2004). Por otro lado, gracias a esta serie de conferencias es como se comienza a dar el desprendimiento y cuestionamiento sobre las concepciones clásicas de causalidad lineal unidireccional fundamental en las llamadas ciencias duras hacia un modelo conceptual que plantea modelos gobernados por una causalidad de tipo circular y de una naturaleza retroalimentaría, una concepción definitivamente atractiva sobre todo en el estudio del humano, sus procesos de comunicación y lo referente al estudio de toda ciencia social (Ceberio, 1999; Hoffman, 1998; Pakman, 1991; Wittezaele, 2004; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994)

Con el cambio de concepción pronto se hizo evidente la posibilidad de su aplicación en el campo de la psiquiatría y la psicología y en particular en el estudio clínico de los trastornos y su tratamiento permitiendo por primera vez considerar los fenómenos humanos desde una perspectiva en términos de información y analizada a partir de procesos interactivos, relacionales y de comunicación entendidos como sistemas humanos y que abarcan desde personas, familias o grupos hasta organizaciones extensas (Ceberio, 1999; Mahoney, 2005). De esta manera, una persona en términos sistémicos y cibernéticos deja de ser entendida como un organismo autónomo, determinado por mecanismos dinámicos, evolutivos y comportamentales, para en cambio, ahora ser considerado como una entidad que interacciona dentro de un sistema de relaciones caracterizadas por un continuo intercambio de información entre unidades que se influyen mutuamente (Bateson, 1990; 1994; 1999; Berger, 1993; Hoffman, 1998; Lipset, 1991; Pakman, 1991; Vargas, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999; Wittezaele & García, 1994). Lo anterior pone en perspectiva a todo aquel modelo de concepción determinista y causal sobre la dinámica de la personalidad y la conducta humana, dejando en claro que el análisis de la persona como ser autónomo e independiente de un contexto o de las relaciones que mantiene con las demás personas deja de ser convincente (Watzlawick & Nardone, 1990).

A partir de una visión cibernética se estructurará una concepción en la que un individuo como unidad sólo se expresa a sí mismo y su comportamiento en función de las interacciones que mantiene con los demás y con el ambiente que le rodea y no como un factor independiente de su contexto (Vargas, 2004; Wittezaele, 2004; Wittezaele & García, 1994). Con la depuración de estas nociones pronto se estructurará el concepto de Feedback, *retroalimentación* o *retroacción* con el cual se establece como característica y particularidad de todo ser viviente incluido en un sistema, la cualidad de no ser un simple emisor o receptor de información sino que a través de un proceso circular de retroalimentación se encuentra constantemente en un flujo de información asumiendo un papel tanto de emisor como de receptor (Ceberio, 1999; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). Por lo tanto, la retroalimentación es el mensaje de retorno al emisor con el cual se establece un flujo circular y constante de información creando así un mecanismo de recepción y emisión y viceversa entre las unidades involucradas (Pakman, 1991; Vargas, 2004).

De este modo se genera una causalidad de orden circular en la que no existe una relación causa y efecto como tal sino una serie de retroalimentaciones que reflejan un mecanismo de circularidad entre las variables. Así se consigue dar el paso de un tipo de causalidad lineal de corte unidireccional hacia una suerte de causación recíproca que conforma una causalidad circular que una vez iniciada no se puede definir el inicio o el fin sino un constante sistema de flujo recíproco (Tseliou & Psaropoulos, 2005; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991).

Bajo este marco de referencia el estudio sobre los trastornos psíquicos y comportamentales debería llevarse a cabo ya no como un análisis causal sobre el pasado sino como un análisis de las variables contextuales, relacionales y particulares del individuo partiendo de que el estudio aislado de cualquiera de estas variables no conducen sino al reduccionismo y a distorsiones de corte cognoscitivo (Nardone & Portelli, 2006). Por lo tanto se comienza a entender al ser humano a partir de un foco de estudio interaccional, contextual y relacional como participante de un sistema de retroalimentación que involucra características de causalidad circular cuyo análisis brinda una adecuada representación de la realidad (Bertrando & Toffanetti, 2004; Berger, 1993; Ceberio & Watzlawick, 1998; Hoffman, 1998; Tseliou & Psaropoulos, 2005; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994).

Precisamente fue Gregory Bateson y su grupo de trabajo con la posterior colaboración de Don Jackson quienes formularon los preceptos y teorizaciones cibernéticas y sistémicas aplicadas al campo de intervención clínica derivadas del estudio de las familias de jóvenes esquizofrénicos y sus procesos de comunicación además de darse a la tarea de estudiar los procedimientos, la comunicación y las técnicas que empleaba en su trabajo del reconocido hipnoterapeuta Milton Erickson, esto último fue un factor fundamental para el posterior desarrollo del modelo del Brief Therapy Center del MRI ya que parte del equipo de investigación de Bateson estuvo estudiando directa y detalladamente la forma en la que Erickson trabajaba (Bateson, Haley, Jackson & Weakland, 1976; Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Lipset, 1991; Ray, 2004; Vargas, 2004; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991).

A este respecto Milton H. Erickson, reconocido hipnoterapeuta es considerado como el principal precursor de la terapia estratégica al ser él quien a lo largo de su eminente carrera como terapeuta desarrolló y creó un sinfín de estrategias, técnicas y procedimientos para resolver los problemas psíquicos y de comportamiento en un breve lapso de tiempo (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Haley, 1990; 1989; Haley & Richeport, 2006; O'Hanlon, 1993; Procter, 2001; 2002; Téllez, 2007; Vargas, 2004; Wittezae & García, 1994). Es reconocido por ser uno de los principales íconos de referencia en lo que respecta al estudio de la hipnosis así como en el uso terapéutico del lenguaje conminatorio y sugestivo a través de un estilo peculiar de comunicación verbal y no verbal como una herramienta clave en la consecución de resultados efectivos y en un corto tiempo (O'Hanlon, 1993; Vargas, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). Precisamente esta cualidad fue la que intereso a Bateson y su equipo a estudiar directamente la forma en la que Erickson se comunicaba al realizar su trabajo.

Las contribuciones de Erickson al campo clínico y terapéutico son invaluable, pese a que a lo largo de su carrera jamás hizo por elaborar un modelo sistemático de terapia como tal. Sin embargo, su peculiar estilo terapéutico influyó en la estructuración de otros modelos claramente delineados a partir de su legado (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Haley, 1990; 1989; O'Hanlon, 1993; Téllez, 2007; Procter, 2001; 2002; Wittezae & García, 1994; Yapko, 1999; Zeig, 1980; 1999). De acuerdo con Vargas (2004), la razón por la cual jamás Erickson delineó un modelo terapéutico que abarcara la naturaleza humana o la personalidad se debió precisamente a su particular forma de percibir a los individuos como seres irrepetibles con experiencias y pensamientos particulares que individualizaban sus respectivas maneras de percibir sus realidad. Su planteamiento terapéutico al igual que su manera de concepción de los individuos, hace énfasis en que durante la terapia se debe tomar en cuenta la individualidad del sujeto, y a partir de eso adaptar las estrategias, el lenguaje y el diseño de intervención a las modalidades particulares e individuales de cada paciente.

Por lo tanto, y de acuerdo con Haley (1989), la terapia estratégica es entendida no como un modelo particular y estructurado de terapia como tal sino es el adjetivo con el que se identifica cualquier modelo de intervención pensado y estructurado a partir de los trabajos de Milton Erickson y en el que el terapeuta asume un rol activo de responsabilidad sobre proceso de la terapia. Además desde esta perspectiva estratégica desarrollada por Erickson, no se sostienen - como ya se hizo mención- prejuicios o clausuras teóricas que delineen un esbozo sobre la *natura humana* o la *personalidad*, ya que se parte de la convicción de la individualización y el respeto a la particularidad de cada paciente así como de su contexto y su punto de vista, además cabe señalar que de los trabajos de Erickson es de donde proviene la propuesta de las prescripciones comportamentales que en cierto modo podían resultar fuera de lugar, paradójicas o extrañas mismas que el paciente tiene que realizar entre sesión y sesión (Zeig, 1980; Bertrando & Toffanetti, 2004; Haley, 1990; 1989; Haley & Richeport, 2006; Hoffman, 1998; O'Hanlon, 1993; Procter, 2001; 2002; Téllez, 2007; Wittezae & García, 1994; Robles 2001).

Progresivamente de las observaciones recopiladas por Bateson y su grupo, derivadas de las enseñanzas prácticas de Erickson entre otras dieron pie a la posterior manufacturación de varios modelos de intervención como el de Haley, el de Jackson o el del BTC, modelos que cuentan entre sí con un marco teórico que desplaza los objetivos y procedimientos convencionales en psicología y psiquiatría, en los que se parte de considerar el comportamiento disfuncional a través de cuadros clínicos, hacia un marco de referencia antropológico en el cual se intenta dar explicación al funcionamiento de dicho comportamiento en su contexto particular (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994). Durante el desarrollo de los trabajos de Bateson y su equipo, surge la hipótesis del *doble vínculo* (Bateson, Haley, Jackson & Weakland, 1976; Berger, 1993; Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994), concepto en el que se parte del estudio de la comunicación para poder identificar patologías comunicativas que a su vez generan interacciones patológicas y que pronto tomaría lugar como uno de los principales fundamentos de la terapia familiar-sistémica.

De acuerdo con Vargas (2004), esta hipótesis plantea que si un sujeto cae en una interacción en la cual se le dan dos órdenes contenidas en un mismo mensaje -paradójico o contradictorio-, la persona, si no puede desvincularse de este *doble vínculo* tendrá como respuesta un comportamiento interactivo patológico. En otras palabras, un sujeto atrapado en un sistema de comunicaciones patológicas sea cual sea su forma de reacción ante el imperativo, entrará irremediamente en un estado de culpa y disonancia considerando que la conformación del mensaje recibido no permite una salida no ansiogena o no culpabilizadora. La importancia de este concepto, es que mediante él se obtiene el valor heurístico necesario para predecir y detectar una situación con estas características, y por tanto, cómo generarla y desestructurarla a través de un proceso terapéutico en el que se modifiquen los patrones de interacción problemática (Lipset, 1999; Watzlawick & Nardone, 1990; Tseliou & Psaropoulos, 2005). Esta concepción modifica radicalmente la percepción del individuo dentro del ámbito terapéutico como una estructura autónoma, hacia su comprensión como un sistema interactivo, desde un marco intrapsíquico a uno relacional y contextual y del análisis exhaustivo del pasado causal del sujeto al estudio detallado de las interacciones que tienen lugar en el aquí y ahora pero sobre todo el paso de la pregunta fundamental del *por qué*, a la que se refiere a *qué y cómo* solucionar el problema actual, además desde esta perspectiva se considera necesaria la transición del profundo rol pasivo del terapeuta hacia un activismo que lo dota de responsabilidad en influir en la modificación de la situación problemática tal y como en el estilo Ericksoniano (Nardone, 2005; Nardone & Portelli, 2006; Weakland, 1999; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994; Watzlawick & Nardone, 1990).

Esta modificación sobre la manera de abordar los problemas humanos en el campo clínico tendrá como consecuencia el posterior surgimiento varios modelos de intervención enfocados en el análisis de los procesos comunicativos que tienen lugar en el momento presente de la manifestación y ya no en la búsqueda causal del pasado. Los trabajos y formulaciones de Bateson y su grupo de investigación en conjunto con Don Jackson continuaron ahora centrando su atención en la identificación de diversas tipologías interactivas encontradas en juegos, simetrías y tácticas

comunicativas cuyos efectos eran semejantes a los de un *doble vínculo* (Jackson, 1997; 2001; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994).

Una vez dado por terminado el Proyecto de Bateson, este se retira a seguir con sus actividades académicas, siendo Don Jackson quien retomará todas las ideas plasmadas sobre el *doble vínculo* y las observaciones prácticas del estilo comunicativo de Erickson para su aplicación como modelo de intervención clínica, para esto Jackson funda y dirige el Mental Research Institute –MRI- en la localidad de Palo Alto, California y rápidamente conforma un equipo de colaboradores entre los cuales se encontraban John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch y Paul Watzlawick (Vargas, 2004).

De entre los primeros trabajos llevados a cabo en el MRI durante esos años se pueden mencionar el desarrollo de un modelo de intervención familiar, la formación de terapeutas, el desarrollo de un modelo de terapia familiar, así como a la continuación y desarrollo de las investigaciones sobre el proceso de cambio; siempre entorno a las investigaciones sobre comunicación, la familia y la enfermedad mental (Vargas, 2004). Como ya se ha hecho mención, primordialmente el trabajo terapéutico de este grupo se centraba ya no en el individuo sintomático, sino en tratar de entender en qué contexto podría adquirir el comportamiento desviado un sentido razonable para el observador externo. La atención se puso en las formas de comunicación; como las del *doble vínculo*, la *homeostasis* y las reglas familiares, este grupo ya no se ocupaba de conocer el *por qué* sucede la interacción, sino de *cómo* esta sucede (Bertrando & Toffanetti, 2004; De Shazer, 1989). Por su parte, Paul Watzlawick continúa trabajando en las ideas surgidas durante el proyecto de Bateson, dando como resultado en 1967 la publicación del libro *Teoría de la Comunicación Humana*. En este texto, se sistematiza por primera vez una serie de ideas basadas en la cibernética y la hipótesis del *doble vínculo* y describió su aplicación terapéutica con respecto a las características comunicativas y la concepción de trastorno mental (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991). Estos trabajos, dieron posterior pie a la concepción de ideas intermediarias entre la teoría de Bateson y su aplicación práctica extraída del trabajo de Erickson y Jackson (Vargas, 2004).

“De esta manera estas teorizaciones aplicadas en el campo clínico, dieron como resultado la formulación de un modelo de intervención terapéutico que se centra en la intervención en el sistema interaccional de reverberaciones contenidas en el mecanismo de comunicaciones disfuncionales” (Wittezaele & García, 1994, p. 84).

De acuerdo con Vargas (2004), a petición de Richard Fisch hacia Jackson, se pone en marcha la formación del Brief Therapy Center⁴ –BTC- en 1967 y que estaría bajo la dirección de Richard Fisch

⁴ A decir de Richard Fisch, el nombre Brief Therapy Center, fue seleccionado por el grupo a través de un consenso en el que se decide la asignación del término *Brief* como la denotación o alusión hacia una característica de contenido como la de un producto en particular como cuando se designa que un producto es *light* o es *low calories*, de este modo sería atractivo hacia la gente quienes a su vez se encontrarían intrigados al preguntarse en ese entonces que tan *breve* podría ser la terapia *breve*. Por otro lado, el término *Therapy*, designa la ampliación del término *Clinical*, ya que en este último se entendería que el trabajo llevado a cabo se limitaría únicamente hacia clientes con una problemática mental, psicológica, nerviosa, neurótica, etc. En ese sentido el trabajo del CTB no se limitaba a la atención en problemáticas de orden *clínico* sino que desde este modelo se abordaban problemáticas interpersonales. Desde esta perspectiva y

en colaboración de Paul Watzlawick, Jay Haley, John Weakland y Arthur Bodin. Desde un principio este equipo tuvo como propósito el diseño de un modelo de intervención terapéutica derivado de la investigación y síntesis metodológica sobre el trabajo de Erickson en el desarrollo de las mejores técnicas y estrategias que permitían el mejor abordaje del proceso de cambio desde un enfoque interaccional (Vargas, 2004). Su objetivo principal, era encontrar formas en las que terapeuta y paciente pudieran encontrar lo más rápido posible los medios y estrategias para la solución de sus dificultades y así poder continuar con sus vidas sin encontrarse con las mismas dificultades (Cade & O'Hanlon, 1995). Este trabajo siempre estuvo guiado bajo la convicción de que el proceso terapéutico podía realizarse en un tiempo mucho más corto que el utilizado en terapias convencionales y que predominantemente llegaban a durar años, por lo que el trabajo se centró en conseguir la resolución del problema del paciente en un periodo *breve* de tiempo.

Para esto, este grupo discutió sobre cuál sería el límite de sesiones en las que un tratamiento podría ser considerado *breve*, inicialmente se pensó en la posibilidad de que fueran 20 sesiones sin embargo este periodo comprendía una duración aproximada de seis meses por lo que la idea fue desechada. Finalmente se estableció la elaboración de un modelo de intervención prefijado en diez sesiones –cerca de tres meses- y de aproximadamente una hora por sesión, haciendo énfasis durante estas sólo en las quejas específicas que argumentaban los pacientes y empleando todas las técnicas que pudieran ser estímulo para generar un cambio mínimo necesario para solucionar el problema (Vargas, 2004).

Su principal característica fue la de sólo intervenir en las respuestas generadas por los pacientes para intentar solucionar la situación problema y que hasta el momento habían sido infructuosas. De este modo el objetivo de la terapia era exclusivamente a modificar el problema específico del paciente además, se comenzó a utilizar el espejo unidireccional que permitía la observación e integración de un equipo terapéutico que observaría lo ocurrido en sesión y así poder llevar a cabo un análisis mucho más detallado y discusión después de la terapia. A decir de Richard Fisch uno de los avances metodológicos que trascendieron en la conformación del modelo de intervención del BTC fue la concepción sobre los *intentos de solución fallidos* que a la larga son los que mantienen y exacerban el problema del paciente, este concepto abrió paso a la depuración y refinamiento del modelo a través de la investigación sobre el proceso de cambio y su obtención, el uso especial del lenguaje, el uso de variantes de prescripciones y otros procesos (Fisch, Weakland & Segal, 1984; Vargas, 2004).

A decir de Vargas (2004), una vez constituido el modelo de intervención del Brief Therapy Center y puesto en marcha con excelentes resultados, el grupo expande y presenta sus trabajos a través de la publicación de dos obras fundamentales en las que se resumen los principios teórico-prácticos más interesantes sobre este modelo de intervención *Cambio* en 1974 y la *Táctica del cambio* en 1982 obras en las cuales se describen y se detallan años de desarrollo investigativo y su síntesis aplicados en la solución de problemas humanos en un periodo breve de tiempo.

de acuerdo con Fisch, el trabajo del CTB no era hacer terapia como tal sino el de la resolución de problemas o Problem-Solving sin embargo, *Interpersonal Problem Solving* no tenía el *cachet* que tiene *Brief Therapy Center* (Fisch, Ray & Schlanger, 2009).

Para este modelo terapéutico, el trabajo de Erickson constituye la aplicación operativa y técnica de las estrategias y procedimientos propios de la terapia sistémica en un nivel pragmático y complementado por Bateson y su legado quién representa el factor fundamental y modelador de las concepciones teóricas sobre los procesos de comunicación e interacción desde una perspectiva sistémica-cibernetica. (Hoffman, 1998; Vargas, 2004; Wittezaele & García, 1994). Básicamente en este modelo la intervención consta del uso de intervenciones paradójicas y dobles mensajes de contenido que dejan al paciente bajo *dobles vínculos* terapéuticos con la finalidad de interrumpir el patrón de retroalimentación relacional y comunicativa que mantiene el problema (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1998; Ray, 2004; Vargas, 2004; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Weakland, 1999). Es importante destacar el avance metodológico e investigativo que representa el empleo del espejo unidireccional y de la grabación de las sesiones en video para su posterior análisis y estudio como fuente de información documental tanto para la depuración de las estrategias como para su enseñanza didáctica. Estas herramientas, son prueba de una práctica clínica cada vez más refinada, sistemática y rigurosa, una característica representativa sobre otros modelos convencionales de psicoterapia en los que el relato del terapeuta constituye un gran sesgo informativo al momento de evaluar, corregir o aprender la aplicación del modelo de intervención.

En resumen, la síntesis evolutiva que complementa las aportaciones teórico-prácticas del grupo de Gregory Bateson sobre los procesos de comunicación e interacción y el trabajo clínico y operativo que efectuaba Milton Erickson, dan como efecto el primer Modelo de Terapia Breve Estratégico del Brief Therapy Center del MRI de Palo Alto (Nardone, 2004; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). Un modelo caracterizado por la convicción de que el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones disfuncionales expresadas en los *intentos de solución* disfuncionales que el paciente lleva a cabo por dar solución a su problema pero que en vez de eso lo agravan y mantienen. Considerando fundamental el estudio sobre la conceptualización que el paciente mantiene sobre su problema y cómo esta conceptualización los ha llevado a los intentos de solución para su problema (Vargas, 2004; Weakland, 1999; Wittezaele & García, 1994).

El terapeuta con formación en el modelo BTC, debe hacerse cargo de establecer una clara definición del problema así como de las soluciones ensayadas y las reacciones o efectos que estas producen a fin de establecer un diagnóstico. Posteriormente, se evalúa y se diseña la mejor estrategia a partir de los datos obtenidos del diagnóstico y sobre todo en consonancia con la idiosincrasia particular y contextual del paciente (Bertrando & Toffanetti, 2004). La estrategia de intervención en su mayoría datan de prescripciones comportamentales que tienen por objetivo interrumpir y alterar el ciclo de retroacciones que mantienen el problema y generando así un cambio en la situación problemática (Fisch, 2008; Vargas, 2004; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Weakland, 1999; Weakland, 1999). Esto partiendo de la convicción de que el más mínimo cambio generado en la terapia, traerá como consecuencia una reacción en cadena que cambiará todo el sistema por lo cual, al construir el objetivo terapéutico es necesario plantearlo en el logro de pequeñas metas ofreciendo una menor posibilidad de la presencia o activación de resistencia por parte del paciente. Además, este modelo también se caracteriza por su sutil y discreta

directividad disfrazada bajo un marco de no directividad que mediante el establecimiento de una relación terapéutica *one-down*⁵ que se mantiene incluso al momento de prescribir o dar las directivas enmascaradas como acciones triviales y sencillas incluso fuera de contexto que no obstante, están dirigidas a generar cambios concretos sobre la situación problemática (Nardone, 2004; Vargas, 2004; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976).

El enfoque de la Terapia Breve Estratégica que desarrolla Giorgio Nardone en un primer momento con la colaboración de su maestro Paul Watzlawick, parte precisamente en base de las enseñanzas pragmáticas y sistematizadas de la terapia Ericksoniana a partir de un enfoque interaccional que comprende la pragmática de la comunicación contenida en el modelo del BTC del MRI de Palo Alto (Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1999). Este modelo tiene su primer aproximación no como un planteamiento nuevo como tal sino como una especie de continuación de las aproximaciones metodológicas e interventoras del BTC, como un planteamiento terapéutico aplicado a la resolución de los problemas humanos poniendo un peculiar énfasis en la investigación empírica por medio de la cual la terapia se convierte en un proceso sistemático heurístico y correctivo en el cual, la intervención se conforma como una secuencia de acción-investigación que evalúa, ajusta y corrige los efectos generados en el paciente y la situación problemática, depurando sus procedimientos, estrategias y técnicas a la par de la consecución del cambio (Nardone, 1995; 1999; 2004; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999).

⁵ Que al español se lee como posición uno abajo.

CAPITULO 2

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO

Con base a los apartados anteriores se ha podido contemplar que el planteamiento *Breve Estratégico* que desarrolla Nardone, cuenta con una amplia base conceptual y epistemológica que respalda su modelamiento y aplicación en el campo clínico descartando automáticamente cualquier acusación de que se trata de una terapia sintomática de efectos esporádicos y superficiales. En cambio, se puede describir como una intervención cuyo objetivo principal es la modificación o reestructuración de la manera en la que el paciente percibe y reacciona ante su realidad y en particular hacia una situación problemática en su vida (Nardone & Portelli, 2006).

Para ello, debe de interrumpirse el sistema de retroalimentación que mantiene el problema a la vez que se introduce un pequeño cambio que reestructure las modalidades de acción ante la situación o comportamiento percibido como problemático por el paciente (Nardone & Castelnuovo, 2007). Partiendo de este objetivo principal, el terapeuta de orientación Nardone, ha de enfocarse en la investigación *operativa* de la situación problemática actual del paciente. Siendo la indagación sobre sucesos del pasado o la llamada historia clínica un instrumento más para identificar y constituir estrategias en busca de llegar a la solución del problema actual (Watzlawick & Nardone, 1999). Por lo tanto, desde la primera interacción con el paciente, el terapeuta se encarga de hacer una descripción operativa sobre: 1) Las interacciones que se presentan en el paciente desde sus tres tipologías, es decir consigo mismo, con los demás y con el mundo. 2) Cómo el problema se expresa o tiene lugar en estas modalidades de interacción. 3) Cómo es que el sujeto ha manejado hasta el momento sus problemas -identificación de los intentos de solución- 4) Finalmente se identifica cómo es que se puede dar solución al problema, en otras palabras una vez establecidos los objetivos y los acuerdos sobre el tratamiento, se diseñan las mejores estrategias que permitan llegar a los objetivos deseados (Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990; Nardone & Salvini, 2006). Mediante este proceso Nardone (2004), afirma que es común observar al cabo de unas sesiones la reducción del síntoma y un cambio progresivo en la forma de interacción relacional consigo mismo, con los demás y con su mundo. Esto se debe a que el salto de tipo lógico que produce el cambio en el paciente, permite desbloquear el rígido sistema de percepción y reacción que mantenía el problema hacia otro más flexible y funcional que otorga al paciente, la autonomía, la reafirmación y la sensación de que el problema puede ser solucionado por sus propias capacidades (Nardone & Portelli, 2006). Lo anterior, representa a grandes rasgos los principales objetivos de la Terapia Breve Estratégica de Nardone que no obstante, en su aplicación empírica se desglosa como un proceso sistemático de intervención que se compone por fases, objetivos, estrategias, procedimientos y técnicas terapéuticas que en conjunto sirven a terapeuta y paciente en la consecución del cambio de la situación o conducta problemática. Esta secuencia a su vez es empleada como un proceso de investigación de naturaleza flexible y auto-correctible con el cual la intervención se convierte en un constante proceso de acción-investigación.

Proceso Terapéutico desde el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica

A continuación se desglosa detalladamente la secuencia que compone el proceso de intervención Breve Estratégica de Nardone comprendiendo etapas cruciales de la intervención como el primer contacto entre el terapeuta y el paciente, la relación terapéutica, el acuerdo de los objetivos de la intervención, la elaboración de una definición operativa sobre el problema, la individualización de las estrategias de intervención, los procedimientos y técnicas empleadas en la intervención y el final de la terapia.

El primer contacto y establecimiento de la relación terapéutica. Esta fase tiene lugar desde el momento en el que el terapeuta y paciente tienen su primer contacto. Es una parte crucial en el proceso de intervención ya que durante el inicio de la terapia el terapeuta debe ser capaz de establecer una relación de confianza, sugestión positiva y un contacto empático con el paciente, esta idea claramente se desprende a partir de los trabajos del BTC (Fisch, 2008; Fisch, Weakland & Segal, 1984; Watzlawick & Nardone, 1990; Weakland, 1999). Esto es necesario ya que permite facilitar la primera investigación diagnóstica y la ejecución de las primeras intervenciones y prescripciones con una mayor disposición en el paciente (Bova, 2005). Para lograr este paso el terapeuta se servirá de identificar y *calcar* la percepción particular de la realidad así como el lenguaje tanto verbal como no verbal del paciente. Este procedimiento claramente se realiza evocando los preceptos que constituyen la terapia Ericksoniana (Télliz, 2007; De Shazer, 1989; Erickson & Rossi, 2001; Haley, 1989; O'Hanlon, 1993; Procter, 2001; 2002; Watzlawick & Nardone, 1999; 1990), sobre *utilizar* lo que el paciente traiga consigo a la terapia. Es fundamental por lo tanto, que desde el inicio de la intervención el terapeuta sea capaz de establecer un ambiente de compromiso mutuo, de contacto personal y propicie un ambiente de confianza con el paciente, de ser así esto conlleva a la mejor disposición y sugestión positiva hacia el terapeuta y hacia los procedimientos y técnicas de la terapia. Esta primera fase contribuye mucho en evitar los primeros indicios de resistencia hacia el cambio buscado en terapia (Watzlawick & Nardone, 1990).

Proceder de esta manera representa una de las características que hacen particulares este tipo de enfoques con respecto a otros modelos clásicos y convencionales de terapia en los que desde un principio se lleva a cabo algo así como una iniciación o inducción del paciente a las concepciones, conceptos, vocabulario y estilo personal del terapeuta así como del modelo de referencia adaptando al paciente a la terapia y no la terapia al paciente. El adaptar la terapia al paciente es un punto clave desde cualquier enfoque estratégico incluyendo el de Nardone ya que contribuye a ejercer la capacidad terapéutica⁶ y evitar activar algún tipo de resistencia en el paciente (Fisch, 2008; Weakland, 1999; Zeig, 1980). El terapeuta tiene como primer reto hacer notar al paciente que se le comprende y que en ningún momento se le juzga incrementando así la motivación, confianza y la sugestión positiva sobre el tratamiento y el terapeuta (Watzlawick & Nardone,

⁶ La capacidad terapéutica es equivalente a la capacidad de maniobra del terapeuta, un término empleado para denotar la capacidad y libertad de actuar de la manera en que el terapeuta considere más apropiado en el transcurso de la terapia a través de establecer una relación de uno abajo hacia el paciente. Este concepto fue desarrollado por el Grupo del CTB del MRI de Palo Alto (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

1990). En resumen, el primer contacto en la terapia se delinea como un componente fundamental en el proceso de intervención ya que durante este periodo, el terapeuta debe ser capaz de establecer una relación de confianza e interés por el tratamiento haciendo uso y calcando el lenguaje verbal, no verbal y la cosmovisión del paciente sobre el problema. Lo anterior permite que el terapeuta ejerza su capacidad por un lado y por el otro incrementa la motivación, interés y confianza por el tratamiento y su seguimiento. La siguiente fase a considerar en la intervención desde el MATBE entra en juego también desde el inicio de la terapia y depende en mucho de que el terapeuta consiga establecer una buena relación terapéutica que dé apertura en la forma de responder del paciente y su disposición para aportar la información requerida.

La Definición del problema. Esta fase se compone de la investigación diagnóstica sobre el funcionamiento del problema. A través de una secuencia de preguntas a manera de entrevista casual, el terapeuta buscará estructurar una *descripción operativa* sobre *cómo* es el problema, este proceder inicialmente fue empleado por primera vez en el modelo del BTC (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Esto puede resultar un tanto laborioso pensando en que a menudo las personas suelen ser muy vagas y generales al describir su problema sin embargo, aquí es donde la habilidad del terapeuta entra en juego porque la serie de preguntas que él hará deben tener un objetivo, uno de los primeros es conocer la estructura del problema *¿Qué sucede? ¿Quiénes están presentes? ¿Cuándo ocurre? ¿En dónde ocurre? ¿Con quiénes ocurre? ¿Qué se ha hecho al respecto? ¿De qué forma aquello es un problema?* En fin preguntas que den como resultado un esquema de cómo funciona el problema (Watzlawick & Nardone, 1990).

Además, es importante para el terapeuta identificar en cuál o cuáles de los tres tipos de relación o interacción se mueve la problemática o sea, si es consigo mismo, con los demás o con su mundo⁷, esto es con la finalidad de saber de dónde partir al iniciar la intervención. Con respecto a lo anterior cabe aclarar que si bien el problema predominara en la relación interactiva con los demás por ejemplo, es claro que afectará inevitablemente en las interacciones de los otros dos tipos o sea consigo mismo y con el mundo porque se está entendiendo que son sistemas de interacción interdependientes y que funcionan bajo un sistema de circularidad causal. No obstante, es necesario que el terapeuta conozca e identifique cuál es el modelo de interacción en el que predomina el problema ya que ese será el punto en el que se centrará la elaboración de las estrategias de intervención. Por otro lado, indagar sobre la definición del problema es ya desde un punto de vista estratégico una primera intervención, esto es porque durante este proceso se llega junto con el paciente a una descripción *operativa* que denota concretamente la forma del problema. Paciente y terapeuta obtienen en conjunto de una descripción vaga y general, a una descripción clara y concreta del problema, estructurada por los componentes interactivos y contextuales que lo suscitan (Nardone & Portelli, 2006).

De las principales funciones sobre obtener una definición concreta del problema se encuentra la de conocer la forma en la que la persona percibe su problema *identificando el sistema perceptivo y*

⁷ Estas tres áreas o tipologías de relación e interacción, son componentes ineludibles en la existencia de todo individuo, conectadas entre sí e influidas en todo momento bajo un modelo de circularidad interdependiente (Watzlawick & Nardone, 1999).

reactivo del paciente y el sistema de circularidad disfuncional de retroalimentación que exacerba el problema mediante los *intentos de solución* (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990). Una vez identificado el sistema perceptivo reactivo del paciente así como sus intentos de solución que alimentan el problema, el terapeuta obtiene un esquema de la situación que le permite elegir y elaborar las estrategias más efectivas para desbloquear esos intentos de solución y romper el rígido sistema perceptivo reactivo que a su vez modifique los patrones de retroalimentación que mantenían la problemática. Por otra parte, mediante esta redefinición del problema, el paciente contempla su problemática desde otro punto de vista más concreto y claro, diferente en mucho a los términos vagos y generalizados que inicialmente acompañaban la descripción del problema, lo que de hecho, ya constituye *per se* una primera intervención.

Como se ha mencionado hasta el momento dos de los componentes principales en el proceso de la terapia es el establecimiento de una buena relación terapéutica y la definición del problema del paciente. Una vez establecido el inicio de la terapia bajo un ambiente de confianza, sugestión positiva y motivación hacia el tratamiento, y, una vez estructurado con el paciente un esquema operativo del problema la siguiente fase dentro de la terapia se constituye en cimentar tanto los acuerdos sobre las modalidades del tratamiento así como los objetivos a alcanzar en terapia.

Establecimiento de acuerdos y objetivos de la terapia. Como un componente fundamental de la terapia, este proceso cumple con dos funciones principales. En primer lugar, a decir de Watzlawick y Nardone (1999, p. 54), “resulta ser una óptima práctica metodológica que permite evaluar el progreso y los resultados del tratamiento a partir de objetivos concretos establecidos junto con el paciente y que son el principal foco de acción de las posteriores estrategias y prescripciones”. En segundo lugar, este procedimiento cumple la función de ejercer una sugestión positiva hacia el paciente poniéndolo al tanto y programándolo para ser un agente activo durante el proceso, duración y obtención de los objetivos (Watzlawick & Nardone, 1990). Con respecto al establecimiento de los objetivos, es también necesario que el terapeuta y el paciente establezcan pequeños *sub-objetivos* o pequeñas metas dentro del objetivo principal de la terapia. Con esto se asegura que el cambio sea concebido como un proceso que requiere de tiempo, y paciencia y que paulatinamente los resultados serán determinados por la colaboración y esfuerzo del paciente (Nardone, 2004).

Individualización del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema. Ya en este momento y con estas tres fases en pie, el terapeuta dentro de las primeras sesiones debe encargarse del estudio detallado de toda la información que ha obtenido hasta el momento como la estructura del problema, sus formas particulares de persistencia o *soluciones ensayadas* y a partir de ahí establecer las mejores opciones y estrategias para alcanzar los objetivos de cambio (Nardone, 1995; Nardone & Portelli, 2006). Una vez más se destaca la importancia de las fases previas como conseguir una concreta definición del problema que permita identificar las señas particulares e individuales del problema, su persistencia reflejada en los intentos de solución y de ahí partir en llevar a cabo la mejor estrategia para solucionar el problema.

De acuerdo con Nardone (2004), parte de la individualización del sistema perceptivo-reactivo consiste en que el terapeuta debe tener en cuenta todas aquellas interacciones sociales de las cuales se desprendan intentos de solución, valorando la necesidad de intervenir directamente sobre estos o si con sólo intervenir en el sistema relacional directamente es suficiente para bloquear los intentos de solución del paciente. Dicho de otro modo es importante que el terapeuta valore cada situación individualmente para ver si es más conveniente incidir directamente en modificar el sistema perceptivo-reactivo del paciente provocando una posterior reacción en cadena que altere y reajuste las interacciones interpersonales y familiares, o si por el contrario, es más conveniente modificar las relaciones interpersonales y familiares accionando el cambio de sistema perceptivo-reactivo del paciente. Por lo tanto, una vez identificado qué es aquello que mantiene el problema se prosigue en el marco de los acuerdos y objetivos de la terapia a elaborar y prescribir la mejor estrategia para generar una experiencia concreta de cambio (Watzlawick & Nardone 1990; 1999).

Hasta este momento se han expuesto cuatro fases fundamentales del proceso de terapia, cada una con objetivos particulares en los que la habilidad del terapeuta juega un papel importante para establecer 1) Una buena relación terapéutica; 2) Elaborar una concreta definición del problema; 3) Establecer los acuerdos tanto de las modalidades así como de los objetivos del tratamiento y finalmente; 4) El estudio detallado sobre la individualización del problema, el sistema perceptivo reactivo y de las soluciones intentadas.

Estas primeras fases pueden ser entendidas como los objetivos iniciales en los que el terapeuta debe centrarse a conseguir desde el inicio de la terapia. La importancia de lo anterior radica en que toda la información, ambiente de confianza, motivación y establecimiento de objetivos será la base para continuar con la elaboración y prescripción de las estrategias encaminadas al cambio del paciente. No obstante, de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), las estrategias, técnicas y procedimientos que derivan de las primeras fases en ningún momento, pueden ser separadas en algo así como una fase *operativa* y otra fase de *recabar de datos* como tal. Lo anterior es demasiado importante considerando que muy a menudo los modelos clásicos de terapia conceptúan un apartado entre teoría y práctica que finalmente a decir de Nardone y Portelli (2006), contribuye al gran hueco metodológico existente entre todos aquellos métodos reforzados empíricamente.

En lo que respecta al Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica no existe distinción entre una fase operativa y una fase de obtención de datos como tal ya que desde este enfoque el terapeuta interviene en el cambio del paciente desde el primer momento de la terapia hasta el último. Por ejemplo, la comunicación y la interacción que existe entre terapeuta y paciente desde el inicio de la terapia ya de antemano son consideradas como una primera intervención o herramienta empleada hacia el cambio (Moretto, 2005).

Es claro en este punto considerar que los procedimientos y técnicas que a continuación se describen desde sus primeras formulaciones deben su efectividad a la habilidad y estilo del terapeuta para lograr establecer una *venta*⁸ efectiva, atractiva y sugestiva que el paciente acepte sin resistencia (Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Skorjanec, 2005; Watzlawick & Nardone, 1990). En este punto se puede remitir a los trabajos de Milton H. Erickson quien en su *praxis* clínica empleó y desarrolló y el uso de la sugestión, el lenguaje performativo e imperativo para dar sus directivas dirigidas al cambio del paciente (Haley, 1990; Zeig, 1980). Esta particular forma de comunicación es lo que se conoce como *hipnosis sin trance* en la cual y a diferencia de otros modelos de terapia, el terapeuta asume la responsabilidad de influir en la situación problemática para cambiarla rápidamente (Yapko, 1999; O'Hanlon, 1993; Watzlawick, 2002). Con respecto a los procedimientos y estrategias que constituyen el principal arsenal del terapeuta es importante señalar tal y como dice Zeig (1980), lo crucial de *recortar* cada estrategia ya sea comunicativa o comportamental siempre a la medida del paciente individualizándola a sus particularidades y las del problema.

Procedimientos, técnicas y comunicación terapéutica. Las estrategias empleadas en este modelo terapéutico pueden ser entendidas de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), en dos tipos generales: a) Acciones y comunicación terapéutica y b) Prescripciones de conducta.

Acciones y Comunicación Terapéutica

En lo que respecta a las acciones y comunicación terapéutica como su nombre lo indica son estrategias que el terapeuta realiza por medio de su habilidad y su técnica comunicacional, retórica y sugestiva (Moretto, 2005). De las principales Técnicas comunicativas empleadas por el terapeuta en su intervención se pueden mencionar:

- 1) *Aprender a hablar el lenguaje del paciente.* Esta técnica fundamental dentro de la Terapia Estratégica Breve que desarrolla Nardone, se deriva en sus primeras formulaciones de los trabajos y prácticas clínicas de Milton Erickson, quien en sus intervenciones empleaba el *calcado* tanto del lenguaje como de la cosmovisión de la realidad del paciente. Además, Erickson realizaba el calcado del tipo de comunicación no verbal del paciente sincronizando sus movimientos y expresiones de modo que dejaba sentir al paciente la sensación de comodidad y confianza evitando así, la resistencia del paciente y poder influir en ellos con sus prescripciones y sugerencias (Zeig, 1980; 1999). A este respecto, para Watzlawick y Nardone (1990), en la terapia es fundamental adoptar un comportamiento que permita rápidamente poner en disposición de influir en el comportamiento de los demás. De este modo se inactiva la resistencia que el paciente pueda tener sin embargo, es necesario considerar que la utilidad de esta técnica depende en mucho de la habilidad y

⁸ Al referir *venta* ya sea de la terapia o de la prescripción se hace alusión al concepto arraigado desde los trabajos del BTC y que hace alusión al isomorfismo encontrado durante el proceso de intervención en el que el terapeuta *vende* o propone al paciente las prescripciones con la finalidad de que este último las *compre o las acepte* y realice lo que se le pide (Fisch, 2008). Para lograr esto el terapeuta hace uso de múltiples técnicas comunicativas que le permiten realizar dicha venta sin incidir en la resistencia del paciente.

performance que realiza el terapeuta, ya que este debe presentar el calzado del lenguaje y la cosmovisión del paciente lo más natural y encubierto que sea posible, de lo contrario, corre el riesgo de aparentar ser falso provocando en el paciente la sensación de que se le falta al respeto y se está jugando con él. Por lo tanto, y para evitar esto, el terapeuta debe entrenarse en su estilo comunicativo y expresivo, algo así como un actor que adapta su habilidad comunicativa y expresiva hasta hacerlos pasar por naturales y espontáneos.⁹

- 2) *El Reencuadre*. Esta es una de las principales y más sutiles técnicas persuasivas en psicoterapia. Reencuadrar es replantear la percepción de la realidad de una persona sin cambiar el significado de las cosas aunque sí su estructura. La idea principal consiste en que cambiando los marcos de referencia y la perspectiva desde la cual se ve un mismo hecho es evidente que se modifican los significados sobre este (Watzlawick, 1999; Watzlawick, 2002; Watzlawick & Nardone, 1990). Partiendo del postulado del constructivismo en el cual se plantea que la realidad depende de la vista del observador haciendo posible que diversos puntos de vista o marcos de referencia modifiquen la manera en la que un mismo hecho puede ser valorado o percibido (Watzlawick & Ceberio, 1998). “Durante el proceso clínico, al reencuadrar una idea o la concepción de una persona, no se pone a discusión la idea o concepción sino que a través de proponer diversos recorridos lógicos, diversas perspectivas, se modifica no el hecho sino el marco de percepción desde el que se valora” (Watzlawick & Nardone, 1990, p. 88).

El reencuadre puede provocarse mediante el uso de actos comunicativos o también determinadas acciones en las que el terapeuta lleva al paciente a un desplazamiento de perspectiva a través de prescripciones de comportamiento (Watzlawick, 1999). Además el reencuadre puede tener matices de complejidad que van desde simples redefiniciones cognitivas de ideas o comportamientos hasta complejas reestructuraciones paradójicas a través de metáforas o evocaciones sugestivas (Nardone & Portelli, 2006; Nardone, 2004; Nardone & Salvini, 2006). La principal ventaja del reencuadre es que por medio de él, se logra evocar y provocar una duda que ocupa el lugar del rígido sistema perceptivo-reactivo dejando al descubierto las fallas en sus sistemas lógicos, cognitivos y comportamentales. Esta duda una vez puesta en marcha altera el equilibrio del sistema rígido desde adentro provocando la apertura, modificación y un posterior cambio en el paciente (Watzlawick, 2002).

La técnica persuasiva y sutil del reencuadre posee la capacidad abrir nuevos horizontes de cambio ante una rígida lógica preexistente siendo las formas más comunes de lograrla por medio de técnicas de sugestión, del uso de la retórica, paradojas y metáforas evocativas que permitan llevar al paciente a nuevas perspectivas y percepciones (Watzlawick & Nardone, 1990, p. 89).

⁹ En este sentido es cuando toma especial importancia el entrenamiento continuo y supervisado a través de simulaciones, práctica cotidiana, el uso de video y audio para luego analizarse uno mismo y poder acceder a lograr una respuesta interactiva natural y espontánea.

- 3) *La evitación de formas de lenguaje negativo.* Este procedimiento se desprende del trabajo del BTC acerca de la influencia en terapia que tiene en uso de lenguaje negativo con respecto a las ideas o conductas que presenta el paciente generando un sentimiento de culpa y finalmente resistencia y rigidez hacia la terapia y al terapeuta (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Según Watzlawick y Nardone (1990), en la terapia es necesario evitar criticar y negar las actuaciones e ideas del paciente, aún así se considere errónea o disfuncional, en cambio, resulta más eficaz gratificar a la persona en aras de dar las directivas que conduzcan a la modificación de conductas. Procediendo de esta manera el terapeuta abre camino a su capacidad terapéutica ya que por un lado no se discute con el paciente o se le regaña, sino que se refuerza su confianza asimilando la percepción y las acciones del paciente forzándolo sin darse cuenta, a modificar su propia conducta sin la menor resistencia.
- 4) *El uso de paradojas y comunicación paradójica.* Una técnica base en el MATBE de Nardone, que con su empleo consigue, si es bien utilizada, intervenir en sistemas perceptivos-reactivos altamente rígidos y resistentes (Watzlawick & Nardone, 1990). Una paradoja consiste en una especie de trampa lógica que produce un error en cualquier silogismo lógico que remite al verdadero o falso, blanco o negro, bueno o malo predominantemente utilizados para describir la realidad (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991). En el ámbito clínico la paradoja como recurso para desestabilizar el sistema perceptivo reactivo rígido, juega el papel de interrumpir mediante el error lógico la retroalimentación de los intentos de solución obstinados y redundantes producto llevándolo a su autodestrucción. De acuerdo con Vargas (2004), el estudio de la paradoja como herramienta terapéutica se debe a los trabajos de Gregory Bateson y su equipo, quienes investigaron y observaron el proceso de comunicación paradójica que tiene lugar en algunas sintomatologías de corte psiquiátrico, empleándola en su tratamiento. Como recurso terapéutico la paradoja puede ser utilizada en forma de prescripción comportamental o en forma de acciones o comunicaciones siempre en casos donde no sirve de nada tener ningún tipo de confrontación lógica racional. La paradoja contribuye a que el paciente de ese salto de tipo lógico necesario para dar con la solución de su problema (Watzlawick & Nardone, 1990), produciendo el caos lógico en el sistema perceptivo reactivo rígido y llevándolo a su auto-destrucción. Así, desbloquea el sistema de retroalimentación redundante que hasta ese momento mantenía el problema. Finalmente, de acuerdo con Nardone y Portelli (2006), la utilidad que como herramienta terapéutica representa el uso de la paradoja es invaluable sobre todo en las primeras fases de la terapia en donde el principal objetivo se centra en el desbloqueo del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.

Otro de los procedimientos comunicativos a considerar como fundamental dentro de toda terapia estratégica es el empleo de la resistencia que el paciente puede presentar hacia la terapia.

- 5) *El uso de la resistencia.* Esta técnica es el resultado del refinamiento en el uso de la paradoja y, que ha mostrado ser muy efectiva durante la intervención (Nardone, 2004). Cabe señalar que desde esta perspectiva se entiende la resistencia no desde el punto de vista psicoanalítico clásico sino como un factor que se puede emplear al hacer uso de su inherente rigidez y fuerza para con el terapeuta. El uso más frecuente de esta resistencia puede ser ejemplificado como la prescripción paradójica de la resistencia al terapeuta o hacia las directivas cuyas reacciones son percibidas como avances. De este modo se anula completamente la finalidad de la resistencia y se utiliza como un factor que predispone hacia el cambio (Watzlawick & Nardone, 1990). En otras palabras si un paciente se niega por ejemplo a cumplir con alguna prescripción o directiva, el terapeuta proseguirá con prescribir ya no la directiva sino la resistencia. Ya desde las primeras aproximaciones sobre el uso de la paradoja como en el BTC, los efectos de esta prescripción son comúnmente el incumplimiento de la prescripción que en todo caso sería la cooperación con la terapia y el caso en el que el paciente cumple con la prescripción de resistencia, será algo visto como un avance en terapia ya que se obtiene la cooperación del paciente con la terapia (Fisch, Weakland & Segal, 1984). En este caso se combate el fuego contra fuego provocando su mutua destrucción. Por lo tanto, la resistencia como tal deja de serlo para pasar a ser cumplimiento y cooperación con la terapia, por otro lado si esta prescripción no se cumple el resultado es de cualquier forma la auto-anulación de la resistencia (Nardone, 1995).

- 6) *El uso de metáforas, anécdotas y aforismos.* Esta estrategia comunicativa se conforma como su nombre lo indica del uso de pequeños relatos, anécdotas o metáforas que buscan mediante la propia identificación y proyección del paciente con los personajes, situaciones o mensajes contenidos en ellas la evocación de emociones y sensaciones en él (Watzlawick & Nardone, 1990). La ventaja de esta estrategia consiste en que indirectamente se está dando un mensaje que predispone al paciente a sentir la necesidad y predisposición de cambio y que no obstante planteada de una manera directa activaría la resistencia en él. Al emplear estas formas comunicativas se resalta el uso del mensaje o contenido planteado dentro de sí y que sutilmente es mostrado al paciente como una pequeña aportación del terapeuta sobre la situación planteada, la ventaja de este procedimiento es que el mensaje de no se le da directamente al paciente sino que mediante la identificación del paciente con su problema evita comprometer y presionar al paciente con un tono de exigencia por cambiar (Nardone, 1995; Watzlawick, 2002). Este tipo de mensajes evocadores tienen el efecto de incidir en las emociones y sensaciones de la persona produciendo una apertura en el sistema rígido de percepciones y acciones y dejando a la vez la necesidad de cambio en el paciente mediante la experiencia emocional correctiva. Esta técnica comunicativa permite atacar justo en las emociones del paciente lo que ya de antemano predispone mucho más a la persona a comprometerse y sentir la necesidad de

cambiar provocando un efecto mucho mayor que la mera racionalización o reflexión introspectiva.

En este punto se puede entender como uno de los principales puntos de intervención en el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica el uso de acciones y la comunicación terapéutica. En sus primeras formulaciones estas técnicas y estrategias comunicativas se desprenden de los trabajos terapéuticos de Milton H. Erickson, quien en sus intervenciones patentó la aplicación en el ámbito clínico de técnicas y procedimientos comunicativos que por un lado disminuyen las resistencias al cambio y por el otro, provocan y persuaden al paciente a la necesidad y predisposición de cambiar (Haley, 1990; Haley & Richeport, 2006; Nardone, 2004, Nardone & Portelli, 2006; Zeig, 1980; 1999). Otra de las principales técnicas comunicativas empleadas en el MATBE de Nardone es la adopción y calado por parte del terapeuta, del lenguaje tanto verbal como no verbal y la visión de la realidad que presenta el paciente. Esta técnica ofrece la ventaja sobre todo de establecer una relación terapéutica de confianza y empatía -fundamental durante todo el proceso de la terapia-, además con esto se evita activar la resistencia del paciente haciéndolo sentir entendido, no juzgado y tomado en serio lo que incrementa la sugestión positiva sobre la terapia (Skorjanec, 2005). Por otro lado, el reencuadre es una técnica básica en la cual el terapeuta lleva a cabo la modificación de marco conceptual con el cual se evalúa un problema o una situación, esto es posible a través de la paráfrasis de lo que el paciente ha dicho devolviéndolo bajo otro marco de referencia o de percepción en el cual el significado del contenido no se altera pero sí su estructura. El efecto del reencuadre permite introducir las primeras dudas o cuestionamientos al rígido sistema de percepciones y acciones que hasta ese momento han alimentado el problema evaluándolo desde otro marco estructural. La evitación del uso de formas comunicativas negativas con el propósito de por un lado, evitar la resistencia del paciente al sentirse juzgado, regañado o presionado y por el otro aumentar la confianza y la sugestión positiva tanto del terapeuta como del tratamiento un factor que como ya se ha mencionado es fundamental en el proceso terapéutico. Además, el uso de paradojas y comunicación paradójica como componente de intervención terapéutica y cuyas primeras formulaciones estuvieron a cargo de Gregory Bateson y su equipo de colaboradores. La paradoja como agente que rompe todo sistema lógico rígido que deriva en verdadero-falso, blanco-negro, bueno-malo implica el detonante hacia un salto de tipo lógico necesario para solucionar el problema especialmente en sistemas perceptivos reactivos muy rígidos en los cuales todo tipo de confrontación lógica directa no tiene ningún resultado. La paradoja otorga el instrumento de caos que comienza a romper con la estructura rígida desde su interior y es altamente eficaz como intervención en la terapia. A partir del refinamiento técnico en el uso de la paradoja surge el procedimiento que hace uso de la resistencia del paciente confrontándola y poniéndola en su contra. El resultado de esta técnica auto-anula la resistencia convirtiéndola en cooperación manteniendo la capacidad del terapeuta y abriendo camino hacia el cambio del paciente. Finalmente el uso de metáforas, anécdotas y aforismos, son componentes evocadores de emociones y sensaciones en el paciente que provocan un golpe certero a la rigidez del sistema de retroacciones que mantiene el problema. Como formas literarias y evocadoras de emociones las metáforas, anécdotas y aforismos se componen de mensajes sutiles que llegan al paciente de una forma emotiva convirtiéndola en una flecha al corazón y provocando un efecto

emocional correctivo que predispone al paciente a cambiar. Los efectos de aplicar estas formas se encuentra más allá de los efectos y resistencias que conllevaría cualquier explicación racional o introspectiva. En conjunto estas técnicas y estrategias comunicativas conforman uno de los principales frentes por medio de los que se busca intervenir en el problema del paciente recordando que en el MATBE, el principal objetivo será modificar las conductas y los esquemas de referencia y percepciones. Sin embargo, es crucial tener en cuenta que el poder de efectividad de cada estrategia recae en todo momento de la habilidad del terapeuta para poder individualizar su comunicación, lenguaje, metáforas, anécdotas y evocaciones al paciente y a su situación (Anger-Díaz & Anger, 2005). No obstante, el terapeuta cuenta con más estrategias de orden comportamental presentadas a manera de prescripciones o tareas hacia el paciente.

Prescripciones de Conducta

Las Prescripciones de conducta a decir de Watzlawick y Nardone (1990), son por mucho una parte fundamental en la intervención desde el MATBE, éstas tienen lugar en la vida cotidiana del paciente fuera de la sesión y en el intervalo de una sesión a la siguiente. Recordando un poco de lo que se ha expuesto anteriormente, este modelo parte de la concepción de que para cambiar primero hay que generar experiencias concretas, experiencias que se han de llevar a cabo fuera del consultorio y fuera del ambiente terapéutico (Nardone, 1995). La función de las prescripciones conductuales precisamente es la de generar experiencias concretas que modifiquen el sistema perceptivo reactivo del paciente. Y es que llevar a cabo una tarea conductual implica bastante en el proceso terapéutico porque el paciente es el que se convierte en un agente activo al no estar bajo la supervisión del terapeuta siendo él, el único capaz de realizar *ya sea a sabiendas o bajo una trampa comportamental* lo que se le pide. Ser capaz de llevar a cabo la prescripción en un ámbito cotidiano brinda al paciente la reafirmación de su autonomía como factor fundamental en su proceso terapéutico (Nardone & Portelli, 2006).

Una vez adquiriendo la experiencia concreta y real, el paciente da cuenta de que el cambio es posible accionando así el desbloqueo de su rígido sistema de percepciones y reacciones ante la realidad y su problema (Nardone & Portelli, 2006). Para hacer una mejor exposición sobre lo que consisten estas prescripciones Watzlawick y Nardone (1990), las dividen en tres tipos 1) Prescripciones directas, 2) Prescripciones indirectas y 3) Prescripciones paradójicas.

- 1) *Prescripciones directas*. Como su nombre hace referencia este tipo de prescripciones se hacen de una manera explícita y clara siempre buscando poner solución al problema o en vías de alcanzar los progresivos objetivos hacia el cambio (Watzlawick & Nardone, 1990). Estas prescripciones son preferentemente aplicadas en pacientes que son muy colaboradores y que presentan poca resistencia al cambio. En estos casos basta con presentarle al paciente la clave para que el problema no pueda seguir su sistema de retroacciones que lo alimenta, en otras palabras bastara con decirle al paciente como actuar con el fin de solucionar el problema. Por otro lado, una función habitual de estas prescripciones se da en las fases de consolidación de los cambios, fase en la cual el paciente está reajustando y afirmando una nueva modalidad de percepción y reacción en

la que bastará con prescribir tareas progresivas explícitamente y a plena consciencia de lo que hay que hacer y lo se busca conseguir. Este procedimiento confirma la capacidad del paciente para enfrentar situaciones y dificultades en su vida cotidiana y dota al paciente de nuevas herramientas para darle solución (Watzlawick & Nardone, 1990).

- 2) *Prescripciones indirectas*. Se entenderán como todas aquellas imposiciones comportamentales que buscan llevar la atención del paciente hacia un objetivo que sin embargo devela otra finalidad. Estas prescripciones buscan concentrar la atención del paciente haciendo una cosa con el fin de producir un resultado diferente al que se ha descrito o mencionado (Watzlawick & Nardone, 1990). En su posterior literatura Nardone ejemplifica lo anterior con un conveniente aforismo *surcar el mar sin que el cielo lo sepa*, con esto se expresa llevar al paciente a realizar una prescripción conductual desviando su atención hacia otro objetivo del verdadero evitando así activar cualquier tipo de resistencia provocada al pedir directamente al paciente lo que debe de hacer y para qué. Estas prescripciones se emplean generalmente en las primeras fases del tratamiento y suelen ser altamente eficaces para lograr fracturar un rígido sistema de retroalimentación que exacerba el problema (Nardone, 1995; Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006; Watzlawick & Nardone, 1990).
- 3) *Prescripciones paradójicas*. El uso de este tipo de estrategias en sus primeras aproximaciones se deben al trabajo del BTC y son determinadas de acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1984), por circunstancias parecidas a las que tienen lugar en el uso de la comunicación paradójica con la única diferencia de que este tipo de intervención es comportamental. Su utilidad consiste en la evitación de la resistencia del paciente, por lo tanto será mucho más común emplearlas en la fase crítica de la intervención es decir durante la fase en la que el terapeuta se centra en la ruptura del sistema de retroalimentación que sostiene el problema.

No obstante, es de gran importancia recalcar que cada uno de estos procedimientos debe ser aplicado y fundamentado en el estudio y práctica de la técnica con la que se da la prescripción (Anger-Díaz & Anger, 2005). Esto es porque la eficacia de las estrategias se encuentra determinada por la forma en la que el terapeuta la plantea al paciente como un verdadero y auténtico imperativo sugestivo e hipnótico. El lenguaje con el que deben ser prescritas debe ser directivo y mediante el uso de otras formas y estrategias comunicativas a manera de persuadir al paciente a llevarlas a cabo. De acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), el modo más efectivo de ejecutar las prescripciones será mediante el uso de lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo y en los últimos momentos de la sesión. Al conseguir que las prescripciones se lleven a cabo es importante siempre redefinir junto con el paciente el efecto conseguido, los cambios generados y felicitar al paciente por la capacidad mostrada, en otras palabras, se debe hacer consciente al paciente de que el problema que él pensaba irresoluble, tiene solución, y que él mismo en base a sus acciones y capacidades ha podido progresivamente superar. Otro aspecto sobre las prescripciones comportamentales es que pueden ser formuladas en diversas

modalidades y acciones ya sean simples tareas que se deben realizar en casa, rituales complicados y hasta cosas que parecen poco que ver con el problema del paciente. Lo importante es que el terapeuta sea capaz de llevar a cabo las acciones adecuadas para romper con el rígido sistema de percepción y reacción del paciente. Una vez que el terapeuta consigue desbloquear los intentos de solución que mantenían el problema, es necesario consolidar y reafirmar las experiencias y aprendizajes llevando al paciente a la reintegración progresiva a su vida cotidiana ya con los cambios establecidos. Para ello, ahora la atención del terapeuta se centrará en concluir la terapia de una forma no ansiógena para el paciente y que a su vez lo reencuentre con sus capacidades y autonomía para afrontar nuevas dificultades por su cuenta.

El final del tratamiento. El fin de la terapia comprende un estadio fundamental de la intervención, ya que durante esta fase el terapeuta se concentra en reafirmar la autonomía y capacidad del paciente siendo este último un factor determinante en su propio proceso de cambio y que por medio de sus capacidades y esfuerzos ha logrado llegar a la solución de su problema. Durante el final del tratamiento es necesario que el terapeuta haga al paciente la explicación detallada de todo el proceso de la terapia, las estrategias, el lenguaje, las técnicas y las prescripciones empleadas así como su finalidad y objetivo. El terapeuta tiene que proveer al paciente de una detallada descripción de todo lo que se llevó a cabo durante la intervención a través de un procedimiento sistemático y riguroso pero sobre todo recalando la capacidad, el potencial, la autonomía y la independencia del paciente para afrontar las dificultades de su vida cotidiana (Nardone, 1995; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999; Nardone & Portelli, 2006).

Hasta este momento se ha detallado el proceso que tiene lugar durante la terapia haciendo mención muy general sobre un esquema secuencial en el que el modelo se basa para generar y lograr solucionar los problemas que el paciente presenta. No obstante, es necesario recalcar que la evolución del modelo sigue vigente de la mano de la refinación tanto de técnicas como de procedimientos terapéuticos que abarcan desde un modelo general hasta el proceso de la elaboración de protocolos de intervención específicos para problemas particulares (Nardone, 1999).

La evolución del trabajo clínico terapéutico del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica ha dado como primer resultado el esbozo de un esquema secuencial de intervención que considera ahora una nueva fase crítica con respecto a los modelos generales de Terapia Breve Estratégica. Esta fase contempla el periodo de consolidación de los cambios generados tanto conductuales como cognitivos que se han alcanzado en terapia por ejemplo una vez desbloqueados los intentos de solución el terapeuta de orientación Nardone, hará uso de sesiones subsecuentes en las que el objetivo ahora será consolidar y habituar el cambio generado en la búsqueda de su sub secuencia duradera y definitiva (Nardone, 1999; Nardone, 2004; Nardone & Portelli, 2006). Desde este modelo avanzado ahora se contempla como parte fundamental una fase de consolidación de los cambios obtenidos en terapia, esta etapa tiene lugar en el momento en el que se consigue desbloquear los intentos de solución y el rígido sistema perceptivo reactivo que alimentaba el problema. Esto sucede por lo general dentro de las primeras 4 sesiones sin embargo, una vez desbloqueado el sistema de percepción-reacción, el terapeuta enfocará ahora sus esfuerzos en

reafirmar y consolidar los avances alcanzados como un nuevo hábito o aprendizaje que requiere de un periodo para establecerse y consolidarse. La ventaja de hacer esto se refleja en la alta efectividad lograda y a su vez el menor porcentaje de recaídas, por otro lado este procedimiento marca una diferencia metodológica del MATBE hacia otros modelos breves de la terapia (Nardone & Portelli, 2006).

Esquema Secuencial de Intervención

Desde sus primeras aproximaciones, la el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica que desarrolla Nardone ha tenido un largo proceso de refinamiento y evolución a partir de la continuación del modelo general de intervención del BTC hacia una estructura producto de la investigación e innovación tecnológica en el ámbito clínico. Como parte de esta evolución Nardone y Portelli (2006), estructuran un innovador Esquema Secuencial de Intervención que contempla cuatro estadios o fases cruciales de la terapia, cada uno constituido por sus característicos procedimientos, técnicas, estrategias y objetivos particulares.

Primera Fase

De acuerdo con Nardone y Portelli (2006), este primer estadio se comprende en el marco de las primeras sesiones, en esta etapa los principales objetivos del terapeuta involucran: 1) La Definición del problema; 2) La identificación de las formas específicas de resistencia, la captura sugestiva del paciente, el establecimiento de una relación terapéutica de plena confianza y colaboración; 3) La investigación de los principales intentos de solución y la posterior ruptura del rígido sistema perceptivo-reactivo del paciente; 4) El establecimiento de los acuerdos sobre los objetivos y modalidades del tratamiento; y 5) La aplicación de las primeras maniobras terapéuticas. Las principales estrategias a considerar durante este estadio serán: 1) El uso del Diálogo Estratégico¹⁰ -intervención, preguntas discriminantes y paráfrasis interrogativas-; 2) Reencuadre sobre la persistencia del problema; 3) Reencuadre orientado al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones ensayadas fallidas; y 4) Prescripciones. Además, durante esta fase el terapeuta contempla el uso de técnicas comunicativas como: el lenguaje hipnótico *sin trance*, lenguaje conminatorio-performativo, sugestivo; empleo de preguntas discriminantes con ilusión de alternativas y calcado del lenguaje del paciente (Nardone, 1999; Nardone & Portelli, 2006).

Segunda Fase

Durante esta segunda etapa, de acuerdo con Nardone (1999), el objetivo fundamental será el desbloqueo del sistema de retroalimentación que alimenta el problema por lo tanto los objetivos estarán fijados en: 1) La redefinición del primer cambio; 2) Estimulación a posteriores cambios progresivos; Finalmente 3) Si no se produce ningún cambio, se utilizará una estrategia mejor calibrada para detener las soluciones ensayadas y comenzar a cambiar el rígido sistema perceptivo

¹⁰ Esta es una de las principales y más refinadas estrategias de intervención empleada desde la primera sesión dentro del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica en la cual se ahondará en apartados subsecuentes.

reactivo del paciente. Las estrategias propias de este estadio son el uso de 1) el reencuadre – ya sea cognitivo, paradójico, provocador, y la introducción de dudas-; 2) uso de prescripciones de comportamiento –directas, indirectas o paradójicas-; 3) Uso de metáforas, anécdotas, historias, aforismos, redefiniciones explicativas; y 4) Redefinición de los cambios obtenidos. En lo que respecta al lenguaje, este continúa siendo hipnótico *sin trance*, sugestivo, conminatorio y performativo (Nardone, 1999; Nardone & Portelli, 2006).

Se puede resumir que durante el primer y el segundo estadio, la primera tarea del terapeuta se centra en la captura sugestiva del paciente y provocar una atmósfera sugestiva de preparación hacia la intervención y sobre la primera experiencia emocional-correctiva mediante el uso de lenguaje hipnótico sin trance, conminatorio y performativo además, se hará uso de las primeras prescripciones y estrategias con la finalidad de romper el rígido sistema perceptivo reactivo y bloquear los intentos de solución fallidos por parte del paciente. Durante estas dos primeras fases es importante el establecimiento de una buena relación terapéutica partiendo de que el punto de vista del paciente con respecto a la relación terapéutica es crucial para el resultado de la terapia. De este modo los pacientes que suelen percibir una buena relación terapéutica es más probable que coopere y alcancen los objetivos de la terapia (Nardone & Portelli, 2006).

Con el propósito de obtener los objetivos propios de la intervención, el terapeuta debe tomar en cuenta las diferentes formas de resistencia al cambio con la que un paciente puede llegar a terapia. A través de la investigación en el ámbito clínico Watzlawick y Nardone (1990), identifican cuatro tipos diferentes de resistencia al cambio:

- *Pacientes colaboradores*: estos son pacientes que desde el inicio de la terapia no toma un papel antagonista, en cambio es una persona altamente colaboradora y motivada para cambiar y solucionar su problema con este tipo de personas basta con que el terapeuta haga uso de una explicación demostrativa y racional haciendo entender al paciente el sistema de retroalimentaciones que él mismo realiza y que a fin de cuentas son las que alimentan el problema, bastará con darle a esta clase de paciente la forma más óptima para accionar el desbloqueo de su sistema perceptivo-reactivo. Este tipo de pacientes representan una minoría de los que piden ayuda terapéutica (Nardone & Portelli, 2006).
- *Pacientes que intentan colaborar pero no pueden*: Representados por un alto porcentaje de personas que buscan ayuda terapéutica, muestran una gran motivación y necesidad de cambio que sin embargo, se ve obstruido por una incapacidad de actuar en lo más mínimo en este sentido. La razón de lo anterior reside en que estas personas generalmente están atrapadas en una rígida percepción de la realidad, al punto en el que a nivel racional, entienden lo que deberían de hacer para cambiar, pero no pueden hacerlo (Nardone, 2004; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). En estos casos el terapeuta accionará sus estrategias compuestas por maniobras indirectas con fuertes elementos evocadores para orillar al paciente a un cambio sin que él se de cuenta.

- *Pacientes no colaboradores y abiertamente en contra:* Estos paciente suelen invalidar, protestar y no seguir deliberadamente las indicaciones del terapeuta. Por lo tanto el modo más efectivo de intervención se basa en el uso de maniobras y lenguaje que usan la resistencia del paciente y son de corte paradójico (Nardone & Portelli, 2006).
- *Los pacientes que no son capaces de colaborar deliberadamente ni de oponerse:* En esta categoría de pacientes se encuentra una narración fuera de sentido razonable de realidad y cuya rigidez limita la percepción de la realidad. En estos casos de acuerdo con Nardone y Portelli (2006), será fundamental calibrar adecuadamente el lenguaje, la lógica, el marco de referencia y no discutir y menos despreciar cualquier construcción del paciente llevándolo a redefinir su propio marco de referencia mediante un reencuadre del mismo marco de referencia. En este sentido es importante recalcar que el terapeuta debe ser cuidadoso y extremadamente detallista al calcar todo el marco conceptual del paciente ya que de esto dependerá no incurrir en la resistencia del paciente.

Finalmente dentro de estas dos fases el terapeuta se centra en obtener la mayor información sobre el problema, sobre el sistema perceptivo-reactivo, las soluciones ensayadas y sobre la forma más rápida para desbloquear el sistema perceptivo y reactivo encaminado a la solución del problema.

Tercera Fase

Este tercer estadio se comprende a partir de que ha sido desbloqueado el rígido sistema perceptivo-reactivo que mantenía el problema. Precisamente la contemplación de un periodo de consolidación y asimilación sobre los nuevos cambios logrados durante la intervención caracterizan al Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica de otros modelos breves estratégicos. El principal objetivo de esta fase es el de la consolidación y reafirmación de los logros obtenidos, la redefinición y evaluación de los efectos y de ser requerido la modificación de las estrategias empleadas. Además de la progresiva modificación definitiva hacia un sistema perceptivo-reactivo más flexible. Para lograr lo anterior, durante esta fase se emplean redefiniciones explicativas sobre los efectos y experiencias llevados a cabo, siempre encaminado a progresivos y posteriores cambios hacia la autonomía personal. Además se emplearán prescripciones comportamentales directas o indirectas y el uso del reencuadre (Nardone, 1999; Watzlawick & Nardone, 1990; 1999). El lenguaje a utilizar durante esta fase es ya de corte menos hipnótico y menos conminatorio en la búsqueda de restaurar la autonomía y confianza de la persona en sus propias capacidades (Nardone & Portelli, 2006). La tercera fase es la que, por lo que toca a duración, es la más extensa porque representa el estadio en el cual el paciente después de un rápido cambio que ha tenido lugar, avanza hacia la consecución de los cambios orientados a la definitiva resolución del problema presentado. Lo anterior hace prever que el terapeuta, mediante prescripciones progresivas y redefiniciones sobre los cambios progresivos de una manera menos sugestiva y más explicativa, se ha de buscar que el paciente construya un nuevo equilibrio que se caracterice por una forma más flexible de percepción y reacción de su realidad a cargo de sus capacidades y recursos (Nardone, 1999).

Cuarta Fase

Este estadio comprende la última sesión en la cual -como ya se ha hecho mención-, es importante que el terapeuta centre su esfuerzo durante este último encuentro en que el paciente adquiera la completa reconfirmación de su autonomía personal haciendo énfasis en los recursos mostrados por el paciente entre sus responsabilidades, esfuerzo y perseverancia para solucionar su problema. Para esto se hace la explicación explícita y descriptiva, a detalle sobre el proceso completo de la terapia y el trabajo realizado. En resumen, durante esta última sesión, el terapeuta y el paciente llevan a cabo la evaluación final de los resultados de la terapia. Así, la persona ahora es plenamente consciente de su participación activa en el proceso de intervención. Esto restablece e incrementa definitivamente la integridad y la autonomía de la persona y su autoestima personal.

Como se ha podido constatar hasta este momento, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica se desglosa como una sistemática y minuciosa secuencia estructurada en la búsqueda de la solución de problema del paciente a través del cambio de sistema perceptivo-reactivo sobre el cual el paciente basa sus intentos de solución disfuncionales y que retroalimentan, mantienen o exacerbaban el problema. Para ello, el modelo cuenta con un amplio marco conceptual, teórico y epistemológico bastante sólido que además permite la continua evolución y refinamiento tanto de las técnicas, las estrategias y sus procedimientos. De esta constante evolución se ha desprendido una técnica altamente refinada y con la cual la intervención tiene lugar desde el comienzo de la primera sesión. Con esta técnica se obtiene la ventaja de que el terapeuta no limita su intervención en la primera sesión a la discriminación o definición del tipo de sistema perceptivo-reactivo, definición del problema o intentos de solución del paciente, sino que además es capaz de introducir ya desde ese primer instante el cambio en el paciente.

El Diálogo Estratégico

El diálogo estratégico en el MATBE, es una herramienta de discriminación e intervención terapéutica en la que se hace uso de a) El lenguaje, b) La relación terapéutica que se logra establecer y c) De la lógica de intervención o estrategia encaminada hacia el cambio, todo esto enmascarado en la forma de una entrevista semi-estructurada (Nardone & Salvini, 2006). Para lograr establecer un diálogo estratégico, es de gran importancia que el terapeuta cuente con habilidades y competencias altamente desarrolladas para lograr una adecuada relación terapéutica, utilizar su lenguaje y elaborar las estrategias de las cuales dependerá crucialmente la efectividad de este procedimiento (Skorjanec, 2004). La idea fundamental de la cual parte esta técnica es la elaboración de un proceso de diálogo orientado al cambio que lleva al paciente a un aprendizaje dirigido sutilmente por el terapeuta y que deja la idea al paciente de que él mismo ha descubierto o ha alcanzado ciertas conclusiones (Nardone & Portelli, 2006).

La principal ventaja que acontece con esta técnica es la inmediata intervención por parte del terapeuta en el paciente y la situación a partir de la primera sesión, considerando que en el esquema secuencial la estructura de las primeras sesiones se centra en establecer y discriminar la definición del problema, los intentos de solución e individualización del sistema perceptivo-reactivo del paciente para culminar en la cima de la sesión con la ejecución de una prescripción.

Un proceso que en realidad suele tomar 2 o 3 sesiones para conseguir una exhaustiva descripción del sistema perceptivo-reactivo. En cambio, esta técnica permite inicialmente abordar el cambio desde el inicio de la terapia e inclusive en sesiones subsecuentes de una forma sutil e indirecta (De Antoniis & Nardone, 2005). *El diálogo estratégico* requiere que el terapeuta adopte de una forma sutil una posición uno abajo en la cual, de una manera humilde creé la ilusión de que el paciente es el director del diálogo. Una vez hecho esto, debe realizar una serie de preguntas que serán encaminadas a descubrir nuevas alternativas para la solución del problema. El uso de estas preguntas discriminantes y confirmatorias representa un reductor de complejidad necesario que tiene la finalidad por un lado de delimitar y discriminar la estructura del problema y por el otro, acceder a una rápida comprensión de la representación de la realidad del paciente. Un cuestionario con estas características cuenta además con preguntas que se estructuran de manera que presenten una sutil *ilusión de alternativas* una técnica altamente eficaz y resultado de los trabajos Milton Erickson quien hacía uso de este recurso para mitigar la posible resistencia al cambio del paciente (O'Hanlon, 1993). *La ilusión de alternativas* es una técnica en la cual se le ofrecen al paciente dos alternativas de elección; la primera siempre diseñada para ser algo imposible y aterrador para que el paciente lleve a cabo en las primeras fases de la terapia (Watzlawick, 2002; De Antoniis & Nardone, 2005; Nardone & Salvini, 2006; Nardone & Portelli, 2006). En contraposición la segunda opción busca ser considerada por el paciente menos arriesgada y amenazadora y evidentemente más fácil llevarla a la práctica. Una vez expuesta esta ilusión de alternativas por lo general el paciente elige la segunda opción, un evento causal planificado por el terapeuta con anterioridad ya que en un primer momento la segunda opción es considerada difícil no obstante es mucho más posible que la primera (Nardone & Salvini, 2006). De esta manera se logra forzar sutilmente la elección de la opción menos arriesgada que en el caso de ser presentada como única sería inmediatamente rechazada o descartada. "Esta modalidad de cuestionario es útilmente empleado en situaciones en las que es necesario reencuadrar o prescribir algo que no será fácilmente aceptado o realizado por el paciente" (Nardone & Portelli, 2006, p. 65).

A través del *Diálogo Estratégico* y el uso de *preguntas discriminantes*, se busca comenzar a sembrar pequeñas dudas en el paciente con respecto de sus soluciones intentadas o su percepción que hasta el momento han sido la forma en la que el paciente reacciona a su problema y que sin embargo comienza a descubrir que estos intentos son los que alimentan el problema (Nardone & Salvini, 2006; Skorjanec, 2004). El objetivo es que el paciente comience progresivamente y de manera a tener la necesidad de cambiar a través de las dudas generadas, la antigua certeza de que sus intentos de solución son la mejor alternativa comienza a derrumbarse y dejan el ambiente de cambio hacia otras perspectivas y alternativas de solución más funcionales. Además, el proceso de *diálogo estratégico* crea en el paciente la idea de que las nuevas conclusiones a las que ha accedido han sido un descubrimiento autónomo (De Antoniis & Nardone, 2005).

Además, las preguntas discriminantes comienzan a delimitar un mapa detallado para el terapeuta y para el paciente de su problema develando las particularidades del sistema perceptivo-reactivo del paciente y su situación. Una vez realizadas dos o tres preguntas interventoras, es fundamental

hacer uso de pequeñas paráfrasis o reiteraciones sobre las respuestas obtenidas hasta ese momento. Parafrasear brevemente después de algunas preguntas discriminantes permite al terapeuta comprobar junto con el paciente las conclusiones y la información a la que se ha llegado mientras que se introducen pequeños reencuadres en el discurso del terapeuta (Nardone & Portelli, 2006).

Se comenzaría diciendo:

“Si no le he entendido mal, usted me ha dicho que...” “Si le he entendido bien, sino por favor corríjame si me equivoco...” (Nardone & Portelli, 2006, p. 65), y se parafrasea lo que el paciente ha dicho.

Mientras se parafrasea la información obtenida, el terapeuta comienza a introducir pequeños elementos de reencuadre siempre en forma de interrogación y no de afirmación. Esto es porque el terapeuta mantiene una posición de *uno abajo* para corroborar las conclusiones a las cuales se han llegado durante la entrevista y que serán confirmadas por el paciente constituyendo una alianza de colaboración terapéutica en la que el paciente es aparentemente el director del proceso de descubrimiento (De Antoniis & Nardone, 2005).

Por tanto, por medio de la *paráfrasis que reencuadra*, el terapeuta confirma lo que se ha dicho hasta el momento como producto de las preguntas discriminantes con ilusión de alternativas a la vez que introduce pequeños reencuadres con el objetivo de que sea el mismo paciente quien se haga consciente de sus soluciones ensayadas fallidas y que lo atrapan en un círculo de retroalimentación que mantiene el problema. Además cuando el terapeuta logra realizar una paráfrasis precisa de la situación descrita por el paciente, genera en este último la sensación de ser comprendido lo que conlleva una mayor confianza sobre el tratamiento y el terapeuta. De este modo mediante el uso de preguntas discriminantes con ilusión de alternativas encaminadas hacia el cambio seguidas de una breve paráfrasis que reestructura se consigue que el paciente sienta y no sólo entienda la necesidad de cambiar.¹¹ Un aspecto fundamental en el proceso de cambio.

El siguiente paso en el diálogo se refiere a evocar sensaciones y emociones en el paciente a través del uso deliberado y cuidadoso de lenguaje de corte poético y retórico empleando figuras literarias como aforismos, metáforas, anécdotas inclusive experiencias extraídas de la vida real con las que se busca crear una sensación abrumadora en el paciente sobre su problema evocando en ellos la necesidad de cambiar (Nardone & Portelli, 2006). Para que pueda ser efectivo, el uso de estas las formas retóricas deben ser adecuadas, calibradas y empleadas a la medida del sistema perceptivo-reactivo del paciente. Ya que de acuerdo con Nardone y Salvini (2006), el poder evocar sensaciones es una técnica que requiere una gran competencia y habilidad tanto en el uso de su lenguaje, el establecimiento de la relación terapéutica así como de la elaboración de estrategias.

¹¹ En terapia es fundamental lograr que el paciente sienta la necesidad de cambio más que entenderlo. Es necesario cambiar primero que nada la percepción a la cognición porque si se cambia la percepción se logra cambiar la reacción conductual y como efecto final cambiará la cognición. Por lo tanto lo que provoca el proceso de cambio es el sentimiento, la percepción que una vez modificada lo demás le seguirá (Nardone & Portelli, 2006).

Entonces, una vez que ya se han hecho varias *preguntas discriminantes* y se han hecho *paráfrasis que reencuadran* sobre los primeros descubrimientos, el terapeuta debe hacer una redefinición o recapitulación que contenga un breve resumen de lo que se ha dicho para continuar con una metáfora descriptiva, una anécdota, una metáfora que describa la situación presentada provocando que el paciente se identifique a sí mismo y su situación dentro de la figura retórica.

Si da resultado, esta situación deja al terapeuta el ambiente propicio para proponer y establecer las nuevas directivas y prescripciones como resultado inherente de la evocación de sensaciones en el paciente que deja convencido al paciente a seguir las indicaciones sin la menor resistencia aceptándolas con disposición. Este procedimiento requiere de la efectividad del terapeuta para llevar al paciente por medio del diálogo a las primeras dudas, a los descubrimientos y finalmente a sentir la necesidad del cambio que predispone a seguir las directivas. Básicamente se trata de un diálogo aparentemente causal con forma de embudo cuyo clímax conlleva la irremediable necesidad de cambiar en el paciente.

En resumen, el esquema técnico que compone la secuencia del *Diálogo Estratégico* es entendido de la siguiente manera:

- a) *Preguntas interventoras y discriminantes* que dan la ilusión de alternativas.
- b) *Paráfrasis que reencuadran*, y que permiten aprobar o desaprobar los descubrimientos hechos mientras se introducen los primeros cambios.
- c) *Evocación de sensaciones*, uso de formas retóricas y de corte poético como anécdotas, aforismos, metáforas en la búsqueda de que el paciente sienta una abrumadora necesidad de cambiar.
- d) *Recapitulación que busca resumir* así como redefinir las conclusiones obtenidas.
- e) *El uso de las directivas* así como de las prescripciones como procedimiento culminante del proceso inevitable de cambio (Nardone & Salvini, 2006).

Como procedimiento técnico, el *Diálogo Estratégico* es un proceso que envuelve al paciente sutilmente hacia una necesidad inevitable de cambiar. El proceso de diálogo lleva al paciente a considerar sus intentos de solución, su perspectiva y su situación actual generando la sensación de haber sido un descubrimiento propio recordando las palabras de Blaise Pascal quien argumenta que "Las personas se persuaden más por las razones que ellas mismas descubren que por aquellas que provienen de la mente de los demás" (Nardone & Salvini, 2006, p. 56).

En este punto crítico al final del embudo, se hace uso de la evocación de sensaciones, una técnica altamente compleja constituida por el uso de lenguaje retórico y poético a través de metáforas, anécdotas, aforismos que promueven la identificación del paciente y su situación y que provocan una abrumadora sensación dirigida hacia la necesidad de cambio misma que lo predisponen a seguir las directivas y prescripciones terapéuticas.

Interesante es destacar que con este proceder el terapeuta consigue desde un inicio contribuir al progresivo cambio de sistema perceptivo-reactivo del paciente hacia una visión diferente que devela la necesidad de cambio sin la menor posibilidad de resistencia.

Mediante esta técnica el proceso de la terapia toma un nuevo ritmo en el que cuidadosa y sutilmente el terapeuta ejerce su habilidad para envolver y llevar al paciente a la disposición y necesidad necesaria para iniciar su proceso de cambio. Por lo tanto, el *Diálogo Estratégico* se convierte en un componente fundamental en el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica constituyendo un nuevo reductor de complejidad para acceder a la pronta resolución de las situaciones que los pacientes presentan en terapia.

CAPITULO 3

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA: EFICACIA, EFICIENCIA Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de Resultados

La evaluación de resultados así como la investigación en el ámbito de la psicoterapia ha sido un tema ampliamente discutido a lo largo de su evolución. Durante varias décadas se han generado una serie de debates sobre cuál es la mejor forma de poder establecer un consenso sobre los factores que deben ser contemplados para identificar si una psicoterapia es efectiva o no y más allá de esto, si una psicoterapia es efectiva que características la hacen efectiva. De este modo, toda la investigación sobre psicoterapia ha involucrado el análisis de los procesos que tienen lugar durante la intervención a partir de tres focos de estudio: a) El que contempla los eventos suscitados a partir de la relación entre terapeuta y paciente, b) El que contempla el impacto que la terapia tiene en la vida y la personalidad del paciente y c) El que se compone de la observación de la relación entre ambos factores y las secuelas que se generan desde un punto de vista psicológico, biológico, cultural y social en el que tiene lugar el fenómeno (Orlinsky, 2009). Desde que Eysenck (1961)¹², concluyó a través de su estudio sobre los efectos de la psicoterapia, que el proceso de intervención de la terapia de la conducta producía resultados que confirmaban su equivalencia a una ausencia de tratamiento, se desató un fuerte debate seguido del interés por parte de otros terapeutas para generar nuevos estudios que demostrarán la efectividad de la psicoterapia. De entre estos nuevos estudios destaca una revisión sobre una serie de factores comunes que el terapeuta propicia y ofrece durante la terapia y que son componentes fundamentales que determinan el cambio y la efectividad de una psicoterapia independientemente de la variedad del tratamiento (Truax & Carkhuff, 1976). Esta conclusión es conocida como *Veredicto del pájaro Dodo*¹³ en la que los factores comunes que generan un cambio en psicoterapia son los que convierten la intervención en un procedimiento eficaz independientemente del procedimiento o enfoque con el cual se aborde el problema.

¹² En este artículo, este autor afirmó que aproximadamente el 66% de los pacientes que no recibían tratamiento mejoraban durante los dos años posteriores al inicio de los síntomas y que parecía existir una relación inversa entre la recuperación y la cantidad de terapia recibida -a más psicoterapia, menor probabilidad de recuperación-, por lo que concluyó que era lo mismo recibir o no tratamiento (Eysenck, 1961).

¹³ En la literatura de investigación en psicoterapia, se utiliza *el veredicto del dodo*, personaje de la obra de Alicia en el país de las maravillas: en el cual se considera en un juego de cricket que *todos ganan, todos tienen premio*, para referirse a que los resultados de las diferentes terapias son equivalentes y que ninguna es superior a otra (Nardone & Portelli, 2006).

De esta manera toda psicoterapia podía ser igualmente eficaz siempre y cuando se consideraran todos aquellos factores comunes que garantizan la efectividad de la terapia¹⁴.

Por otra parte, existen otra gama de estudios que proponen la existencia de *factores específicos* constituidos por métodos o técnicas de modelos terapéuticos particulares, que explican la efectividad del tratamiento a través de la comparación entre procedimientos distintos de psicoterapia con el fin de determinar cuál es el más apropiado o tiene mejores resultados en cierto tipo de problemáticas o condiciones particulares (Connolly, Crits, De la Cruz, Barber, Siqueland & Gladis, 2003). Cabe señalar que el trabajo de Nardone, considera precisamente el estudio e investigación de aquellos factores específicos que contribuyan al depuramiento y tecnologización particular de su modelo terapéutico incrementando en la medida de lo posible su eficacia y eficiencia. El método de evaluación de resultados de la intervención desde el MATBE por lo tanto puede considerarse dentro de la postura que sostiene los factores específicos que contribuyen al cambio durante la intervención. Su trabajo se ha centrado en tratar de conectar efectos específicos con variables específicas, aportando nuevos diseños, procedimientos de muestreo y métodos de análisis estadístico. Los primeros intentos de relacionar las variables de proceso con los efectos, consistieron en medir la misma variable de proceso durante el tratamiento hasta la terminación de la terapia, midiendo los resultados y haciendo un seguimiento. Por lo tanto, sus resultados son evaluados a partir del análisis final de la intervención mediante un estudio de significancia clínica es decir, identificación de la ausencia de sintomatología, el análisis del resultado se contempla además a partir del proceso de intervención mediante el uso de las grabaciones de las sesiones, de la opinión del paciente y en función de los parámetros de eficacia y eficiencia que a continuación se explican.

Método de evaluación terapéutica: Eficacia y Eficiencia de Intervención desde el MATBE

La estructuración de un modelo de evaluación terapéutico llevan a Watzlawick y a Nardone (1990), a definir minuciosamente los parámetros sobre el establecimiento y definición conceptual de lo que será considerado para el MATBE como la eficacia terapéutica. Curiosamente estos autores identifican que dentro de la concepción convencional de *eficacia* propia de los modelos convencionales y clásicos de psicoterapia esta, suele ser entendida en función de los objetivos, las metas y la valoración final de resultados que son comprendidos desde los parámetros particulares de la escuela terapéutica de referencia, es decir, los parámetros de evaluación terapéutica están entendidos desde las distinciones o concepciones de sanidad o enfermedad del modelo de referencia. Ante este hecho, no es raro encontrar por ejemplo que el concepto de eficacia terapéutica adopte parámetros de eficacia diferentes dependiendo del modelo a partir del cual se interviene y que en algunos casos lleguen a ser contradictorios o totalmente excluyentes. Ejemplos de este tipo se podría encontrar el caso de las terapias existencialistas o humanistas en las cuales

¹⁴ Aunque no existe un consenso respecto a cuáles son estos ingredientes o factores comunes, se les ha identificado en 5 categorías: Características del cliente, Cualidades del terapeuta, Procesos de cambio, Estructura del tratamiento y Relación terapéutica (Orlinsky, 2009).

el objetivo y la evaluación de los resultados están en función de la *realización* del individuo, del crecimiento individual y sobre la obtención de *una plena satisfacción del individuo* que irónicamente no está determinada por la opinión del individuo sino por una serie de requisitos o necesidades que un individuo supuestamente debe alcanzar a lo largo de su vida. Otro ejemplo lo constituyen las terapias de corte psicodinámico, en las que la búsqueda del *insigth*, la comprensión de la causalidad pasada de la problemática expresada en el síntoma, es la que en teoría, debería ayudar a la persona a entender el por qué de su situación y por lo tanto a extinguir el síntoma a través de la resolución de las dificultades pasadas (Papalia, Wendkos & Duskin, 2004).

Ante esta discrepancia Watzlawick y Nardone (1990), mencionan que desde el planteamiento terapéutico que manejan, a diferencia de otros modelos, no se intenta constituir una teoría absoluta sobre la naturaleza humana que establezca la normatividad o anormalidad. Por el contrario, partiendo de una noción de carácter constructivista en la que se plantea la existencia de tantas realidades como visiones o puntos de referencia, consideran que la eficacia sobre el tratamiento o intervención terapéutica estará constituido en función de sí se ha conseguido la resolución del problema específico que presenta el paciente es decir, si al final del tratamiento se consigue la superación del problema específico y el logro de los objetivos prefijos desde el inicio de la terapia. Para saber esto, Nardone y Watzlawick (1990), consideran tomar en cuenta la eficacia de la intervención desde dos parámetros fundamentales: a) La eficacia del tratamiento en ejecución y b) La eficacia del tratamiento mantenida a través del tiempo.

El primer parámetro sobre la eficacia del tratamiento en ejecución, resume si al final de la terapia se lograron alcanzar los objetivos prefijos acordados con el paciente al momento de pedir ayuda o sea, es preciso considerar como parte de la eficacia de la intervención si se han resuelto los problemas presentados por el paciente al finalizar el tratamiento.

El segundo parámetro sobre eficacia, considera el mantenimiento de los resultados del tratamiento a través del tiempo contemplando la aparición de trastornos sustitutos o recaídas en el paciente. Con el objetivo de indagar sobre este parámetro, los autores emplean tres seguimientos llevados a cabo en los 3, los 6 y los 12 meses después de haber concluido el tratamiento. Estos seguimientos consisten en entrevistas de evaluación estructuradas a partir de los objetivos acordados al comienzo de la terapia (Nardone & Watzlawick, 1990). Para incrementar a fiabilidad de los datos obtenidos, estos controles se deben llevar a cabo en la medida de lo posible por medio de entrevistas personales preferentes al contacto telefónico. A este respecto se debe decir que el control vía telefónica, ha resultado ser un método muy utilizado inclusive en la literatura de corte sistémico por ejemplo, el caso de Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999). No obstante, habría que tener en cuenta la validez y la calidad de los datos obtenidos por este método pudiendo no ser del todo fiables puesto que en muchos casos el porcentaje de respuestas falsas es muy alto. En resumen, Nardone y Watzlawick (1990), consideran que un caso clínico ha sido resuelto "Sí y sólo si, además del resultado positivo de la eficacia 1, se ha obtenido respuesta positiva en el criterio de eficacia 2" (Nardone & Watzlawick, 1990, p. 174).

A decir del propio Nardone (1999), estos parámetros son muy concisos y no prestan discusión en cuanto a la validez sobre el resultado de la intervención. Por otro lado, es necesario considerar que dentro de este modo de evaluación, nunca se menciona o se hace referencia a un parámetro de normalidad o de curación arbitraria sino que toma en cuenta por un lado el éxito del tratamiento en función de la resolución de la cuestión presentada por el paciente y si este resultado se conserva una vez terminado el tratamiento.

Además, dentro del método de evaluación de resultados, se emplean 5 diferentes categorías valorativas con respecto a los posibles resultados que derivan de la intervención permitiendo así, cuantificar de mejor forma los resultados obtenidos en la intervención más allá del análisis de dos categorías generales que contemplen el éxito o el fracaso. Lo anterior permite contemplar de manera más sistemática y minuciosa los alcances que la terapia ha tenido al ser implementada. En este sentido inicialmente se emplea una tipología que contempla 5 diferentes posibles resultados de la intervención.

Casos Resueltos: Serán los casos con completa resolución del problema específico al finalizar la terapia, con ausencia de recaídas en un lapso de un año después de concluida la terapia.

Casos muy mejorados: son los casos que presentan la completa desaparición de síntomas al finalizar la terapia demostrando a través de los seguimientos una clara mejoría de su situación con presencia de ligeras recaídas controladas por el propio paciente.

Casos poco mejorados: son los casos en los cuales se ha identificado la reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento y que han presentado continuos momentos críticos y recaídas sintomáticas que han sido referidas por el propio sujeto, como menos intensas que las anteriores a la terapia.

Casos sin cambio alguno: estos cambios son los que después de diez sesiones no se ha identificado cambio alguno sobre la situación presentada por el paciente en estos casos se interrumpe el tratamiento pasadas la diez sesiones con la convicción de que si durante el tiempo de la sesiones no se ha generado cambio alguno es improbable que se consiga un cambio con un periodo de tiempo más prolongado.

Casos empeorados: estos son los casos en los que el tratamiento generó un empeoramiento en la situación del paciente.

Además, en posteriores estudios se integra la denominación de los casos *Drop-Out*¹⁵: casos en los cuales el paciente deja de asistir en las primeras tres sesiones de tratamiento (Aloe & Nardone, 2004).

A través de estas tipologías el terapeuta puede considerar desde 6 diferentes posibles resultados que su intervención pudiera presentar y que le permiten claro un mejor análisis sobre las posibles

¹⁵ En este caso se hace referencia a pacientes que abandonan el tratamiento durante las tres primeras sesiones.

modificaciones posteriores para enriquecer su práctica. En este sentido, la investigación de una muestra considerable de casos extraídos de la práctica cotidiana permite construir y manejar además una especie de identificación diagnóstica sobre las problemáticas más frecuentes a tratar en el consultorio, esto quiere decir que los pacientes que acuden por el servicio generalmente presentan entre una gama de problemáticas específicas mismas que se pueden incluir en una categorías generales. Estas categorías generales contribuyen en el análisis de los resultados de la intervención en poder identificar los tipos de problemáticas más comunes, con cuáles se han generado los mejores resultados una vez concluida la intervención y en cuáles se debe de seguir trabajando, adaptando y corrigiendo el esquema estratégico y técnico para poder aumentar la eficacia del tratamiento¹⁶ en posteriores intervenciones. Estas variantes o tipologías de problemáticas, surgen como resultado en una investigación de una muestra causal de casos tratados de enero de 1987 a septiembre de 1988 en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo¹⁷.

Las tipologías derivadas de la investigación son ocho, y fueron obtenidas mediante la clasificación de los agolpamientos muestrales de problemáticas en las que se intervino y las cuales se definen en función de la sintomatología principal manifestada por el paciente (Nardone & Watzlawick, 1990).

La clasificación empírica, resultado de lo anterior, permite conocer de manera general cuales son los tipos de problemática más comunes en terapia:

- Trastornos fóbicos.
- Trastornos obsesivos.
- Trastornos sexuales.
- Problemas de pareja.
- Problemas de relación e identidad.
- Trastornos depresivos.
- Desórdenes alimenticios.
- Psicosis o presunta psicosis.

¹⁶ Dentro del trabajo presentado por Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), se hace una tipología parecida a la que utiliza Nardone en la cual se consideran los resultados de la intervención en una muestra de jóvenes anoréxicas en función del bienestar referido por la misma paciente como: bien, bastante bien, aún con problemas, invalidez del tratamiento y fallecidas. Hay que decir que dentro de esta clasificación no se toma en cuenta si: 1) A partir de la intervención pudo ocurrir el empeoramiento en las pacientes; 2) Por otro lado, es importante resaltar que en su trabajo, los casos *Drop-out*, es decir aquellas paciente que desistieron de la terapia dentro de las 3 primeras sesiones, son considerados dentro de la categoría de clasificación *bien* o con *resultado positivo* asumiendo que puesto que se dejó de asistir a la terapia, la paciente había mejorado.

¹⁷ Posterior a este primer estudio se realiza otro que evalúa la muestra de 2281 casos atendidos durante el año 2000 al 2002 en el CTS utilizando estos mismos parámetros de eficiencia y eficacia con el objetivo de evidenciar la evolución del modelo.

Esta clasificación tomada en base empírica puede no obstante ser reducida a la nosología diagnóstica contenida en el DSM-IV (APA, 2006; Morrison, 2008), a excepción de la clasificación identificada como problemas de pareja. Sin embargo, es importante precisar que dentro de la visión sistémica y estratégica de la terapia, se hace un esfuerzo importante por apartar el trabajo terapéutico de clasificaciones nosográficas y diagnósticas propias del modelo causal y lineal, ya que se considera que los sistemas humanos son complejos y no pueden ser reducidos a descripciones estáticas y rígidas. A este respecto Watzlawick y Nardone (1990), argumentan que si bien en un inicio pudiera parecer contradictorio el uso de tipologías o descripciones en el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, las tipologías operativas empleadas se diferencian en mucho a las clasificaciones nosográficas descriptivas del DSM-IV como se hace mención más adelante. Watzlawick y Nardone (1990), enfatizan en la necesidad de poder medir la eficiencia de una intervención terapéutica en función de la evaluación total de costos y beneficios que el tratamiento genera en el paciente, esto bajo la convicción de que la eficacia de un tratamiento debe de tomar en cuenta los costos de todo tipo -y no sólo monetario- al que el paciente se ve sometido y que mientras más pronto se resuelve la problemática del paciente, más rápido este podrá mejorar su calidad de vida. Por tanto, para evaluar un tratamiento se ha de considerar que tan rápido el paciente puede reintegrarse a su vida cotidiana, pensando en que los gastos anímicos, monetarios, cognitivos o emocionales deben ser sólo los suficientes para la resolución del problema y no excesivos. Además por mera ética el terapeuta debe procurar el bienestar del paciente lo más pronto posible para que este no siga sufriendo. La evaluación de la eficacia de un tratamiento es clave a decir de Watzlawick y Nardone (1990), ya que mientras mayor sea su eficacia mayor ha de ser su consideración positiva. La relación costo y beneficios de la intervención será más positiva conforme acorte el periodo de tiempo en el que se obtienen resultados favorables de los problemas presentados por el paciente.

La eficacia de la intervención también se contempla en términos de la duración media de la intervención obtenida del análisis de la muestra total así como diferencial de la tipología del problema presentado (Nardone & Portelli, 2006). Como se puede notar, la conjugación de los parámetros sobre la eficacia, la elaboración de parámetros y tipologías de análisis, permiten llegar a una evaluación confiable para valorar el resultado de la intervención terapéutica.¹⁸

En resumen, los resultados de la intervención terapéutica desde el modelo estratégico de la terapia, es evaluada desde tres parámetros centrales¹⁹:

¹⁸ Para una revisión más exhaustiva sobre esta investigación se recomienda revisar Watzlawick, P. & Nardone, G. (1990). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder

¹⁹ Dichos parámetros se obtuvieron de un estudio llevado a cabo con una muestra de casos tratados durante el periodo de enero de 1978 a septiembre de 1988 en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo. En este aspecto es importante señalar que la única variable en común para todos los casos fue que a todos se les aplicó la misma propuesta de terapia estratégica, además de que en todos los pacientes es común la petición de ayuda en el mismo centro (Watzlawick & Nardone, 1990).

1. La eficacia del tratamiento: Si se soluciona el problema y se alcanzan los objetivos.
2. La eficacia del tratamiento a través del tiempo: Si los resultados del tratamiento permanecen durante el tiempo; y
3. La eficiencia del tratamiento: La resolución del problema en el menor tiempo posible.

Bajo este método de evaluación terapéutica, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica pone en evidencia su consolidación como un esquema de intervención altamente eficaz, con un porcentaje del 83% de sus casos totales con un resultado positivo (Nardone & Portelli, 2006).

Estos datos confrontados a los presentados en investigaciones evidenciales de otros modelos de referencia, son claramente superiores representando en promedio 50% de eficacia (Castelnuovo & Nardone, 2007; Watzlawick & Nardone, 1990; Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999; APA, 1994; Nardone, 1999; 2004; Costin, 1996). Además, la eficacia considerada a partir del parámetro del mantenimiento de sus resultados verificada con los seguimientos de 3, 6 y 12 meses constata el mantenimiento de sus efectos a través del tiempo descartando así, la premisa de que las terapias a corto plazo son superficiales y sintomáticas con grandes probabilidades de recaídas o aparición de trastornos sustitutos al problema inicial. Por su parte, la eficiencia terapéutica, ha constatado que el modelo mantiene resultados positivos en función de la relación de costos y beneficios del tratamiento, menores a la duración promedio de intervención en terapias convencionales. En este sentido, durante la investigación a cargo de Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino (1999), hay que considerar que el seguimiento que se le dio a sus ex pacientes consistió en una entrevista estructurada por teléfono y en la cual dichos autores atribuyen a su intervención terapéutica el estado de bienestar actual de sus pacientes a pesar de que el control se tuvo lugar inclusive trece años después del final del tratamiento.

Los resultados de dicha investigación son al parecer un tanto dudosos si se toma en cuenta que en algunas pacientes el tratamiento consistió en su duración en una a tres sesiones. Lo que de antemano no indica con certeza si la intervención tuvo si quiera un efecto positivo o negativo en el paciente dado que es un periodo muy corto de tiempo para consolidar algún cambio que pudiera haberse generado, además de que el 54% de estas pacientes notifica haber buscado ayuda terapéutica posterior al tratamiento. Otro dato importante al respecto de esta investigación, es que al parecer Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), no contemplan el hecho de que durante el tiempo transcurrido de la intervención hasta el control de la misma, se pudieron haber presentado cambios que tuvieron lugar en la vida de la paciente que sin duda han ejercido influencia en el desarrollo de sus vidas.

La investigación de Watzlawick y Nardone (1990), logra constatar un promedio de 14 sesiones, que posteriormente se reduce hasta un promedio de 4 a 7 para poder desbloquear la problemática y sus intentos de solución. Estos datos son muestra suficiente para concluir que en la búsqueda de innovación y evolución del trabajo terapéutico Watzlawick y Nardone logran constituir un modelo altamente eficaz y eficiente. Finalmente, es importante considerar el aspecto denominado como eficiencia que a diferencia de otros modelos de terapia convencional busca la mayor eficacia en el menor tiempo posible bajo el supuesto de que al ser profesional de la salud, el terapeuta debe

tener una responsabilidad con la persona que pide ayuda para poder contribuir a que este mejore en su calidad de vida “Porque así lo exige el respeto ético a la persona que pide ayuda y su derecho de estar bien lo más pronto posible.” (Watzlawick & Nardone, 1990, p. 185).

De la diagnosis descriptiva hacia la diagnosis operativa

Una vez constituido un confiable método de evaluación, sobre los procedimientos e intervenciones terapéuticas, el trabajo sobre el MATBE se inclina a considerar la manera de cómo mejorar y depurar los procedimientos, técnicas y estrategias para contribuir a la continua evolución y mejoría de la práctica clínica. El trabajo de Nardone y sus colaboradores en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, Italia²⁰ ha llevado a la constitución de una metodología de investigación trascendental en la evolución y mejoramiento del MATBE mediante una forma de pensamiento particular en torno a los procesos de cambio y la solución de problemas. Esta idea surge a partir del alejamiento teórico y metodológico de lo que Nardone y Portelli (2006), han llamado *un agujero metodológico* incrementado por la insistencia en la aplicación métodos que encuentran su estructura en un modelo de causalidad lineal unidireccional, descriptivo y estático que separa los procesos de teorización y la práctica empírica clínica (Nardone, 1995; 1999; 2004; Nardone & Portelli, 2006; Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). En cambio, desde el planteamiento del MATBE, se opta por la integración teórico-práctica para poder realizar una mejor *praxis* clínica comprometida con poder brindar la adecuada atención a quién requiere de ayuda y asistencia terapéutica. El problema inicial se centra en que en la literatura referente a la práctica clínica convencional se tiende a *describir* el procedimiento de los terapeutas clínicos más que centrarse en el esfuerzo por innovar y depurar herramientas, estrategias, parámetros de medición y procedimientos que permitan mejorar la calidad de la intervención (Nardone & Portelli, 2006), O sea desde esta postura una vez instaurado el modelo teórico, este se adopta como definitivo derivado en que el objetivo de la práctica que pasa del estudio y desarrollo de un modelo de realidad hacia la descripción de la labor del terapeuta bajo el modelo de referencia sin considerar modificaciones corrección o evolución teórico-práctica. Ejemplo de lo anterior es lo que en su momento representó un intento por la creación de una lista de tratamientos terapéuticos que demostraran ser adecuados y que a su vez omitiera aquellos que resultaran no serlo. Este intento provocará no obstante, un tipo de laguna que no permite la integración teórico-práctica sobre el conocimiento en el campo clínico asumiendo que, desde un inicio este proyecto fue contemplado y estuvo guiado a partir de un enfoque predominantemente de corte médico y descriptivo (Castellnuovo, Faccio, Molinari, Nardone & Salvini, 2004). Sin embargo, el avance que representó el empleo de estudios cualitativos y estudios de caso habidos por su riqueza informativa que como métodos empíricos representan para los investigadores han sido factor para poder distanciar la nosología diagnóstica y estática hacia un análisis cualitativo que otorga al terapeuta un acceso a

²⁰ El Centro de Terapia Estratégica de Arezzo (CTS), es un instituto de investigación, desarrollo y formación sobre la actividad clínica. Alberga la Escuela de Especialización en Terapia Estratégica Breve, reconocida oficialmente por el Ministerio Italiano de Investigaciones Universitarias y la Escuela de Comunicación Estratégica y Resolución de Problemas (*Problem-Solving*). Fundado oficialmente desde 1989 por Giorgio Nardone y Paul Watzlawick, el centro cuenta con un gran número de Instituciones afiliadas oficialmente por toda Italia, Europa y Estados Unidos.

información y datos que de seguir con el modelo médico reduccionista limitan su estudio y análisis (Nardone & Portelli, 2006). Este paso se justifica bajo la noción de que el seguimiento de un modelo de corte médico en el campo de la terapia, conlleva a limitaciones técnicas que limitan a los investigadores de un análisis más cercano al fenómeno de estudio (Castelnuovo, Faccio, Molinari, Nardone & Salvini, 2004). De entre las limitaciones técnicas a las que se llega en todos aquellos tratamientos reforzados empíricamente que se estructuran y se establecen a partir de la comprobación de hipótesis establecidas *a priori* se pueden mencionar entre otros a los problemas psicométricos en cuanto a la evaluación de resultados, la inconsistencia de los tratamientos empleados durante la intervención, el deficiente éxito al predecir resultados, además de que la realización de una prueba aleatoria empleadas en el proceso de estandarización, requiere de la presencia de un manual que asegure la fidelidad y fiabilidad necesaria en la intervención que a decir de Nardone y Portelli (2006), representan una limitante ya que actualmente muchos modelos de terapia entrenan a sus terapeutas de manera que se aferren al manual y a los procedimientos, parámetros y descripciones contenidas en él, es así que en muchos casos parece que los pacientes deben adaptarse a los conceptos, objetivos y parámetros establecidos por la teoría de origen del terapeuta. Cabe señalar que las descripciones y predicciones estadísticas de estos manuales, por lo general no se ajustan con los procedimientos llevados a cabo en la práctica cotidiana en la que la mayoría de los casos no representan casos atípicos y las problemáticas referidas por los pacientes parecen no acercarse o ajustarse dentro de los parámetros diagnósticos contenidos en el DSM²¹.

De hecho, lo anterior representa una de las críticas fundamentales que se pueden hacer a todas esas teorías de corte médico que en su búsqueda por *enciclopedizar* las conductas, cogniciones y trastornos humanos terminan por limitar de manera importante el desarrollo de técnicas y de formas alternativas de resolver problemas, objetivo que a final de cuenta es lo que el paciente busca al entrar al consultorio (Nardone & Portelli, 2006). Como ejemplo del rebuscado intento por ajustar al paciente al tratamiento y no viceversa, se ha de tomar en cuenta la investigación de Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), en la que algunas de las intervenciones que se llevan a cabo con pacientes anoréxicas por ejemplo, son declinadas u omitidas debido a que éstas no pueden ser utilizadas o prescritas en función de la *composición familiar* o la *actitud* presentada por dicha familia o paciente. De este modo se concibe que ciertas características en la paciente, impiden o nulifican la aplicación del tratamiento, dejando a consideración entonces, que aquellos pacientes con actitudes o familias que no se ajustan al tratamiento no pueden ser ayudados.

Con la finalidad de no caer en estas limitaciones técnicas Nardone y Portelli (2006), señalan la necesidad de que la investigación clínica surja sólo a partir de datos e información obtenidas directamente de la práctica diaria y no extraída de escenarios controlados y de laboratorio en los cuales se concluye en función de casos generalmente atípicos en los que la elección de casos al

²¹ “Diversos estudios sugieren que la mayoría de los pacientes que recurren a ayuda terapéutica no pueden ser diagnosticados de acuerdo a los parámetros del DSM, debido a que sus problemas no se ajustan o ni siquiera exceden el umbral de cualquier categoría existente” (Nardone & Portelli, 2006, p. 198).

azar no precisamente otorga la fiabilidad buscada, partiendo de que en la práctica cotidiana los pacientes buscan ayuda activamente eligiendo el lugar y el tipo de tratamiento que desean recibir.

En este aspecto, los propios autores del DSM-IV (APA, 2006; Morrison, 2008) reconocen que el diagnóstico e identificación del síndrome, de los síntomas o de la patología, no necesariamente informa del tratamiento o de cómo resolver dicho trastorno. Sin embargo, es interesante observar que pese a esto, aún se siguen tomando en cuenta los criterios descriptivos del DSM-IV para definir el problema y hasta para evaluar la mejoría (Castelnuovo, Faccio, Molinari, Nardone & Salvini, 2004). Por ejemplo, Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), durante toda su obra mantienen el intento por identificar y realizar una descripción diagnóstica sobre los factores causales de diversos trastornos alimenticios haciendo énfasis en las características psicodinámicas del padre y relación en la presentación del trastorno de las pacientes llegando a omitir una propuesta de solución eficaz de dichos trastornos.

A diferencia de buscar una fotografía estática de un trastorno Nardone y Portelli (2006), proponen el uso de descripciones operativas como herramienta para solucionar problemas específicos estas descripciones deben constituirse a partir del ejercicio clínico y empírico cotidiano. La diferencia radical de este tipo de descripción con respecto a la que puede ofrecer el DSM, es que esta será una herramientas que otorgue al terapeuta no sólo un mapa de lo que ocurre sino que detalla las variantes en la forma de percibir y reaccionar ante la realidad del paciente, identificando así, los intentos de solución ante su situación problemática, identificando este factor será propio de la intervención diseñar las estrategias para modificar la percepción y por ende la reacción que la persona tendrá ante el problema. Esto representa el bloqueo de las soluciones ensayadas y el paso a nuevas soluciones que paren el circuito de retroalimentación entre problema y soluciones ensayadas.

Sin embargo, no se puede menos preciar la práctica derivada de la evidencia por la cual surge el DSM, ya que representó en su momento el primer paso hacia la práctica informada y empíricamente estudiada que permitió identificar los errores de su aplicación y dio paso a nuevas metodologías de investigación como herramientas para subsidiar la complejidad de la práctica terapéutica. Como menciona Nardone y Portelli (2006), la investigación terapéutica es una labor que continuamente cambia, en la cual los clínicos se deben preocupar por mejorar e innovar sus modelos de terapia hacia mejores planteamientos clínicos ecológicamente más válidos que revelen lo que es necesario cambiar, que puedan clarificar cómo se lleva a cabo y finalmente que logren poder identificar si el cambio ha ocurrido. Por otro lado, es crucial que el terapeuta sea capaz de responder con efectividad a las características y necesidades que el paciente presenta además, de la particular situación que éste presente, y que el modelo terapéutico bajo el cual el terapeuta se guíe permita siempre la adaptabilidad, flexibilidad y autocorrección que lleve a la resolución de la queja del paciente.

Los puntos de vista de estos autores, son sensatos en el sentido de que la psicoterapia debe de ser un ejercicio sobre el estudio de estrategias de intervención y de procesos de cambio más que un rígido manual formulado a partir de hipótesis y supuestos *a priori* que el terapeuta debe mantener

mecánicamente al pie de la letra. En todo caso, un modelo apropiado de intervención da al terapeuta directrices que no lo someten y lo dejan hacer uso de su experiencia e intuición, siempre manteniendo un enfoque terapéutico claro (Nardone & Portelli, 2006). Por lo tanto, un buen modelo terapéutico como se ha expuesto hasta ahora no es necesariamente una especie de paquete o manual estandarizado sino que más bien se compone un esquema, de técnicas interventoras y sobre todo de atención flexible, adaptada y moldeada al estilo personal tanto del terapeuta como del paciente y su problemática, garantizando el paulatino crecimiento y evolución de las técnicas e intervenciones para obtener una intervención cada vez más eficaz (Castelnuovo, Faccio, Molinari, Nardone & Salvini, 2004). Un caso particular es la investigación realizada por Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), que pese a obedecer a un enfoque sistémico ha seguido con la tendencia de inicialmente rechazar las usuales clasificaciones diagnósticas para sin embargo, volver a utilizarlas. En su trabajo, Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino (1999), subdividen en tipologías diagnósticas a las pacientes que presentan anorexia las cuales, irreversiblemente obedecen y son compatibles a cuatro trastornos mencionados en el DSM-IV, esta clasificación refleja el repetido intento por forzar los hechos a una descripción estática o teoría de referencia que dista mucho de la validez operativa necesaria para un mejor estudio. Además dentro de este trabajo, se establece una escala referente al estado psíquico de sus pacientes en base a clasificaciones contenidas en el DSM-IV (Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006; APA, 2006; Morrison, 2008), en los que el resultado de la intervención era cuantificado de acuerdo a sí la paciente presentaba:

1. Síntomas graves, psicóticos.
2. Síntomas neuróticos distímicos.
3. Ausencia de síntomas.

Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), mencionan resultados referentes a pacientes con trastornos psiquiátricos no definidos con porcentajes que van del 22% al 80%. Lo anterior, hace referencia a dos críticas fundamentales que se han recalado hasta este momento con respecto a los modelos de orientación médica: el primero es la insistencia por adecuar la situación y el paciente al manual y al enfoque terapéutico, la segunda revela la insuficiencia que representa seguir aferrándose a descripciones estáticas, que más allá de ofrecer una descripción de un trastorno, limitan la acción terapéutica. En cambio, sólo a partir de una óptica operativa se podrá desarrollar un modelo de intervención que sea capaz de identificar la persistencia de un problema y el modo de bloquearlo mediante una investigación empírica aplicada en la cual se ponen en marcha soluciones capaces de generar y garantizar una eficacia cada vez mayor en la intervención (Castelnuovo, Faccio, Molinari, Nardone & Salvini, 2004).

De acuerdo con Nardone y Portelli (2006), se puede llegar a la formulación de modelos refinados de terapia mediante el empleo de los ensayos eficaces y prometedores utilizados en la práctica cotidiana y que den como resultado tratamientos prototípicos que sean la base de posteriores adecuaciones, refinamientos y mejoramiento en el tratamiento de trastornos específicos. Aquí es donde se vuelve fundamental la recolección de los datos obtenidos de la práctica cotidiana en la que el terapeuta ejerce un rol activo de intervención al cambio y ya no como un pasivo transmisor

que ofrece su teoría al pie de la letra; El MATBE plantea también que la evaluación de los resultados del tratamiento estaría en función del bienestar generado en el paciente así como en su calidad de funcionamiento en su vida cotidiana (Nardone & Portelli, 2006). Un aspecto en el que a diferencia de otros modelos, toma en consideración la propia cosmovisión del individuo en cuanto al sufrimiento percibido por la situación problema.

Hasta este momento se han hecho algunas críticas considerables a modelos de intervención que utilizan una metodología que busca reforzar una teoría con su aplicación empírica. Pero esta crítica no tiene la intención de considerarlas como errores o incorrecciones sino de hacer identificar a los terapeutas que esta metodología limita en mucho la *praxis* del terapeuta atándolo de manos para poder considerar aspectos que enriquecerían la calidad de su intervención. Esto sin mencionar la responsabilidad ética de un terapeuta de buscar la mejor y más eficaz forma de mitigar el sufrimiento del paciente a través de la investigación, y mejora de su arsenal de técnicas y estrategias de intervención. A continuación se describe la metodología de investigación con la cual el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica ha podido superar la eficacia y eficiencia de intervención terapéutica a la vez que se evoluciona del modelo general hacia la elaboración de protocolos de terapia enfocados a problemas y patologías particulares sin descuidar la búsqueda de la mayor eficacia terapéutica.

Metodología Acción-Investigación (Action-Research)

En el tiempo de función del Centro de Terapia Estratégica bajo la dirección de Giorgio Nardone, se ha logrado perfeccionar la investigación y el desarrollo clínico de una metodología de integración e investigación empírica conocida como Acción-Investigación²², esta metodología tiene por objetivo cuantificar los resultados del modelo terapéutico de intervención en su aplicación, constituyendo así, un proceso de conocimiento más que la mera manipulación de variables sin objetivo alguno. A decir de Nardone y Portelli (2006), aunque no podría ser identificada como experimental, este tipo de metodología cubre con lo necesario para definirse como un enfoque empírico de investigación para elaborar y desarrollar técnicas e intervenciones cada vez mejores y que reducen el tiempo de la intervención y permiten conocer un problema en base a sus características de persistencia y formas de cambio. La metodología consiste básicamente en

²² Es preciso mencionar que en la bibliografía revisada y cuya traducción se encuentra redactada en castellano, esta metodología se encuentra mencionada con la denotación de *investigación-acción* (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999, p. 15) y como *acción-investigación* (Nardone & Portelli, 2006, p. 210), que sin embargo, a lo largo de la obra es identificado en momentos como *investigación-intervención* (Nardone y Portelli, 2006, p. 86). Para una mejor exposición y con el objetivo de evitar confusiones conceptuales se tomó como base la versión en inglés de Nardone, G., Portelli, C. (2005) *Knowing Through Changing*, Capítulo 7 cuyo título en inglés es *Integrating Science into Practice*, (Nardone & Portelli, 2004). En el cual la metodología de investigación es mencionada como *Action-Research* que ilustra más explícitamente la concepción, idea y definición del concepto y no da lugar a confusiones con respecto a su significado. En todo caso la definición conceptual y operativa de esta metodología deja bastante claro que primero se provoca un cambio, una acción o condición en un sistema para después estudiar los efectos que dicha variable provoca es decir, se plantea conocer un problema a través de la búsqueda de su solución poniendo en evidencia cómo es que se conforma y de qué manera se provoca un cambio o modificación en base a objetivos preestablecidos.

integrar el proceso de acción y reflexión paralelamente y durante el curso de la investigación haciendo posible que el conocimiento generado en el proceso de búsqueda sea lo más pertinentemente posible para llegar a los objetivos en las cuestiones de estudio. Este principio de acción, implica la creación o modificación de variables y condiciones al momento en el que se intenta conocer algo, este proceso se identifica como *Learning by Doing*²³ (Paganucci, 2004, p. 240). Un concepto claramente en consonancia con el tipo de pensamiento del MATBE.

La primera formulación de este concepto fue de Kurt Lewin, quien en 1951 lo definió como un análisis simultáneo y comparativo de condiciones, acciones y efectos que se dan en una sociedad y que a su vez generan nuevas acciones sociales. Nardone, retoma este concepto y lo emplea como metodología de investigación con la finalidad de poder reducir el hueco existente entre la teoría y la práctica en el campo de la intervención terapéutica. La *acción-investigación* es utilizada por Nardone como un punto de integración de conocimiento práctico y reflexivo que a su vez permite el ejercicio empírico extraído directamente del consultorio clínico (Nardone & Portelli, 2006; Paganucci, 2004).

En el MATBE, esta metodología aporta una gran variedad y cantidad de información y permite a la vez el análisis y la evaluación inmediata de lo que sucede en la intervención ya que la progresión simultánea del análisis y la introducción de cambios permiten evaluar el efecto de este cambio inmediatamente. No obstante, este cambio y su efecto no sólo son la intervención de variables sin sentido, sino que son siempre encaminados al objetivo de desbloquear intentos de solución disfuncionales y modificarlos por otros que solucionen el problema. El resultado final de estas acciones permite conocer el problema mediante su solución. Bajo este método se puede considerar posible el desarrollo e innovación de técnicas de intervención constituidas en la práctica cotidiana además, la cuantificación simultánea de los efectos resultado de una intervención y su comparación en la intervención de un caso similar permite conocer qué tipo de intervenciones prueban ser efectivas y cuales serán descartadas al no provocar los efectos deseados. La metodología de acción empleada en este trabajo permite a los terapeutas poder conocer un problema mediante su solución mediante los resultados empíricos y experimentales extraídos del consultorio clínico y no a partir de hipótesis producto de conocimientos *a priori*. De acuerdo con Nardone y Portelli (2006), la principal ventaja de la metodología *acción-investigación*, será que mientras otros modelos parten de una metodología *a priori* reforzada de la observación, la metodología de *acción-investigación* parte de la simultánea obtención de conocimiento al modificar variables cuyos efectos se guían en alcanzar el cambio y que a su vez proveen información sobre cómo funciona un problema de estudio. Por medio del estudio detallado de las sesiones grabadas en video y audio, la investigación ha sido enfocada al desarrollo y mejoría de estrategias, técnicas, comunicación y relación terapéutica. Este trabajo ha llevado a Nardone y sus colaboradores a una mayor comprensión de los trastornos de estudio además del desarrollo de estrategias específicas, técnicas y comunicación que conduce a resultados más eficaces y eficientes (Nardone & Portelli, 2006).

²³ También entendido al español como *Aprendiendo haciendo*.

La metodología de *Acción-Investigación*, se mantiene en consonancia con la idea de que para conocer cómo funciona un problema no es suficiente la observación externa, más bien es necesario intervenir para conocer el funcionamiento del problema, es decir, el efecto de la intervención demostrará los componentes de cambio necesarios para ese caso lo que permite identificar su funcionamiento. Por lo tanto, al provocar cambios en un sistema y observar los efectos que estos generan es como se llega a conocer el problema y a dar con su solución (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

A partir de aquí podemos afirmar que es posible conocer una realidad interviniendo en ella: A partir del momento en el que la única variable indagatoria que podemos controlar es nuestra estrategia o bien nuestra solución ensayada, la cual si funciona permite comprender como el problema persiste y como se agrava (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 16).

El uso de esta metodología abre las puertas al terapeuta a la constitución de un modelo eficaz de terapia para la solución rápida de los problemas además de la identificación de su persistencia, formación y continuidad. Los efectos generados por el tratamiento pueden ser cuantificados de manera que se pueden corregir, modificar y mejorar las estrategias que componen la intervención es decir, el modelo se encuentra en una constante autocorrección del mismo (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Además, es posible el diseño de tratamientos prototípicos para trastornos específicos que constituidos por las estrategias, los estadios, el lenguaje, así como la relación terapéutica que el terapeuta tomará de base en su intervención. Evidentemente la idea de un paquete de intervención nunca ha sido la finalidad de este trabajo sino la de poder revelar e innovar estrategias de intervención más eficaces y eficientes en la búsqueda del cambio del paciente. Gracias a la metodología de *Acción-Investigación*, se logran diseñar descripciones operativas de los trastornos de estudio que componen los protocolos específicos permitiendo a un terapeuta conocer una problemática al mismo tiempo que se busca darle solución. Una vez hecho esto se puede comprender cuáles son las características que dan persistencia así como la forma más rápida y eficaz de resolverla. Como parte del MATBE, también se contempla la idea del desarrollo de protocolos específicos de intervención en la convicción de que precisamente al ser un planteamiento estructurado como protocolo, las simples directrices contenidas en él, distan de ser rígidas, definitivas o determinadas abriendo paso a las decisiones y criterio del terapeuta. Otra ventaja de los protocolos reside en que permiten dada su estructura de orientación flexible, la constante evaluación y autocorrección de los efectos de las estrategias utilizadas en la intervención, sin comprometer su valor heurístico al contar con las características de ser bastantes replicables, previsibles (Nardone & Portelli, 2006).

Desarrollo de Protocolos específicos de tratamiento para problemas particulares

El trabajo terapéutico complementado al uso de la metodología de investigación ya mencionada ha permitido dar el paso de un modelo de intervención general hacia la constitución de protocolos específicos de tratamiento creados *ad hoc* para problemáticas particulares (Paganucci, 2004). Nardone, Verbitz y Milanese (1999), mencionan que durante las investigaciones hacia la

constitución de protocolos de tratamiento realizadas en el CTS se han distinguido tres fases generales dentro del proceso de estudio y constitución de un protocolo: a) El primero se compone del estudio de las características de un problema o de una variedad de problemas, b) En segundo plano esta el conocimiento de las soluciones -más comunes- previamente usadas para solucionar dicho problema y c) Finalmente se integra a una fase de intervención dirigida al bloqueo de la repetición de las soluciones ensayadas que más allá de darle solución al problema lo agravan. Esto mediante las estrategias de intervención que han probado empíricamente llevar a mejores resultados sobre la resolución del problema (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Esta estructura simple en composición pero altamente efectiva como método de conocimiento es la clave para poder evidenciar la mejor y más eficaz forma de darle solución a los problemas que los pacientes presentan. El primer estudio realizado y con el explícito propósito de constituir un protocolo de intervención, estuvo enfocado sobre los trastornos fóbicos y obsesivos y su intervención. Los resultados de este trabajo han sido ampliamente positivos permitiendo la constitución y elaboración de cinco protocolos para las distintas variantes de trastornos fóbicos generalizados (Nardone, 1995). En seguida de este trabajo Nardone, Verbitz y Milanese (1999), comienzan en 1993 el estudio sobre trastornos alimentarios que a decir de los autores consistió en el mismo método de constitución de los protocolos a través de la acción-investigación, es decir en revelar las características del problema de estudio así como el conocimiento sistemático de las soluciones intentadas por los pacientes, su persistencia y las mejores estrategias de solución.

Una vez identificadas las características de persistencia y las mejores estrategias e intervenciones, le sigue la depuración de las intervenciones es decir, por un lado se conservan las estrategias que han demostrado generar un cambio en la problemática además de constituir en sí mismas el valor heurístico necesario para su replicabilidad. A la par de esto se descartan estrategias que al parecer no generan los resultados deseados. Las técnicas que se mantienen como efectivas, continúan a una fase de depuración y adaptación a la vez que son empleadas en más casos constituyendo así una herramienta de intervención confiable en dichas problemáticas. Sólo aquellas que mantienen su efectividad a lo largo de las pruebas, son seleccionadas para conformar las estrategias de intervención del protocolo. Con este método de depuración se logra manufacturar una secuencia prefijada de estrategias y secuencias terapéuticas estructuradas *ad hoc*, y que comprenden distintas variantes de intervención con la finalidad de asegurar los óptimos resultados del tratamiento (Milanese, 2004).

El resultado final es una secuencia prefija de estrategias y técnicas, cada una con peculiares objetivos a alcanzar además de considerar las posibles reacciones, respuestas y relación terapéutica recomendada en cada variante constituyendo así, un protocolo de intervención específico para el trastorno en cuestión (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). La adaptabilidad del modelo de intervención expresada en el protocolo contempla el cambio o modificación de las intervenciones y las estrategias de acuerdo a los efectos que estos tienen en los pacientes, igualmente la simultánea investigación sobre la intervención y los efectos en el paciente permiten abarcar un conocimiento operativo en cuanto a cómo funciona un problema y cómo este se puede resolver.

Por lo tanto, una de las características importantes en cada protocolo es que se constituyen obedeciendo a un principio de autocorrección que contempla las distintas variantes que se pueden presentar en un fenómeno tan complejo como la terapia, esto quiere decir que cada protocolo cuenta con la posibilidad de poder corregir y ajustar las acciones y posibilidades operativas en función de las respuestas del paciente y haciendo valido el amplio margen que el terapeuta posee de corregir, regresarse, o hacer uso de su propio criterio de acuerdo a los resultados y a los objetivos de la intervención. Una última ventaja de lo que es el protocolo es que puede ser predictivo ya que contempla los posibles resultados que se obtengan de la interacción terapéutica y de las estrategias empleadas (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Al contemplar los principios auto-correctivos relativos a cada iniciativa y fase de la intervención, la terapia estratégica se configura como un proceso de investigación sistemática caracterizada por las fases de descubrimiento y sucesivas fases de organización cognitiva, y no ya como un proceso de convalidación de una teoría *a priori* (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 35).

Se puede resumir que la elaboración de protocolos de intervención, se basa en la compilación de estrategias e intervenciones *ad hoc* extraídas de la práctica cotidiana y que han mostrado tener resultados positivos en casos definidos bajo un problema en específico. Su constante aplicación permite que sean adaptados al caso particular del paciente, de acuerdo a la reacción en él y de la cual dependerá el tipo de relación terapéutica, las estrategias y su cambio. Por lo tanto, el protocolo se acomoda y se vuelve flexible en cuanto a aplicabilidad sin dejar de ser riguroso en su estructura. Ya constituido el protocolo de investigación este se somete a una estricta evaluación de eficacia y eficiencia. Para ello, ha sido empleado en al menos cien casos que presenten el trastorno de estudio. En el caso de que la eficacia sea de al menos 70% de los casos tratados, entonces el protocolo puede considerarse como válidos en términos de eficacia terapéutica, además se pone en práctica la verificación de la eficiencia del tratamiento, o sea si el tratamiento ha mantenido sus resultados a través del tiempo, para esto, se hacen controles o entrevistas de evaluación del estado del paciente a los 3, 6 y 12 meses de acabado el tratamiento (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Este trabajo representa una evolución más de un modelo de intervención que ha demostrado ser un modelo sistemático y riguroso en cuanto a estructura, pero flexible, auto-correctivo y adaptable en la práctica diaria (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

La evolución tecnológica de este modelo permite conectar en todo momento la teoría y la práctica en un proceso simultaneo de: Delimitación de Objetivos-Aplicación-Evaluación que a su vez produce una nueva delimitación, una aplicación y una evaluación (Paganucci, 2004). Cabe señalar que la depuración de cada investigación sigue constante sin dar por terminado el trabajo puesto que todo trastorno evoluciona y el terapeuta ayudado por una metodología clara y eficiente puede estar en constante mejoramiento y evaluación de sus propias técnicas e intervenciones.

Hasta este momento se ha expuesto por un lado la forma en la que Nardone evalúa los resultados de la intervención en términos de eficacia y eficiencia. Además se ha explicado la metodología por medio de la cual su trabajo deriva en el desarrollo de protocolos específicos de tratamiento, sus

características, sus ventajas, los parámetros para su constitución y para la respectiva evaluación de los mismos. Por otro lado el uso de esta metodología ha puesto en evidencia las limitaciones que representa el constante intento por utilizar descripciones diagnósticas, no operativas y que sólo sirven como la mera fotografía estática de una situación en la cual no hay propuestas de solución es decir, no hay una retroalimentación entre teoría y práctica que permita la innovación de técnicas y tratamientos para mejorar la *praxis* clínica.

A continuación se explicará lo concerniente al desarrollo de los protocolos específicos de tratamiento en desordenes alimenticios en particular el del denominado *Vomiting* que en la literatura especializada de corte médico se podría identificar como *Bulimia nerviosa subtipo a: Con conductas de eliminación*. Se analizarán a detalle los resultados que la *Acción-Investigación* ha generado así como los datos obtenidos sobre eficacia y eficiencia que respaldan a este protocolo de intervención con respecto de algunos otros modelos para el tratamiento de desordenes alimenticios que obedecen a otros enfoques y métodos de intervención.

CAPITULO 4

EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA: EL PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DEL VOMITING

Resultados de la Acción-Investigación

El Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica emplea dentro de su labor de investigación aplicada una metodología de *acción-investigación* compuesta por un proceso simultáneo de análisis, evaluación e intervención hacia la resolución de un problema. El fundamento de esta metodología es la ejecución de un proceso de evaluación e intervención en función a los efectos generados hacia un a un objetivo prefijado. Se constituye así un modelo de investigación circular y flexible en el que “un problema es conocido a través de su solución” (Giangrasso, 2004, p. 245). Al ejecutar este procedimiento en la investigación sobre trastornos alimenticios, ha sido posible la elaboración de tres protocolos de intervención para trastornos alimenticios dentro de los cuales se ha podido identificar un trastorno alimenticio particular que no obstante, aparece dentro de los criterios del DSM-IV (APA, 2006; Morrison, 2008), como un subtipo de bulimia nerviosa con conductas de eliminación. Sin embargo, a decir de Nardone, Verbitz y Milanese (1999), el *Vomiting* se presenta como una evolución de lo que antes era un síntoma y que con el tiempo se convierte en el problema.

De hecho, en su investigación Nardone, Verbitz y Milanese (1999), reportan que en su total muestral de 192 casos, en 88 se distingue este trastorno como una entidad independiente tanto en persistencia como en características y que fue posible identificar a través de su intervención y tratamiento *ad hoc*. Identificado como *Vomiting o síndrome del vómito* (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999), esta denominación hace referencia a un trastorno caracterizado por comer y vomitar compulsivamente varias veces al día. Su identificación se deriva tras la verificación en el transcurso de la investigación y la intervención de una sintomatología con características de persistencia completamente distintas a las identificadas en la anorexia o a la bulimia. Cabe señalar que este proceso de identificación conlleva a la estructura de una intervención *ad hoc* a partir de un micro-nivel de investigación es decir, en un nivel operativo que conduce al tratamiento de dicho trastorno a través de su solución.

Las fases que caracterizan este proceso de *acción-investigación* son:

La definición de las metas u objetivos y del problema. Obtenidas mediante la investigación de los intentos de solución fallidos, las respuestas o efectos en los pacientes, el uso de preguntas estratégicas y el uso de paráfrasis que estructuran el modelo de percepción–reacción.

La definición de hipótesis encaminadas al cambio. Referente a la elaboración de hipótesis sobre estrategias, paráfrasis y metáforas además de la elección de hipótesis de prescripciones.

Una siguiente fase adaptativa y flexible es: *La aplicación de las hipótesis encaminadas al cambio y enfocadas en las estrategias empleadas en la sesión.*

Finalmente sigue la *evaluación de los efectos*. Llevada a cabo en primer lugar durante la sesión en la aplicación de todas las estrategias en base a las respuestas que el paciente ofrece sobre las paráfrasis y las estrategias empleadas (Giangrasso, 2004). Durante la siguiente sesión se hace una evaluación general sobre los efectos de las prescripciones. La evaluación de un segundo plano ocurre del análisis de cada fase de la terapia. La capacidad de mantener los efectos deseados deriva en la constitución de un protocolo de tratamiento en este caso para el *Síndrome de Vómito*.

Con esto se identifica que si bien el *Vomiting* tiene en un principio como base la anorexia y la bulimia una vez constituido pasa a ser un factor emergente que se diferencia de su base en anorexia y bulimia y pasa a ser completamente distinto en cuanto a características, persistencia y tratamiento. A diferencia del DSM-IV (2006), que considera el vómito como síntoma de la anorexia y la bulimia, la definición operativa de Nardone, Verbitz y Milanese (1999), hace referencia al vómito como el factor que constituye el verdadero problema.

Estas conclusiones se basan en las respuestas obtenidas de las entrevistas iniciales con las pacientes en las cuales se hace referencia a una especie de compulsión por vomitar *per se* y ya no como una herramienta para desahogar el atracón y mantener el peso. Además otra de las referencias del *Vomiting* como trastorno emergente y autónomo data de que las técnicas e intervenciones seguidas con éxito para casos de anorexia y bulimia no ofrecen resultado alguno en pacientes que presentan esta categoría. Haciendo necesaria la construcción *ad hoc* de técnicas e intervenciones que dieran solución. Es interesante resaltar que durante la investigación sobre los trastornos alimenticios, el 65% de la casuística de investigación es identificada con este trastorno un dato que según Nardone, Verbitz y Milanese (1999), representa la forma en la que los desordenes alimenticios adquieren una gran importancia ya que parecen evolucionar y depurarse hacia formas de persistencia cada vez más difíciles de identificar y de intervenir. Por otro lado dentro del mismo trastorno como tal han sido identificación de diversas modalidades de persistencia llevando a la elaboración de diferentes técnicas, estrategias, así como lenguaje y relación terapéutica para cada una de estas variantes denotando el alto grado de complejidad de estos desordenes. En el DSM-IV (2006) esta tipología no es descrita como una patología *per se*, sino como un síntoma o sub categoría de patologías generales limitando la atención a un mayor conocimiento sobre las particularidades de este trastorno así sus características, persistencia y cómo llegar a su solución.

Una vez constituido el protocolo y validado bajo los términos de eficacia y eficiencia ya descritos (Watzlawick & Nardone, 1990). Los resultados obtenidos sugieren un 82% de eficacia general en 88 casos identificados como *Vomiting*, de este análisis se desprende otro en función de la evaluación sobre los resultados que la intervención generaba en los pacientes, 72% fueron considerados casos resueltos, 10% se consideraron como casos muy mejorados, 7% de casos poco mejorados, 11% como casos invariados y 0% como casos empeorados (Milanese, 2004). Estas cifras en términos de eficacia terapéutica representan una gran ventaja con respecto a otros modelos para la intervención de trastornos de alimentación sobre todo tomando en cuenta que en este tipo de trastornos el resultado positivo de la intervención se atribuye a la reducción de los atracones y los vómitos más que la desaparición total de la sintomatología bulímica (Chinchilla,

2002; Padín, Chinchilla & Vega, 2002 Rausch & Bay, 2005; Lobo, 2005; Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006). No obstante, aún considerando este factor, los datos promedio de estas investigaciones oscilan entre 50% y el 75% en la disminución en los atracones, porcentajes que siguen siendo sobrepasados por el protocolo de Nardone, sin mencionar que en estos modelos de intervención existe un alto rango de remisión a otro tipo de tratamiento ya sea psiquiátrico, hospitalario o farmacológico con un 51% a 71% de remisión (Chinchilla, 2002; Padín, Chinchilla & Vega, 2002 Rausch & Bay, 2005; Lobo, 2005; Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006; Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999). Por otra parte, León y Castillo (2005), mencionan un estudio clásico de Keel y Mitchel en una revisión de 88 estudios en el cual se trata de identificar factores de riesgo y tratamiento tomando en cuenta mujeres que pertenecen a población general y que llegaron a desarrollar bulimia nerviosa en los seis meses posteriores al inicio del estudio, se llega a la conclusión de que de 5 a 10 años después de aparecer el trastorno, alrededor del 50% de las mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa se habían recuperado totalmente, el 20% de ellas seguía cumpliendo con los criterios del trastorno y el 30% restante seguía sufriendo de recaídas. Finalmente se señala como 4 años el tiempo en el que disminuye el riesgo en estas pacientes de sufrir una. Lo anterior, merece importante atención ya que estos modelos de intervención consideran un mínimo grado de efectividad, con un alto costo de tiempo inclusive con un periodo de 4 años de riesgo de recaídas. En este sentido, en los otros trabajos donde el éxito del tratamiento se toma en función de la desaparición de la sintomatología bulímica, no parecen conseguir datos más alentadores sobre su eficacia y eficiencia terapéutica con estimaciones que van de 20% hasta un 50% (Lobo, 2005; Rausch & Bay, 2005).

Fuera del ámbito de la terapia también se han llevado a cabo investigaciones sobre trastornos alimenticios y su tratamiento en base a la aplicación de fármacos, en los que se ha identificado un alto porcentaje de recaída al momento de suprimir el tratamiento oscilando del 22% al 35% (Chinchilla, 2002; Padín, Chinchilla & Vega). Ante estas cifras es claro que los datos que presentan Nardone, Verbitz y Milanese (1999), superan la eficacia y por mucho la eficiencia de estas intervenciones derivadas de otros modelos inclusive de corte sistémico. Además, Nardone, Verbitz y Milanese (1999), sugieren el alcance del bloqueo de la sintomatología bulímica en un 50% de su casuística durante las primeras cinco sesiones y del otro 50% a no más de la décima sesión. Un dato relevante tomando en cuenta como ya se ha hecho mención, que hay tratamientos que tienden a durar años. No obstante, al bloquear la patología no se es finalizada la intervención, se procede durante el resto de las sesiones a encaminar al paciente a asimilar el cambio al que se le ha inducido con la intervención. Esto quiere decir, que el protocolo estima que el desbloqueo de las modalidades de persistencia se alcanza en las primeras cinco sesiones y no más de las diez, dando como promedio de sesiones estimadas en el caso del *Vomiting* en 15 a lo mucho. Las quince sesiones comparadas a otros modelos de intervención siguen siendo breves puesto que no se estima una duración eterna o longeva para darle solución al problema.

De los datos presentados hasta este momento se resaltan varios puntos importantes sobre el proceso de *acción-investigación*: Se destaca la utilidad de esta metodología como proceso de conocimiento e innovación en la *praxis* clínica, mediante este procedimiento se llega a la

identificación del *Vomiting* como una patología emergente e independiente una vez constituida. Finalmente, es importante destacar el resultado de este protocolo en cuanto a eficacia y eficiencia y su amplia ventaja con respecto a otros modelos de intervención terapéutica y farmacológica bajo la convicción de que el terapeuta debe procurar la innovación tecnológica de sus intervenciones con el fin de que el paciente obtenga solución a su situación de queja lo más pronto posible y que a su vez el efecto de la intervención sea duradero y proporcione al paciente herramientas para afrontar por sí mismo nuevas situaciones en su vida. Una vez constatando los datos que respaldan el trabajo de investigación e intervención sobre los trastornos alimenticios, se puede dar paso a la exposición explícita y minuciosa del protocolo específico de tratamiento para el Vomiting. No obstante, con este objetivo es necesaria antes dar explicación sobre la distinción entre la descripción nosológica y diagnóstica propia de manuales médicos con respecto a la distinción operativa que Nardone ha desarrollado y con la cual se pueden identificar las principales características de persistencia, intentos de solución así como la forma más rápida de su resolución.

Bulimia Nerviosa

En la literatura especializada, la Bulimia nerviosa ha sido descrita como un síndrome con rasgos propios hace no más de dos décadas (Raush & Bay, 2005). El interés clínico por este trastorno, surge alrededor de la década de los 70s con la publicación de varios artículos que describían *El síndrome de atracones y purgas* entre estudiantes americanas (León & Castillo, 2005). El trastorno llamó más la atención con la publicación de un artículo titulado *Bulimia Nerviosa: Una variante nefasta de la anorexia* a cargo de Russell en 1979. Lo anterior fue el precedente para su inclusión como unidad diagnóstica en el DSM-III en 1980 y desde entonces ha tomado importancia como uno de los principales trastornos de la alimentación (Crispo, Figueroa & Guelar, 2001). Con el paso de los años, se llevaron a cabo una gran cantidad de estudios pioneros sobre esta enfermedad (Mancilla & Gómez, 2006), de los cuales se llegó a concluir que este trastorno, es una enfermedad que representa un grave problema de salud en países que generalmente, presentan altos índices de anorexia nerviosa y que en décadas recientes ha llegado a ser una patología recurrente en países mediterráneos como España e Italia (Mancilla & Gómez, 2006).

A partir de la década de los 80s, y con esta información se llevaron a cabo encuestas y estudios sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa mostrando que la Bulimia nerviosa afectaba en ese momento al 0.2% y el 1 % de la población femenina joven (León & Castillo). Actualmente es recurrente presentándose entre el 1% y hasta el 5% de la población femenina y entre el 0.3% y el 1 % en la población masculina (Mancilla & Gómez, 2006).

Una vez considerado un trastorno como tal, la Bulimia nerviosa según el DSM-IV (2006), es clasificado como uno de los denominados trastornos alimenticios caracterizado por: *Atracones recurrentes* que presentan los siguientes aspectos: Comer en un determinado intervalo de tiempo -por lo general menos de dos horas- una cantidad de comida significativamente superior a la que la mayoría de las personas ingieren durante el mismo lapso y en circunstancias análogas (Morrison, 2008). Cada caso de atracón no es producido en un contexto único, y no se considera como atracón un incesante -picoteo- de pequeñas cantidades de durante un día entero. Aunque

el tipo de comida ingerido durante el atracón varía ampliamente, por lo general se tratan de comidas hiper-calóricas como helados o pasteles (Crispo, Figueroa & Guelar, 2001). Estos sujetos generalmente se avergüenzan por sus costumbres alimentarias patológicas y procuran esconderlas. El atracón puede ser planificado, y en general se caracterizará por la rapidez de la ingestión de los alimentos. Con frecuencia el atracón se lleva a cabo hasta que, en un determinado momento el sujeto se encuentra tan lleno que *se encuentra mal*, y es provocado por estados de humor dismórficos, estrés o hambre intensa, causada inicialmente por restricciones dietéticas o por sentimientos insatisfactorios acerca del peso, la figura, o la comida (Raush & Bay, 2005).

Durante el atracón suele reducirse la disforia sin embargo, una vez terminado surgen sentimientos caracterizados por un estado depresivo y una muy severa auto-crítica. Además, este trastorno se caracteriza por: *sensación de pérdida de control durante el atracón*, es decir, estos sujetos refieren que no se pueden detener, o no pueden controlar la cantidad de lo que comen (Raush & Bay, 2005). Estos individuos suelen presentar una sensación de extrañamiento durante el atracón, especialmente en las fases iniciales del trastorno; algunos de estos sujetos suelen ver el atracón como una especie de escape.

Y en las fases más tardías del trastorno, esta sensación puede desaparecer, en cambio se manifiesta como una incapacidad para resistir al impulso de la crisis o para interrumpirla un vez que ha comenzado (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Por otro lado, en este trastorno son comunes las recurrentes e inadecuadas conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso. El método adoptado con mayor frecuencia para neutralizar los efectos del atracón es el vómito por auto inducción -en el 80% o 90% de los sujetos- (Crispo, Figueroa & Guelar, 2001). El vómito reduce la sensación de malestar físico además del miedo a engordar, estos sujetos pueden emplear variadas estrategias para provocarse el vómito, como el uso de los dedos o de otros instrumentos; en general en fases avanzadas del trastorno los sujetos pueden vomitar cuando quieran sin necesidad de algún método. En algunos casos, el vómito representa el efecto deseado: la persona se da un atracón para poder vomitar, o bien vomita pequeñas cantidades de comida (APA, 2006). De acuerdo con el DSM-IV las conductas de eliminación también están representadas por el abuso de laxantes -en una tercera parte de los sujetos-, diuréticos y otros fármacos (Morrison, 2008).

Otras conductas compensatorias son el ayuno posterior o la práctica excesiva de ejercicios físicos²⁴. Para considerarse Bulimia nerviosa, los atracones y las conductas compensatorias se producirán con un promedio de al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. También es importante considerar que en estos sujetos, los niveles de autoestima se encuentran en función de la forma, la figura y el peso corporal un factor altamente citado en literatura especializada. Finalmente, esta alteración no es una manifestación exclusiva en el curso de casos tipificados como anorexia nerviosa (Morrison, 2008).

²⁴ La actividad física se considera excesiva cuando interfiere con otras actividades importantes, cuando se efectúa en lugares y horarios inusuales, o cuando el sujeto las practica sin tomar en cuenta sus precarias condiciones físicas (APA, 2006).

Los subtipos o variantes de este trastorno hacen referencia a la presencia o ausencia de conductas de eliminación regulares para compensar el atracón. Existen dos subtipos:

a) *Con conductas de eliminación*: en estos casos, el sujeto presenta puntualmente el vómito auto-inducido o presenta un inadecuado uso de laxantes, diuréticos o edemas; b) *Sin conductas de eliminación*: en este caso de bulimia nerviosa el sujeto ha utilizado otros comportamientos compensatorios, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo, pero no se dedica puntualmente al vómito auto-inducido o al uso inadecuado de laxantes y/o diuréticos (Morrison, 2008). Según el DSM-IV, los sujetos que padecen bulimia nerviosa tienden a encontrarse en los límites de peso normal, aunque algunos pueden encontrarse por encima o por debajo de este (Tierney, Sanjay & Whooley, 2006). Es típico en estos sujetos reducir su alimentación después de un atracón, preferir alimentos con bajo contenido calórico y evitar aquellos alimentos que, a juicio de ellos pueden engordar o desencadenar el atracón. La bulimia nerviosa suele iniciarse al final de la adolescencia o principios de la edad adulta, persiste varios años en la gran mayoría de los sujetos de las muestras clínicas (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Con respecto a los denominados factores de riesgo se puede mencionar que es poca la información que no termina contradiciéndose o insistiendo en que no existen datos que avalen la validez de lo que se dice como es el caso de Chinchilla (2002), para quien el factor de riesgo relacionado con la bulimia nerviosa es el hecho de iniciar, mantener o llevar a cabo una dieta sin embargo, el mismo Chinchilla, después menciona que no debe olvidarse contemplar la naturaleza multifactorial de esta enfermedad por lo que la mayor parte de lo publicado sobre las causas de la bulimia nerviosa se refiere a hipótesis que aun no han sido empíricamente demostradas. Por otro lado, otro de los factores más relacionados con la bulimia nerviosa es la anorexia, ya que este trastorno es precedente en 25 a 35% de los casos de estudio (Morrison, 2008).

Otros factores asociados tanto en el desarrollo como en la persistencia de este trastorno es la excesiva preocupación el peso y la figura, la baja autoestima y el perfeccionismo los cuales son considerados como factores significativos para el desarrollo de esta enfermedad (León & Castillo, 2005). Otro elemento que favorece el desarrollo y prevalencia de bulimia nerviosa es el sesgo sistemático de información con respecto a la alimentación y nutrición entre personas que desarrollan la enfermedad (Morrison, 2008). Además de las elevadas tasas de auto-evaluación negativa en sujetos que posteriormente desarrollan bulimia nerviosa (APA, 2006). Finalmente León y Castillo (1993), dentro de su trabajo propone que existen dos tipos de factores de riesgo en el desarrollo y prevalencia de la bulimia nerviosa: 1) Los que incrementan el riesgo de desarrollar cualquier tipo de trastorno psiquiátrico, y 2) todos aquellos que aumentan la probabilidad de iniciar una dieta. Este autor termina concluyendo y dando especial relevancia a los segundos, no sin mencionar que esta enfermedad es el resultado de la exposición a los factores de riesgo comunes a cualquier psicopatología más, la exposición de los factores que promueven el inicio de

una dieta (León & Castillo, 2005; Chinchilla, 2002; Padín, Chinchilla & Vega, 2002 Rausch & Bay, 2005; Lobo, 2005; Lawrence, Tierney, Sanjay & Whooley, 2006)²⁵.

Complicaciones fisiológicas

La bulimia nerviosa es un trastorno que representa un gran peligro en el bienestar de quien lo padece ya que mientras avanza desencadena complicaciones y síntomas asociados que hacen mucho más compleja la idea de una forma de tratamiento (León & Castillo, 2005). En primer lugar, es importante mencionar las complicaciones físicas que caracterizan el trastorno los cuales, en su mayoría son el resultado de las conductas compensatorias y de los atracones que llevan a cabo estos sujetos (Mancilla & Gómez, 2006).

Consecuencias del atracón: el exceso de comida que se ingiere durante un atracón produce una dilatación de la pared estomacal que a su vez causa problemas para respirar debido a la elevación del diafragma, la sensación de hinchazón y el desgarre de la pared estomacal debido a su dilatación (Morrison, 2008).

Consecuencias del vómito auto-inducido: la variedad de consecuencias derivadas de esta conducta incluyen entre otras; daños en los dientes como la pérdida del esmalte dental por lo que puede haber resquebrajamiento de las piezas dentales, hinchazón en las glándulas salivales lo que generalmente incrementa la secreción salivar que puede dar al rostro la apariencia de redondez que influye en que el paciente se vea obeso (Chinchilla, 2002). Lesiones en la garganta, que frecuentemente producen heridas superficiales que causan dolor, afonía o ronquera. Otro signo son las llagas o cicatrices en la piel, generalmente en los dedos y nudillos con los que se provocan el vomito -signo de Russell-. Además, el equilibrio de los fluidos corporales y de los electrolitos -sodio, potasio, etc.- se ve alterado en diversas formas, algunas de ellas graves. Chinchilla (2002) menciona que la principal y más grave es la hipocalcemia -bajo nivel de potasio- que puede dar lugar a irregularidades en el ritmo cardiaco, e incluso provocar un paro cardiaco repentino. De acuerdo con el DSM-IV (APA, 2006), los trastornos de electrolitos causan sed extrema, mareos, retención de líquidos, hinchazón de piernas y brazos, tensión muscular y espasmos.

Los problemas debidos al uso inadecuado de laxantes y diuréticos: Principalmente causan trastornos de electrolitos, retención de líquidos, incremento temporal de peso debido a la retención mismos que finalmente no tienen ningún efecto en la absorción de calorías ya que sólo se retienen o se desechan líquidos (Chinchilla, 2002).

Finalmente según Padín, Chinchilla & Vega (2002), otros problemas físicos comunes a este trastorno en mujeres es la amenorrea -irregularidades en el ciclo menstrual- debida al déficit nutritivo, estrés emocional y las fluctuaciones de peso.

²⁵ Cabe señalar que lo anterior puede ser un ejemplo de la insistencia que mantienen algunos investigadores por encontrar la causa subyacente al problema y los mayores esfuerzos por *enciclopedizar* el trastorno más que el énfasis por hallar su solución.

Complicaciones psicológicas

El DSM-IV (APA, 2006), menciona el trastorno distímico, el trastorno depresivo mayor siendo este último consecuencia o predecesor a la bulimia nerviosa. También se reporta una alta incidencia de problemas de ansiedad, siendo el más común la ansiedad social. En este trastorno es común la aparición de problemas interpersonales además de déficit en las redes sociales referentes a la calidad y a la cantidad de relaciones interpersonales (Morrison, 2008). Según el DSM-IV, el abuso o dependencia principalmente de alcohol y estimulantes, generalmente observado en un tercio de la población general que padecen este trastorno, el consumo de estos estimulantes, comienza como un intento para controlar el apetito y el peso, además, estos pacientes muestran un déficit en su autoestima y un problema con su imagen corporal (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Para el DSM-IV los trastornos de personalidad son frecuentes y recurrentes en pacientes que padecen bulimia nerviosa aproximadamente en un tercio o hasta la mitad de los casos. Sin embargo, Mancilla y Gómez (2006), mencionan que no es tanta la cantidad de morbilidad entre los trastornos de personalidad con la bulimia nerviosa ya que una vez normalizada la ingesta los rasgos de personalidad patógena tienden a desaparecer.

Como se puede apreciar el apartado anterior abarca la descripción nosológica del trastorno encontrada en el DSM-IV y utilizada fielmente por varios autores como Mancilla, Gómez, Chinchilla, Lobo, Morrison, León y Castillo entre otros. Dentro de esta descripción se identifica el trastorno de acuerdo a los datos de correlación estadística identificados en una muestra representativa de casos, además se toman en cuenta factores de riesgo como son el mantener o iniciar una dieta, la imagen corporal, así como factores culturales que a fin de cuentas son vagamente definidos.

Sin embargo, la utilidad de esta descripción pierde efectividad en el momento en el que se busca hallar una solución al problema, esto se debe a que el DSM-IV maneja descripciones correlacionales de casos que se ajustaron con los parámetros adoptados para considerar este trastorno. En la intervención terapéutica los parámetros anteriores resultan ser insuficientes incluso confusos y rígidos en cuanto al mejor tratamiento del trastorno sin mencionar las irregularidades metodológicas que conlleva reducir y *enciclopedizar* fenómenos como los problemas humanos.

A través de su trabajo clínico Nardone y sus colaboradores logran construir una descripción que permite conocer el problema y al mismo tiempo propone cómo intervenir para la resolución del trastorno.

Vomiting

En primer lugar se debe tener claro que los trastornos alimentarios representan una problemática muy compleja con su propia forma de evolución hacia nuevos trastornos emergentes como es el caso del Vomiting (Milanese, 2004). En un principio las pacientes con orientación bulímica o anoréxica se dan cuenta que a través del vómito son capaces de controlar y mantenerse dentro de su peso kilos más kilos menos sin la necesidad de renunciar de manera permanente a los placeres

que la comida les da evitando al mismo tiempo pasar desapercibidas ante las preocupación o presión familiar por que coman más.

Lo que en los trabajos de Nardone se describe como Vomiting puede ser identificado en literatura nosológica como lo que anteriormente se describe como Bulimia Nerviosa subtipo *a: con conductas de eliminación* sin embargo, es en mucho diferente en lo que respecta a sus características de persistencia, la estructura, un modelo de la percepción de la realidad de estas pacientes (Milanese, 2004).

A diferencia de la anorexia o la abstención de ingerir alimentos para adelgazar, y la bulimia o consumir una gran cantidad de alimentos y compensar el atracón para no engordar, el Vomiting se presenta como un trastornos emergente que si bien en un principio se basa en el miedo y obsesión con no engordar y por bajar de peso, una vez constituido pasa a ser totalmente distinto y se convierte por sí mismo en un trastorno basado en una perversión basada en la comida. Esto Nardone, Verbitz y Milanese (1999), lo explican mediante una analogía en la que una molécula de hidrogeno y dos de oxigeno en un principio representan características y cualidades que al unirse y formar agua dejan de presentar las cualidades anteriores para pasar a ser un elemento totalmente emergente, diferente y con características propias.

Mediante la *acción-investigación* se logra identificar las características de persistencia a la vez que se da con su solución. Por ejemplo, un dato interesante propio de la descripción operativa del *Vomiting* y de acuerdo con Nardone, Verbitz y Milanese (1999), es que las pacientes vomitadoras que tienen en común con las pacientes bulímicas una obsesión con la comida es decir, con una tendencia a engordar -orientación bulímica- en realidad son pocas en comparación con las que entran en una -orientación anoréxica- o sea, las que mediante el vómito se mantienen algunos kilos por debajo de su peso lo suficiente para dejar poco a poco de ser femeninas y no privarse de los placeres de la comida sin el riesgo de engordar. Por medio de la intervención se ha podido identificar que en las pacientes vomitadoras con orientación bulímica suelen ser más fáciles de bloquear su intento de solución ya que carecen del intento por controlar su emoción, una característica muy observada en sistemas perceptivos- reactivos anoréxicos.

Lo anterior, pone de manifiesto que lo que en un principio es un intento de solución por controlar el peso sin dejar de mantener relación con la comida y no engordar o estar delgadas mediante el vómito -una solución que ha funcionado-, poco a poco con la constante repetición del ritual de comer y vomitar, este consigue adquirir una connotación placentera que posteriormente resulta difícil abandonar (Nardone, 2004). La constante repetición del ritual consigue desplazar otros placeres a medida que avanza convirtiéndose en lo que Nardone ha llamado metafóricamente “un amante secreto” haciendo alusión a una especie de compulsión por comer y vomitar que se posesiona de la paciente y le causa una sensación placentera en extremo (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 192).

En otras palabras al cabo de un tiempo ya constituido el Vomiting, lo que en un principio era la solución ensayada en el caso de la anorexia y la bulimia que era vomitar para mantener el control del peso, ahora la compulsión por este ritual de comer y vomitar pasa a ser el problema siendo el

placer su motivo de persistencia. Lo anterior denota en estas pacientes un modelo de percepción-reacción que se caracteriza predominantemente por la búsqueda de sensaciones intensas y placenteras esto basado en que todo acto repetido cierta cantidad de veces adquiere una connotación placentera con el tiempo (Milanese, 2004).

Hasta este momento ya se va delineando una descripción sobre el síndrome del vómito como un trastorno emergente que pierde toda conexión con lo que en principio es el intento de solución en el caso de la bulimia y la anorexia y que una vez constituido pasa a ser un problema con cualidades de persistencia propias y basado en el placer. Lo que antes era una preocupación por mantener el peso pasa a convertirse en una obsesión con la búsqueda de placer a través del ritual de comer y vomitar.

Con el tiempo este trastorno llega a ser tan importante para las pacientes que comienza a opacar y suprimir otro tipo de placeres como el sexual. Lo anterior se afirma porque en la casuística de 123 casos en los cuales se incluyen 2 varones se identifica que durante toda la persistencia de esta sintomatología los pacientes eran incapaces de sostener relaciones sexuales satisfactorias y no se tuvo dato alguno de una simultánea persistencia del problema y una relación erótica plena (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Con esta afirmación se puede confirmar el avance que tiene este trastorno como compulsión al placer que inhibe otros placeres y ocupa poco a poco un lugar más importante en el paciente. Por ejemplo según estos autores a diferencia de una paciente bulímica, las pacientes vomitadoras buscan obtener una especie de "*placer sexual transgresor*" (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 193), estas pacientes no consiguen experimentarlo después de todo ya que el acto de comer y vomitar les brinda un placer transgresor más intenso y exclusivo. Y es que este placer es mucho más fácil de conseguir, no se necesita de otra persona, se hace en donde sea y cuando se quiera, sin los riesgos y problemáticas de una relación, comida siempre hay, se le maneja a antojo y siempre funciona (Nardone, 2004). Además el ritual de comer y vomitar mantiene una relación un tanto parecida a la actividad sexual en la cual se reconoce una secuencia de fantasía previa en la cual se planea el atracón seguido de una fase de hacerlo y llevar a cabo el atracón para finalmente liberarse mediante el acto de vomitar. Lo anterior es afirmado en base a los propios relatos de las pacientes las cuales reconocían la semejanza de su ritual con la actividad sexual haciendo énfasis en la fantasía del atracón, consumir el acto y finalizar en un clímax mediante el vómito (Milanese, 2004).

A la par del transcurso de la intervención y la reducción de la persistencia sintomática en estas pacientes, poco a poco fue tomando un lugar importante la capacidad sensorial y erótica expresada en experiencias eróticas satisfactorias en las pacientes. Experimentar esto, contribuye a que la sintomatología disminuya paulatinamente hasta llevarse a cabo una especie de relevo en el cual otros placeres como el sexual cada vez adquieren mayor importancia decreciendo e incluso inhibiendo el trastorno. En este punto de la descripción puede irse identificando un trastorno completamente emergente y ajeno lo que en un principio representa la anorexia y la bulimia y que se basa en el placer encontrado en relación con la comida y acto de vomitar (Nardone, 2004). Esta secuencia tan placentera para las paciente resulta equiparándolas con la actividad sexual que cuenta con la ventaja de estar bajo su control al hacerse sin necesidad de alguien más, cuando se

quiere, las veces que se quiera y de la manera en la que se desee dada la accesibilidad de la comida. Finalmente es interesante que al momento de inhibir el síntoma las sensaciones placenteras y en especial las eróticas adquieran importancia a la vez que su experiencia termina por inhibir el síntoma haciendo que la paciente experimente nuevos placeres más funcionales.

De acuerdo con Nardone, Verbitz y Milanese (1999), este trastorno se asemeja en mucho en el campo clínico a los obsesivos compulsivos pero con la gran diferencia de que el obsesivo compulsivo realiza sus rituales y tendencias irrefrenables a causa de una fobia, en cambio en el Vomiting el ritual de comer y vomitar aparece como una obsesión basada en el placer. Por esto es que se vuelve muy difícil poder lidiar con el trastorno.

Así mismo, durante el proceso de constitución del protocolo, Nardone y sus colaboradores identifican 3 variantes de pacientes vomitadoras de acuerdo a características generales de percepción-reacción vistas en las pacientes (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Las Transgresoras inconscientes: contempladas como pacientes inexpertas y jóvenes que desde un punto de vista cognitivo aún no se han dado cuenta que comer y vomitar representa una perversión en base a la comida. Generalmente son chicas de 14 a 19 años que en realidad no han terminado por experimentar una relación sexual completa o una verdadera historia sentimental. Estas pacientes suelen ser muy cohibidas y altamente regidas por una fuerte moralidad y en el estudio de Nardone y sus colaboradores representan un 20% de su casuística.

Las Transgresoras conscientes pero arrepentidas: Estas pacientes se caracterizan por estar completamente conscientes de su problema pero que no pueden salir de él por sí mismas por lo general son pacientes muy colaboradoras debido a su interés por ya no ser víctima de la irrefrenable necesidad de volverlo a hacer. En la investigación de Nardone estas pacientes representan el 50% de su casuística.

Transgresoras conscientes y complacidas que representan el 30% de la casuística ya mencionada. Resultan ser pacientes muy difíciles de tratar debido a que son pacientes conscientes del placer que les causa su síntoma, son muy capaces a la hora de entender la semejanza que existe entre su síntoma y la sexualidad. Resultan ser muy *lujuriosas* con su ritual ya que le gusta y les satisface, no tienen la menor intención de librarse del síntoma. Estas pacientes son muy seductoras, controladoras y manipuladoras, constantemente transgresoras, hábiles para cuidarse y atenderse. En el caso de tratar con terapeutas varones estas pacientes generalmente usan una seducción de tipo erótico y sexual; en el caso de terapeutas mujeres la seducción consta en tratar de hacerse la lista y en convencer que es la mejor amiga, la mejor madre, la mejor hija, el mejor modelo que existe. En relación con el ritual son mucho más transgresoras en caso de no poder comprar comida o que no se la compren llegan incluso a robarla o robar el dinero para robarla haciendo la transgresión más emocionante. En su mayoría acuden a terapia obligadas por su familia, generalmente después de haber acudido y recibido varios tratamientos como la intervención, rehabilitación clínica, la alimentación impuesta y el control en muchas veces violento para que no vomiten. Las pacientes suelen referir que con la rehabilitación en un internado suelen sentirse mejor aunque sedadas la mayoría del tiempo.

No obstante, una vez saliendo vuelven a caer ya que una compulsión hacia algo placentero es un verdadero problema de remover y la rehabilitación no es una solución que funcione dado que es un problema derivado de la vida cotidiana y de la relación que la paciente mantiene con ella misma con los demás y con su realidad en la cual los efectos de la rehabilitación se pierden en cuanto esta se interrumpe y se integra a su vida diaria (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Por último, estos autores identifican una pequeña cantidad de pacientes que disfrutan *devorando* terapeutas es decir, son pacientes que acuden por cuenta propia a terapia fingiendo colaborar no obstante a los primeros rastros de mejoría interrumpen la terapia sólo para volver una vez más a empezar de cero.

Las anteriores distinciones son resultado de identificar mediante la *acción-investigación*, modelos generales de percepción-reacción diferentes y característicos cada uno con su particular tipo de solución. Cabe señalar que estas distinciones en ningún momento son comparables con descripciones diagnósticas nosológicas adaptadas a una teoría o modelo de *normalidad* sino que son descripciones operativas basadas en evidencia clínica es decir, todos estos datos son factores de persistencia encontrados durante las intervenciones y entrevistas que se llevaron a cabo durante la intervención en más de 88 casos.

La constitución de una descripción operativa ayuda al terapeuta a planear su siguiente jugada o estrategia para mitigar lo más rápido posible los intentos de solución y de persistencia del problema sin limitar al terapeuta a una especie de manual que permita o no permita la libre acción de acuerdo a su criterio y estilo individual. En este síndrome la intervención da mucha importancia al tipo de transgresora con la cual se trabaja ya que de ellos dependen las líneas de acción que se han de llevar sin embargo, siempre se da una prioridad a una intervención mixta en la cual se trabaja tanto con la paciente así como su familia considerando que los principales intentos de solución generalmente son llevados a cabo por estos últimos y que más allá de ayudar, propician la persistencia del problema.

Protocolo Específico de Tratamiento del Vomiting

Este protocolo de intervención consta de la descripción a detalle de la intervención dividida en estadios o etapas de la intervención, cada una con objetivos, prescripciones, lenguaje y estrategias específicas que el terapeuta ha de seguir, no obstante, la flexibilidad de la intervención hace posible anexar o llevar a cabo variantes de acuerdo a las respuestas observadas en la paciente.

Primer Estadio. Este estadio considera la primera y la segunda sesión en las cuales será el principal objetivo la *captura* de la paciente, ya que por lo general estas chicas suelen mostrarse al principio poco colaboradoras hasta el grado de mantener un categorizo rechazo a la terapia. Para lograr la *captura* de la paciente es importante que desde la primera sesión el terapeuta recalque el lenguaje y la visión de la realidad de la joven, anticipando lo que siente y proponiendo la metáfora del comer y vomitar como *amante secreto* (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Para ti el atracón es el mayor placer ¿cierto? Por lo tanto, es una cosa a la que es difícil renunciar porque es el placer más intenso, es como un amante secreto. Cada vez que comes y

vomitas es como si te encontraras con tu amante secreto, muy discreto, siempre disponible...
(Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 197).

Prosiguiendo con este tono durante toda la sesión. En la mayoría de los casos con este proceder y si el terapeuta logra sintonizar el mismo lenguaje de la paciente, ella misma describe claramente y sin pudor cómo su ritual es efectivamente algo muy agradable, y en ocasiones estas pacientes refieren sentirse como si un *demonio agradable* las poseyera. Pero si la paciente es una Transgresora inconsciente, es decir que no acepta en absoluto la idea del ritual como *amante secreto* eso permitirá precisamente utilizar ese aspecto como resorte para el cambio en el estadio sucesivo. Si los padres están presentes es necesario hacer que ellos también adopten esta perspectiva, explicándoles que este trastorno no se basa en el sufrimiento sino en el placer. El terapeuta tiene que hacer todo lo posible por obtener la colaboración de todos con la terapia, una vez que ha explicado en qué se basa este tipo de sintomatología. Ya en el final de la sesión después de haber investigado sobre la estructura y definición del problema e individualizando las soluciones ensayadas disfuncionales, el terapeuta indica las tres primeras prescripciones, idénticas para las tres tipologías de paciente (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

La Fantasía del milagro. Esta es una maniobra orientada hacia la inducción de un auto engaño positivo que se basa en la construcción de una especie de profecía que se hace realidad mediante una fantasía que va más allá del problema.

Esta tarea es una fantasía en la que tendrás que pensar todas las mañana, desde ahora hasta que volvemos a vernos. Quiero que todas las mañanas, mientras te lavas la cara, te preparas, te vistes... pienses en la siguiente fantasía concretamente. Imagina que sales de esta habitación, como saldrás hoy, que cierras la puerta, como la cerrarás hoy, y apenas sales de aquí... como por milagro...tu problema desapareció, no existe, se acabo... ¿Qué cambiaría inmediatamente en tu vida? ¿Qué otros problemas tendrías que enfrentar? Piensa en esta fantasía todas las mañanas, imaginando justamente que te proyectas más allá del problema (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 81).

Esta maniobra tiene dos efectos: ante todo introduce una sugestión positiva haciendo uso de la lógica del *creer* y del *autoengaño* (Nardone, 2006). Con esto se sugiere que el -milagro- puede ocurrir, y sobre todo desvía la atención de la persona del presente sintomático hacia un futuro sin la patología. Este desplazamiento de perspectiva que se obtiene gracias a la sugestión abre nuevos parámetros que permiten a la persona proyectarse más allá del problema, esto con frecuencia desencadena resultados favorables desbloqueando a menudo la sintomatología en las dos primeras sesiones. Por otro lado, esta maniobra pese a que no ocasione ningún efecto puede ayudar en la investigación diagnóstica, haciendo posible identificar algunos distintos aspectos del problema, individualizándolo y guiando aun mejor objetivo que perfile la eficacia de la intervención. Esta fantasía como se puede notar es una maniobra altamente útil y con menos riesgos ya que si no funciona no produce resistencias posteriores además de brindar al terapeuta mayor información sobre aspectos focalizados de la problemática (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

La conjura del silencio. En esta etapa de la intervención resulta fundamental que el terapeuta intervenga directamente en el sistema de comunicación familiar a través de prescripciones capaces de bloquear las soluciones ensayadas usualmente puestas en práctica. Con este fin se prescribe a los padres:

Quiero que ustedes comprendan aunque sea difícil, que lo que su hija está haciendo es un juego de puro placer. Por más absurdo que parezca esto de comer y vomitar es una cuestión placentera para ella y tienen que comenzar a entenderlo. Por otro lado, cuanto más intenten por impedirlo más lo provocaran de manera que a partir de ahora frente al problema de su hija hay que hacer una conjura silenciosa, no se habla más del asunto. Tienen que ser capaces de evitar hablar de él y pensar que cada vez que lo hacen alimentan el trastorno. No sé si lo conseguirán pero piensen en esto: cada vez que hablen e intervengan, están aumentando el trastorno. Piensen que cada vez que intentan persuadirla de no hacerlo o hablan, alimentan el trastorno (Nardone, Verbitz & Milenese, 1999, p. 198).

Esta estrategia resulta muy efectiva en muchos problemas ya que se parte de la idea de que mientras uno más habla del problema mayor fuerza e importancia se le atribuye. Es como alimentar una hoguera soplándole.

Finalmente *la lista de comidas*. Para este tipo de trastorno se elaboro una intervención paradójica particular que se prescribe a la madre. Ya que esta es quien generalmente interviene con mayor frecuencia tratando de ayudar a su hija:

El deber que voy a darle a partir de ahora y hasta la próxima vez que nos veamos es algo particular: quiero que usted todas las mañanas despierte a su hija y le haga esta pregunta: ¿Qué quieres para comer y vomitar hoy? Y que se haga dar el menú; una vez hecho esto comprará lo que se le ha pedido, que es algo más con respecto a la comida cotidiana de la familia, y colocará toda la comida comprada a la vista en la mesa del comedor, con una tarjeta: -Para que... X coma y vomite-. Nadie más tiene que tocar esa comida sólo la persona que come y vomita puede hacerlo. Si su hija se niega a hacer una lista, usted escogerá lo que debe comprar, pues conoce sus gustos; y si algo sobra lo deja ahí. Todo lo que no se coma lo deja ahí acumulándose con la comida de los días sucesivos, ¿De acuerdo? (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 198).

El objetivo de esto es sencillo, al exponer en público la comida con la tarjeta, por un lado se derrumban completamente las soluciones ensayadas familiares que consisten en general en esconder la comida, impedir a la joven comer demasiado y vomitar, fingir no ver, y por el otro se despoja al ritual de su característica peculiar es decir, su carga transgresora. Frente a esta prescripción, estas paciente tienden a enfadarse, tiran la comida o comen algunas veces y después dejan de hacerlo precisamente porque la experiencia emocional de comer y vomitar ya no es tan agradable como antes. Además el hecho de que la comida se haga acompañar de una tarjeta *para que... X coma y vomite* provoca en general una fuerte inhibición (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Como se ha visto hasta este momento el primer estadio del protocolo se considera dentro del marco de las dos primeras sesiones; su principal objetivo es obtener la *captura* de la paciente

además de la investigación sobre la definición del problema, intentos de solución, sistema de interacción para individualizar las estrategias al paciente y al problema. Para esto es fundamental que el terapeuta identifique y se adelante al sistema de percepción y reacción de la paciente y utilizando su lenguaje prescriba las primeras tareas. *La fantasía del milagro, la conjura del silencio y la lista de comidas*. Como ya se hizo mención este proceder es común para cualquier tipología de transgresora. Sin embargo, para el segundo estadio las maniobras y los objetivos a alcanzar varían considerablemente de acuerdo al tipo de paciente identificado.

Segundo Estadio. Una vez alcanzados los objetivos correspondientes a la captura de la paciente además de las primeras intervenciones se considera como *segundo estadio* de la segunda-tercera hasta la quinta sesión.

Para las *Transgresoras inconscientes*. Recordando un poco estas pacientes son generalmente inhibidas, moralistas y sin experiencia, se emplea una intervención provocativa con el objetivo que la misma visión moralista y cohibida que presentan se voltee en contra de la sintomatología. Para esto basta con hacer ver a estas pacientes que lo que hacen es en realidad una especie de perversión sexual lo que interrumpe de inmediato el comer y vomitar ya que esto atenta en contra de sus valores fuertemente arraigados. Para lo anterior se comienza por preguntar sobre la utilidad positiva del problema. “¿Cuál es para ti la utilidad positiva de tu problema? ¿De qué te protege? ¿Qué te da?” (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 199).

Con esto se les ayuda a reconsiderar progresivamente su trastorno al punto en el que ellas mismas llegan a reconocer la secuencia del comer y vomitar en analogía con una relación sexual.

Quando sientes la compulsión, la necesidad irrefrenable de comer y vomitar ¿qué sientes exactamente? ¿Tienes la fantasía, las imágenes de la comida? ¿Siente casi un deseo físico como si se activara y te empujara a comer? Y una vez que comes y comes y te llenas al final tienes que vomitar. Y cuando has vomitado y te sientes bien y liberada, relajada. Oye pero esta secuencia ¿te recuerda otra cosa? ¿Cuál es la otra actividad vital de los seres humanos y los animales en la que comienzan a activarse, una especie de impulso, seguido por una fase de consumación y luego una fase de descarga y relajamiento? (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 200).

Una vez que el terapeuta consigue que la paciente reconsidere la analogía entre las dos secuencias, le propone la fantasía de la sexualidad incontinente.

Ahora quiero que hasta la próxima vez que nos veamos evites esforzarte por no vomitar, total lo harás igualmente, pero cada vez que lo hagas piensa que es cómo si tú te despertaras por la mañana presa de un deseo sexual incontinente, salieras a la calle y el primer hombre que encuentras, guapo, feo, da igual... total sólo te interesa el sexo... lo agarras y lo empujas dentro de un zaguán y ahí mismo consuman la relación sexual más perversa, más transgresora, aunque también la más placentera hasta obtener el mayor placer... luego, apenas terminado, sales de ahí y te sientes culpable, sucia y durante todo el día te sientes mal. Pero a la mañana siguiente, te despiertas con la misma compulsión incontinente: entonces sales y al primer hombre que encuentras guapo, feo da igual... le haces lo mismo hasta

obtener el mayor placer... y luego te sientes culpable... (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 132).

El efecto de este reencuadre en estas pacientes suele ser devastador ya que la sola idea de hacer algo así suele frenar por completo las ganas de darse un atracón y vomitar convirtiendo esta secuencia agradable hasta el momento, en desagradable y vergonzoso.

Resumiendo lo anterior, es importante tener en cuenta que con esta tipología de pacientes es fundamental realizar maniobras provocativas capaces de enfrentar a su propia moral con el síntoma. Haciendo uso de analogías que remiten el ritual placentero con un deseo sexual transgresor, haciendo reconocer a las pacientes que lo que hacen es una completa perversión y provocando su inhibición moral misma que quita lo agradable a la sintomatología.

El Epistolario Nocturno. En algunos casos la captura de la paciente puede ser un objetivo difícil de alcanzar ya que estas pacientes suelen ser poco cooperativas y generalmente asisten a terapia por coacción, por lo cual su interés y disposición puede ser nulo. No obstante, es de vital importancia que el terapeuta desde las primeras sesiones consiga la captura de la paciente y consiga establecer una relación terapéutica de cooperación. Por otro lado, en el caso de las *transgresoras inconscientes*, la intervención se basa en un juego de perturbación de emociones en la cual será de utilidad el establecimiento de una suerte de -alianza terapéutica seductora con la joven- para ello se puede concluir la sesión con la siguiente prescripción:

De aquí a la próxima vez que nos veamos quisiera que consiguieras unas hojas de papel para escribir cartas, unas hojas bonitas, por favor, y que todas las noches cuando te acuestes, lo último que hagas apoyada contra la almohada, antes de dormir, sea escribir una carta, con un único requisito previo, la carta debe empezar con -Querido doctor-, que soy yo, tras lo cual puedes escribirme todo lo que se te antoje, que soy un antipático, un estúpido..., pero tienes que empezar con un -Querido doctor-. Cuando has terminado, firmas, la metes en un sobre, lo cierras, y me traes todas tus cartas. Esto me ayudara a conocerte mejor y a entenderte mejor que un montón de charlas (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 80).

El epistolario sirve básicamente para crear una relación de alta intensidad emotiva entre el terapeuta y la joven, que no obstante se le prescribe como una especie de investigación diagnóstica. La carta escrita apoyada en la almohada recuerda a los epistolarios de amor, y parece por decirlo de alguna manera, algo contrapuesto al *Querido doctor*, de hecho esta aparente incongruencia ayuda a crear cierta intimidad, que se produce, sin embargo, dentro de un límite de seguridad. Por lo tanto, lo que interesa es su efecto perturbador en la joven. Por otro lado, esta maniobra resulta ser un instrumento muy útil que facilita la comunicación terapéutica, dado que la joven siente a través de las cartas mayor libertad de escribir cosas que probablemente se le dificultan declarar abiertamente. En sesiones posteriores se le preguntará qué ha sido lo que se ha escrito, si se ha escrito algo incomodo para contar, cómo se ha escrito y si es posible que sea declarado. De este modo el terapeuta puede vencer los últimos rastros de resistencia comunicativa.

El epistolario nocturno representa un paso que provee al terapeuta de una relación emotiva e intensa con la joven que a su vez sirve para vencer resistencias comunicativas mediante un proceso de subversión emotiva que incrementa la *captura sugestiva* (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999).

Transgresoras conscientes pero arrepentidas. En este caso se debe de considerar que estas pacientes son conscientes de lo placentero de su ritual aún así ya están cansadas de seguirlo haciendo y por lo general son más propensas a seguir las indicaciones y ser colaboradoras con la terapia. Las soluciones puestas en práctica por estas pacientes están siempre encaminadas al control y la abstinencia del ritual lo que generalmente trae como resultado el aumento de este. Dado a que cualquier intento de intervención encaminado a la eliminación del atracón será contraproducente exacerbando el problema, el camino en que la intervención debe ser enfocada no es al control del ritual sino, a cambiar la percepción agradable que hace irrefrenable la compulsión de comer y vomitar. Se hace con el uso de la *técnica del intervalo* (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Entonces ¿Estás dispuesta a hacer todo lo necesario para dejar de ser poseída por este demonio? Pues bien a partir de ahora y hasta la próxima vez que nos veamos yo no tengo la menor intención para pedirte que hagas un esfuerzo por evitar comer y vomitar, total no eres capaz, hazlo todas las veces que quieras. Pero tendrás que hacer lo que te indico desde ahora y hasta la próxima sesión, comerás y vomitarás, comerás y comerás... como a ti te gusta tanto. Cuando hayas acabado de comer... en el momento en el que generalmente tienes que ir a vomitar, te detendrás, te procurarás un despertador, lo programarás para media hora más tarde, y durante media hora esperarás, sin hacer nada, sin comer nada más ni solido, ni líquido. Cuando suene el despertador, correrás a vomitar, ni un minuto antes, ni un minuto después (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 200).

Si se consigue hacer que esta prescripción sea respetada, se consigue interrumpir la secuencia temporal del ritual y de esta manera se altera su irrefrenable placer. En efecto esta prescripción irrumpe en la secuencia de placer que va desde la fantasía hasta la consumación y la descarga. Desde el momento en el que el placer se encuentra en comer de manera compulsiva y vomitar inmediatamente después, imponer un intervalo de tiempo entre el atracón y la descarga despoja al ritual de su placer intrínseco. De este modo mediante el uso de una estrategia terapéutica que recalca la estructura del ritual, pero que a su vez invierte su sentido provocando su auto destrucción. Si la paciente acepta la prescripción, con el paso de las sesiones se incrementará el intervalo a una hora, una hora y media, dos horas y hasta tres horas hasta que en general dejan de vomitar, o reducen la frecuencia del ritual, hasta llegar gradualmente a abandonarlo del todo. La técnica del intervalo, que altera la espontaneidad de la secuencia, no sólo quita placer al acto liberador de vomitar, vivido casi en general como una urgencia irrefrenable, sino que, la prolongación del intervalo de tiempo, lo hace cada vez más laborioso y desagradable. De este modo un rito basado en el placer se transforma en una verdadera tortura. Además a partir del momento en el que estas pacientes dejan de vomitar, se debe procurar a su vez restaurar su relación con la comida, en el sentido de que, dejando de tener miedo a engordar, dejan de darse atracones y de consumir enormes cantidades de comida. En estos casos, paralelamente a la

reducción del síntoma, vuelve a ganar terreno la vida social e interpersonal, sobre todo en una dinámica de placer en las relaciones con el otro sexo (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Transgresoras conscientes y complacidas. Estas son las pacientes más complicadas ya que desde un inicio presentan una colaboración nula ya que no tienen ni la más mínima de intención para dejar su ritual y por lo tanto tienden a sabotear la terapia. Si a estas pacientes se les da una prescripción que incide en el placer por ejemplo de comer y vomitar tras un intervalo de tiempo, es común que las rechacen al instante o lo hagan una vez pero después lo dejen ya que es evidente su nulo deseo por dejar de comer y vomitar siendo tan placentero. Por lo tanto, es necesaria una intervención indirecta para poder lograr intervenir en algo tan placentero y cambiarlo a algo ya no tan agradable. En este caso al no poder intervenir de manera directa es necesario acceder mediante otra forma, utilizando su propia narración ampliándola. De este modo durante toda la sesión utilizará y recalcará el lenguaje de la paciente secundando en todo momento la lógica del placer. "Tienes razón el placer es lo más importante, además es todo lo que tienes, es lo más bello..." De este modo se busca guiar a la paciente a describir detalladamente su perversión; y en general la paciente se encuentra gustosa de esto. "Quisiera realmente entender ¿Qué es eso que te da tanto placer, cuáles son las comidas más ricas, de qué manera te gustan más? ¿Te gusta más de día o de noche? ¿Comer sola o mientras te observan? ¿Te gusta más comer rápidamente o lentamente? ¿Sientes el placer de la comida en la boca o en el estómago?" (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 202). Tras lo cual el terapeuta pasa a la siguiente maniobra.

Ah, claro, a ti te gusta mucho comer, aunque para mi finges ser una verdadera transgresora pero en realidad no sabes hacerlo. Es más te diré que a mi juicio no sabes gozar como se debe. Si quieres te puedo enseñar a gozar más, dado que tu comes lo que encuentras, al azar... Al igual que en un juego erótico, ¿no crees que es más importante la calidad que la cantidad de los coitos? Así que, ¿para qué vomitar comer y vomitar tres o cinco veces al día? Yo creo que las veces en las que te encuentras realmente satisfecha son pocas. ¿Por qué no seleccionamos juntos la mejor manera de hacerlo, las comidas que más te gustan, donde te gusta más, a qué hora te gusta más? ¿Alguna vez has hecho una selección? Yo propongo que sea una vez al día hecho realmente bien. Entonces para la próxima vez que nos veamos piensa cual es la comida que más te gusta, en qué secuencia, lugar o momento del día. Es más hagamos un experimento. Te propongo que durante esta semana, pasada la media noche, que es la hora del Sabbat de las brujas, cuando todos están acostados, bajas descalza a escondidas, prepares mentalmente todos los platos y lo hagas de manera más placentera y transgresora posible. Después regresar a la cama (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 203).

Con esta táctica terapéutica se ayuda progresivamente la paciente a delimitar la búsqueda del placer, construyendo junto a ella el atracón perfecto picoteando aún más los impulsos transgresores. De este modo, al enseñarle a delimitar y seleccionar el placer, se obtiene el importante resultado de hacer reducir más la frecuencia del ritual. Al aumentar la calidad de los atracones se produce una espontánea reducción de su cantidad. Con el transcurso de las sesiones, al perfeccionar cada vez más el atracón ritual, se consigue reducir la cantidad de veces en las que el ritual se lleva a cabo, de seis o cinco al día a una sola (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). El

paso sucesivo de la maniobra permite llevar a la paciente a hacer el atracón una vez a la semana, tras unos meses. Entre tanto el terapeuta trabajará a nivel relacional, guiando a las pacientes a descubrir placeres distintos al del comer y vomitar. “Tú que eres una destiladora de placer ¿piensas realmente que no hay más placer que comer y vomitar? Trata de descubrir alguna otra cosa agradable” (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 203) trabajando en el ámbito relacional con los demás, se guía a la paciente en la búsqueda de otro tipo de sensaciones y transgresiones de placer, hasta que, una vez se comienza a recuperar el placer de relacionarse, se reducirá la sintomatología. Considerando que el límite de cada placer es un placer mayor (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

En resumen el *segundo estadio* se comprenderá de la segunda tercera sesión hasta la quinta, en este caso el objetivo fundamental de la terapia será el desbloqueo de los intentos de solución y la sintomatología, para esto las modalidades de acción varían de acuerdo a la tipología de paciente que se identifique. En el caso de *transgresoras inconscientes* el objetivo es enfrentarlas contra su moralidad haciendo alusión a la metáfora del ritual y su parecido a la actividad sexual. En el caso de *las transgresoras conscientes pero arrepentidas* es fundamental que el terapeuta cambie la connotación de placer que el ritual representa en la paciente hacia un acto pesado, ya no tan agradable por medio de la técnica del intervalo en la que se despoja la naturaleza intrínseca del ritual hacia un tormento poco agradable. Finalmente las transgresora complacidas resultan ser un tanto difíciles dado su total falta de interés en la terapia, por esto es que el terapeuta tendrá que conseguir utilizar la misma connotación de búsqueda de placer para buscar el atracón perfecto, una maniobra que disfrazada de la búsqueda del placer más intenso, disminuye la frecuencia del mismo dando paso al redescubrimiento de placeres de otro tipo que finalmente eliminan el placer de comer y vomitar. Cabe señalar que teniendo en cuenta los objetivos derivados de este estadio es claro pensar que el desbloqueo de los intentos de solución se logrará en este punto de la terapia. El segundo estadio es un punto clave en el transcurso de la terapia sin embargo no hay que olvidar que el terapeuta tiene la opción de regresarse, implementar variantes e inclusive probar nuevas estrategias que permitan sobre todo la eficacia de la intervención.

Tercer Estadio. Comprendido como la quinta-sexta sesión en adelante tiene su lugar una vez desbloqueada la sintomatología, en cuyo caso es necesario hacerles notar *el pequeño desorden que mantiene el orden y prescribir una pequeña transgresión alimentaria al día*. En cuanto al ámbito relacional, estas pacientes, una vez libradas de su compulsión, suelen estar en disposición de retomar una vida social sin mayores dificultades. Es suficiente con que el terapeuta lleve a las pacientes gradualmente a introducir en su vida pequeños placeres que no sean la comida y el vómito, transgresiones más saludables (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Un caso particular serán las transgresoras conscientes y complacidas. Como se ha señalado es la tipología más difícil de tratar, las que requieren de una terapia más larga, ya que se trata de personas que deben ser seguidas paso a paso, secundando su lógica y su construcción de la realidad. Durante esta fase es, por tanto, muy importante que el terapeuta insista en que la paciente mantenga su atracón ritual una vez por semana, diciéndole: “Si te lo puedes permitir podrás renunciar a esto sino, será irrenunciable” (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999, p. 204). Esto

se mantendrá hasta que la paciente sea ella misma la que decida qué ya no siente la necesidad de seguirlo haciendo. En general, a medida que aparecen otros placeres vinculados a la relación otro sexo, estas pacientes llegan incluso a olvidar el atracón semanal.

Conforme aumenta su capacidad de experimentar otros placeres en esta dirección, se reduce en la otra. Por lo tanto, el atracón programado debe mantenerse tal cual hasta que la propia paciente decida que ya no es necesario. Para esto es necesario tomar en cuenta que en la búsqueda del atracón más agradable generalmente se llega a eliminar por completo el síntoma sólo entre el 30% y 40% de los casos, cuando al mismo tiempo se logra desarrollar un trabajo en el ámbito social e interpersonal a través del cual la persona se desbloquea igualmente de la relación con los demás y descubre cosas más agradables que comer y vomitar (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). De hecho en una casuística que comprende *transgresoras conscientes y complacidas*, más del 50% de los casos es decir una cifra muy elevada, se consigue de manera general reducir el número de atracones hasta de una vez por semana pero no eliminarlos por completo. Esto se debe que se trata de pacientes a las cuales les resulta muy difícil renunciar a su síntoma, manteniendo generalmente uno o dos atracones por semana, por lo que la terapia tiende a alargarse de sobremanera. Llegados a esta instancia se puede recurrir a una intervención particular. A esta paciente que mantiene todavía dos rituales por semana, se le puede prescribir en principio que se dé sus atracones dos días de antemano, por ejemplo uno el martes y el otro el viernes. En la siguiente sesión se le pedirá que mantenga el del martes pero que traslade el del viernes al día siguiente, es decir sábado. En las siguientes sesiones se desplazara otro día, o sea el domingo, después el lunes. Así se llegará a la semana en la que se prescribirán 2 atracones el mismo día. Frente a esta petición estas pacientes habitualmente aunque tienen la oportunidad de hacerlo dos veces en un mismo día por lo general se darán un sólo atracón (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). De esta manera se llega a obtener un atracón por semana sin haberlo pedido directamente. Llegados a este punto es importante que el terapeuta prescriba dos atracones por día pero siempre escalonándose por día es decir una semana el jueves otra semana el viernes y así sucesivamente. Nunca se debe pedir que deje de darse dos atracones a uno. Se tiene que dejar la libertad de poder hacer los dos, aunque esto casi no sucede. Al reducir el número de atracones y aumentar la distancia entre ellos, se llega gradualmente a eliminar el síntoma aunque una vez más sin haberlo solicitado directamente. Con esta estrategia simple, se logra que estas pacientes una vez cada dos semanas; en general a estas alturas del tratamiento las pacientes son capaces incluso de renunciar a este (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). El hecho de posponer continuamente el atracón por un día, les deja por un lado más libertad para introducir progresivamente a sus vidas nuevas experiencias, pero siempre sin que el terapeuta se los pida. Esta prescripción por lo tanto es especialmente requerida para estas pacientes que aspiran a un control absoluto de la situación y que tienen dificultades para aceptar directivas del terapeuta, puesto que se les deja la ilusión de poder controlar exactamente lo que pasa. Como alternativa o apoyo de esta prescripción se puede introducir la maniobra del intervalo, es decir la prescripción de introducir un intervalo de tiempo entre el atracón y el vómito. Si bien esta maniobra ha sido previamente usada y no generó en su momento efecto, no fue aceptada, es posible volver a emplearla en esta fase de la terapia, ya que lo que la paciente pudo no haber aceptado en la segunda sesión tal vez lo acepte después de diez

o quince sesiones si se logra una buena relación terapéutica y la paciente llega a una situación en la que realmente desea salir de esa situación. Por lo tanto la misma maniobra utilizada en momentos distintos de la terapia puede determinar diversos efectos y ser empleada con éxito aunque no fuera incorporada anteriormente (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

En resumen, el tercer estadio será comprendido a partir de que la sintomatología ha sido bloqueada en cuyo caso es necesario que el terapeuta señale el *pequeño desorden que mantiene el orden* con una prescripción de una transgresión alimenticia diaria. A su vez se comienza a trabajar con la relación de la paciente con la comida reintegrándola y haciendo notar los demás placeres que existen y que al cabo del tiempo darán paso a la eliminación del síntoma por completo. Sin embargo, en el caso de las pacientes *conscientes y complacidas* se hace un gran paréntesis ya que al ser pacientes difíciles de tratar dadas sus características de persistencia es necesario contemplar el alargamiento de la terapia, que el terapeuta no debe de hacer prescripciones directas para abstenerse del atracón sino que mediante prescripciones indirectas el terapeuta guía a la paciente en la disminución del síntoma aplazando los atracones hasta el punto en que estos ya no sean necesarios en las pacientes. De igual forma el trabajo en el ámbito relacional abre nuevas puertas al bloqueo del síntoma. Siempre recordando que con esta tipología de pacientes jamás se debe de optar por estrategias directas. Paulatinamente estas paciente se pueden reducir sus atracones inclusive eliminarlos por completo.

De lo expuesto hasta este momento se puede deducir que el *Vomiting* representa un cuadro bastante complejo en cuanto a persistencia y características que siempre requerirá de constantes modificaciones y variantes en lo que al tratamiento se refiere. Es importante que la articulación de este protocolo se componga de adaptaciones a las variantes y particularidades de persistencia que el trastorno pueda adoptar. Las maniobras que más inciden en la ruptura del sistema perceptivo reactivo de las pacientes como es la provocación de comer y vomitar como amante secreto, la técnica del intervalo y la amplificación de la búsqueda del placer, son estrategias que pueden ser empleadas en diferentes momentos de la terapia en el marco de una misma intervención. Lo anterior es prueba de la alta evolución de este trastorno y por ende las modificaciones y adaptaciones de intervención siempre deben ser amoldadas a la paciente y al problema en cuestión.

Cuarto Estadio. Comprende la última sesión y su objetivo fundamental es consolidar definitivamente la autonomía personal de la paciente a través de una explicación detallada del proceso terapéutico, las maniobras y las prescripciones. Con esto se busca que la paciente comprenda que el cambio que se ha conseguido fue producto de una intervención sistemática y científica además de hacer notar el papel de la persona que a través de su constancia y esfuerzo desempeña un papel activo en la solución del problema. Así se confirma que este cambio se consigue bajo la capacidad personal de la paciente siendo el terapeuta un agente activador, de lo que ya se encontraba presente en la paciente. Además es fundamental señalar la capacidad de la paciente para superar por si sola otros eventuales problemas y dejar en claro su autonomía y autoestima (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999). Finalmente en la práctica cotidiana el terapeuta se encontrará con casos complejos los cuales no presentan una modalidad de trastorno bien

definida o única. Por ejemplo existen ocasiones en los que la anorexia o la bulimia se alteran presentando modalidades que no remiten a un trastorno bien definido. En estos casos el terapeuta debe definir cuál es el sistema perceptivo-reactivo dominante es decir, las modalidades redundantes de percepción y reacción que presenta la paciente con respecto a la realidad.

Es importante la individualización de las soluciones ensayadas y su definición de acuerdo a su orientación. Por ejemplo en caso de que las soluciones son encaminadas a adelgazar, se reconocería una base anoréxica, o por ejemplo darse un atracón, lleva al reconocimiento de base bulímica. Una vez estructurada e individualizada la estructura predominante se puede intervenir en esta siempre en consideración de las variantes propias del trastorno anexo. Es decir, se trabaja de acuerdo a la intervención del Vomiting sin olvidar que una vez resuelto el terapeuta debe enfocar su atención a la otra estructura sintomática realizando dos intervenciones en una misma terapia (Nardone, Verbitz & Milanese, 1999).

Desde un esquema técnico la aplicación general de este protocolo podría ejemplificarse de la siguiente forma:

Protocolo de intervención.

Primer estadio:

Sesión 1 y 2.

Objetivos: Captura sugestiva del paciente, creación de una relación terapéutica de confianza, definición del problema, identificación del sistema perceptivo de la paciente así como de los intentos de solución.

Maniobras o técnicas: Fantasía del Milagro, Conjura del silencio, Lista de comidas.

Segundo estadio:

Sesión 2, 3 y hasta la quinta.

Objetivos: Desbloqueo de su sistema perceptivo-reactivo, bloqueo de los intentos de solución así como de la sintomatología.

Maniobras o técnicas: Estas dependerán de la identificación de la tipología de la paciente con la que se trabaje. 1) Transgresora inconsciente: Utilidad positiva del problema, Fantasía de la sexualidad incontenible y Epistolario nocturno; 2) Transgresora consciente pero arrepentida: Técnica del intervalo; 3) Transgresora consciente y complacida: Consecución de su lenguaje y su lógica para paulatinamente redirigir esa búsqueda de placer hacia otros menos transgresores.

Tercer estadio:

Sesión 5 en adelante.

Objetivos: Una vez desbloqueada la sintomatología se buscará el establecimiento, consolidación y progresivo cambio definitivo.

Maniobras: Pequeño desorden que mantiene el orden a través de una pequeña transgresión.

Cuarto estadio:

Última sesión.

Objetivo: consolidación definitiva de la autonomía personal de la paciente.

Maniobras y técnicas: Explicación detallada sobre el proceso terapéutico en vías de dar la autonomía y confianza individual a la paciente.

El protocolo correspondiente a la intervención del Vomiting hace uso de descripciones operativas que guían al terapeuta en el proceso de la terapia otorgando herramientas y estrategias que permiten en todo momento adaptar e individualizar cada intervención a las características particulares de cada paciente. Igualmente el terapeuta nunca se encuentra atado de manos ya que le es posible anexar o integrar variantes de acuerdo al proceso de evaluación de los efectos conseguidos con las maniobras empleadas y de lo cual se fundamenta en un ajuste y nueva aplicación de su intervención. Este proceso que a primera instancia es simple representa una secuencia sistemática y estructurada de búsqueda de una solución que como se ha mencionado antes se basa en objetivos prefijados. La intervención bajo el protocolo no se reduce en ningún momento al seguimiento de pasos sin sentido sino de una estructura articulada de estrategias, prescripciones, objetivos e incluso fases, lo que permite en todo momento al terapeuta tener bien definido el lugar o el momento de la terapia en el que se encuentra. En este sentido el marco científico de la intervención es totalmente riguroso ya que el proceso de acción-investigación, permite establecer parámetros de evaluación que reestructuran el siguiente paso que se dará en la terapia. Un procedimiento así de estructurado se respalda con un resultado de efectividad que supera hasta el momento a otras intervenciones, pero que más allá de números y resultados, se presenta como una innovación en cuanto a procesos terapéuticos dejando atrás modelos caracterizados por teorías estáticas, *a priori* y deterministas, casi dogmas que una vez establecidas ajustan la realidad a su visión. El *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica* desarrollado por Nardone, presenta un nuevo enfoque que deriva en la aplicación sistemática de un proceso de investigación que con sus resultados habla por sí solo de la ventaja que representa manejar un modelo complementario entre teoría y práctica.

CAPITULO 5

VOMITING: UN ESTUDIO DE CASO

Con la finalidad de contrastar la aplicación terapéutica del modelo ya descrito y del cual deriva el protocolo específico de intervención para el *Vomiting*, a continuación se presenta el análisis y evaluación de un caso clínico atendido en la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México y cuya intervención estuvo estructurada bajo el *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica*, en particular con el Protocolo Específico de Intervención para el *Vomiting*. Dicho análisis consiste en identificar el proceso de la intervención en base a tres categorías fundamentales correspondientes a la composición de la Intervención *con el MATBE*.

Esquema Secuencial de Intervención. Esta categoría de análisis considera la identificación de las fases correspondientes al modelo avanzado de terapia estratégica así como la consecución de sus respectivos objetivos, estrategias y el lenguaje. Por otro lado, este punto de análisis permite seguir a detalle en qué punto específico de la terapia se halla la intervención aplicada con la información teórica ya detallada.

Protocolo Específico de Tratamiento. Mediante esta categoría de análisis se considera la identificación de los elementos fundamentales que constituyen la intervención prototípica para el trastorno en cuestión. Por otro lado, a partir de esta categoría es importante identificar los efectos, las variantes así como la implementación de cada estrategia contenida en el protocolo. De esta manera se puede dar paso a un análisis técnico referente a las posibles variantes de los efectos esperados, las adecuaciones necesarias considerando la individualización y particularidades de la paciente y su familia, pero sobre todo se puede hacer una revisión sobre los resultados de la terapia en términos de eficacia y eficiencia.

Diálogo Estratégico. Finalmente, pese a ser el *Diálogo Estratégico* una técnica terapéutica desarrollada poco después del establecimiento del Protocolo Específico de Intervención, resulta ser una categoría que permite evaluar e identificar los efectos de los métodos, las técnicas y el lenguaje del que se constituye el diálogo terapéutico con el paciente que tiene la finalidad de capturar sugestivamente al paciente para obtener su cooperación y disposición hacia la terapia además de ser en sí una herramienta de intervención hacia la solución de la problemática presentada por el paciente.

Finalmente la evaluación general de la intervención se constituye del resultado en términos de *eficacia y eficiencia* considerando si el problema llegó a su solución, si los objetivos acordados fueron alcanzados y si el cambio generado se mantuvo a través del tiempo. Bajo este método, el análisis del caso permite analizar la consonancia teórico-práctica del modelo a la vez que permite contrastar los datos que respaldan la eficacia del modelo así como su eficiencia en su aplicación terapéutica de un caso. Por otro lado, este análisis permite considerar algunos aspectos técnicos y procedimentales propios de la práctica concerniente a este modelo terapéutico.

Introducción al caso

Lugar de atención: Este caso tuvo lugar en la Cámara de Gessell perteneciente al anexo de la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral en el área de Atención Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Identificación de la paciente: La PI²⁶ es una joven de 16 años, estudiante de nivel bachillerato que asiste al servicio por iniciativa de su madre, una profesionista en el área de la salud y su hermana mayor quién, es Psicóloga y se encuentra de visita en el hogar familiar ya que en ese momento su residencia estaba en España, al saber de la situación de su hermana decide acudir junto con su madre al servicio para ayudar. La estructura familiar de la PI se conforma por la madre, el padre *quien no está mucho del tiempo en la casa familiar ya que su trabajo lo obliga a estar fuera*, dos hermanas y un hermano, mayores que la paciente. Cabe señalar que la PI no ha tenido contacto con su padre biológico y hasta el momento no le ha interesado tenerlo, de su padre biológico no se sabe más que su domicilio el cual se encuentra apartado del de la PI. En ese momento sólo la hermana mayor, el padre –actual pareja de la mamá-, la madre y la paciente vivían juntos. Su hermano y la otra hermana vivían en sus respectivos hogares.

Análisis del motivo de la consulta: Este surge después de que un día, la hermana encuentra por accidente bolsas llenas de vómito ocultas bajo la cama de la PI. Ante la incertidumbre y el impacto de esto, la familia empieza a tomar especial atención en la situación alimentaria y nutricional de la PI desembocando en la iniciativa de considerar ayuda psicológica profesional. La PI reporta como problema, constantes episodios de vómito que llegan incluso a ser tres por semana.

Establecimiento de las metas y objetivos de la intervención: Desde un inicio la terapeuta a cargo y responsable del servicio, estableció junto con la paciente y su familia que el objetivo del tratamiento era lograr erradicar los periódicos episodios de vómito hasta su total ausencia.

Análisis de la selección del tratamiento más adecuado: Tras llevar a cabo un análisis previo sobre distintos tratamientos que abordan varias modalidades de trastornos alimenticios y hacer una detallada definición del problema, se opta por implementar el MATBE de Nardone y en particular su Protocolo Específico de Tratamiento para el “Vomiting” ya que la definición del problema obtenido, se encuentra en consonancia con la del protocolo de Nardone. De igual forma los datos presentados por Nardone en cuanto a la efectividad de su tratamiento han mostrado ser altamente positivos con un 83% de casos resueltos.

Parámetros de evaluación de la intervención: Esta intervención fue evaluada de acuerdo a los parámetros de eficacia y eficiencia descritos anteriormente además de que fueron llevados a cabo controles y seguimientos a los 3, 6 y 12 meses para verificar la duración de los cambios generados.

²⁶ Paciente Identificada.

Resumen del caso:

Sesiones 1 y 2: Durante estas dos sesiones el objetivo fundamental fue el de obtener una clara definición del problema, la identificación de los intentos de solución así como del sistema de las modalidades de percepción y reacción de la paciente y de la familia. De igual forma se busca desde un principio consolidar una relación terapéutica basada en confianza y compromiso de la paciente y la familia para con el terapeuta y el tratamiento. Una vez identificada la modalidad y tipología operativa del problema se indaga sobre la estructura del ritual, se implementan los acuerdos sobre la intervención seguidas de las prescripciones del protocolo: Conjura del silencio, Fantasía del Milagro, Metáfora del amante secreto, La lista de comidas –a la madre-, La Fantasía de la sexualidad incontenible y la Técnica del intervalo y el Epistolario Nocturno.

Observaciones: Durante la sesión 1 se trabaja con la paciente la madre y la hermana juntas en toda la sesión lo cual pudo influir en las reacciones hostiles de la paciente ante lo que decía la madre y la hermana. En sesión 2, se opta por trabajar con la paciente y la madre por separado en busca de poder obtener más información que tal vez sea difícil de detallar en presencia de la madre. Por otro lado, en estas primeras sesiones ha resultado difícil para la madre y la paciente realizar las tareas pedida por lo que se trabaja en conseguir su cooperación. Aún se reportan nuevos episodios de vómito. Por otro lado, se busca intensificar la relación terapéutica a través de la prescripción del epistolario nocturno además del mantenimiento de las prescripciones hasta ese momento dadas.

Sesión 3: Se llevó a cabo la redefinición de los primeros cambios a través de las prescripciones. Se continúa indagando sobre la definición del problema, intentos de solución, y las modalidades de percepción y reacción de la paciente. Se vuelve a hacer uso del preguntar sobre la utilidad positiva del vómito en la vida de la paciente seguido de la reutilización del la metáfora del amante secreto y la fantasía del milagro. Las prescripciones se mantienen agregando una variante para la madre consistente en preguntarle en un día, 4 o 5 veces a su hija ¿cuántas veces ya ha vomitado? Por otro lado, se emplea *ad hoc* una estrategia que consiste en la intervención de un terapeuta del sexo opuesto a la paciente e integrante del equipo terapéutico, dentro del espacio. Esto en busca de conseguir un efecto parecido al del epistolario nocturno y conseguir una definitiva captura de la paciente.

Observaciones: Se reporta un nuevo episodio de vómito después de cerca de un mes de no ver a la paciente por motivos de contingencia sanitaria. En esta sesión no fue posible separar a la madre y a la paciente lo cual dificultó la disponibilidad de la paciente durante la sesión. Durante este tiempo fue posible conocer la situación familiar de la paciente en la cual ella no es hija de la actual pareja de su madre, sin embargo esto no fue señalado como problema por la paciente. Confirmación sobre el seguir hablando del tema como uno de los principales y más recurrentes intentos de solución de la madre.

Sesión 4: Desde esta sesión no se volvió a reportar otro episodio de vómito. Se continúa en busca de la consolidación y mantenimiento de los cambios obtenidos mediante las redefiniciones de las

prescripciones y sus efectos. Se trabaja a partir de estas sesiones únicamente con la paciente y a partir de estos momentos se enfoca la intervención hacia progresivos cambios.

Observaciones: Al finalizar la sesión se vuelve a hacer uso de la intervención del terapeuta hombre en el espacio. Las prescripciones anteriores se mantienen.

Sesión 5 y 6: A partir de estas sesiones el terapeuta varón toma lugar como co-terapeuta en la búsqueda de la captura sugestiva de la paciente. Gracias al contenido en las cartas la terapeuta logra conocer y redirigir la intervención hacia la búsqueda de una nueva relación con la comida buscada por la paciente. Por otra parte, mediante las redefiniciones y reconocimientos por sus capacidades se hace saber a la paciente sobre la redirección del tratamiento. Las prescripciones anteriores se mantienen. Y toda la línea de las sesiones se encamina hacia la estimulación de posteriores cambios progresivos, la consolidación de los obtenidos y hacia una nueva relación con la comida.

Observaciones: Desde estas sesiones la paciente comienza a ingresar al espacio con una apariencia y vestimenta personal más elaborada. Por otro lado, la información en las cartas entregadas por la paciente, dan cuenta de su deseo e interés por hacerse vegetariana información que es empleada como un nuevo marco para restablecer la nueva relación con la comida.

Sesión 7 en adelante: El objetivo de estas sesiones se vio encaminado a la consolidación de los cambios obtenidos, el establecimiento de una nueva relación con la comida así como la integración de nuevos placeres diferentes al vómito a través del mantenimiento del orden adquirido mediante una pequeña transgresión.

Observaciones: La relación terapéutica con la paciente mejora notablemente, su iniciativa por iniciarse en el vegetarianismo ayuda a la asimilación de una nueva relación para con la comida. Fue necesario hacer saber a la familia en especial a la madre sobre la importancia de la decisión de la paciente con respecto a su alimentación cosa que al cabo de unas sesiones fue aceptada sin resistencia.

Intervención.

Sesión 1

(En esta primera sesión llega la mamá de la paciente, su hermana y la paciente.²⁷ Después de precisar algunas cuestiones institucionales y las modalidades del tratamiento se da inicio a la sesión.)

- 1 T: Bueno en ese caso podemos dar comienzo... y quisiera preguntarles qué las trae por aquí y le
2 quisiera preguntar primero a usted señora M. ¿qué la trae por aquí?
- 3 M: Pues nos trae... una situación grave ya que, mi hija desde hace tiempo **pues no quiere**
4 **comer... está obsesionada por bajar de peso... se aísla, apenas me enteré que vomita la comida... y**
5 **pues... eso me tiene preocupada.**
- 6 T: ¿Hace cuánto tiempo se dio cuenta que eso estaba pasando?
- 7 M: Pues hace como más de un año **y yo ya había tenido varias conversaciones** con ella **yo veía** que
8 comía y todo pero la deje y de hecho ella empezó a hacer ejercicio también, hasta ese momento
9 yo pensé que comía bien y que comía de acuerdo que hacía de ejercicio, pero su hermana me dijo
10 y fue cuando me di cuenta que la cosa era más grave además por algo que escribí... porque yo no
11 acostumbro a agarrarle sus cosas o su agenda en la que escribe sus notas, pero cada vez me di más
12 cuenta por los ayunos, las cosas que escribía... pero al ver la situación como estaban las cosas fue
13 cuando me dio más miedo...
- 14 T: Dice usted que identifica hace como un año esta situación, pero que cuando usted dijo que la
15 dejo ¿a qué se refiere?
- 16 M: A que pensé que.... Pus ya no le insistí que comiera, como quien dice no hice caso... además de
17 que yo trabajo mucho...
- 18 T: No le hizo caso dado que es la etapa de adolescente, pensó que era pasajero, como cuál fue la
19 razón de que la dejara ¿qué fue?
- 20 **M: Pues eso pensé, que todos esos cambios de la edad, es una adolescente está cambiando de**
21 **carácter, no la quise atosigar también pensé porque se enojaba y contestaba y se cierra...**
- 22 T: Dice que puede deberse en parte a que la dejó y por otra parte se debe al trabajo... ¿Usted a
23 qué se dedica?
- 24 M: Soy enfermera
- 25 T: ¿Cuál es su horario de trabajo?
- 26 M: Trabajo el turno nocturno

Comentario [E.S.I.1]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (1 al 6)

Comentario [E.S.I.2]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (3 al 5)

Comentario [E.S.I.3]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la mamá. (7)

Comentario [E.S.I.4]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (20 al 33)

²⁷ T.= Terapeuta, Cot.= Co terapeuta, P.= Paciente, H.= Hermana, M.= Madre

- 27 T: ¿Todas las noches tiene guardia?
- 28 M: No... sólo martes, jueves y sábado.
- 29 T: Los demás días no tiene guardia, no trabaja
- 30 M: Si... Por ejemplo, hoy que llego tarde porque a veces me quedo a otras actividades y ya no
31 logro verla o saber si comió algo antes de irse y si desayuno, a veces yo le preparaba comida, yo
32 veía que se la comía y entonces me tranquilizaba porque se la comía y ya no me preocupaba por
33 que se comía lo que le hice y lo que le gusta... No me había dado cuenta de lo demás
- 34 T: Dice que de manera reciente su hermana encontró cosas que le parecieron que el problema era
35 más grave, más serio... ¿Qué fue lo que paso, a qué se refiere?
- 36 M: Su hermana encontró bolsas de vómito en su cuarto...
- 37 T: Cuando se refiere a su hermana... ¿se refiere a H...?
- 38 M: Si, y yo casualmente por esos días entré a limpiar su cuarto y si, al mover su cama yo vi una
39 mancha café pensando que era refresco... pero ella no toma refresco, no pensé que fuera vómito
40 así que no le tomé mucha importancia...
- 41 T: Haber me dice que H... le dijo algo, pero después me dice yo entré a hacer el aseo al cuarto
42 cuarto y veo que esta la mancha... entonces como está ahí, a partir de que ve usted ahí la
43 mancha le pregunta a ella o ¿ella es la que le dice a usted?
- 44 M: No yo encontré la mancha de que limpié y todo y ya posteriormente mi hija me comentó
- 45 T: ¿Qué le comentó?
- 46 M: A no, mi hijo me comentó... mi hijo me comentó que mi hija entró al cuarto de P... y vio debajo
47 de la cama y encontró las bolsas con vómito y que se asustó y le llamó al no saber qué hacer, para
48 que la apoyará
- 49 T: En el momento en que sus hijos le dicen de esto que encuentran debajo de la cama... ¿en ese
50 momento qué es lo que usted hace?
- 51 M: Pues me asusté y me empecé a preocupar...
- 52 T: Pero ¿habló con ella, le dijo algo, hizo algo?
- 53 M: Pues nada más hablé con ella y le dije que no estaba bien, que se hacía daño que ya no era una
54 niña, que debía entender... si, le dije varias cosas
- 55 T: Habló con ella, digamos... y ella ¿le dio alguna respuesta en ese momento?

Comentario [E.S.I.5]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (34 al 48)

Comentario [E.S.I.6]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la mamá. (49 al 55 y 61 al 66)

56 M: Pus me dijo que ya no lo iba a hacer, pero cómo es que no lo hace le digo, si tiene como quince
57 días lo de la bolsa de vómito y ella me dijo que tenía hace mucho que no lo hacía pero empezamos
58 a conectar fechas y nos dimos cuenta que esto ya tenía más tiempo...

59 T: ¿Hace cómo cuánto tiempo?

60 M: Pues yo le calculo como hace dos años...²⁸

61 T: Antes de venir a este espacio, ¿usted ha hecho algo más por tratar de solucionar esta situación?

62 M: Pues otras veces le dije... sabes qué... vamos al médico para que te revisen y vean que es lo que
63 tienes y ella no ha querido

64 T: Y como ella se negó ¿nunca la ha obligado?

65 M: No, no la presioné ni la obligue

66 T: ¿Usted tiene esposo?

67 M: Si

68 T: ¿Y vive en su casa?

69 M: Si, pero debido a su trabajo casi no está en casa, debido a que viaja mucho

70 T: Ok, ¿a qué se dedica?

71 M: Él es conductor de autobús foráneo

72 T: Ok, No está mucho en casa, pero está ahí, vive con ustedes... ¿qué dice al respecto de esta
73 situación?

74 M: Pues él está muy preocupado

75 T: ¿Está al tanto de que ustedes están aquí?

76 M: Si

77 T: ¿Y qué dijo al saber que venían aquí?

78 M: Dijo que... que... bueno, que lo principal de todo esto era que ella haya aceptado venir... Ya que
79 de hecho todos sus hermanos hablaron con ella...

80 T: Además de ellas dos ¿cuántos hijos más tiene?

81 M: Dos más

Comentario [E.S.I.7]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (66 al 86)

²⁸ De acuerdo con la versión de la madre el problema tiene unos dos años de estar presente.

82 T: ¿Y los otros dos viven en la misma casa?

83 M: No, sólo la otra de mis hijas la mayor y por el momento mi hija H, que de hecho ya no vive con
84 nosotros

85 T: ¿Su hijo?

86 M: No, mi hijo vive a parte

87 T: ¿Ellos qué dicen? Sus otros dos hijos ¿qué dicen al respecto?

88 M: No pues, están muy preocupados, mi hijo dice que está muy asustado y dice que él fue
89 adolescente y que tal vez hizo muchas cosas que llamaron la atención de su padre, pero que lo que
90 ella hace es mucho más fuerte

91 T: Sus hijos además de preocuparse, ¿qué más hacen o dicen con respecto a la situación?

92 M: Si... ellos platican mucho con ella

93 T: Platican con ella, Ok... Me dice que ella tiene su cuarto... ¿tiene su cuarto sola?

94 M: Si

95 T: ¿Y en su cuarto qué tiene... su tele, radio, grabadora, closet, cama, cosas así?

96 M: Si, sólo radio no tiene, todo lo demás si una cama, un closet y una tele

97 T: H. ¿qué las trae por aquí?

98 H: Mmm...

99 T: ¿A ti qué te trae por aquí?

100 H: A mí me trae mmm..., para mí esto fue un límite... esto del vómito... porque yo no vivo con mis
101 padres desde hace casi cinco años, de hecho tampoco vivo en México. Desde que me fui he
102 llegado a venir como dos veces...

103 T: ¿En dónde vives tú?

104 H: En España, en Barcelona

105 T: ¿Y cuáles son las razones por las que vienes a México?

106 H: Por estudios

107 T: ¿Qué estudias tú o estudiaste?

108 H: Psicología... Entonces entre que me fui y regrese...

Comentario [E.S.I.8]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de los hermanos. (87 al 92)

Comentario [E.S.I.9]: Esquema secuencial de intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (93 al 96)

Comentario [E.S.I.10]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la hermana. (97 al 102)

Comentario [E.S.I.11]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (103 al 122)

109 T: Perdón que te interrumpa... te vas a estudiar psicología allá en un posgrado, intercambio
110 académico, te vas y decides empezar ahí la carrera, ¿cómo se da esto de que te vas a España?

111 H: Pues... estuve en la facultad de psicología y estudie la mitad de la carrera, y como en sexto
112 semestre solicite una beca y me la dieron para concluir la carrera allá

113 T: ¿te quedas ahí a trabajar a hacer tu vida?

114 H: Mmm... me quede, acabe los créditos y luego regrese, y por mi situación decidí que quiero
115 quedarme allá y trabajar y concluir mis estudios

116 T: Y de la última vez que regresaste a ahora... ¿cuánto fue? ¿Hace cómo...?

117 H: Vine hace como un año, no perdón como 2 años por 8 meses por los trámites de la titulación,
118 pero no me alcanzó el tiempo por los trámites y las fechas... entonces regreso allá y me regreso de
119 nuevo como 5 meses, pero en total han sido dos veces en las que he venido a México desde que
120 me fui...

121 T: Entonces estás en México ¿de enero a la fecha?

122 H: Si

123 T: ¿En qué momento te encuentras de esto que para ti fue un límite?, lo de las bolsitas...

124 H: Esta segunda ocasión fue hace como un mes más o menos

125 T: O sea de enero a la fecha ¿en dos ocasiones has encontrado esto?

126 H: No, solamente una vez, la ocasión que encontré fue hace un mes, lo que paso fue que lo
127 encontré pero antes yo sabía algo y la veía a ella, y cuando hablaba con mis padres por teléfono
128 si... les decía que ella me preocupaba, pero no sabía que había pasado y cuando vine la primera
129 vez yo hable con ella, pero la segunda vez me fije que esto ya estaba pasando ya que se esforzaba
130 por bajar de peso... porque mi mamá le insistía que bajará de peso que porque estaba gorda
131 Cuando me fui, yo también tenía unos kilos de más como unos como 8 kilos de más pero no sé si
132 tiene que ver... Y sobre el vómito, no recuerdo si ella me dijo que lo hacía... porque a mí me
133 pareció que ella se preocupaba al sentir la presión en casa, pero no que pasaba esto, y cuando me
134 fui, pase por una situación parecida, yo quería bajar de peso, para esto fue que cambié mis
135 hábitos alimenticios; tomando agua, cambiando alimentos. No me gustaba comer ciertos
136 alimentos, no sé si... cuando llegue yo, lo intenté compartirlo con ella pero no sé si fue de la mejor
137 manera, si ella lo vio de forma tan diferente que tal vez acentuó la situación para ella...

138 T: Cuando en una de estas veces que vienes y ella te dice la preocupación por bajar de peso, el
139 ejercicio, comer ¿cuál fue la respuesta que tú le diste?

140 H: Pues compartir lo que yo había hecho... decirle que si quería bajar de peso aprendiera a
141 comer... a tener hábitos alimenticios saludables, hacer ejercicio, que buscara recursos, que no era

Comentario [E.S.I.12]: Esquema secuencial de intervención: Definición del problema de la hermana. (123 al 130)

Comentario [E.S.I.13]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (130 al 146)

142 la manera como restringirse la alimentación, incluso yo cuando llegue... ya tenía una manera de
143 comer... Entonces yo intentaba compartir esto, incluso algunas veces yo preparaba la comida a
144 manera de compartir esto...

145 T: Cuando tú intentabas compartir esta nueva forma de comer... ¿había una buena recepción, no
146 te pelaba mucho?

147 H: La primera vez yo lo sentí muy fuerte... el choque, y más con mi mamá, que incluso a veces me
148 enojaba... Como desde que regrese ya no conviví más con ellos... eran los fines de semana cuando
149 yo los veía y me quedaba a comer... A mí me costaba mucho trabajo, a veces no me gustaba la
150 forma de cocinar de mi mamá porque yo andaba empezando esta nueva forma de comer y lo
151 quería compartir y pues había mucha tensión en la mesa por esto...

152 T: Cuando te encuentras la bolsita; perdón que lo pregunte así... ¿qué andabas haciendo debajo de
153 la cama?

154 H: Si bueno, la ventana de ella es un acceso para tender la ropa, y yo me encontraba lavando mi
155 ropa, cuando pase, pues sentí el olor y había muchos mosquitos... me pareció raro el olor y ver los
156 mosquitos, y me agache debajo de la cama y me di cuenta que venía de bajo de la cama...

157 T: ¿Cuándo encuentras eso qué haces?

158 H: Lo primero fue... creo que no me... bueno, cuando lo vi sentí la necesidad de abrirlo para ver
159 que era, y me llamó la atención que era justo la comida que habíamos hecho ella y yo la noche
160 anterior... y fue justo una comida en la que yo sentí una barrera muy grande, porque sólo comimos
161 juntas, no había plástica, yo no sabía cómo hablarle y ella acabo y se subió y pues, yo me sentí
162 triste, desesperada, me dio mucho enojo, entonces llame a mi hermano...

163 T: ¿Y tu hermano, qué te dice?

164 H: Mi hermano, bueno hablé por teléfono con él y me dijo que nos quedaríamos de ver, que
165 hablaríamos, pero yo estaba tan enojada y le dije sabes que no quiero quedar contigo, la próxima
166 vez que vengas a la casa hablamos con mis papás, y me dijo entonces sabes que pus que me
167 saliera de la casa, y no supe si recoger ahí o dejar así... y eso se combinó con que mi mamá estaba
168 en el trabajo y mi papá igual. Me pareció compartirlo con mi hermano porque ahora sé que él está
169 más cerca de ella...

170 T: En ese momento lo primero que haces es llamar a tu hermano y asumiendo que en ese
171 momento estabas sola en la casa... cuando llega P. qué decides hacer... te quedaste callada,
172 platicaste con ella, ¿qué paso?

173 H: En la noche llegó y se encerró en su habitación y ya no le dije nada...

174 T: Tú oíste que llegó y no le dijiste nada, ok... Después de esa situación, ¿tú hiciste algún intento
175 por acercarte a ella platicar o hacer algo, cuestionarle qué estaba pasando con esta situación?

Comentario [E.S.I.14]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (151)

Comentario [E.S.I.15]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la hermana. (157 y 164)

Comentario [E.S.I.16]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (160 al 169)

Comentario [E.S.I.17]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la hermana. (168 y 169)

176 H: Si, paso creo que el martes... pero pasaron varios días en los que entre que le hablaba y
177 no...este fin de semana, que es cuando ando en la casa... hablo con ella...

178 T: Y cuando hablas con ella... ¿qué le dijiste?

179 H: Le dije que encontré lo de la bolsa y que quería saber, de ella... ¿qué pasaba? ¿Qué era lo que
180 necesitaba de mí?... y al principio, si fue difícil... y le pregunté esa noche... ¿que por qué lo había
181 hecho?

182 T: ¿Cuántas bolsas encontraste?

183 H: Encontré una... pero no sé si era de varios días

184 T: Además de platicar con ella, ¿has intentado hacer alguna otra cosa por solucionar esta
185 situación?

186 H: Pues... después de esto, intente buscar información; bueno, cuando hablé con mi hermano
187 después hable con mi padre sobre esto... yo estaba enojada con él porque le cuestioné ¿qué era lo
188 que estaba pasando? Y llegó el momento en el que todos sabíamos menos mi mamá porque ella
189 estaba dormida, cuando la vi y no la había visto todo el día... Después de eso fue cuando tome
190 medidas de buscar información, de escribir a centros y en ese punto... me atreví y... (hacia P.) Te
191 pido una disculpa por mirar tu agenda...

192 T: Y cuando miras la agenda ¿qué encuentras?

193 H: Cuando la vi... bueno, la vi porque ella estaba dormida y le hablé y le hablé y no respondía,
194 dormida en su cama y encontré la agenda y la abrí... y bueno había secciones que contenían
195 controles de ayuno, así como las metas de kilos por bajar a la semana. Y lo que me llamó más la
196 atención fueron unos comentarios muy agresivos en contra de su persona, sobre su forma de
197 percibir su cuerpo, como por ejemplo: "eres una maldita gorda", "eres una puerca" y había unas
198 por ejemplo que decían: "hoy comí pan y soy una puerca como siempre"...

199 T: ¿Al encontrar esto le comentas a la familia?

200 H: Si

201 T: Y ¿qué pasa una vez que todos están al tanto de la situación de P.?

202 H: Pues esto fue este fin de semana y fue súper difícil pasar este fin de semana, mi mamá lloraba
203 cada que se tocaba el tema, hacíamos un comentario y mi mamá pensaba que la culpábamos y yo
204 por ejemplo... estuve todo el fin de semana entre el enojo y entre que no sabía qué hacer, me
205 levantaba y por ejemplo, quería hablar con ella pero me ponía a llorar antes y no sabía cómo
206 acercarme... ya después lograba estar bien pues estaba ahí mi sobrino, el hijo de mi hermano y
207 quería estar bien con él al igual que mi hermano. Yo sentí un fin de semana súper tenso, y a parte
208 fue imposible acercarme a ella...

Comentario [E.S.I.18]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la hermana. (179 al 185)

Comentario [E.S.I.19]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la hermana. (186 al 191)

Comentario [E.S.I.20]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (202 al 213)

209 T: Cuando dices “yo quería hablar con ella pero antes comenzaba a llorar”, ¿llorabas en una
 210 situación de impotencia por no poder ayudar o de coraje por esta situación?

211 H: Yo creo que es coraje y enojo con mi papás...

212 H: Porque entiendo que esto es resultado de cosas que hemos pasado anteriormente pero no he
 213 visto entre que yo me fui y regresé que alguien se esfuerce por que las cosas estén mejor...

214 T: ¿Qué es para ti que las cosas estén mejor?

215 H: No sé... como esto de ya no... de que está muy sola... O a lo mejor es incomprendible cómo es
 216 que mis papás entre trabajos que tienen... no puedo entender cómo mi hermana se encuentra
 217 sola o mi otra hermana que vive con ella... ¿cómo no está cerca de ella?

218 T: Bueno te voy a preguntar algo como psicóloga que eres de formación... dices que esto puede
 219 deberse en parte por el papel que están jugando tus padres, en parte los crees responsables en
 220 parte por esta situación... Pero, si hablamos en términos de responsabilidad... ¿Qué tan
 221 responsable es P. de lo que le está pasando? ¿Ella tiene un grado de responsabilidad o ella
 222 simplemente es víctima de lo que sucede en la familia?

223 H: Claro... yo creo que tiene una importante responsabilidad y me parece que no la está
 224 asumiendo, que no termina de asumirlo...

225 T: No quiero irme a una cuestión cuantificada de cincuenta- cincuenta, pero a tu parecer ¿qué
 226 predominaría más en el caso de ella, el que es una víctima de la familia o que tiene una
 227 responsabilidad importante en esto que le está pasando?

228 H: Yo diría que por la edad que tiene... tienen más responsabilidad mis padres...

229 T: Más responsabilidad de tus padres... ¿P. qué te trae por aquí?

230 P: Pues lo mismo, lo que tengo... pues que no como... que cuando lo hago lo vomito...

231 T: ¿Tú si estás de acuerdo en todo lo que has escuchado de tu hermana y tu mamá?

232 P: Si...

233 T: ¿Y tú estás aquí porque tienes interés en hacer algo o porque te trajeron?

234 P: No... porque tengo interés...

235 T: ¿Interés de qué?

236 P: No pues de salir de esto...

237 T: ¿Qué es esto?

238 P: Pues... si, de esto... de que ya no lo haga y así...

Comentario [D.E.21]: Diálogo Estratégico: Pregunta con ilusión de alternativas. (209 y 210)

Comentario [E.S.I.22]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la paciente. (214 al 224)

Comentario [D.E.23]: Diálogo Estratégico: Pregunta con ilusión de alternativas. (225 al 227)

Comentario [E.S.I.24]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (228)

Comentario [E.S.I.25]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la paciente. (229 al 242)

- 239 T: ¿De que ya no hagas qué?
- 240 P: Pues si... De que ya no vomite y así...
- 241 T: ¿Tú te has metido a la red, a las paginas para ver toda esta cuestión de la... tú estás?
- 242 P: No...
- 243 T: ¿Cómo crees que yo te pueda ayudar en esta cuestión?
- 244 P: Pues no sé... hablando más hay... es que no sé... Pus si... hablando...
- 245 T: Ahorita que platicué con tu mamá y tu hermana, me dicen bueno una vez que nos dimos
 246 cuenta que ella tiene esta situación que le causa daño, lo primero que hemos hecho es hablar con
 247 ella, ver que está pasando, platicar y muchas cosas, pero es básicamente una conversación,
 248 evidentemente esas conversaciones no han funcionado²⁹ y tan es así que aquí están, si esas
 249 conversaciones fueran útiles para ti pues las cosas hubieran cambiado, no ha sido así porque están
 250 en este espacio me hace pensar que la conversaciones no son tu mejor aliado, que me podría
 251 hacer pensar que una conversación conmigo, que soy una persona desconocida para ti, si pudiera
 252 tener un efecto positivo
- 253 P: Bueno es que no es que no me han ayudado, de hecho si pero no sé... de hecho todos pensamos
 254 que necesitamos la ayuda de alguien más, me supongo que para tener otro punto de vista, para
 255 saber qué hacer...
- 256 T: Y ¿cómo te han ayudado esas conversaciones?
- 257 P: Pues a decir, pues lo que siento y todo eso, y si hablar más con mis hermanos, mi mamá, mi
 258 papá y así...
- 259 T: Hoy en día ¿qué predomina más en ti, el hecho de que no comas o el hecho de que vomites?³⁰
- 260 P: Mmm... vomitar supongo...
- 261 T: ¿Cada cuándo pasa esto?
- 262 P: Pues desde que mi hermana encontró la bolsa esta pues ya tiene tiempo que ya no...
- 263 T: Estoy pensando en ¿cuántas veces al día sucede esto?³¹

Comentario [E.S.I.26]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (243)

Comentario [E.S.I.27]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la paciente. (244 al 258)

²⁹ En esta parte de acuerdo con el protocolo es necesario guiar a la paciente preferentemente a que ella descubra a través de preguntas si sus soluciones ensayadas tienen efectos funcionales o son precisamente disfuncionales.

³⁰ Esta pregunta resulta importante al momento de identificar cuál es el síntoma predominante dentro del trastorno. Igualmente preguntar desde cuando se vomita e iniciar a reconocer si la sensación en más placer que sufrimiento ayudan a estructurar una descripción operativa del problema.

264 P: Sucedió una o dos veces

265 T: Una o dos veces, ¿por la mañana o por la tarde?

266 P: Pus es que yo me voy a la escuela, así que sería en la noche

267 T: Las dos ocasiones que pasaba ¿sucedió por la noche?

268 P: Aja si cuando estaba en mi casa

269 T: Cuando sucede por la noche ¿es en la calle, en el regreso a tu casa o ya que estás en tu casa?

270 P: En mi casa

271 T: Sucede en el baño de tu casa o en algún lugar...

272 P: No, en el baño de mi casa

273 T: Cuando tú te provocas el vómito... ¿ya has desarrollado alguna técnica para hacer eso?

274 P: No... O no sé...

275 T: ¿Te provocas el vómito introduciendo tus dedos en tu garganta?

276 P: Si

277 T: ¿Y tú cabello?

278 P: Y mi cabello qué

279 T: ¿Cómo le haces, tu cabello interviene en ese momento, usas una diadema, no es necesario que

280 te sostengas para no ensuciártelo...?

281 P: No... lo tengo corto

282 T: ¿Entonces eso no es un problema...? Ahorita que te escucho me hace recordar que este ciclo

283 tuyo, comer y vomitar, comer y vomitar, finalmente es algo que es importante para ti, y me parece

284 que al final es algo que te causa cierto placer cierto gusto, por la frecuencia en la que lo estás

285 haciendo, me recuerda esta relación de este proceso de comer y vomitar, comer y vomitar... me

286 recuerda así como cuando uno tiene un novio a escondidas, cuando uno tiene un novio a

287 escondidas pues le habla, lo ve sin que nadie se dé cuenta y eso es algo así como que parte de

288 cierto misterio no de cierto gusto, cuando uno tiene un novio a escondidas o en secreto, pues

289 tiene un novio discreto que nadie los ve y además es un novio que siempre está disponible que

290 siempre está cuando le llamamos... Tu relación con estos procesos de comer y vomitar me

291 recuerda a tener así como una relación con un novio secreto... ¿esto es así?

Comentario [E.S.I.28]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la paciente. (259 al 281)

Comentario [P.E.T.29]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre a través de la metáfora del "Amante Secreto". (282 al 295)

³¹ En esta parte como se menciona en el protocolo del Vomiting se efectúa la descripción del ritual de vomitar de la paciente.

292 P: Creo que si...³²

293 T: Parece que sí, ¿esto es algo que a ti te gusta? y además, no es algo que te haga sentir mal, no es
294 algo doloroso, es algo que te gusta, por eso lo haces, es como tener un novio, un novio a
295 escondidas tu sabes que tienes novio pero nadie lo sabe... ¿podría ser algo así?

296 T: Y esta parte es curiosa, o sea es un tanto curiosa en qué sentido... que de repente hay una
297 preocupación por lo que le está pasando, y desde allá y desde acá, las cosas se ven de una manera,
298 desde acá también se ven de otra manera y desde acá... no hay dolor, no hay sufrimiento, estamos
299 encontrando placer, estás haciendo algo que te hace sentir bien desde acá, aunque desde acá se
300 vea como algo que no es agradable o algo no muy placentero... Dicen no, por ahí, todo depende
301 del cristal con que se mira, depende de donde está parado uno le da una visión o una importancia
302 a las cosas y yo entiendo y me queda claro que como familia se preocupan, pero es importante
303 escuchar esta parte y ver que ella no está preocupada, y no está preocupada porque no es un
304 problema, está haciendo algo que le agrada y está haciendo algo que es placentero para ella,
305 difícil, no es lo que usted esperaba, pero por ahí van las cosas y está bien ella se siente bien, no
306 hay ninguna dificultad...

307 M: Porque ella así lo ve pero con el tiempo... pues su organismo comienza a darle cuentas, de
308 hecho pus ya las dio... de hecho ella menciona que ya le duelen las costillas de hecho ella duerme
309 mucho duerme...

310 T: Tiene sueño, dormir es agradable, dice me siento mal, me duelen las costillas pero no dejo de
311 hacerlo lo sigo haciendo ahí esta... y esta parte es... todo lo que usted me pueda decir respecto a la
312 salud lo entendemos y nos queda claro... pero la salud, aunque es importante en este momento
313 está en un plano secundario porque a ella no le interesa su salud... a P. le interesa estar bien y
314 hacer lo que a ella le gusta y esta parte de vomitar para ella no es un mal estar, para ella es algo
315 agradable algo placentero, algo que le gusta y por eso lo hace y lo ha venido haciendo... Cuando tú
316 estás aquí P. y vienes a este espacio... entiendo que de manera voluntaria, ¿qué te gustaría que
317 trabajáramos en este espacio?

318 P: mi problema

319 T: ¿Qué estás dispuesta a hacer para que tu problema se resuelva?

320 P: Cooperar

321 T: Cooperar... ¿qué es cooperar?

322 P: Pues hablar de lo que pasa y así...

Comentario [P.E.T.30]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre hacia la familia sobre el comer y vomitar como acto placentero y no por sufrimiento. (296 al 317)

Comentario [E.S.I.31]: Esquema Secuencial de Intervención: Predisposición de actitudes hacia el cambio, captura sugestiva de la paciente. (319 al 322)

³² De acuerdo con Nardone, es conveniente que en estos casos exista una separación de subsistemas es decir, desde un punto de vista interaccional se entiende subsistema a cada miembro que constituye el sistema familiar. Por lo tanto, separar a los familiares al momento de llevar a cabo la intervención es una estrategia favorable ya que, no hacerlo puede modificar el efecto y el impacto así como las respuestas de la paciente.

323 T: Dame más opciones porque el hablar... insisto no es muy funcional al menos no en este caso, no
324 en este momento

325 P: No sé, que ellas sepan lo que pasa y no sé, se pueda encontrar una solución y a lo mejor yo
326 pueda identificar bien el problema que tengo

327 T: Esta situación que para ellas es un problema pero que en realidad para ti es una situación
328 agradable y placentera, cuando dices mi problema ¿a qué te refieres?

329 P: A comer y vomitar y es que de hecho no es placentero, desde que... a veces ya no aguantaba los
330 dolores era así de que... ya bájale...

331 T: ¿Qué dolores?

332 P: Pues los de las costillas...

333 T: ¿Cuántas veces vomitas al día?

334 P: Ya no lo hago, a veces ya trato de controlarme, si me dan ganas es así de no... ya no...

335 T: ¿Cómo logras controlarlo?

336 P: Bueno una vez me enferme de tos, y le dije a mi mamá... tengo muchas ganas de vomitar... Y mi
337 mamá me dijo... respira, respira... y ya es lo que trato de calmarme o me pongo a hacer otra cosa
338 para no ir directamente y hacerlo, me pongo a hacer mi tarea, me pongo a leer, no sé otra cosa

339 T: ¿Y lo has conseguido?

340 P: Aja

341 T: ¿Desde hace cuánto?

342 P: Desde hace como... le digo, que desde que H. encontró las bolsas y hablaron conmigo y ya pus
343 todos supieron fue así como que ya... pus si como un mes más o menos, pus si un mes...³³

344 T: Un mes... ¿en este mes en el que has tenido control sobre esta situación... cómo te has sentido?

345 P: Bien, pus si bien... ya ahora si es así como... ya lo veo y ¿cómo lo pude hacer? y así...

346 T: Aja (pidiendo sus manos) Tiene usted una hija muy sana, muy llena de vida, con mucha energía,
347 por qué lo digo... tú mejor que nadie lo sabes, si estamos hablando que esta situación lleva algo así
348 como dos años y estamos en una frecuencia en la que está vomitando... pues la verdad está
349 bastante bien y bastante entera para el tiempo que lleva y para el ritmo de la actividad y eso me
350 hace pensar que porque tiene muy buena alimentación de pequeña y eso le ha dado mucha

Comentario [E.S.I.32]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas de la paciente. (335 al 345)

³³ Un punto clave en la identificación del la *transgresora inconsciente* es el hecho de que la paciente es una adolescente, no experimentada, cohibida al decir que en cuanto se entera su familia pretendió dejar de hacerlo.

351 energía y mucha fuerza... Usted es enfermera es gente de la salud... su pelo, su pelo está bien, está
352 entero, no lo tiene quebradizo, no se le está cayendo...

353 M: Si se le está cayendo

354 T: Ya se le está cayendo, no se le ve quebradizo, tiene buena apariencia... su cara también... dentro
355 de lo que cabe da un buen aspecto, buena apariencia, todavía no tiene la boca reseca, blanca... sus
356 dedos todavía no se deforman... dentro de lo que cabe más o menos bien... ¿Ustedes están
357 dispuestas a hacer todo lo que yo les pida para que esto llegue a buen camino...?

358 M: Si

359 H: Si

360 T: ¿Están dispuestas a cooperar?

361 M: Si

362 T: Es posible de momento que para la siguiente ocasión que nos entrevistemos... no sea necesario
363 por el momento que vengan tus hermanos, sin embargo el hecho de que no vengan... no quiere
364 decir que no estén al tanto, necesito que platiquen con ellos... cuando yo les de todas las tareas,
365 cuando yo les de las indicaciones que vamos a seguir pues ustedes me van a ser el favor de ir con
366 la familia su esposo con sus hijos, hablar con ellos decíles como está esto y la manera en la que
367 ellos van a cooperar y colaborar en el tratamiento si, por el momento no van a venir pero si van a
368 participar y van a participar a través de ustedes... Les pregunto si están dispuestas a colaborar y
369 hacer cosas porque les voy a pedir cosas fuertes, cosas duras, cosas probablemente que sean
370 difíciles pero que tengan la seguridad, la garantía, la certeza de que vamos a tener buenos
371 resultados, no va a ser sencillo, no va a ser fácil, pero sí lo hacemos al pie de la letra podemos
372 obtener buenos resultados...³⁴ La primera cosa que les voy a pedir por favor que hagan es... que
373 por favor puedan guardar silencio absoluto con respecto a esta situación... ya se ha hablado
374 mucho, ya se han dicho muchas cosas, ya se ha comentado, ya se han empezado a hacer cosas
375 para solucionar esto, ya están aquí lo cual les agradecemos la confianza, su disposición, su
376 entereza de estar aquí llegar de manera puntual con toda la buena disposición de colaborar y de
377 trabajar y eso es algo importante a la misma P... le agradezco el hecho de que este aquí y que
378 además tenga ese interés de por colaborar y participar con nosotros porque cualquier otra
379 jovencita en su lugar, se hubiera cerrado y yo no tengo nada, y yo no tengo nada, y de ahí nadie la
380 saca, nadie la mueve y no habla y no dice... y ella... a diferencia de otras jovencitas en esa misma
381 situación viene de manera voluntaria y está aquí... le preguntamos, contesta, nos está diciendo la
382 información que necesitamos recabar de ella y está también en la mejor disposición para resolver
383 esto y correspondiendo a ese interés de ustedes pues vamos entonces a trabajar... Les pido por
384 favor como primera tarea que guarden silencio absoluto sobre esta situación, ya no se va a hablar

Comentario [E.S.I.33]: Esquema Secuencial de Intervención: Predisposición de actitudes hacia el cambio, captura sugestiva de la paciente. (356 al 361)

Comentario [E.S.I.34]: Esquema Secuencial de Intervención: Predisposición de actitudes hacia el cambio, captura sugestiva de la paciente. (368 al 372)

³⁴ Para este momento se ha identificado a la paciente como Transgresora inconsciente: como se recordará una tipología de paciente inexperta que desde un sentido cognitivo aun no se ha percatado de que lo que hace es una perversión basada en la comida.

385 del problema de vómito de P, no se va a hablar para nada de lo que apareció escrito en la agenda
386 ni con nadie, ni por ninguna razón, ni por ningún motivo ni ella les va a comentar “me siento mal,
387 me siento así...” y ustedes tampoco le van a decir “oye cómo estas, cómo te sientes, ya comiste”,
388 nada que tenga que ver con esta situación... van a hablar de cualquier cosa, comentar los temas
389 que ustedes quieran, que sean de su agrado, pero nada que tenga que ver con esta situación, nada
390 que tenga que ver con esto... ¿Si?

391 M. y P: Si

392 T: Ya no es tema de conversación se acabó ¿Si? ¿P?

393 P: Si

394 T: ¿H?

395 H: Si

396 T: ¿Señora M.?

397 M: Si

398 T: Y es cuando les digo... hablan con sus hermanos, con su esposo, con sus hijos... ya empezamos a
399 ir con la psicóloga y ya nos dijo que no podemos hablar de esto... “no pero por qué...” “no sé, es la
400 tarea entonces hay que hacerla...” Entonces hay que informarles a ellos que ya no se puede hablar
401 de esta situación... de todo, de cualquier cosa pero de esto no ¿Si...? Esto es lo primero que va a
402 pasar...

403 La segunda cosa que les voy a pedir es la siguiente... es para usted...Todas las mañanas, cuando
404 usted regrese de trabajar... va al cuarto de P, la ve como está, la despierta... y todos los días sin
405 excepción le va a preguntar lo siguiente... ¿Talía qué quieres para comer y vomitar el día de hoy?
406 Así como se lo estoy diciendo así le va a hacer, ni palabras más ni palabras menos... ¿Talía qué
407 quieres para comer y vomitar el día de hoy? Y ella le va a decir... no pues hoy se me antojaron
408 tacos de pollo... Va usted al mercado, compra todo lo que requiere para hacer tacos de pollo, si ya
409 lo tiene en la casa se pone a prepararle, le va a preparar su comida, si por alguna razón ella le
410 dice... no sé o se pone como luego se ponen los hijos y no le quiere contestar... usted que es su
411 madre, que la pario, que la conoce, sabe qué le gusta... y cuando ella no le quiera contestar...
412 usted le va a hacer de comer lo que cree que le guste, lo que cree que se le va a antojar ese día...
413 usted la conoce, es su hija y sabe que le gusta y que no de lo que le gusta; le va a preparar algo...
414 Eso va a ser todos los días... le va a ir a preguntar ¿P. qué quieres para comer y vomitar hoy?

415 M: Si

416 T: Le va a preparar los alimentos que ella le pida... y ya que le prepare los alimentos que ella le
417 pida... los va a colocar en la mesa, y le va a poner una tarjetita en donde dice “comida o alimentos
418 para comer y vomitar de P. no tocar” qué quiere decir eso, no hay mucha gente en casa... pero que
419 quede claro... si en algún momento sus sobrinos, sus hijos, la van a visitar... que nadie puede tocar

Comentario [P.E.T.35]: Protocolo Específico de tratamiento: Primera prescripción “Conjura del silencio”. (383 al 402)

420 ese plato; solamente requiero el apoyo y la ayuda de la familia... van a ver el plato...
421 probablemente a los hijos les cause sorpresa pero recuerden la primera tarea... nadie habla nada
422 sobre este tema y a ella si le ponen su plato de alimentos tienen que ir con la tarjeta... "estos son
423 los alimentos para comer y vomitar de P. no tocar..." y se va a quedar su plato ahí para que cuando
424 ella baje a comer o se vaya a la escuela se coma sus alimentos... estamos pensando que usted
425 cocina o siempre hay comida en la casa de alguna manera... La comida que hay en la casa es
426 aparte... esto es algo que nada más vamos a hacer para ella... no es que hacemos eso para todos...
427 lo que usted vaya a hacer de comer... si el guisado le alcanza para los dos días para ustedes bueno
428 pus eso se hace... los alimentos que le estoy pidiendo son solamente para ella y se va a quedar su
429 plato en la mesa para que cuando ella baje o se vaya a la escuela coma... sí no se acaba todo, si
430 deja la mitad o algo... se los tienen que guardar, se lo echan en un topersito, lo guardan en el refri
431 y al otro día que aparezca el platillo nuevo... le pone a un lado el recipiente con lo que quedó el día
432 anterior, con esto quiero decir que la comida que le preparen a P. no se va a tirar si no se la va a
433 guardar y entonces se va a ir acumulando... un platillo con una porción de lo que quedó ayer y si
434 son dos porciones o tres pues bueno ya se irá acumulando pero esa comida sólo es para ella y
435 nadie la puede tocar ¿Si? y va a ser con el letrero ¿Si? Y le va a preguntar ¿Si?

436 M: Si

437 T: ¿Cómo le va a preguntar?

438 M: Este... le voy a preguntar ¿P. qué quieres para comer y vomitar?

439 T: Y ya que ella le diga... usted se va, le prepara los alimentos, se los pone en un recipiente...

440 M: Se lo pongo con un letrero...

441 T: ¿Qué va a decir el letrero?

442 M: No tocar comida para comer y vomitar de P.

443 T: Si... se lo va a dejar... Esa es la tarea que va a hacer usted, es una tarea más o menos compartida
444 porque el resto de la familia tiene que estar al tanto de esta situación, nadie se debe meter con
445 estos alimentos y nadie va a decir nada sobre esta situación ¿Si? ¿Vamos bien hasta ahí?

446 M: Si

447 T: P... voy contigo... te quiero pedir algo a ti, algo especial, algo particular... estamos aquí por un
448 problema de vómito... tú dices que ya no lo haces, yo no puedo saberlo, no puedo creer que eso
449 este pasando, pero también es claro que no puedo desconfiar de ti... nos acabamos de conocer y
450 no tengo elementos ni para confiar ciegamente en ti pero tampoco tengo ningún elemento para
451 desconfiar... Tú me dices... "ya no lo hago", que si te comparto... no te creo, pero tampoco estoy
452 diciendo... ni puedo saber si lo haces o no lo haces, ni estoy a favor ni estoy en contra quiero
453 reservarme... La tarea que te quiero pedir a ti es la siguiente... vas a comer... no te voy a pedir en
454 este momento que estamos iniciando, no te voy a pedir que dejes de vomitar, yo creo que eso

Comentario [P.E.T.36]: Protocolo Específico de Tratamiento: Segunda prescripción "Lista de comidas para la madre". (403 al 446)

455 sería de las últimas cosas que te pidiera... solamente te voy a pedir algo diferente que quiere decir
456 esto... cuando tú comes pasa muy poco tiempo para que vomites, ahora vas a comer, vas a
457 programar tu i pod o celular si es que tienes... para que una vez que acabes tus alimentos... vas a
458 programar tu teléfono para que suene una hora después... y en ese momento que suene el
459 teléfono, que suene la alarma... en ese momento corres al baño a vomitar, te voy a pedir que en
460 esa hora que va a pasar no tomes agua, no tomes ningún tipo de líquido... solamente consumes
461 los alimentos que en ese momento decidiste que se te prepararan ese día, comes tus alimentos
462 con calma, en paz, tranquila y una vez que acabes te fijas... si acabaste de comer a las 12:30
463 programas tu reloj para que a la 1:30 que suene corras al baño y vomites ¿Sí?

464 P: Sí³⁵

465 T: Eso es lo que vamos a hacer contigo... por eso te dije... no te voy a pedir que no vomites esa no
466 es mi intención, sólo quiero que esto se haga de manera diferente ¿Sí?

467 P: Si

468 T: Me hiciste una cara muy rara, pero hay testigos de que me dijiste que ibas a hacer lo que fuera y
469 que ibas a hacer lo que yo te pidiera... entonces ya te comprometiste y no hay vuelta de hoja... me
470 tienes que hacer caso, vamos a espaciar el ritual y le vamos a dar un tiempo más largo ¿Sí?, no lo
471 vas a dejar de hacer, lo vas a seguir haciendo pero ahora va a pasar una hora desde que comas
472 hasta que lo hagas ¿Sí?

473 P: Si

474 T: Ok... Ustedes me dijeron que iban a colaborar que iban a estar de mi lado y que iban a hacer lo
475 que les pedí... puede ser duro, puede ser difícil pero tenemos la experiencia en esto y sabemos
476 que estas ideas descabelladas tienen una razón de ser y entonces... yo sé que es una situación
477 dura, que es una situación fuerte pero que vamos a hacer todo lo posible por hacer un buen
478 trabajo...

Comentario [E.S.I.37]: Esquema Secuencial de Intervención: Provocación a través de comunicación paradójica. (447 al 455)

Comentario [D.E.38]: Diálogo Estratégico: Prescripción con "Ilusión de alternativas". (453 al 456)

Comentario [P.E.T.39]: Protocolo Específico de Tratamiento: Tercera Prescripción "Intervalo técnico". (455 al 467)

Comentario [E.S.I.40]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. Doble vínculo terapéutico. (474 al 478)

³⁵ Preferentemente previo a esta técnica resulta conveniente vender la prescripción con la idea de que es en la búsqueda de incrementar el placer; igualmente esta es una prescripción generalmente utilizada en *Transgresoras conscientes y arrepentidas*, aún así el terapeuta opta por probar los efectos que esta técnica puede tener en la paciente.

Sesión 2

(Durante esta sesión se trabajó por separado con P. y con su madre siendo esta la primera en ingresar al espacio...)

- 1 Terapeuta: ¿Cómo le fue estos días haciendo las cosas que le pedí?
- 2 M: Bien, desde que vinimos lo que me tocó a mí... pues nada más una vez he fallado...
- 3 Terapeuta: ¿Los demás días si lo hizo?
- 4 M: Si... si...
- 5 Terapeuta: ¿Y cómo le fue, cuando usted se acercaba y le preguntaba qué quería para comer y vomitar? ¿Cómo les fue?
- 6
- 7 M: Pues... responde bien indiferente, responde... pues lo que quieras me da igual... Y cuando me dice hazme tal cosa pues se la preparo y digo bueno... me quedo contenta porque digo... bueno le preparo lo que le gusta y se lo va a comer... y resulta que no, que ahí lo deja... a veces no...
- 8
- 9 tampoco lo come y pus si me he enojado, me han dado ganas de regañarla...
- 10
- 11 Terapeuta: ¿Qué es lo que le ha causado molestia, enojo?
- 12 M: Pues... me molesta que me pida algo que le gusta y no se lo coma... y lo que me paso ese día... pues íbamos de regreso... de pronto agarra y me pregunta... oye mamá ¿qué vena te debes de cortar para que te mueras más rápido? y pus... yo si me quede toda extrañada... Y tú para que quieres saber eso... le digo... No pus nada más quería saber... y le digo No sé, pues si quieres saber investiga, yo no te voy a decir nada... y le dije ¿por qué me preguntas eso? y me dice... No nada más... Pues deja de estar preguntando tonterías... fue lo que le dije y ya paso... y después de eso ya no dijo nada...
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19 Terapeuta: ¿Su hija que iba con ustedes hizo además algún otro comentario acerca de esto?
- 20 M: No, H. no escuchó porque veníamos sentadas en diferentes lugares y ella venía leyendo un libro y pues no dije nada porque si me entró el sentimiento pero me lo aguante y me pregunte si le dijo o no digo a H... pero me lo callé... y después me salió lo que le digo... que hasta ganas de hablarle a usted y preguntarle qué hacer... pero ya no le dije nada más... Después H. me dijo que cuando viniera preguntará sobre estas situaciones... que porque hay veces que no podemos tener una plática más amigable y que a veces me da coraje y me dan ganas de regañarla pero me lo aguanto...
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27 Terapeuta: ¿Hizo usted la tarea...? y me dice "si hice mi tarea salvo un día en el que se me hizo tarde y no pude dejar preparado nada... P... a veces si le decía lo que quería y a veces no..." y usted me dice que a veces se enojaba porque le dejaba la comida³⁶... usted pensaba que como era
- 28
- 29

Comentario [E.S.I.41]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (1 al 4)

Comentario [P.E.T.42]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "lista de comida" y los letreros. (5 al 10)

Comentario [E.S.I.43]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (7 al 10)

Comentario [E.S.I.44]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (24 al 26)

³⁶ El enojo, la indiferencia, son comunes resultados de esta prescripción en estas pacientes.

30 la comida que a ella le gustaba se la iba a comer pero paso varias veces que no se comió la
31 comida...

32 M: Aja...

33 Terapeuta: Parte de la tarea era que si ella no se comía la comida que usted le preparaba... ésta no
34 se tiraba sino que se fuera acumulando... ¿esto si pasó?

35 M: Si... si se lo deje... inclusive todavía el martes que me vine a trabajar... lo que más me ha pedido
36 son verduras... y si se las coso al vapor y a ella le gusta mucho la carne molida frita con tostadas y
37 aguacate y así... y eso le deje cuando me vine.... Así, con la nota "para comer y vomitar de P. no
38 tocar..." y en la noche como salieron juntas ella y H... este... no... en la mañana iban a salir las dos...
39 y es que por ejemplo... ahorita que yo salgo de trabajar no le dejo las cosas así como deben de
40 ser... entonces yo también me estoy pensando en sí va o no va a comer....

41 Terapeuta: Cuando se las deja... si se las deja en la mesa es decir, le deja el plato servido con su
42 recado... ¿si se lo deja?

43 M: Si... pero ahorita por ejemplo... cuando no llego temprano es cuando no tengo el equilibrio...
44 como debe de ser y... este...

45 Terapeuta: Cuando usted trabaja por las noches... no lo hace en la mañana... sino hasta en las
46 noches que ella llega para cenar... encuentra su plato...

47 M: Si... Y en esa ocasión... en que olvide porque si se me hizo tarde y me tuve que salir corriendo
48 deje las cosas, pero no deje el recado y en esa ocasión H. se dio cuenta y se molestó... y si pues...
49 me contestó de una manera... pus muy enojada... y le digo... A no mentira... ese día no se la deje
50 porque salió con unas amigas y me dijo... Mamá no me prepares las cosas porque voy a comer con
51 unas amigas fuera... y yo dije bueno... Cuando llegó H... se dio cuenta y si me llamó la atención y
52 luego yo le dije... oye sabes qué no lo hice por esto... y por esto... A bueno discúlpame yo no sabía
53 y le digo... si pero fue por esto que no lo hice...

54 Terapeuta: A lo largo de estas semanas que usted estuvo haciendo todo esto... ¿notó algo
55 diferente en P., ¿notó algo diferente en ella, en su voz, su comportamiento, su actitud?

56 M: Pues la empecé a ver un poquito más contenta...

57 Terapeuta: ¿Cómo se dio cuenta de que estaba más contenta, cómo la vio usted?

58 M: Pues... porque llegaba y si me saludaba, me decía hola o por ejemplo... pues así como decía
59 usted de no mencionar nada... y así nos sentábamos y ella con su comida... y por si llegaba H... yo
60 empezaba y le decía vamos a cenar... y si, se animaba y también comía...

61 Terapeuta: ¿Y eso, era algo que usted no había visto las semanas anteriores...? que llegara
62 saludara y se sentara a comer ahí con ustedes...

Comentario [P.E.T.45]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "lista de comidas" y los letreros. (27 al 46)

Comentario [D.E.46]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (27 al 31)

Comentario [E.S.I.47]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (47 al 53)

Comentario [E.S.I.48]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (54 al 66)

63 M: Si, lo estuvo haciendo pero... después otra vez... volvió a llegar... y veía sentada que ella sólo
64 veía lo que había preparado, abría el refrigerador y después decía... Ya me voy a dormir... y luego
65 yo le gritaba... oye vas a bajar y luego después... ya bajaba y si... cenaba algo o luego de plano...
66 no... no quiero...

67 **Terapeuta:** Había veces que no comía ok... ¿Cuando llegaron de la última sesión... si hablaron con
68 su esposo, con sus hijos... y les dijeron ya fuimos a la terapia y nos dijeron que ya no vamos a
69 hablar de esto?

70 M: Si

71 **Terapeuta:** ¿Todos han seguido la tarea?

72 M: Si

73 **Terapeuta:** ¿Y usted ha notado algo diferente ahora que ya no hablan de esto... ha notado que
74 algo es distinto?

75 M: Pues yo honestamente no sé pero he notado como que vienen enojadas....

76 **Terapeutas:** ¿Entre ellas?

77 M: Si

78 **Terapeuta:** ¿Platicó con su esposo en estos días?

79 M: No, él no ha venido desde entonces...

80 **Terapeuta:** Desde ese día de la sesión... ¿él no ha venido, no está al tanto de esto?

81 M: No... no ha venido pero nos ha hablado y me dice que "¿cómo va todo?" Le digo... ahí va
82 saliendo...

83 **Terapeuta:** ¿Le dijo que iba a venir de nuevo? ¿Le dijo que vinieron acá?

84 M: Si y le dije que usted nos había dicho acá... que cuando fuera necesario que ellos vinieran...
85 pues nos iba a avisar con tiempo... y me dijo que si, que cuando fuera necesario... él pedía
86 permiso y venía para acá... inclusive mi hijo me dijo lo mismo, me pregunta cómo hemos estado y
87 cómo va todo...

88 **Terapeuta:** ¿Ha notado algo distinto en casa desde que ya no se habla de esta situación?

89 M: Pues que hablamos menos de comida... pero yo a veces créame que... yo estoy así de que... a
90 veces yo ya no sé qué hacerle de comer porque le digo... aunque ella me pida eso... ella no se lo
91 come y luego... ya le hago lo que le gusta y al final no, no se lo come.... Por ejemplo... ayer se me
92 pasó. Pues si... se me salió a mí preguntarle... porque le dije... ¿qué quieres que te prepare, qué vas
93 a desayunar? Porque... ¿cuántas veces ya has vomitado? así le dije... y me dice... No nada más

Comentario [P.E.T.49]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "Conjura del silencio". (67 al 72)

Comentario [E.S.I.50]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (73 y 74)

Comentario [E.S.I.51]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (88)

Comentario [P.E.T.52]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "Conjura de silencio". (88)

Comentario [E.S.I.53]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (89 al 106)

94 hazme calabacitas con elote... sólo quiero verdura y le digo si... Me baje y le preparé un elote con
95 unas calabacitas al vapor... y yo le digo... pues vamos abajo... y yo me preparé una tostada y ella
96 sólo se agarró un pedacito... y le digo que... ¿ya no quieres más?... no, casi no tengo hambre y
97 entonces yo agarre y si me enojé... pero no le dije nada más... me levante y así... de reajo... la vi... y
98 empezó a cucharear la cacerola... y la deje, y me subí. Cuando regresé... vi que ya había menos en
99 la cacerola...

100 Terapeuta: entonces... si estaba comiendo...

101 M: Aja y ahí fue cuando le pregunté ¿y cuántas veces has vomitado? y me dice No... no he
102 vomitado ¿cómo... si eso te dejaron de tarea? pero dice que no... que ya no podía... Ya no puedes a
103 bueno... pues así lo deje... Yo ese día casi no subí a donde ellas duermen, subí... a eso de las 4 de la
104 tarde... y entro al baño y, en eso veo que ella había vomitado... y pues si... sentí tristeza... no, pero
105 dije bueno esto es parte de lo que tiene que hacer... Pero le digo que le mande un mensaje, que sí
106 es buena para mentir... pero no para bajarle a la palanca del baño... le digo... y no me contestó

Comentario [P.E.T.54]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reporte de otro episodio de vómito en las últimas dos semanas. (104)

Comentario [E.S.I.55]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas por la mamá. (105 al 106)

107 Terapeuta: La sesión pasada que estuvimos platicando pues usted está preocupada con esta
108 angustia que siente de cómo estará ella... Pero... cuando platicamos con ella... pues pudimos notar
109 que ella no se siente tan afectada por la situación, de hecho ella reconoció que esto no es una
110 situación que sea un problema para ella y que lejos de causarle dolor, le causa placer... no digo que
111 brinque de alegría pero no es algo desagradable... Usted ha pensado en eso... ¿De qué manera
112 cambió su percepción hacia P. ahora que ya escuchó de labios de ella que esta situación para ella
113 no es un problema? ¿Usted ha pensado en esto en estos días o no se ha dado a la tarea de pensar
114 en esto?

Comentario [P.E.T.56]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre acerca del placer de comer y vomitar en lugar de sufrimiento. (107 al 114)

115 M: Pues si he pensado y... porque pienso que... bueno esta situación se está dando y si... de alguna
116 manera me causa dolor... pero igual lo pienso y digo... No me puedo dar por vencida, estoy
117 empezando y tampoco voy a ponerme de malas o a no hacer por algo que yo estoy dispuesta a
118 hacer...

119 Terapeuta: Es una cuestión y usted lo acaba de decir... estamos empezando, es una situación
120 delicada, no es una situación fácil y nos va a llevar tiempo... necesitaremos llevarlo con calma y ser
121 pacientes... ¿qué le pido...? que me tenga paciencia y confianza... y que me siga haciendo lo que le
122 pido... no se me decepcione si de aquí a la siguiente ves vuelve a ver que no hay muchos avances...
123 o usted... lento pero seguro, vamos a trabajar y es claro... no va a ser pronto, nos llevará tiempo y
124 si le pido que sea paciente y persistente... que no me lo deje... y que siga haciendo las cosas... Le
125 voy a pedir que mantengan el silencio... le voy a pedir que mantengan eso de que no se debe
126 hablar...

Comentario [E.S.I.57]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. Doble vínculo terapéutico. (119 al 124)

Comentario [P.E.T.58]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción para la madre: Continuar con la "Conjura del silencio". (124 y 126)

127 M: Pues si...

128 Terapeuta: Ahora... le voy a pedir que siga haciendo lo de la comida... se la coma o no se la coma...
129 yo sé... ahorita los tiempos no están para esto pero tenemos que seguir constantes y le pediré que
130 le siga preguntando todos los días... ¿P. que quieres para comer y vomitar? Todos los días y bueno

Comentario [P.E.T.59]: Protocolo Específico de Tratamiento: Segunda prescripción para la madre: continuar con "La lista de comidas". (128 al 136)

131 usted es la experiencia... se me adelantó un poquito con lo que le voy a pedir... porque vamos a
132 seguir manteniendo el silencio y lo de los alimentos... pero ahora le va a empezar a decir de
133 repente... Este... oye P... ¿ya vomitaste?³⁷ No... que ya no vomito... pues le contesta Yo ya me di
134 cuenta ahora que estamos hiendo a la terapia que vomitar es algo que a ti te gusta... y yo
135 solamente quiero ayudarte a que lo hagas... Y esto es... preguntarle 3 o 4 veces al día lo que acabo
136 de decirle “¿ya vomitaste? y ¿ya vomitaste...?” yo sé que es extraño y yo sé que no le cuadra la
137 idea ni que le queda muy claro... y a lo mejor no le agrada pero yo le dije que haríamos... y le
138 pediría cosas extrañas pero le pido paciencia y confianza porque esto es poco a poco...

Comentario [E.S.I.60]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. Doble vínculo terapéutico. (136 al 138)

139 M: Si está bien doctora... pus ayer todavía, pus ayer ya de plano tuve que tirarle comida... que se le
140 había quedado desde antier porque me dijo que le hiciera unos sándwiches de jamón y si se los
141 preparé como a ella le gusta y si abrió el plato, lo destapo y mordió uno... No quiero... y lo dejo ahí
142 A bueno ¿ya no vas a comer? No, guárdamelo y hoy por la noche lo ceno lo calentamos y me lo
143 como... si está bien le digo...

144 Terapeuta: Ya no lo tocó... la comida que se le eche a perder le dice... Ya se echó a perder la
145 comida pero no te la voy a tirar... por qué mejor no te la comes... como ya está echada a perder va
146 a ser más fácil que la puedas vomitar... así le va a decir... “ya se echó a perder la comida pero no la
147 voy a tirar mejor cométela y como ya no esta buena la vas a vomitar con más facilidad...” así le va a
148 decir...

149 M: Igual me pidió jícamas el martes... le deje un plato con jícamas en agua limón y chile ahorita no
150 se las ha comido...

151 Terapeuta: Por el momento vamos a seguir haciendo esto... porque le pedí que entrará primero
152 usted... ahorita le voy a pedir que entre ella y le preguntaré cómo va... y le dejare unas tareas a
153 ella...

154 M: Si

155 Terapeuta: Ahorita que salga usted... le pediré a P. que pase y ya vamos a platicar...

156 M: Si gracias doctora

(Sale M. y entra P.)

157 Terapeuta: Hola P. ¿cómo te ha ido en estos días?

Comentario [E.S.I.61]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (157 al 163)

158 P: Pues bien... pero cuándo fue... ayer, ante antier... no recuerdo... No, ante antier volví a hacerlo...

159 Si... Porque bueno... Porque la noche anterior mi mamá me había dado de comer pero... si tenía un

160 buen de hambre porque no había comido en todo el día y comí... pero comí demasiado y me fui a

Comentario [P.E.T.62]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reporte de otro episodio de vómito en las últimas dos semanas. (158 al 163)

³⁷ Siguiendo con el objetivo de provocar la inhibición de la paciente, se le pide a la madre que diario le pregunte si ya ha vomitado. Esto se pensó en la búsqueda de general una sensación más inhibidora en la paciente.

161 dormir... Me sentí bien llena y como usted le dijo a mi mamá que me acumulará lo que no me
162 comía pues ya me lo comí y pues sentí muchas ganas y por tanto lo volví a hacer... y pues... ya, lo
163 volví a hacer... y mi mamá lo vio...

164 Terapeuta: Pero la tarea era que no lo dejaras de hacer...

165 P: Aja si... esperar una hora... pero ahora no espere...

166 Terapeuta: Es decir, independientemente de antier... ¿todos los días has seguido vomitando?

167 P: No, esperaba la hora y ya... a pus ayer mi mamá me preguntó y le dije que no... que ya no
168 podía...

169 Terapeuta: ¿si pasa una hora...?

170 P: Aja y dijo que sin líquidos ni nada no...

171 Terapeuta: Aja

172 P: No pus ya no podía...

173 Terapeuta: ¿Cómo que no...?

174 P: Es que ya no...

175 Terapeuta: No pues algo está mal...

176 P: Me cuesta trabajo

177 Terapeuta: Algo está mal... Tú eres una experta en esto, llevas dos años haciéndolo según nos
178 dijeron la sesión anterior... ya en dos años se te debió de haber desarrollado una técnica, ya debes
179 de saber eso de que después de una hora... no mas no te sale... no... No está bien, no está
180 funcionando bien la tarea o me mentiste y no eres tan buena como yo pensé que eras en esto
181 porque normalmente tus compañeras que se quejan de estas situaciones no tienen problema en
182 poder hacerlo pero bueno si algo te está pasando, si dices que no puedes hacerlo... algo está
183 pasando... ahora dices que sólo esta ocasión si vomitaste después de comer... pero que fue porque
184 te sentías muy llena... ¿eso es lo que me estás diciendo?

185 P: Aja

186 Terapeuta: En estas dos semanas me estás diciendo que sólo vomitaste una vez...

187 P: Si

188 Terapeuta: ¿Cómo podemos saber que eso es verdad?

189 P: No sé

Comentario [E.S.I.63]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (164, 173, 175)

Comentario [E.S.I.64]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (177 al 184)

Comentario [D.E.65]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reencuadrante. (186)

190 Terapeuta: Porque la vez pasada te había dicho que no puedo confiar en ti... ya que no tengo los
191 elementos para hacerlo pero también es claro que no puedo confiar ciegamente en ti... no tengo
192 elementos para ni desconfiar ni confiar ¿cómo podemos saber que si nos dices la verdad? ¿Cuál es
193 la evidencia que nos podría decir que efectivamente dices la verdad?

194 P: No sé, no la hay

195 Terapeuta: No la hay, no la sabes... Mmm... nos decías la vez pasada bueno no a nosotros... a la
196 psicóloga K. que te tomó los datos... que tienes un novio

197 P: Aja

198 Terapeuta: Ese novio, ¿es de la escuela o de por tu casa?

199 P: No... de la escuela

200 Terapeuta: ¿Y cuánto tiempo tienen?

201 P: Como dos semanas...

202 Terapeuta: ¿Empezaste a andar con él cuándo empezaste a venir aquí?

203 P: No, antes

204 Terapeuta: Antes... ¿tú en qué semestre estas?

205 P: En cuarto... pero ya voy a pasar a quinto

206 Terapeuta: En cuarto pero bueno ya vas a pasar a quinto... ¿Y tu novio?

207 P: Igual

208 Terapeuta: ¿Es de tu salón?

209 P: No...

210 Terapeuta: ¿Él, sabe de esta situación?

211 P: No

212 Terapeuta: No...

213 P: ¿Tendría que?

214 Terapeuta: No, te preguntó porque regularmente, cuando uno tiene pareja le platica sus cosas...

215 Te preguntaba que si ¿él sabe de esto?

216 P: No... sólo sabe que vengo con el psicólogo pero hasta ahí

Comentario [E.S.I.66]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (188 al 193)

Comentario [E.S.I.67]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (195 al 236)

217 Terapeuta: Y sabe ¿por qué vienes?

218 P: No

219 Terapeuta: No le has dicho... ¿Qué te dice o te pregunta de que sabe que estás viniendo aquí?

220 P: Nada... pus sólo juega así de que “vas a ir a contarle tus traumas” y hasta ahí...

221 Terapeuta: Él no sabe de ésta situación, no se lo has platicado... ¿y él no se ha dado cuenta?

222 P: No

223 Terapeuta: Cuando te besa ¿no te dice nada?

224 P: No

225 Terapeuta: Que le sepa rara tu boca o cosas así

226 P: No

227 Terapeuta: Si sabes que con la cuestión del vómito se generan muchos ácidos en la boca esto hace
228 que se empiecen a lacerar los dientes... pero, también con el tiempo va a haber un problema de
229 mal aliento...

230 P: Aja

231 Terapeuta: ¿Sabías o no lo sabías?

232 P: Aja... si

233 Terapeuta: Y él no se ha percatado de eso...

234 P: No, no sé

235 Terapeuta: Todavía no al menos... no te ha dicho nada así de manera abierta...

236 P: No

237 Terapeuta: Ok... ¿Qué dice tu novio secreto?

238 P: ¿De qué? (*sonriendo*)

239 Terapeuta: Pus... habíamos dicho... que ésta cuestión del vómito... era así como tener un novio
240 secreto ¿no? un novio a escondidas, es como un novio al que puedes llamar y ver cuando quieras...
241 pero nadie sabe, es tuyo y puedes hacer con él lo que quieras...y pues empieza a tener... pues
242 cierto atractivo para ti... Me puedes decir ¿cómo es cuando ya comiste y quieres vomitar?

243 P: ¿Cómo?

Comentario [P.E.T.68]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición de la metáfora del “Amante secreto”. (237 al 242)

244 Terapeuta: ¿Qué sientes, qué piensas, cómo lo haces, en dónde lo haces?

245 P: Últimamente... sólo lo hacía cuando comía demasiado... cuando sentía que hay... que ya estaba
246 regresando todo... era como instantáneo y pus y ya

247 Terapeuta: Y cuando sentías que se regresaba... ¿pegabas la carrera al baño? te vas corriendo al
248 baño...

249 P: No... Me esperaba... y cuando ya no podía... ya después

250 Terapeuta: ¿Cuándo estás en el baño haciendo esto que te resulta tan atractivo...? 259.
251 ¿normalmente, estás parada o sentada?

252 P: Parada

253 Terapeuta: El hecho de que estés parada ¿no ha resultado ser un problema para ti?

254 P: No

255 Terapeuta: Y más o menos... ¿cuánto tiempo le dedicas?

256 P: Cómo...

257 Terapeuta: ¿Aja cuánto tiempo te toma?

258 P: No lo sé... no me tomo el tiempo

259 Terapeuta: No sabes cuánto te tardas...

260 P: No

261 Terapeuta: Y una vez que terminas... bueno, me dices que usas los dedos para provocarte el
262 vómito

263 P: Si

264 Terapeuta: ¿Usas uno o dos dedos?

265 P: Dos

266 Terapeuta: Y una vez que lo haces... ¿qué es lo siguiente?

267 P: Ya... me limpio y ya...

268 Terapeuta: ¿Cómo te limpias?

269 P: Me enjuago la boca

270 Terapeuta: ¿Te lavas las manos o te las limpias?

Comentario [P.E.T.69]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre cómo se lleva a cabo el ritual de comer y vomitar. (242 al 280)

271 P: Me las lavo

272 Terapeuta: Te enjuagas la boca, te lavas las manos y ya te sales ok... ¿Esto lo puedes realizar en
273 cualquier lugar o tienes tu sitio especial?

274 P: No sólo lo hago en mi casa

275 Terapeuta: ¿En tu casa... en la escuela no?

276 P: No

277 Terapeuta: ¿Alguna razón por la que no lo haces en la escuela?

278 P: Pus porque no... porque siempre voy al baño acompañada

279 Terapeuta: Y eso de que te oigan o te vean... ahí no te gusta

280 P: Aja

281 Terapeuta: ¿Esta situación por la que estás aquí la conoce alguna de tus amigas?

282 P: Si, sólo una sabe

283 Terapeuta: Y la que sabe ¿por qué sabe?

284 P: Porque se dio cuenta

285 Terapeuta: ¿Cómo se dio cuenta?

286 P: Bueno lo sabía ella y otro chico... y ya el chico le dijo a mí a miga y ya...

287 Terapeuta: ¿Y por qué le tuviste confianza tu amiga o cómo es que ella se entera de esto que te
288 pasa?

289 P: Mmm... porque una vez fuimos al baño y fue cuando yo lo intente y se dio cuenta y me
290 escuchó... Y me preguntó que... ¿qué pasaba? y ya le dije por qué... y empezó a hablar conmigo y
291 ya, pero eso ya fue hace mucho tiempo... iba como en primer semestre

292 Terapeuta: Hoy en día... ¿qué dice tu amiga de esta situación?

293 P: Pus ya... me dice... Bueno, ella sabe que estoy viniendo y por qué vengo y todo... y bueno ella
294 está muy enojada conmigo porque lo sigo haciendo y que pus sí... que ya lo dejara y no sé... me
295 empezaba a decir...

296 Terapeuta: Y el amigo ¿qué dice de esto?

297 P: No pues él ya no lo veo, se salió de la escuela hace mucho tiempo

298 Terapeuta: ¿Ya no sabes nada de él...?

Comentario [E.S.I.70]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (281 al 291)

Comentario [E.S.I.71]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas por la mamá. (290)

Comentario [E.S.I.72]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (292 al 299)

299 P: No

300 Terapeuta: Sabes... ahorita que me dices esto de cómo se va dando... de repente me recuerda y
301 espero que así lo veas... es como una adivinanza... a qué te suena esta parte de como tener un
302 deseo, unas ganas de hacer algo, emocionarte por tener esas ganas, anhelar que esto llegue y
303 después poder consumir el acto, tener ese placer, haberlo hecho y después entrar en un periodo
304 de calma... esta parte de comer y vomitar... y de repente... sentir que ya no puedes pero me
305 aguantando un poquito, pero ya que no puedo lo hago, ya que termino me lavo me enjuago... esta
306 parte de sentir cierto placer, cierta excitación, en darte tu tiempo consumir el acto, hacerlo y ya
307 luego... recuperarte ¿cómo a que te suena...?

308 P: Como... a hacer lo que quiero hacer... como así como...

309 Terapeuta: Así como salir a la calle, agarrar al primer hombre que te guste, raptarlo, arrinconarlo,
310 hacerlo con él... dejarlo ahí... salir y agarrar al primero que encuentras...

311 P: (Ríe)

312 Terapeuta: No importa que sea chaparro, viejo, moreno, alto, joven... no importa como sea, se
313 trata de salir, agarrar a una víctima... hacerlo, satisfacerte he irte... No te estoy diciendo que así
314 seas, no asevero que así seas sólo lo pongo sobre la mesa para que pienses que tanta similitud hay
315 entre lo que haces y ser así... No digo que sea así sólo es una idea que tengo, que te comparto,
316 para que la pienses hasta qué punto puede haber una similitud entre esto que tú haces y lo que te
317 acabo de describir... solamente eso... y en ese sentido, quisiera preguntarte ¿qué es aquello
318 benéfico que tiene el vómito para ti?

319 P: Como... como ya no sentirme tan llena... como sacarlo...

320 Terapeuta: Para ti... algo bueno que trae el vómito consigo es que ¿te da la sensación de sentirte
321 ligera?³⁸

322 P: No ligera pero como... Bueno si

323 Terapeuta: ¿Cómo sería mejor, más preciso?

324 P: Pus si ya... Bueno más ligera...

325 Terapeuta: ¿De qué te protege?

326 P: No sé...

327 Terapeuta: ¿Al hacer esto... se bloquean y se evaden otras cosas? ¿Al hacer parecer que esto es un
328 problema, qué es aquello que queda oculto?

Comentario [P.E.T.73]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre sobre la similitud entre comer y vomitar con la actividad sexual. (300 al 307)

Comentario [D.E.74]: Diálogo Estratégico: Evocación de sensaciones a través de la metáfora. (300 al 307)

Comentario [P.E.T.75]: Protocolo Específico de Tratamiento: Fantasía de la "Sexualidad incontinente". (309 al 317)

Comentario [P.E.T.76]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre la utilidad positiva de comer y vomitar. (317 al 338)

³⁸ Cuando se le pregunta a la paciente siempre se debe procurar estar un paso atrás de ella de manera que sea ella quien descubra a dónde el terapeuta la guía.

329 P: Como opacar los demás problemas que tengo...

330 Terapeuta: ¿Y eso qué beneficios te ha otorgado? ¿Qué beneficios te ofrece el tapar otro tipo de
331 problemas?

332 P: No sé

333 Terapeuta: Ha de tener alguna ventaja puesto que lo haces...

334 P: A lo mejor que se me olvida un poco lo demás

335 Terapeuta: Esto que haces entonces, te hace sentirte más ligera, hace que opaques problemas
336 más grandes y hace que te olvides de otras situaciones que están presentes pero que igual te
337 molestan pero así los opacas...

338 P: Si

339 Terapeuta: Ok... Quisiera pedirte que pienses esta idea, que tanto se parece esto que tú haces...
340 con el hecho de ser una mujer que sale a la calle toma al primer hombre que se encuentra en su
341 camino, lo rapta lo arrincona, hace lo que tiene que hacer con él y una vez que haya satisfecho sus
342 necesidades... se va... feliz, tranquila... quiero que pienses qué similitudes hay entre eso que tú
343 haces y esa imagen... Quiero pedirte... que esta parte en la que te esfuerzas por vomitar una hora
344 después de haber ingerido tus alimentos... mm no te pido que lo dejes de hacer porque yo sé que
345 eso es imposible, porque eso no es un problema sino un placer para ti... y aquello que es
346 placentero regularmente lo seguimos haciendo y yo que soy psicóloga mejor que nadie sabe que
347 no te puedo prohibir algo que es placentero para ti... lo único que quiero pedirte es que lo hagas
348 de una manera diferente y hacerlo de una manera diferente quiere decir que lo hagas una hora
349 después de comer tus alimentos...³⁹ La tercera y última tarea que te voy a pedir... es que antes de
350 irte a dormir puedas conseguirte algunas hojas blancas o de las que mejor sean para y ti y una
351 pluma del color que más te guste escribir y que también... consigas algunos sobres... vas a tener
352 todo tu kit de escritura tus hojas de papel, tus plumas y tus sobres...y te voy a pedir que todas las
353 noches antes de que tú puedas conciliar el sueño, me puedas escribir una carta... y en esa carta
354 tiene que tener una condición... tiene que comenzar diciendo "querida doctora..." y después... me
355 puedes decir todo lo que quieras, incluso decirme que soy lo peor que te ha ocurrido.... Inclusive
356 decirme que me odias... pero tiene que decir al principio "querida doctora" y después Todo lo que
357 quieras poner... lo bueno, lo malo, lo que quieras poner... una vez hecho, te voy a pedir que las

Comentario [D.E.77]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reestructurante. (335 al 337)

Comentario [P.E.T.78]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción: Pensar sobre "La fantasía de la sexualidad incontinente". (339 al 343)

Comentario [E.S.I.79]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (344 al 347)

Comentario [P.E.T.80]: Protocolo Específico de Tratamiento: Segunda prescripción: continuar con "la técnica del intervalo" una hora antes de vomitar. (343 al 349)

Comentario [P.E.T.81]: Protocolo Específico de Tratamiento: Tercera prescripción: "Epistolario Nocturno". (349 al 360)

³⁹ Durante esta sesión pese a no obtener resultados o efectos con esta prescripción se decide seguirla manejando como complemento, sin embargo la estrategia está encaminada de acuerdo al protocolo en el caso de *Transgresoras inconscientes*.

358 cierres en un sobre y para la siguiente vez que nos veamos me traigas tus cartas. Si quieres
359 ponerles fecha, numerarlas... para entregármelas la siguiente ocasión...⁴⁰

360 P: Si

361 Terapeuta: Son tres cosas: piensa las similitudes que hay entre eso que tú haces y la imagen que
362 yo te di... Te pido por favor que sigas haciendo lo que has seguido hecho hasta el momento una
363 hora después de que hallas consumido tus alimentos y en tercera te pido que me hagas las cartas
364 ¿Sí?

365 P: Si

366 Terapeuta: Eso sería todo P. muchas gracias que te vaya bien cuídate mucho.

⁴⁰ Esta prescripción se emplea con la finalidad de mejorar la relación terapéutica y propiciar la “captura” de la paciente, además de que a través de las cartas existiese la oportunidad de que la paciente comunique algo que tal vez por pena, o inhibición no se atreva a comentar durante la sesión.

Sesión 3

(Durante esta sesión se trabajó con P. y M.)⁴¹

- 1 Terapeuta: Después de un mes de contingencia, de vacaciones, de puentes y una infinidad de
2 cosas... ¿cómo estamos? ¿Cómo les ha ido señora M... en este mes...?⁴²
- 3 M: Más o menos
- 4 Terapeuta: Dígame usted... ¿qué ha pasado?
- 5 M: Pues... después de la última vez que venimos... pues volvimos a encontrar bolsas y un
6 recipiente con el vómito...
- 7 Terapeuta: Aja
- 8 M: Este... en cuanto a la alimentación no... pues yo le hago lo que creo yo que le gusta... y resulta
9 de que ella no se lo come... y a veces si me sorprende porque a veces sin que... Algunas veces ya
10 me ha ganado, en el sentido de que cuando ya bajo a preparar y a poner el letrero, resulta de
11 que... yo honesta mente no le creo... pero ella dice... ya desayuné... y yo sé lo que dejo, le digo me
12 estás mintiendo...
- 13 Terapeuta: ¿Usted no le cree porque sabe las cantidades de comida que hay?
- 14 M: Aja, yo sé lo que hay y aunque yo no preparé todavía... ella dice... es que ya comí... y yo no veo
15 que lo que estaba ahí... pues disminuya por decirlo así... Lo que si tiene es que come muchas
16 golosinas... Como le digo... comes tanta porquería y lo que uno te da no lo quieres comer... Sale un
17 cestito de este tamaño lleno de basura de golosinas, chocolates, dulces... más que nada
18 chocolates...
- 19 Terapeuta: Y antes de toda esta situación... ¿esto si pasaba? que aunque no comiera comida, ¿los
20 dulces si se los comía?
- 21 M: Si... Si comía pero no tanto, de hecho eran muy poco lo que ella comía por la situación de que
22 ella se cuidaba mucho los dientes... ni chicles, cosas de esas, era muy poco y ahora no... ahora ha
23 cambiado, ahora come más dulces... y otras veces por decir... ahorita llega... por decir muy... m...
24 cambia su carácter continuamente de un momento a otro por ejemplo: luego llega muy... Hola
25 mamá ya vine... y luego así ya se pone a comer y que rico, esto me gusta y ya termine y se sube... y
26 después me pongo a pensar y luego le llevo a preguntar ¿oye ya vomitaste? Si le he preguntado...
- 27 Terapeuta: "Luego..." La tarea, era que le preguntara todos los días... de 3 a 4 veces... ¿lo ha
28 hecho... o no lo hace usted con esa frecuencia?

Comentario [E.S.I.82]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (1 al 3)

Comentario [P.E.T.83]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reporte de un nuevo episodio de Vómito. (5 y 6)

Comentario [E.S.I.84]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (8 al 27)

Comentario [E.S.I.85]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas por la mamá. (16)

Comentario [E.S.I.86]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (19 y 20)

Comentario [P.E.T.87]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre preguntar diario ¿si ya ha vomitado?. (27 al 34)

⁴¹ En estos casos es mejor separar los subsistemas de manera que lo que se platica con P. o lo que se platica con M. no influya en sus reacciones, respuestas o información.

⁴² Debido a una contingencia sanitaria fue imposible ver a P. sino hasta un mes después.

29 M: Si... Si lo he hecho, pero tan frecuente no...

30 Terapeuta: ¿si lo hace diario...?

31 M: Si

32 Terapeuta: ¿Por lo menos una vez, no de 3 a 4 veces diarias?

33 M: No, a veces no... porque cuando ya la veo que come pus digo... pus ya, pero luego ya después...

34 Terapeuta: No... usted no se me asuste ni nada... si ese día vio que acaba de comer aun así... le dice
35 "oye ya pasaron 30 minutos... ya vete... a..."

36 M: Lo que si... ya le dije... Oye una de tus tareas fue que una hora después de que comas tienes
37 que poner tu alarma para que vomites... y tú no estás llevando ese horario... fue lo que le dije... Y
38 otra de las cosas que también está pasando... es que por decir... le preparo lo que va a comer con
39 el letrero y se enoja... y agarra y avienta el letrero... Y me siento con ella para que las dos
40 desayunemos o comamos... y se molesta y me dice No me veas, no me gusta que me veas cuando
41 como, vete... y yo le digo Pus por qué me voy a ir, yo no te estoy viendo, yo estoy en lo mío... A
42 bueno, entonces agarra sus cosas y se sube a comer arriba...

43 Terapeuta: Usted nos dice... Yo he hecho mi tarea, le pongo el letrero, se enoja... Yo les pedí que
44 durante el tiempo que no nos veríamos las tareas se debían realizar al pie de la letra... si se enoja o
45 no se enoja... pues no nos importa, no estamos aquí por gusto, estamos aquí por una situación de
46 salud muy delicada... que le preocupa a la familia... le pido yo... que siga haciendo la tarea, siga
47 haciendo lo que viene, siga haciendo su letrero... y si usted se quiere sentar en la mesa a comer
48 con ella se sienta... Sí ella no quiere estar ahí... que se vaya... es la mesa de su casa. La otra tarea
49 era que no se platicara más de esta situación... ¿se ha podido mantener esa tarea en casa o de
50 repente se escapa el tema?

51 M: Si, se ha llegado a escapar que alguien lo menciona...

52 Terapeuta: ¿Pero escasas veces, no continuamente?

53 M: No, continuamente no... ya si alguien lo hace yo le hago señas... Inclusive mi esposo no quería
54 cooperar con las veces que yo no he estado y él sí. Yo le aviso... Sabes qué... ponle esto, y esto, el
55 letrero y dile así... y él no quería, de hecho se negaba... y ahora si ya lo hace

56 Terapeuta: Ok ya le dijeron la importancia de que este colaborando

57 M: Y lo que más procuro es por ejemplo... con su tía y algo así... y mis hijos de repente me
58 recuerdan que no se puede hablar de esto... y de repente me hago la loca y ya no platico con ella
59 de nada de eso... pero si es cierto, yo he fallado a veces... en ponerle los letreros, en no decirle si
60 ya ha vomitado... eso es en lo que yo le digo que he fallado... pero ahí es que no se... intento estar
61 bien y hacer las cosas... pero no sé y ahí está ella, que diga sino... no me quiero hacer la victima
62 pero yo doctora estuve en una situación de depresión profunda donde yo no... ya no me paraba

Comentario [E.S.I.88]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (34 y 35)

Comentario [P.E.T.89]: Protocolo Especifico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "Técnica del intervalo". (36 al 38)

Comentario [P.E.T.90]: Protocolo Especifico de Tratamiento: Redefinición de los efectos de "La lista de comidas". (38 al 42)

Comentario [E.S.I.91]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (43 al 48)

Comentario [P.E.T.92]: Protocolo Especifico de Tratamiento: Redefinición sobre "La conjura del silencio". (48 al 59)

63 yo... con la mirada fija horas enteras y no me sabía que tenía y que tenía y entonces estuve con
64 antidepresivos y todo esto... y ahora a veces cuando la dejo, cuando sé que me voy a venir y
65 cuando sé que son varios días en que no come, de que Baja a comer te estamos esperando y No
66 quiero no tengo hambre... y es cuando pues yo otra vez me siento que me... pues se me van otra
67 vez las fuerzas me desguanzo pero me digo tengo que estar bien y tengo que estar bien... y pues
68 como le digo mira es que pues... que ya no lo haga por mí, que lo haga por ella... tan bonita que es
69 la vida como le digo tú que eres adolescente cuantas cosas puedes hacer... yo misma me pongo de
70 ejemplo doctora porque yo me case a los 16 años... a los 16 años yo ya estaba cuidando a mi hijo

(Comienza a llorar)

71 Y no me arrepiento, es algo de lo que estoy orgullosa, de que ahora tengo a mis hijos grandes pero
72 como le digo a ella... Mira yo no tuve adolescencia... yo quisiera cuando yo estudie la carrerairme
73 con mi grupo de amigas a algún lado... le digo y tú que la tienes.... Por eso no me gusta que ella no
74 aproveche lo que tiene y como dicen sus hermanos mamá lo que pasa es que ella siempre ha
75 tenido todo a ella nunca le ha faltado nada... ella esto y lo otro... por eso hace lo que hace y eso...

76 Terapeuta: ¿Y usted cree que si es cierto esto que a ella se le ha dado más que a sus hermanos?

77 M: Si doctora

78 Terapeuta: Y usted como madre en términos de crianza, que ha criado a todos sus hijos... ahora
79 que tiene a sus hijos más grandes, ya con familias y demás... usted como se da cuenta en términos
80 de crianza... ¿qué le ha funcionado mejor con sus hijos...?

81 M: Pues creo que lo que más a ha funcionado es que hayan carecido de muchas cosas... y también
82 en ese sentido... yo cuando estaba embarazada de mi hija, de ella... pues mis hijos... en ese
83 entonces yo empezaba a trabajar, había un poquito más de dinero en la casa y mis hijos pus aún
84 chiquillos me decían hay que bueno ahora que nazca mi hermanita va a tener más cosas que
85 nosotros y desde ese punto de vista yo no lo veía más beneficioso para ella porque yo les decía
86 No, es que para mí no es mejor porque yo no voy a estar con ella, casi no voy a estar con ella... A lo
87 mejor si va a tener más cosas económicamente pero no voy a estar con ella... Otra de las
88 diferencias que pus también, ella tiene otro papá...

89 Terapeuta: ¿Su actual esposo?

90 M: No

91 Terapeuta: ¿O ya es otra pareja?

92 M: Si

93 Terapeuta: ¿Eso es un problema en la familia?

94 M: Pues no lo ha sido doctora porque todo el tiempo a ella se le habló, se le dijo la verdad a ella a
95 sus hermanos, mi esposo ósea todos... en ningún momento se le ha engañado inclusive ahorita ya

Comentario [E.S.I.93]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (57 al 92)

Comentario [E.S.I.94]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (93)

96 de adolescente... se le ha dicho que el día en el que ella quiera ver a su papá la decisión va a ser de
97 ella... ninguno de nosotros se lo va a negar, la decisión la tomará ella.... Y yo le digo si esto lo haces
98 porque quieres ver a esa persona dímelo o aunque no me lo digas o aunque sea a escondidas pero
99 no te lastimes así, te estás haciendo daño tu solita y le digo... todas las cosas... Mira P. te puede
100 pasar esto y esto y esto...⁴³

101 Terapeuta: Usted ya ha hablado con ella, y esto pues es algo que creen... En términos de crianza
102 dice pues a lo mejor algo que ha sido diferente, que no ha ayudado mucho es que ella ha tenido
103 más cosas que sus hermanos por ejemplo... ¿piensa usted que la ha consentido más que a ellos o
104 le ha exigido menos a ella que a sus otros hijos?

105 M: Si

106 Terapeuta: Si, cuánto...

107 M: Le he exigido menos...

108 Terapeuta: ¿Qué no le ha exigido a ella que si le exigió a sus otros hijos?

109 M: Pues ser más responsables en cuanto a los quehaceres de la casa... como que...

110 Terapeuta: ¿Ella qué actividades tiene que hacer en casa, cuáles son sus obligaciones?

111 M: Pus por decir, ella que coopere a lo mejor en lavar su plato, algunas veces no lo hace pero
112 últimamente que lo hace no lava ni bien el plato...

113 Terapeuta: ¿Solamente su plato, no tiene que ayudar a lavar los trastes?

114 M: Si... Si ayuda también pero yo creo eso ya es a veces.... que ella ya sólo tiene iniciativa cuando
115 yo me enojo con ella y le digo... Sabes qué te tocan los trastes... y de que ayuda a limpiar la casa
116 pues si ayuda pero lo que es a veces... su cuarto de ella a veces si lo tiene regado y en ocasiones yo
117 si me metía y la ayudaba... y Mira qué bonito se ve tu cuarto, así se ve más bonito, límpialo así... y
118 esto...

119 Terapeuta: Le voy a pedir por favor que... sé que no es una parte muy agradable... pero le pido que
120 le pregunte a P. por lo menos tres veces al día si ya vomitó... y su esposo también aunque sea que
121 lo haga por teléfono, es necesario... créame que sé que es difícil... pero tenemos que seguir
122 haciendo esto además, quiero pedirle que las tareas continúen como hasta ahora; lo de los
123 letreros, lo de la preparación de los alimentos y no hablar de esta situación... debemos ser
124 constantes en el cumplimiento de estas tareas y le pido su confianza y su completa colaboración
125 ¿ok?

126 M: Si

⁴³ Aún se siguen confirmando como los principales intentos de solución el hablar sobre la situación. En este caso es urgente que el terapeuta maniobre para poder bloquear este intento en especial en la mamá.

Comentario [E.S.I.95]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (94 al 118)

Comentario [P.E.T.96]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción para la madre: "Seguir preguntando a la paciente si ¿ya ha vomitado?". (119 al 121)

Comentario [P.E.T.97]: Protocolo Específico de Tratamiento: Las prescripciones para la madre se mantienen: "Conjura del silencio" y "La lista de comidas". (121 al 125).

Comentario [E.S.I.98]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (123 al 125)

- 127 Terapeuta (hacia la paciente): P... necesito mi bolsa de cartas...
- 128 P: No la traje, se me olvidaron...⁴⁴
- 129 Terapeuta: ¿Si me hiciste mis cartas?
- 130 P: Aja
- 131 Terapeuta: ¿Cuántas me hiciste?
- 132 P: No sé, no las conté
- 133 Terapeuta: ¿En dónde vives?
- 134 P: Hasta Coacalco...
- 135 Terapeuta: Vives en Coacalco, ¿entonces no vas a ir y regresar por mis cartas? ¿Cuándo me las vas a traer?
- 136
- 137 P: La próxima cita...
- 138 Terapeuta: Hasta la próxima cita... ¿Estás muy molesta por todo lo que le estoy diciendo a tu mamá?
- 139
- 140 P: No
- 141 Terapeuta: ¿O cuál es la razón de tu molestia?
- 142 P: Porque ella dice que si ayudo pero pus que no... y aunque no me diga que lo haga pus si lo hago,
- 143 porque hago el quehacer cuando ellas no están... porque lo que es mi hermana y los demás pues
- 144 sólo entran y salen entonces yo hago el quehacer cuando no hay nadie y cuando llega ella... hay
- 145 hiciste mal esto, hay por qué lavas a si tu ropa, entonces qué...
- 146 Terapeuta: ¿Te molesta que no se reconozca lo que hagas o te enoja que no se den cuenta de que
- 147 si te estás esforzando?
- 148 P: Que no se den cuenta
- 149 Terapeuta: ¿Y eso te enoja o te hace sentir mal?
- 150 P: Me enoja
- 151 Terapeuta: Te enoja... que no se den cuenta, ¿qué es lo que tú haces en casa y de qué manera si
- 152 colaboras...?

Comentario [P.E.T.99]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición de la prescripción del "Epistolario nocturno". (127 al 137)

Comentario [E.S.I.100]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (135 y 136)

Comentario [E.S.I.101]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (138 al 145)

Comentario [D.E.102]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante con ilusión de alternativas. (146 y 147)

Comentario [D.E.103]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante con ilusión de alternativas. (149)

⁴⁴ Para este punto de la sesión la paciente responde seria, sin contacto visual, viendo hacia abajo, con un tono de voz bajo y cruzada de brazos. Al parecer muy enojada. Lo anterior se pudo deber a que no se separaron los subsistemas y P. reacciona a todo lo que su mamá decía.

153 P: Es que ella dice... No es que cada que vienen tus amigos... no diario vienen y yo hago el
154 quehacer y ya al rato bajo y la mesa igual y sin en cambio ya sólo por una vez que lo haces te
155 pones así... y siempre es así con ella... cuando vivíamos en el departamento era lo mismo... Y dice
156 que no me exige y claro que me exige...

(Comienza a llorar)

157 Terapeuta: ¿Cuáles son las exigencias que hay para contigo?

158 P: O sea... siempre es de... que quería que fuera como H. y a lo mejor ahorita ya no lo dice pero
159 siento que es así

160 Terapeuta: Ser como H. ¿cómo sería?

161 P: Tener buen promedio, sacar becas a cada rato... ósea ser como ella

162 Terapeuta: ¿Y tú qué piensas de eso, qué te hace sentir eso?

163 P: Pues no sé y no sólo es conmigo... realmente es con todos mis hermanos...

164 Terapeuta: Lo que ha hecho H. profesionalmente o académicamente hablando es para ti... ¿es una
165 satisfacción como hermana o es una carga con la que tienes que lidiar?

166 P: Las dos

167 Terapeuta: ¿Qué te da satisfacción como hermana... que te agrada, que ella haya logrado?

168 P: Pues todo, que ella está en otro lugar y así

169 Terapeuta: ¿Si te gusta?

170 P: Si

171 Terapeuta: ¿A ti qué te gusta?

172 P: ¿Qué me gusta de qué?

173 Terapeuta: ¿A qué te gustaría dedicarte?

174 P: Quiero comunicación... pero se lo dije a mi mamá y al principio era... "ahí te vas a morir de
175 hambre, hay como eso, mejor se doctora para que me cuides"

176 M: Pero eso fue broma...

177 P: Hay si mamá... Y luego... y pues yo siempre le digo... yo quiero esto... Y mi papá es metete a
178 derecho... ¿a qué te vas a dedicar en comunicaciones? siempre es eso...

179 Terapeuta: ¿Si te incomoda que no tengan buena actitud hacia lo que tú quieres estudiar?

Comentario [E.S.I.104]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (153 al 180)

Comentario [D.E.105]: Diálogo Estratégico: "Pregunta discriminante con ilusión de alternativas". (164 y 165)

180 P: Si

181 Terapeuta: Alguna vez preguntábamos que sí esta situación ¿De qué manera te ayudaba? y decías
182 “que en parte era que te hacia olvidar cosas o que se dejaran a un lado cosas que estaban
183 pasando” ¿esas cosas tienen que ver con lo que estás diciendo ahorita?

184 P: Si

185 Terapeuta: ¿De qué manera el vómito es útil en esta situación?

186 P: No sé

187 Terapeuta: ¿De qué manera te ayuda?

188 P: No sé

189 Terapeuta: ¿Yo creo que si sabes?

*(Silencio)*⁴⁵

190 Terapeuta: ¿O el vómito no tiene nada que ver con esto?

(Silencio)

191 Te estoy dando tiempo para que pienses tu respuesta...

(Silencio)

192 ¿Ya no quieres continuar porque no quieres que tu mamá escuche o porque ya te caí mal?

193 P: Ninguna de las dos

194 Terapeuta: ¿Ahora que estas de vacaciones, qué planes tienes?

195 P: Estoy trabajando con mi hermano

196 Terapeuta: ¿Y a qué le ayudas a tu hermano?

197 P: A cortar tela

198 Terapeuta: ¿Y qué hora a qué hora te ocupas con él?

199 P: De 8:00 a 12:00

200 Terapeuta: ¿Y el resto del tiempo?

Comentario [P.E.T.106]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre la utilidad del trastorno en la vida de la paciente. (181 al 189)

Comentario [D.E.107]: Diálogo Estratégico: “Pregunta discriminante con ilusión de alternativas”. (192)

Comentario [E.S.I.108]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (194 al 228)

⁴⁵ A partir de este momento la paciente no contestaba las preguntas del terapeuta, perdió completamente el contacto visual, su postura se inclino con los brazos y las piernas cruzadas y su tono de voz bajó aún más. Ante esto posteriormente el terapeuta opta por regresarse y redirigir la sesión a otros tópicos por el momento.

201 P: En algunas tareas

202 Terapeuta: ¿Pero bueno ahora que ya no estás hiendo a la escuela?

203 P: Estoy hiendo por calificaciones...

204 Terapeuta: ¿Qué semestre terminaste?

205 P: Cuarto

206 Terapeuta: Vas para el último año... en este último año del bachillerato ¿qué estás pensando?

207 P: ¿De qué?

208 Terapeuta: ¿Qué estás pensando hacer, pensando en que ya estás un paso de la universidad?

209 P: Pues seguir

210 Terapeuta: La siguiente vez que tú manifestaras tus intereses profesionales... ¿Qué es lo mínimo

211 que te gustaría escuchar de tu gente cercana?

212 P: No sé, ósea ya ahorita... ya lo que digan de lo que quiero hacer o a lo que me quiero dedicar me

213 da igual

214 Terapeuta: ¿Ya no te importa?

215 P: No

216 Terapeuta: De todos modos tú lo vas a hacer y tú vas a luchar por lo que quieres

217 P: Si

218 Terapeuta: ¿Has empezado a hacer algo en esa parte de irte preparando, ir agarrando algunas

219 herramientas para esas cosas?

220 P: Si

221 Terapeuta: ¿Cómo qué?

222 P: Pues... sé que necesito hablar idiomas y estoy empezando a aprender por mi parte

223 Terapeuta: Además del inglés... ¿hay alguno más por el que te estés interesando?

224 P: Pues antes yo tenía igual una estación por internet

225 Terapeuta: ¿Ya la dejaste?

226 P: Ya

227 Terapeuta: ¿Usted sabía de algunas de estas cosas? ¿De lo que quiere estudiar ella? ¿Y de esto que
 228 está haciendo?

229 M: No, de esto último no pero de lo que ella menciona que quiere estudiar... si lo sabía...

230 Terapeuta: Y ahorita que escucha esto último que ha estado haciendo y que usted no estaba así
 231 tan al tanto, ¿qué piensa de la iniciativa que tiene P. para hacer las cosas que le gustan?

232 M: Pues que está bien

233 Terapeuta: Y ahora que ella reitera y escucha de sus labios que sigue interesada en estudiar
 234 comunicaciones y... que incluso ha empezado a hacer unas cosas para ello... ¿qué piensa de esto?

235 M: Pues está bien porque yo ya se lo he dicho Hija haz lo que tú quieras hacer lo que te guste...
 236 Está bien... me da gusto... estoy contenta porque veo que ella es lo que quiere y es porque quiere
 237 aprender más y pus está bien y yo la verdad si estoy contenta... hasta donde yo sabía pero ahora
 238 que ya sé... me da gusto... Si me pongo contenta de lo que hace y pus que lo siga haciendo...

239 Terapeuta: Bueno señora M... Están las tareas ¿no? Vamos a dejarla hasta ahí con usted porque
 240 hay algunas cosas que quiero platicar con P... algunas cosas que le quiero preguntar... Y le voy a
 241 pedir que siga haciendo las tareas ¿Si?⁴⁶

242 M: Si

(Sale M)

(Silencio)

243 Terapeuta: Aquí, nunca preguntamos por qué, pero hoy voy a hacer una excepción y te voy a pedir
 244 honestidad... ¿si me hiciste las cartas o no las hiciste?

245 P: Si, si las hice

246 Terapeuta: Y si las hiciste ¿por qué no trajiste el paquete?

247 P: Es que lo deje en mi casa; la vez pasada, el día que fue eso de la influenza o algo así, las traje
 248 porque me habían dicho que iba a venir para acá... y ya después fue cuando no fui a la escuela
 249 toda la semana, y ya después sólo fui algunos días al escuela... pero si hubo un tiempo en los que
 250 no las hice bien...

251 Terapeuta: Dices... "si las hice, no le dediqué todos los días pero si las hice"

252 P: Si

Comentario [D.E.109]: Diálogo
 Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante.
 (251)

⁴⁶ En estos casos una vez que se han dado las prescripciones es preferible que ya no se hable más para darle impacto a las prescripciones porque si no lo pierden. En todo caso se pueden repetir las tareas usando lenguaje sugestivo para recalcar este impacto buscado.

253 Terapeuta: Ahora, la otra tarea que tenías, que era esta parte de seguir vomitando una hora
 254 después de que has comido... ¿esa tarea la has hecho o no la has hecho?

255 P: A veces

256 Terapeuta: Cuando la has hecho, ¿cómo son las cosas?

257 P: Igual como siempre

258 Terapeuta: ¿Y cuando no la haces?

259 P: No pus... ya le digo que no la hago

260 Terapeuta: Y cuando no haces eso... ¿hace que las cosas sean distintas o sigue igual?

261 P: No, Igual

262 Terapeuta: Ok... La última vez que nos vimos... también te pedí que pensaras de qué manera se
 263 parece esto que haces a la idea de tener un deseo incontrolable de esta con alguien... ¿has
 264 pensado en esto?

265 P: Si

266 Terapeuta: ¿Y qué has pensado?

267 P: Aja, Pues de que tengo o tenía un deseo incontrolable por vomitar y dejar de comer

268 Terapeuta: ¿Y qué pensaste... de que tuvieras eso? ¿Te gusta tener tu pequeño secreto?

269 P: No

270 Terapeuta: ¿Y cómo es que lo continuas teniéndolo si no te gusta? |
 (Silencio)

271 ¿Qué tiene de bueno eso que haces en tu vida?

272 P: No sé

273 Terapeuta: ¿De qué manera es super para ti? Es tener algo en lo que nadie puede ser mejor que
 274 tú... es tener algo que sólo es tuyo, es una forma de ser diferente de los otros... ¿qué es lo útil y lo
 275 valioso?

276 P: No sé, no me he puesto a pensar en eso

277 Terapeuta: Y ahora que te lo estoy diciendo ¿cómo es?

278 P: No sé...

Comentario [P.E.T.110]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la "Técnica del intervalo". (253 al 271)

Comentario [E.S.I.111]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre orientado al cambio de sistema perceptivo-reactivo. (256)

Comentario [D.E.112]: Diálogo Estratégico: "Pregunta discriminante con ilusión de alternativas". (260)

Comentario [P.E.T.113]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos de la metáfora del "Amante secreto". (262 al 270)

Comentario [E.S.I.114]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (268 al 270)

Comentario [P.E.T.115]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre la utilidad del trastorno en la vida de la paciente. (271 al 278)

279 Terapeuta: ¿Tú crees que aquí nosotros podamos ayudarte en algo?

280 P: Aja

281 Terapeuta: La pregunta es ¿crees que podemos ayudarte...? probablemente me digas que no...

(Silencio)

282 Terapeuta: Crees que el hecho de estar aquí y que estemos viéndonos... ¿de alguna manera pueda
283 ser útil para ti?

284 Terapeuta: Bueno te voy a pedir que continuemos con la carta recuerda, sólo la única condición
285 era que tenían que empezar diciendo "querida doctora" y después podías decir todo lo que tú
286 quisieras bueno o malo

287 P: Si

288 Terapeuta: Bueno te voy a pedir que continuemos con eso... pero ya no te voy a pedir que sean
289 diarias... que me puedas escribir una carta cuando tú lo consideres necesario, cuando tú lo quieras
290 hacer, ósea es una tarea pero ya es una tarea opcional no, te pido que hagas la carta pero si tú
291 quieres hacerla, si es necesario sino no... lo que si te voy a pedir es que la siguiente vez que nos
292 veamos si me traigas el paquete que ya habías hecho previamente... ya si en estas semanas se
293 genera alguna nueva bueno pues la anexas ahí, si no... No... La segunda cosa que te voy a pedir es
294 que... quiero que pienses algo, y va a ser el único momento de esta sesión en la que te voy a pedir
295 de favor que me puedas ver para decirte... y sólo quiero que pienses que hoy cuando salgas de
296 este lugar la situación que te trajo a este espacio ha desaparecido, haz de cuenta que una vez que
297 cruzas la puerta esto se esfumó y entonces ahora que eres libre... quiero que pienses qué
298 dificultades vas a tener que afrontar ahora que ya eres libre, qué es aquello que tienes que pensar,
299 qué es aquello que harás ahora que esta situación ya se ha ido de tu vida... Es una fantasía, es un
300 pensamiento que nos va a ser muy útil, qué problemas voy a tener que enfrentar ahora que este
301 problema de mi vida ha desaparecido, ahora que se ha esfumado, y sólo quiero que pienses eso...
302 que una vez que salgas de este espacio, el problema que te trajo aquí se esfumó, se fue, ahora qué
303 va a ser diferente... qué cosas nuevas hay que afrontar ahora...⁴⁷

304 Terapeuta: D... pasa por favor... Te presento a P.... Te presento a D...

305 D: Hola

306 Terapeuta: Él es uno de los psicólogos que forma parte del equipo... Te voy a pedir algo muy
307 delicado, antes de que se vaya P. quiero que le digas ¿qué es aquello que te gusta de ella?

Comentario [E.S.I.116]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (279)

Comentario [E.S.I.117]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (281)

Comentario [P.E.T.118]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción: "Epistolario nocturno". (284 al 293)

Comentario [P.E.T.119]: Protocolo Específico de Tratamiento: Segunda prescripción: "Fantasía del milagro". (293 al 303)

Comentario [P.E.T.120]: Protocolo Específico de Tratamiento: Esta fue una estrategia pensada para mejorar la captura sugestiva de la paciente con un terapeuta del sexo opuesto. (304 al 311)

⁴⁷ La fantasía del milagro es una estrategia que encamina a la paciente a pensar en otras situaciones alternas a su ritual de comer y vomitar y como se ha expuesto anteriormente se emplea frecuentemente en pacientes Transgresoras inconscientes.

308 D: M... Sus ojos, lo que he escuchado al momento me da la impresión de que es inteligente,
309 también me gusta por ejemplo eso de que se ve muy seria, como si todo el tiempo estuviera
310 pensando, analizando las cosas, y por el libro que trae también me pareció que para tener su edad
311 es muy impresionante que le guste leer, que sea una afición para ella...

312 Terapeuta: Pues si no tienes más dudas, más comentarios... eso sería todo por hoy... y nos vemos
313 en quince días por aquí, ¿hay alguna duda o pregunta sobre las tareas?

314 P: ¿Sí no quiero escribir... puedo dibujar algo?

315 Terapeuta: Si también pudiera ser... nada más que diga "querida doctora" y ya el dibujo...

316 P: Si

317 Terapeuta: Entonces eso es todo... si no hay más que decir, muchas gracias y entonces nos vemos
318 por aquí...

Sesión 4

(Durante esta sesión se trabaja sólo con P.)⁴⁸

- 1 Terapeuta: Hola... ¿cómo te ha ido estos últimos quince días?
- 2 P: Bien...
- 3 Terapeuta: Bien
- 4 P: Si... creo
- 5 Terapeuta: cuando dices bien, perdón que sea tan directa pero, te refieres a que te ¿has encontrado bien? O te refieres a que ¿has seguido vomitando?
- 6
- 7 P: No a que he estado bien... No lo he vuelto a hacer desde la última vez que le dije que lo había
- 8 hecho... ya no me dan ganas... me he sentido bien...
- 9 Terapeuta: ok una de las cosas que te dijimos desde el inicio con respecto a vomitar... era que no
- 10 lo dejaras de hacer ya que bueno no creemos que te encuentres preparada aún para dejar de
- 11 hacer algo que te gusta mucho... he... sin embargo, podemos abordar ese punto en seguida, por el
- 12 momento queremos empezar de otra manera... he...
- 13 P: si
- 14 Terapeuta: Bien he... vamos a empezar a trabajar, la última vez que estuvimos aquí trabajando... te
- 15 habíamos dicho que imaginaras o que pensaras que una vez que salieras o que cruzaras por esta
- 16 puerta... imaginaras que la situación que te trajo aquí había desaparecido y que entonces si esa
- 17 situación había desaparecido pensaras qué cosas o qué problemas nuevos tendrías que enfrentar
- 18 ahora que esa situación ya no está... ¿Tuviste la oportunidad de pensar algo sobre esto?
- 19 P: Aja
- 20 Terapeuta: ¿Y qué has pensado?
- 21 P: Que no cambiaría en nada... porque todo sería igual
- 22 Terapeuta: Aja
- 23 P: Sin el detalle de que tengo que venir acá, pero todo seguiría igual
- 24 Terapeuta: Aja... Cuando es todo... nos referimos bueno... pensando en que nosotros como seres
- 25 humanos nos movemos en mucho ámbitos de relación... los amigos, las cuestiones personales, las
- 26 familia, trabajo... bueno en tu caso la escuela, la familia, trabajo, amigos, cuestiones personales...
- 27 Pensando en todos esos ámbitos de relación, en los que tú tienes interacciones... ¿Estamos

Comentario [E.S.I.121]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (1 al 12)

Comentario [E.S.I.122]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (5 y 6)

Comentario [P.E.T.123]: Protocolo Específico de Tratamiento: La paciente reporta no haber tenido un episodio de vómito desde la última vez que lo hizo, aproximadamente hace tres semanas. (7 y 8)

Comentario [E.S.I.124]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre a través de una "Provocación paradójica". (9 al 12)

Comentario [P.E.T.125]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición de los efectos de la "Fantasía del milagro". (14 al 33)

⁴⁸ Dada la última sesión, se decide separar los subsistemas y trabajar únicamente con la paciente.

28 hablando que todo seguiría igual? o ¿habría algún ámbito en especial donde a lo mejor las cosas
29 pudieran ir diferentes?

30 P: No yo digo que en todo... Igual en la familia podría ser que si pero no habría como mayor
31 cambio

32 Terapeuta: Si hubiera algo de cambio por muy mínimo que pudiera ser en la familia ¿cómo qué
33 sería?

34 P: Pues no estar peleando a cada rato con mi mamá de lo que como y lo que no y así...

35 Terapeuta: Eso cambiaría...

36 P: A lo mejor quién sabe...

37 Terapeuta: Eso pudiera ser que ¿las peleas en ese sentido disminuirían?

38 P: Aja

39 Terapeuta: Y digamos... el hecho de que comieras o no comieras ya no sería un problema... porque
40 ya no discutirías con tu madre sobre eso... ¿sobre qué pelearías ahora con tu madre?

41 P: No sé

42 Terapeuta: Porque asumo que no van a dejar de pelear... eso es como parte de la vida, seguirían
43 discutiendo evidentemente ¿pero ahora como cuál sería el eje de las discusiones?

44 P: La escuela

45 Terapeuta: La escuela

46 P: Pero ahora más

47 Terapeuta: ¿Qué sería ahí la presión de las escuela... bueno cuál sería la dificultad con la escuela?

48 P: Pues no sé, siempre ha habido presión pero sería más como de que... este... No estás haciendo
49 nada ahorita ponte a estudiar o ponte a... Y por eso no pasas las materias y por eso esto...

50 Terapeuta: ¿Te estaría presionando más?

51 P: Por eso yo no le quería decir que debía mate...

52 Terapeuta: ¿Y ya se lo dijiste?

53 P: Si, ya se lo dije

54 Terapeuta: ¿En esta semana?

55 P: No, ya tiene

Comentario [E.S.I.126]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (33 al 38)

Comentario [E.S.I.127]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (39 al 43)

Comentario [E.S.I.128]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (47 al 83)

56 Terapeuta: ¿Y bueno que paso cuando le dijiste que debías una materia?

57 P: Pues de hecho se lo puse en las cartas...

58 Terapeuta: Aja, ¿debes nada más esa mate o varias?

59 P: No, solamente 2 y 3...

60 Terapeuta: Esas materias ¿has pensado acreditarlas en esta parte final del ciclo o hasta el otro semestre?

61

62 P: No, es que se supone que las tenía que meter en este ciclo pero ya había presentado el extra de

63 mate 2 pero no lo pasé... y este... se supone que las tenía que meter en éste... pero primero nos

64 habían dicho que según... que sólo era para las generaciones de sexto y así... y nosotros nos fuimos

65 con esa finta y no las metimos y ya hasta después nos enteramos que era para todas las

66 generaciones... y pus ya perdí esta parte... entonces ya nada más me quedan 7 oportunidades con

67 extra o si no recursamiento...

68 Terapeuta: Todavía tienes una buena entrada... de hecho regularmente cuando entramos hay

69 periodos ¿no? de extras y bueno... hay de agosto al inicio y al final del semestre ¿no? como que en

70 diciembre, enero vendrían las más cercanas pero bueno... Algo que cambiaría si esta situación

71 desapareciera sería que pelarías con tu mamá por situaciones de la escuela y ya no tanto por

72 situaciones de tus alimentos...

73 P: Aja, o si no por la cuestión de... No puedes salir... de... no dejarme salir, porque antes si era así

74 de No sales... aunque hiciera todo lo que me dijera no salía y no salía, o así de... le pedía permiso y

75 dile a tu papá... y mi papá nunca estaba en la casa y así de que... ¿él qué?, y ya llegaba ella y me

76 decía y por qué no te fuiste... y era muy frustrante...

77 Terapeuta: Tus dobles vínculos familiares, así se las gasta tu familia ¿no?

78 P: Ahorita si ya me están dejando salir más y todo... pero yo digo que seguiría con esa...

79 Terapeuta: ¿Seguiría siendo tan insistente para que no salgas o crees que sería más flexible para

80 tus...?

81 P: No, para que no saliera

82 Terapeuta: Ahorita te seguiría presionando para no salir... esa sería otra cuestión a la que tendrías

83 que encarar...

84 P: Así de... "limpia tu cuarto"

85 Terapeuta: Con los quehaceres estaría cercana a ti, eso cambiaría, eso sería diferente, eso es con

86 respecto con tu madre, ¿crees que algo con respecto a tus hermanas podría cambiar, actitudes de

87 hermanas o tu hermano hacia a ti?

Comentario [D.E.129]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reencuadrante. (70 al 72)

Comentario [E.S.I.130]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (85 al 95)

88 P: No

89 Terapeuta: Con ellos no habría problema... Y una vez que eso dejase de estar... ¿crees que tus
90 compañeros de la escuela notaran algo diferente en ti... que te hicieran saber?

91 P: No, a la mejor tres de mis amigas si pero los demás no...

92 Terapeuta: Esas tres amigas... ¿cómo se darían cuenta que esa situación ya no es un problema
93 para ti?

94 P: Bueno sería más una... no sé... cómo... no sé... me haría comentarios como de ya estas más así...
95 y luego ella cuando nota algo raro en mi si es de las que me dice

96 Terapeuta: Esa amiga por ejemplo notaría algo en ti y te lo diría, ok... La otra y lo comentaste era
97 de las cartas, yo te había pedido que hicieras una serie de cartas y tú... Tú también me dijiste que
98 si no eran cartas... otra opción eran los dibujos, ¿pudiste traer esa tarea?

99 P: Si, de hecho iba a hacer un collage de unas fotos pero no me dio tiempo de hecho aquí las
100 traigo, van así como están...

101 Terapeuta: Gracias

102 Terapeuta: Ok, la otra cuestión y bueno el equipo nos hizo notar algo que es lo que queríamos
103 hacerte una pregunta, la primera vez que viniste a este espacio... desde la primera vez te
104 preguntamos que... ¿Qué era aquello que te gustaría trabajar en este espacio...? y en ese
105 momento tu señalaste, dijiste ya no tener esto, Esto que me trae aquí, las cuestiones del vómito...
106 eso señalaste en un primer momento... ¿qué te gustaría trabajar? ¿Eso se mantiene?

107 P: Si

108 Terapeuta: Y bueno ahí... el equipo nos decía, que era donde nos señalaban, ya nos indicaste que
109 no quieres tener en tu vida... nos podrías decir que si te gustaría tener, ya sabemos qué no quieres
110 tener eso, pero al no tener eso... quisieras tener otra cosa y pensamos más en qué si te gustaría
111 tener...ya sabemos que eso no... ¿qué si quieres que halla, que este...?

112 P: No lo sé no lo había pensado... no sé

113 Terapeuta: Algún cambio en ti... situaciones de la escuela, cuestiones personales, de tus
114 amistades, alguna situación con la familia en particular que te cuestioné...⁴⁹

115 P: Pues de la familia si hay, de mi hermana T... pero yo siento que ya es caso perdido con ella
116 porque es muy rara... bueno no rara, es muy cerrada... Con amigos... hay esos ya me tienen harta,
117 la mayoría... pus con la familia pus no, seguiría como igual y ya

Comentario [E.S.I.131]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (92 y 93)

Comentario [P.E.T.132]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre los efectos del "Epistolario nocturno". (96 al 101)

Comentario [E.S.I.133]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (102 al 117)

Comentario [E.S.I.134]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (108 al 114)

⁴⁹ Tal y como dice en el protocolo específico de tratamiento, en estos casos una vez que se ha logrado desbloquear los episodios de vómito, es tiempo para que el terapeuta comience a introducir a la paciente a redescubrir otros placeres ya sea en el ámbito relacional consigo misma, con los demás y con el mundo.

118 Terapeuta: Por ejemplo, ¿Trabajar alguna cuestión que tuviera que ver con T. sería algo que a ti te
119 hiciera estar bien o sentirte bien?

120 P: Si, sentirme a gusto con ella... no es que no me sienta a gusto con ella pero como que
121 podríamos estar al lado... pero yo siento que ella está aquí, pero en realidad la siento como que
122 muy lejos, la siento así como que muy rara...

123 Terapeuta: Haber... déjame ver si entendí... corrígeme si me equivoco pueden estar juntas así
124 como ahorita estamos tú y yo, pueden estar platicando, pero tú tienes la idea de que ella anda
125 años luz de la sala o como que lo que le dices no te entiende, no te pela o ¿cómo es la sensación?

Comentario [D.E.135]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reencuadrante. (123 al 125)

126 P: Aja como que no lo entiende y si como que a la vez no me pela y hay... es que no sé... podemos
127 estar bien ahorita y tantito hago algo o digo un comentario de algo y explota así, se pone toda
128 mala Es que tú que no sé qué eres así conmigo... como que descarga su furia contra nosotros y eso
129 me estresa...

130 Terapeuta: Eso te estresa, pensando en que si este problema desapareciera, al ya no estar este
131 problema, al retirar este problema algo que te gustaría tener sería algo así como cierta estabilidad
132 en tu relación con T.

Comentario [E.S.I.136]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (130 al 135)

133 P: Pus si

134 Terapeuta: Estar bien con ella...

135 P: Aja

136 Terapeuta: ¿Ella cuántos años tiene?

137 P: Como 28, 29...

138 Terapeuta: ¿Y a qué se dedica?

139 P: Trabaja, es la que trabaja con mi mamá

140 Terapeuta: ¿Ella también es enfermera?

141 P: No, metió una propuesta... vende cosas ahí en el hospital

142 Terapeuta: ¿Pero está ahí con tu mamá?

143 P: Aja

144 Terapeuta: Bueno, ella trabaja ahí, ¿casi no está...? ¿Qué es aquello que te gustaría...? si lo que te
145 interesa es trabajar con ella... ¿qué aspecto de la relación de ustedes es lo que a ti te gustaría
146 trabajar?

Comentario [E.S.I.138]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (144 al 146)

147 P: Pues honestamente yo no le tengo confianza a casi nadie de mi familia y también como esta
148 parte en la que quiero... y es lo que le decía una vez a mi hermana... porque me preguntaba...

149 Honestamente ¿de quién confías de aquí? y decía no pues en nadie... y dice no es que yo tampoco
150 confío en nadie... porque bueno todos tenemos motivos muy poderosos para no confiar en nadie
151 de la familia porque es de que si tú le dices algo a mi mamá... que dices "es que no quiero que le
152 digas a nadie" como que es muy personal... luego como que te lo voltea y te lo dice en tu contra...
153 entonces por eso también siento que con ella es... es que luego me dice es que dime que tienes... y
154 luego yo le digo "es que para que si luego me vas a estar chantajeando" Pues no tanto como
155 chantajear sino... pus si... usarlo en mi contra... así como de dice acuérdate que tu una vez me
156 dijiste que no sé qué... siento que es como mi hermana también... que igual ella hace lo mismo y
157 más conmigo... pues es como desde que H. se fue... Yo antes era de estar mucho con H. y mi
158 hermano y ya que él se fue me quede con H., y H. y yo pus si éramos muy unidas y después H. se
159 fue... Y con T. fue así como de ha... Con ella se puede hablar bien cosas así... de varias cosas pero
160 con H. es otra cosa, muy diferente...

161 Terapeuta: ¿Hay más empatía, más confianza digamos?

162 P: Aja

163 Terapeuta: Estoy entendiendo bien he... ¿a ti te gustaría trabajar tu relación con tu hermana y
164 particularmente lo que te gustaría trabajar es la confianza...? ¿Estoy entendiendo bien a ti te
165 gustaría poder confiar un poco más en ella?

166 P: Aja

167 Terapeuta: ¿Por ahí sería?

168 P: Aja pues si... Si... creo que si...

169 Terapeuta: ¿Tú ya anteriormente has confiado en ella, te has acercado y le has contado algunas
170 situaciones tuyas?

171 P: Aja

172 Terapeuta: Y cuando ha habido esas ocasiones, ¿cómo ha respondido ella?

173 P: Pus si me da consejos y así, igual me cuenta cosas y así de repente es que tú si te enojas le vas a
174 ir a decir a mi mamá... Te pareces a tu hermana H. o a tu hermano V. que son iguales, todos son
175 iguales aquí... o luego así de que yo le cuento algo y es como le digo que me chantajea así como de
176 sí dices lo que hice le voy a decir a mi mamá y siento que eso es así como un miedo que le tengo a
177 ella

178 Terapeuta: Bueno, podemos empezar o podemos más o menos encaminarnos hacia allá y trabajar
179 con esa cuestión de la confianza... pero si sería importante dejar en claro que vamos a la mejor
180 lograr o intentar... que a lo mejor tú puedas tener confianza en ella y podemos esperar una
181 respuesta positiva, lo que no podemos garantizar es que ella se acerque a ti bueno que ella tenga
182 la misma confianza contigo por el momento... por qué no podemos hacer esto, porque quien está
183 aquí en la sesión eres tú , ella no está y todavía no hacemos terapia a control remoto ósea no

Comentario [E.S.I.139]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (147 al 162)

Comentario [D.E.140]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis que reencuadra. (163 al 165)

Comentario [E.S.I.141]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (169 al 177)

184 podemos trabajar con quien no está aquí... Si podemos trabajar con el hecho de lograr un
185 acercamiento entre ustedes como hermanas o hacer algo... Y te lo digo así para que luego no se
186 genere la idea de que es que yo puse todo de mi parte, yo le eche ganas, yo confié en ella y ella no
187 me responde, ella no me está correspondiendo, había que dejar en claro que a lo mejor eso podría
188 pasar pero no garantizamos que pase... eso podría esperar un poco más y lo dejamos así muy en
189 claro como para que luego no se entienda que como que no... que porque ella no está poniendo
190 de su parte o de que ella no cambio... si tú si has hecho muchas cosas...

Comentario [E.S.I.142]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (178 al 191)

191 P: Aja

192 Terapeuta: Cuando tú dices que has platicado con ella y que te has acercado a ella...
193 ¿recientemente o en los últimos meses a partir de que el problema de alimentación se ha
194 agudizado cómo van las cosas con ella?

Comentario [E.S.I.143]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (192 al 204)

195 P: Todo sigue igual

196 Terapeuta: ¿A qué le llamas todo sigue igual?

197 P: Pues no sé... de que pus lo mismo... de que... pus no le puedes contar cosas, se enoja de
198 cualquier cosa, se duerme de un estado y al siguiente día... no sabes si va a sacar el rifle y te va a
199 disparar y así, ósea no sabes cómo va a estar y cómo tratarla...

200 Terapeuta: Esta cuestión de que anda con un humor tan cambiante, ¿has notado si es a partir
201 también de que tú tienes tu propia situación?

202 P: No, siempre ha sido así

203 Terapeuta: ¿Qué ha sido diferente a partir de que sale a la luz familiar por decirlo así... esta
204 situación de alimentación?

205 P: Una vez... creo que fue antes de la sesión... fue que estoy hablando con mi hermano y fue
206 cuando le dije lo de las materias y de repente ella ya llegó llorando a mi cuarto y me dijo que ella
207 tenía la culpa de lo que pasaba, por una serie de cosas que habían pasado cuando yo era más chica
208 y se echaba la culpa... y en eso llegó mi hermano y ya pues... este... de repente se empezaron a
209 pelear entre ellos pero pus T. empezó a decir "es que yo tengo la culpa que no sé qué..." hasta ahí
210 ha sido lo único que ha dicho...

Comentario [E.S.I.144]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la paciente. (205 al 110)

211 Terapeuta: ¿Tú le dejaste que se quedara con la culpa o le dijiste tú no tienes nada que ver?

212 P: Yo no le dije nada porque en eso llegó mi hermano y cuando ella vio que llegó... ella salió de mi
213 cuarto... y ya se salió y todo y ya después no hable con ella porque de repente se salió a la calle...
214 ya no la vi... no sé ya no la veía casi... y V. también hablaba con ella...

215 Terapeuta: Pero ella seguía con su idea, ¿De alguna manera se siente culpable o responsable de
216 esta situación...?

Comentario [E.S.I.145]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (215 al 230)

217 P: Aja

218 Terapeuta: ¿Desde esa ocasión y hasta la fecha ha habido oportunidad de que tú y ella vuelvan a
219 tocar este tema?

220 P: No

221 Terapeuta: ¿Ella te hace comentarios o te dice cosas de todo esto, de los alimentos?

222 P: No

223 Terapeuta: ¿Y tú evidentemente no te acercas?

224 P: Si nos hablamos y todo y platicamos de otras cosas pero no referentes a eso...

225 Terapeuta: Bueno, estamos en la idea de que por el momento podemos he... vamos a trabajar en
226 la cuestión de tu hermana, de tratar, de componer la situación... ¿En qué momentos coinciden, en
227 qué momentos tienen la oportunidad de encontrarse o de verse?

228 P: Pues en la noche cuando ella llega o... Bueno se la pasa igual encerrada en su cuarto... se puede
229 decir que en la noche, a veces en la mañana cuando yo me voy a trabajar... Por ejemplo los fines
230 de semana, los domingos que llega... hoy a lo mejor...

231 Terapeuta: ¿La vez en la tarde un rato y ahí estas con ella...?

232 P: Aja pero pus cuando estamos ahí que coincidimos estar juntas pus ella está en su cuarto y yo
233 con mi mamá o yo estoy en mi cuarto y así... o ella se sale...

234 Terapeuta: Aja, vamos a empezar a trabajar con eso.... ¿Cómo vamos a saber que lo que estamos
235 haciendo aquí está funcionando? ¿Cómo van a empezar a ser diferentes las cosas con T. si
236 nosotros empezamos a hacer las cosas bien? ¿En qué vas a notar que las cosas van mejor entre
237 ustedes?

238 P: En que podemos hablar mejor no sé... igual y a lo mejor yo tanto no lo noto pero a lo mejor... no
239 sé mi mamá lo puede notar así, y ella si me puede decir pues como que ya están llevándose mejor
240 y así

241 Terapeuta: ¿Cómo sería una señal o una muestra de que tú y T. están llevándose mejor? ¿Qué
242 sería distinto entre ustedes? P: Pues a lo mejor que cambie un poquito su carácter digo tampoco
243 voy a pedir que se vuelva muy muy buena onda pero por ejemplo igual y le puedes decir algo y
244 que sea de igual y no le voy a decir a nadie siempre y cuando no te afecte...

245 Terapeuta: Tú te darías cuenta que las cosas van mejorando si...

246 P: Me refiero en la relación así como que sea más leve, más relajada

Comentario [E.S.I.146]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (225 y 227)

Comentario [E.S.I.147]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (234 al 237)

247 Terapeuta: Aja... más relax, que no grite... y que si en algún momento le dijese algo se lo
248 guardara, que no dijera que se lo va a decir a tu mamá...

249 P: Aja

250 Terapeuta: Hoy en día cuando tienes la oportunidad de estar con ella ¿tú qué haces, tú qué
251 dices...?

252 P: Pues de repente le digo que cómo estás y de repente está afuera con su cara y todo... y cuando
253 está de buen humor... A bien y no sé qué... y empezamos así a no sé... por ejemplo ella me dice
254 estás bien loca... por que empiezo a sacar mis ideas bien viajadas... estas bien loca dice yo no sé de
255 donde sacas tanta tontería y de repente me pongo a bailar y me dice hay yo no sé de donde
256 sacaste eso... pero pus así jugando, esa parte como que me gusta cuando estamos bien...

257 Terapeuta: Y digamos que si tú sabes que ella es explosiva, que de repente empieza como dices...
258 no sabes cómo te va a responder... pero dices "me gusta cuando estamos bien, cuando yo puedo
259 decir las cosas que se me ocurren o puedo bailar..." ¿Cómo sabes que puedes hacer eso en ese
260 momento...? ¿Cómo te das cuenta que en ese momento en particular ella no se va a poner así, no
261 se va a poner toda loca?

262 P: Porque de repente puedo llegar y le empiezo a hacer al plática y no está así con su cara de aja y
263 de hash quítate, desaparécete de mí vista... pues así como que la noto más... yo siento que está
264 más tranquila y así y es cuando digo bueno pues ya... si con tonterías sigue así... pues...

265 Terapeuta: ¿Sigues haciendo tonterías no?

266 P: Aja

267 Terapeuta: ¿Qué le gusta a tu hermana de cuando está en la casa? Cuando está ahí en la casa
268 ¿qué notas que le agrada hacer o decir, en qué lugar le gusta estar...?

269 P: Pus estar en su cuarto... es que siempre se la pasa en la calle bueno, no tanto que se la pase
270 todo el día en la calle pero de repente cada quien esta así en su cuarto y yo bajo con mi mamá o
271 mi mamá sube conmigo y me dice y T... y yo así de no sé... Vamos al cuarto y no está... ¿a qué hora
272 se salió? No que no sabemos...

273 Terapeuta: No avisa

274 P: Aja... Como que sentimos que prefiere estar más con su novio, con sus amigos así...

275 Terapeuta: ¿Ella que vende en el hospital...?

276 P: Aguas y todo eso...

277 Terapeuta: Comida, ¿hace comida, sándwich? ¿O nada más dulces, refrescos...?

278 P: Si dulces, refrescos, esas cosas...

Comentario [E.S.I.148]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (250 al 256)

Comentario [D.E.149]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reencuadrante. (257 al 261)

Comentario [E.S.I.150]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (270 al 297)

279 Terapeuta: Ella está sola pero sabes que tiene novio

280 P: Aja bueno "sabemos"...

281 Terapeuta: ¿Eso de sabemos qué quiere decir?

282 P: Nadie lo conoce

283 Terapeuta: ¿Ella dice que tiene novio?

284 P: Aja y de hecho se supone que si tiene pero yo soy la única que lo conozco y eso porque luego
 285 cuando salgo a la calle de repente me la encuentro... no que a dónde vas... voy a ver a mi novio...
 286 Órale... y ya yo me voy para donde tengo que ir y ya cuando voy llegando así a la casa ya es cuando
 287 ya los veo y así y de repente llega mi hermana y dice... Qué viste... y yo así de nada... como que yo
 288 también le digo No pus nada... este hay dice Seguramente ya le fuiste con el chisme a mi mamá
 289 que no sé qué y porque a mi mamá también le preocupa eso de que, pues es que no lo
 290 conocemos, no sabemos con quién habla, anda ni nada... y luego si me preguntan... yo les digo no
 291 pus es que la vi con tal persona pero no sé si era él o que... a bueno...

292 Terapeuta: ¿Y no lo querrá presentar porque está feo, porque sabe que nadie le va a caer bien...?

293 P: Ella dice que si está feo... ella dice que el chico este dice que porque es feo y que no sé qué y mi
 294 mamá dice pues que no importa... si te quiere y está bien contigo pues qué más da... y ella dice no
 295 que no sé qué... ella como que es muy cerrada en esas cosas... a mi si me ha llegado a platicar de
 296 cosas pero de repente cuando... ósea porque mi mamá le puede hacer el comentario de y cómo
 297 vas con tu novio... Seguramente tú le dijiste lo que te conté y yo así de no... No es eso T...

298 Terapeuta: ok el equipo nos está llamando supongo que quieren hacer una pausa o algo para
 299 intercambiar algunos comentarios, vamos a pasar con ellos y entonces ahorita regresamos A ver
 300 qué es lo que nos van a decir

301 P: Aja

(Intersesión...)

(Al reanudar la sesión entra P., pero ahora N. como Terapeuta y D. como Coterapeuta)

302 Terapeuta: Bueno estuvimos con el equipo y dicen que les da mucho gusto verte y que te mandan
 303 saludar, que traes un buen semblante y eso les da gusto... y aparte te quieren felicitar ya que con
 304 lo que les acabas de decir comprueban que eres una chica muy madura debido a que has tenido
 305 una relación difícil con tu hermana pero quieres retomarla y mejorarla...

306 P: Bueno...

307 Coterapeuta: Bueno y con respecto a esa situación, el equipo y nosotros hemos pensado que si tu
 308 interés está en contribuir o fortalecer la relación que tienes con tu hermana te quisiéramos hacer

Comentario [U151]: El ingreso del terapeuta varón al finalizar la sesión es una estrategia que se empleo buscando la "captura de la paciente".

Comentario [E.S.I.152]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento ante los intereses y capacidades que ha mostrado la paciente (302 al 305)

309 algunas sugerencias... tal vez sería propicio que empezaras a hacer algo... como por ejemplo darle,
310 hacerle... algún detalle... ¿sabes de algo en particular que pudieras hacer por ella?

311 P: No... porque... Bueno si... pero ella es de que por ejemplo no puedes llegar y abrazarla y así...
312 porque “qué quieres, qué quieres, qué hiciste...” y yo así como de hash...

313 Coterapeuta: ¿Y algo que no fuera tan arriesgado digamos?

314 P: Es que todo es arriesgado con ella...

315 Coterapeuta: ¿Invitarle un café... algo?

316 P: No, luego a veces le digo... Vamos al cine yo te invito... No no quiero, ni siquiera hay películas
317 buenas, ni tienes dinero... Si te estoy invitando es porque si tengo dinero y quiero salir contigo...
318 no como que con eso no... no le puedo dar algo si no es porque yo quiero algo a cambio...

319 Coterapeuta: ¿Y en caso de que te preguntara “qué quieres”?

320 P: Pues le digo nada y me dice cómo no vas a querer nada si tú no eres así...

321 Coterapeuta: ¿Te parecería decirle que se te dio la gana...?

322 P: Pues también se lo he dicho y siempre así de... Se te dio la gana si como no... y me manda al
323 diablo...

324 Coterapeuta: Pero al fin y al cabo lo que estamos tratando de hacer es tener una pequeña acción...
325 un pequeño detalle para tener con ella entonces... ¿tú crees que a pesar de ser problemático
326 podrías hacerlo?

327 P: Pus si

328 Coterapeuta: ¿Qué te gustaría hacer?

329 P: Pus no sé... es que tampoco sé mucho de lo que le gusta ósea si pero pus no tanto... no sé igual
330 y decirle... A pues vamos al cine... pues sé que le gusta ir al cine y qué tipo de cine le gusta ver y
331 así... Sería eso y ya supongo... o luego de repente podría decir a pus le compro un dulce o algo que
332 le guste pero una vez le di un creo que fue un chocolate... Seguramente esta envenenado verdad...
333 Huy si... Entonces tampoco ja ja hay que trauma...

334 Coterapeuta: Ese sería un buen detalle ¿no? Comprarle un dulcecito y dárselo diario y pese a que
335 te diga por qué, qué tramas, qué quieres... “nada se me dio la gana...” ¿me parece algo que si
336 podrías hacer?

337 P: Pus si... (Ríe)

338 Esas serían un tipo de tareas alternas que te vamos a dejar con la finalidad de trabajar esta
339 cuestión de tu hermana...

Comentario [E.S.I.153]: Esquema Secuencial de Intervención: “Prescripción comportamental directa”. (307 al 340)

340 P: Si...

341 Terapeuta: Además te pediremos que sigas manteniendo las tareas que hasta el momento te
342 hemos pedido... esto de mantener silencio absoluto sobre la situación, además de pensar cuál es
343 el parecido que tiene el comer y vomitar con salir a la calle agarrar al primer hombre que
344 encuentres sea feo o guapo y jalarlo a un callejón y hacer el acto sexual para una vez terminado te
345 vayas y te sientas culpable todo el día, no obstante al día siguiente lo volverás a hacer... y lo de
346 vomitar una vez que hayas comido pero ahora esperando una hora... y continuar con las cartas con
347 la única condición de que digan "querida doctora" ok...

348 P: Si

349 Coterapeuta: Bueno por nuestra parte sería todo...

Comentario [P.E.T.154]: Protocolo Específico de Tratamiento: Se mantienen todas las prescripciones. (341 al 347)

Sesión 5

(Durante esta sesión se trabaja con P., Terapeuta C. y Coterapeuta D., cabe señalar que la paciente llega con un semblante diferente con respecto a sesiones anteriores, además de traer un aspecto más cuidado en cuanto a arreglo personal.)⁵⁰

1 Terapeuta: Hay P...

2 P: ¿Y ahora qué hice?

3 Terapeuta: No, la que hizo cosas ahora fui yo

4 P: ¿Qué?

5 Terapeuta: Yo te voy decir qué hice... Bueno quiero empezar esta sesión dándote las gracias
6 porque estuve leyendo a lo largo de toda la semana, con detenimiento y con mucha calma las
7 cartas que me enviaste... las cartas que me has escrito hasta el momento y pues lo que puedo
8 decir es que te quiero agradecer la confianza por expresar todo lo que escribiste ahí... he... Creo
9 que esta semana de leer las cartas me fueron más útiles que todas las sesiones que nos hemos
10 visto, que hemos estado aquí... Conocí más cosas de ti de lo que se pudo haber dicho en una
11 sesión y realmente estoy sorprendida, sumamente sorprendida por lo que ahora conozco y ahora
12 lo que se de ti... Y porque te digo que estoy sumamente sorprendida... porque veo a una jovencita
13 sumamente inteligente, sumamente entera y alguien honesto y alguien congruente... ¿no? Y creo
14 que eso no es fácil encontrarlo hoy en día, mucho menos con las crisis generacionales que hay...
15 Eres una joven adolescente y ciertamente si tengo que decirlo de manera honesta... estoy
16 anonadada estoy impresionada con todo lo que leí y por eso te estoy expresando tantas cosas
17 positivas... ¿Por qué estoy anonadada...? Nosotros trabajamos en esto y nos dedicamos a esto
18 desde hace muchos años... y tú has visto nuestro ritmo de trabajo que tenemos, estamos todos los
19 viernes aquí desde las 8:00 de la mañana hasta las 2:00 de la tarde recibiendo gente hora tras hora
20 tras hora.... Nos ha llegado una cantidad infinita de casos y de manera reciente las consultas que
21 vienen por trastornos de alimentación se han incrementado de manera importante... ¿qué tengo
22 que aprender o que tengo que reconocer en este momento...? que eres la primera jovencita con la
23 que trabajo, que viene con una cuestión de alimentación y que está tan entera... Tan entera en
24 todos los sentidos, en todos los niveles... incluso resaltar el hecho de que eres una persona que
25 funciona socialmente o sea funcionas socialmente en el sentido de que tienes una familia, te
26 relacionas con ella, trabajas, vas a la escuela y tienes un nivel social... ¿Comparado con qué...?
27 ¿Tantas maravillas comparadas con que...? En la mañana a la cita de las nueve... atendemos a una
28 joven de 19 años... con un problema de anorexia desde hace 5 años que tiene 19... empezó a los
29 14, cuando empezó el bachillerato... Empieza a tener esta cuestión de dejar de comer, empieza a
30 utilizar laxantes de manera importante y de manera constante, y hoy en día le viene un cuadro
31 físico degenerativo importante... viene muy mal... Es una chica con problemas de alimentación,

Comentario [E.S.I.155]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades demostradas por la paciente. (5 al 8)

Comentario [P.E.T.156]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre la prescripción del "Epistolario nocturno". (10 al 12)

Comentario [E.S.I.157]: Esquema Secuencial de Intervención: Elogio a la cooperación que la paciente ha presentado con respecto al tratamiento. (12 al 14)

Comentario [E.S.I.158]: Esquema Secuencia de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (23 al 26)

⁵⁰ La inclusión del terapeuta varón en el transcurso de las sesiones se decide en base a los efectos y reacciones observados en la paciente como el mejor arreglo personal, lenguaje corporal menos retraído y verbal más fluido. Se debe recordar que la relación terapéutica es fundamental durante la intervención.

32 joven adolescente y una vez que empieza a dejar de comer de repente empieza a ponerse mal...
33 deja la escuela, deja los amigos, se enclaustra en su casa, se deja de bañar... Está ahí son comer y
34 no tiene ningún tipo de relación ni ningún tipo de contacto... la familia llega un momento en que
35 se desespera, médicos, una historia nada desconocida especialistas, ya la internaron, trataron de
36 que coma y demás y bueno llegaron con nosotros y estamos trabajando... Y otro mundo, otra
37 dimensión, bueno tengo ese antecedente... y de repente a lo largo de la semana que empiezo a
38 leer y que empiezo a darme cuenta, digo tú no estás enferma, o sea si en algún momento se
39 asumía que tenías un problema, una enfermedad por las cuestiones que tu familia había notado
40 en ti o en tus hábitos alimenticios... Pues de repente ya es algo a lo largo de semana que digo aquí
41 no hay problema, comparado con esto que tengo ciertamente digo pus P. está en otro canal, no
42 hay esa parte... Cuando te digo eres una chica intensa, fuerte, congruente, inteligente...
43 ciertamente señalo eso, tú si reconociste o si salió de tus labios la primera vez que estuvimos aquí
44 venias aquí... tú dijiste "quiero que me ayuden con mi problema" y yo te dije "cuál es tu
45 problema", y tu dijiste "lo del vómito... quiero que me ayuden con eso" y lo manifestaste así...
46 Creo que tienes una capacidad poco usual de las nuevas generaciones de poder estar lidiando con
47 esta situación de salud y poder mantenerte avante en todo lo demás... En tu escuela nos
48 platicabas hace dos sesiones, "me gustan los idiomas, hablo tres, estoy en eso" si no mal recuerdo
49 inglés, italiano y francés, tu dominio del español... ya te hacen cuatro, "he participado en
50 proyectos de radio por internet... radios comunitarias..." "quiero estudiar ciencias de la
51 comunicación..." "trabajo con mi hermano..." "estoy en la escuela, tengo a mis amigas..." incluso
52 alguna vez comentaste que tienes un novio... Tienes una relación etcétera... Hay una serie de cosas
53 que están a tu alrededor... que ciertamente sí hacen que me sorprenda por este manejo tan
54 impresionante, tan maduro que tienes de tu vida... Ciertamente eso es sorprendente... y bueno de
55 repente me quedo con la idea de que eso que dices que es un problema... en realidad no es un
56 problema... ya viéndolo en perspectiva y viéndolo de manera general pues como que... Y ahí es
57 donde quiero que me ayudes... ¿Hasta qué punto eso si es importante, o a hasta qué punto en
58 realidad eso que ya no es un problema...? ¿Es un problema?

Comentario [E.S.I.159]: Esquema Secuencial de Intervención: Uso de una anécdota a manera de redefinición explicativa. (27 al 42)

59 P: Mmm pues yo digo que no es tanto como un problema porque pues no sé... es que luego siento
60 que mis papás se debrayan solos... De que... Hay es que no comes... y luego mi hermano dice pero
61 pues es que yo sé que si comes por qué te dicen que no... y yo no lo considero tanto como un
62 problema trato como que dejarlo y así pero mis papás lo meten y tienen tantas ideas de que tengo
63 un problema y de que estoy tan tan mal... que pus por eso

Comentario [E.S.I.160]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre hacia posteriores cambios progresivos. (42 al 52)

Comentario [E.S.I.161]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre la definición del problema. (54 al 58)

64 Terapeuta: Ya te empiezas a creer que efectivamente si estas mal ¿no...?⁵¹

65 P: Aja

66 Terapeuta: Entonces el asunto aquí es ¿si eso no es un problema entonces qué podemos hacer
67 aquí...? ¿Cómo podemos utilizar este espacio...? de tal manera que sea útil para ti y tú puedas

Comentario [E.S.I.162]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la paciente. (59 al 63)

⁵¹ Esta redefinición surge porque en las cartas que la paciente entrega al terapeuta resalta el hecho de que P. comienza a querer hacerse vegetariana, a diferencia de no querer comer, ella intenta cambiar de hábitos alimentarios.

68 obtener un beneficio, algo que para ti sea importante... y algo que para ti traiga o atraiga esas
69 cosas que tú quieres tener en tu vida

70 P: A rayos no sé... es que no sé porque se supone que la única razón por la que según mi mamá iba
71 a venir aquí era para tratar esto pero pus no sé... al menos en esta semana yo si me he sentido
72 más tranquila y así... Ha... le entrego de una vez las cartas... ¿no?

73 Terapeuta: Si gracias...

74 P: Y pues no sé por ejemplo podría decir no pues hablar de mis amigos y así pero pus no sé cómo
75 de qué hablar de ellos... No sé... Pues de mi familia pues ya como que ya en esta semana si como
76 que me siento más bien con ellos... y...

77 Terapeuta: Fue... perdón... Por algo en particular... ¿hubo este cambio, esta diferencia?

78 P: Es que... igual lo puse... igual en la carta que últimamente no he estado en la casa, me voy en la
79 mañana y llego en la tarde... Y así cuando llego es así de me voy adormir o así y pus si cuando ya es
80 por ejemplo el fin de semana que me quedo todo el día o así pues es como para no de estresarme
81 peleando con ellos así de repente ponte a hacer o comete esto... y para no estarme peleando con
82 ellos como casi no los veo para evitarme problemas también, al menos yo lo veo así no sé... Como
83 mi mamá lo ve y luego me dice es que no comes y me estoy comiendo así o me estoy atascando de
84 algo y que no como ¿qué? y así de No es que tú que no sé qué... bueno púes ya allá tú... bueno
85 tampoco ya no es de pelearme todo el tiempo con ella

86 Terapeuta: ¿Y ya llegó un momento en que le has perdido importancia?

87 P: Aja pues ya yo sé lo que como y lo que no, pues ya... Ya no sé

88 Terapeuta: Ciertamente es esta parte de... si eso no es un problema y a la mejor no hay o no se
89 percibe desde tu opinión algunos otros problemas en casa... ¿hay algo que pudiéramos hacer que
90 te haga sentir a ti tal como tú te quieres sentir, estar como tú quieres estar?

91 P: Es que no... No sé

92 Terapeuta: Ok te voy a hacer una pregunta un tanto absurda un tanto a la mejor extraña y como
93 que fuera de contexto, pero vamos a plantearla y vamos a ver qué pasa, te voy a pedir que
94 supongas que hoy por la noche una vez que has decidido que te vas a dormir... Regularmente los
95 rituales de la noche de lavarse los dientes, a veces uno se limpia la cara, se pone la pijama y uno
96 se mete a la cama y se duerme o se queda dormido en algún momento... Te voy a pedir que hoy
97 por la noche una vez que hayas salido de este espacio, llegues a ese momento en el que vas a
98 dormir, realices tu rutina cotidiana nocturna, te metas a dormir a tu cama y una vez que concilies
99 el sueño... Pues haz de cuenta que ocurrió un milagro... y que la situación que originalmente
100 motivo a tu familia... a venir a este espacio ha desaparecido... esa situación milagrosamente
101 desapareció.... Ha quedado resuelta...

102 P: Pero es que eso ya me lo había planteado antes...

Comentario [E.S.I.163]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los acuerdos de las modalidades de tratamiento. (66 al 76)

Comentario [E.S.I.164]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (77 al 87)

Comentario [E.S.I.165]: Esquema Secuencial de Intervención: Estimulación hacia posteriores cambios progresivos. (88 al 91)

Comentario [E.S.I.166]: Esquema Secuencial de Intervención: Uso de la "Pregunta del milagro". Para impulsar la percepción de la paciente más allá del problema. (92 al 101)

103 Terapeuta: Pero es diferente... pero estamos suponiendo que este milagro ocurrió durante la
 104 noche mientras tú estabas dormida... ¿Cómo te vas a dar cuenta la mañana siguiente que este
 105 milagro ocurrió...?

106 P: Ya no aparecerían los letreros...⁵²

107 Terapeuta: Ya no estarían los letreros...

108 P: He... pus ya no sería así de todo el día de mi mamá mensajes.... “Ya comiste y ya comiste”
 109 llamadas y así... Sería eso...

110 Terapeuta: Como ya no va a haber llamadas o mensajes de tu mamá... ¿Qué si te vas a encontrar,
 111 qué si vas a recibir...?

112 P: Más mensajes de mi mamá así de “cómo estás, ya vas para la casa...” así como para saber cómo
 113 me va con mi hermano o cosas así...

114 Terapeuta: Es decir, que te darías cuenta porque recibirías mensajes de tu mamá en donde te
 115 pregunta ¿cómo estás?

116 P: Aja bueno siempre lo hace pero ahora con más frecuencia... O llegar a mi casa así de que órale
 117 siéntate a comer ya y yo le digo... no, ahorita, no tengo hambre ya comí y ya pus así ya sería así de
 118 que ya no sería tanto como estarme presionando de come y come y come... ya sería más relajado
 119 ahí...y pus ya a lo mejor en eso

120 Terapeuta: ¿De qué otra manera te darías cuenta que este milagro ha ocurrido, qué sería distinto
 121 por ejemplo con tu hermana...?

122 P: Nada seguiría igual... lo mismo

123 Terapeuta: ¿Lo mismo en cuanto a que hay cierto distanciamiento?

124 P: Aja

125 Terapeuta: En el caso de tu hermano cuando llegases a trabajar ahí con él a cumplir tu jornada...
 126 ¿qué notarías distinto?

127 P: Nada porque de hecho con él no se habla para nada del tema... cuando por ejemplo mi tía es así
 128 de... Luego a mi tía si se le sale de ¿y cómo vas con el tratamiento? Y yo así de a bien... y ya como
 129 que quiere que le diga más y así pero sólo pus bien... y ya y últimamente ya no me ha preguntado
 130 ni nada pero sigue así de lo mismo... no se habla del tema ni nada...

131 Terapeuta: Con tu hermano no se hablaría del tema pero por ejemplo ¿tu tía ya no sería tan
 132 insistente?

Comentario [E.S.I.167]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (108 y 109)

Comentario [E.S.I.168]: Esquema Secuencial de Intervención: Estimulación a posteriores cambios progresivos. (110 al 111)

Comentario [D.E.169]: Diálogo Estratégico: “Paráfrasis que reencuadra”. (114 y 115)

Comentario [D.E.170]: Diálogo Estratégico: “Paráfrasis reencuadrante”. (131 y 132)

⁵² Con esta respuesta se puede suponer que la lista de comidas ha generado el impacto esperado al inhibir fuertemente a la paciente con su ritual.

133 P: A lo mejor y no...

134 Terapeuta: ¿Cómo sería la situación con tu tía después de este milagro...?

135 P: Hay no sé seguramente igual, seguiría rascando de sus historias de quién anda con quién y así...
136 En la tele... Ahí no sus novelas

137 Terapeuta: ¿Pero más bien cambiaría su conversación? ¿En lugar de enfocarse a ti o saber cómo
138 estás tú... la conversación de ella sería con respecto a otras cosas?

139 P: Aja

140 Terapeuta: Hace rato decías que habías notado esta parte del milagro porque tu madre ya no
141 estaría mandándote mensajes

142 P: Aja

143 Terapeuta: ¿Qué sería lo que fuese diferente en ti para que ella ya no hiciera eso?

144 P: Cómo, No... No entiendo

145 Terapeuta: ¿Qué estarías haciendo tu distinto que hace que tu mamá ya no te esté mandando
146 mensajes para preguntarte si ya comiste?

147 P: Pus que coma lo que usualmente comía... Así de que por ejemplo yo me acuerdo que me ponía
148 el plato atascado de comida y yo así de bueno... pero ¡ha! Y ella de Te lo comes todo y no sales
149 hasta que no te lo acabes... y yo así de ha... ya se me salía por las orejas casi y yo así de ya... A lo
150 mejor eso de que me viera comer igual o de que otra vez me volviera a comer carne y así lo que
151 comía... ya sería así como de ya está bien... todo eso

152 Terapeuta: Eso podría ser, volverías a comer y comerías cosas que has dejado de comer de un
153 tiempo para acá

154 P: Aja

155 Terapeuta: Cuando llegases a la escuela a tomar tus clases... ¿cómo se darían cuentas tus amigos
156 que algo pasó contigo...?

157 P: No pues como le dije la vez pasada sería como más de mi amiga, de mi mejor amiga así de que
158 no pus ya te noto más contenta y eso...

159 Terapeuta: ¿Tu novio...?

160 P: No ya no tengo... Pero cuando tenía...

161 Terapeuta: Suponiendo... porque estamos suponiendo finalmente que tuvieras una pareja, esa
162 pareja tuya ¿cómo se daría cuenta que hay algo que va distinto contigo?

Comentario [E.S.I.171]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (134 al 139)

Comentario [D.E.172]: Diálogo Estratégico: "Pregunta interventora". (145 y 146)

Comentario [E.S.I.173]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (147 al 151)

163 P: Igual porque por ejemplo había veces en las que salíamos y era así de “hay yo quiero comer
164 eso...” “es que yo no tengo hambre...” o así este “hay es que yo quiero por ejemplo una torta de
165 carne” “hay es que yo no como carne...” y así como por ejemplo si yo le dijera a pus yo también
166 quiero lo mismo así de haber yo me como este tanto y tu este tanto... como comenzar a comer lo
167 que comía antes y eso... y eso en general...

168 **Terapeuta: Aja cuando dices que lo que comías antes... ¿cómo ha cambiado tu dieta**
169 **pensando en el antes y el después?**

170 P: Pus por ejemplo ahorita ya no como carne... para nada, igual ya no la tolero y así como guacala...
171 y este no sé pus ya antes si era así... Pues hubo un día en el que iba a invitar a una de mis amigas a
172 mi casa y fuimos así a comprar cosas para nosotras... y fue así como jálate los chocolates para las
173 dos y pus vieron el sábado y pus... Es que tú te los comiste todos... y yo así de es que no me los
174 comí sola... no me voy a atascar de dulce yo sola en un día... y eso de que antes era así como de
175 dame tantos chocolates... y así como que ya no... le he bajado a todo eso...

176 Terapeuta: ¿Digamos qué más comes... verduras y frutas...?

177 P: Aja

178 Terapeuta: ¿Legumbres?

179 P: No me gustan bueno si pero pus ya no tanto

180 Terapeuta: Esta parte en la que has ido modificando los productos que consumes, lo has hecho de
181 manera arbitraria o en algún momento ¿has recurrido a un nutriólogo para esto...?

182 P: No yo sola o por ejemplo yo así empecé pero a mi mamá si le choca que yo haga eso... una vez
183 estábamos con uno de mis tíos y no sé si fue mi tía o uno de ellos que dijo... Hay es que en esta
184 casa subes muy rápido de peso... porque M. es así como de... Hay comete esto esto y esto... Y yo
185 me quede callada... yo estaba desayunando y me quede así como de “oye si es cierto...”

186 Terapeuta: Esto... esto... y esto ¿cómo que sería...?

187 P: Por ejemplo el desayuno ¿no...? y mi mamá es de que te pone lo que comiste el día anterior... y
188 te agrega el plato de fruta y licuado de chocolate así en vaso enorme es así un buen... Mi hermana
189 y ella pues como que si lo comen y yo como de yo nada más me como la fruta y ya...

190 Terapeuta: tu plato de fruta...

191 P: Y hasta ahí...

192 Terapeuta: Bueno... Tu mamá lo que cocina ese día es un plato de fruta, un plato de guisado...
193 recalentado...

194 P: A veces...

Comentario [P.E.T.174]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre los hábitos alimenticios de la paciente. (168 al 197)

195 Terapeuta: Licuado, café o...

196 P: No café no, a mi mamá no le gusta el café... se enoja si tomo demasiado café...

197 Terapeuta: Su licuado o su jugo... ¿no? y con eso desayunan

198 P: Aja y como dos horas después es así como de a pus comete esto y ya después en la comida pus
199 esto y esto para ti, como que te atasca demasiado y a mi si me da así como de hash...

200 Terapeuta: Ahorita que evidentemente ya tú como una joven que se está encaminando hacia la
201 adultez en donde por supuesto ya tomas tus decisiones... Ya vas como definiendo como el rumbo
202 de tu vida... En esta parte es... que creo que ya llegas a una parte que nos pasa a todos... De
203 repente ya empezamos a cuestionar a la familia, ya como que queremos empezar un poco a
204 emanciparnos o a deslindarnos, decir "bueno ustedes son familia y ustedes son así... pero yo ya
205 estoy creciendo y yo no quiero mucho de lo que ustedes hacen..." Finalmente siempre
206 conservamos rasgos de la familia pero hay cosas en las que marcamos la diferencia... he... El
207 asunto es que todavía faltan algunos años por convivencia con tus padres... Estoy pensando en
208 que llega un momento en el que ya puedas irte de casa y hacer su vida como tú decidas que
209 pase... pero mientras eso suceda, mientras eso llega pues tienes que estar ahí y tienes que estar
210 ahí pus porque esa parte ¿no? Finalmente pus ahí estás... hay beca ¿no? como les digo yo... Pus
211 estás ahí becada y pues puedes vivir... Ya ubicamos como empiezan a chocar los hábitos de la
212 familia con los hábitos que tu empiezas a adquirir y que finalmente te empiezan a perfilar como
213 persona ¿Cómo podríamos empezar como a hacer convivir de una manera más o menos armónica
214 tus hábitos y los de tu familia y por eso digo de manera más armónica ¿no? sin que esto sea un
215 problema...?

216 P: Bueno es que yo siento que como con mi papá aja... como que si lo entiende un poquito más...
217 pero mi mamá está tan acostumbrada a eso que siento que le es muy difícil para ella que le metan
218 nuevas cosas...

219 Terapeuta: ¿Qué es lo que si entiende tu papá?

220 P: A pus por ejemplo así... de que A pus yo nada más quiero desayunar esta fruta y de comer sólo
221 quiero esta verdura... ya porque pus no me da mucha hambre a veces... o luego es así... Y mi papá
222 dice a bueno está bien... y mi mamá si es así de que le digo que me avienta comida así un buen y
223 todo... entonces a lo mejor yo siento que mi papá como lo entiende más... o si no pus como que...

224 Terapeuta: ¿Tu papá entiende más el que no es necesario que comas tanto o qué es lo que
225 quieres comer...?

226 P: Es que luego le dice a mi mamá es que ella va a comer lo que pueda comer... tampoco le metas
227 tanto, le digo que él si como que lo entiende más y mi mamá si es de que es que debe de comer ve
228 cómo está y no sé qué... y pus ya mi papá no le dice nada porque mi papá también es así de que a
229 pus yo nada más me desayuno esto... también y en la tarde pus me como una ensalada y así... y ya

Comentario [E.S.I.175]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (198 y 199)

Comentario [E.S.I.176]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (216 al 236)

230 a mi mamá a veces se enoja un buen es que yo les hice esto para que comieran y no sé qué y
231 bueno pues ahorita nos lo comemos...

232 Terapeuta: Tons... el asunto es que eso es lo que si entiende tu papá... Que tu papá si entiende que
233 tú si puedes comer en pequeñas raciones ¿y tu mamá no?

234 P: Aja y mi mamá a veces no es así... igual y es lo mismo como cuando estaba H. así como de a pus
235 yo quiero como hacer esto... y mi mamá se enojaba mucho... como que siento que si, no lo
236 entendió con H. dudo que lo entienda conmigo...

237 Terapeuta: Sin embargo, bueno las circunstancias son diferentes si tú que has vivido en esa familia
238 y has podido ver que en algún momento hubo cosas que con H. no funcionaron... Ahora que ha
239 cambiado la familia y que estás ahí y aquí... Hay que pensar como estratégicamente y ver como
240 dicen por ahí en la jerga pus agarrar al toro por los cuernos... ¿no? Como le podemos entrar... Ya
241 tuviste la experiencia de ver que hizo H. que no funcionó con respecto de tu madre... Hizo varias
242 cosas y no más no aceptó esa parte... ¿qué podrías hacer distinto, qué podrías hacer diferente...?
243 de todo lo que hizo tu hermana... Porque lo que hizo tu hermana no funcionó entonces aquí
244 trabajamos con la idea de que si haces algo y no funciona entonces has algo diferente... Pensemos
245 en cosas nuevas... ¿qué cosas diferentes pudieras hacer tú con respecto de tu madre para que
246 fuera ella cayendo en cuenta que si te alimentas pero a un ritmo diferente del que ella quisiera?

247 P: Hay es que no sé... Porque por ejemplo he intentado así como de bueno pus que se dé cuenta
248 que si estoy comiendo así como de están cocinando y ya me pone en la mesa... y me dice no es
249 que... si me como eso pero pus yo quiero otra cosa y ya voy, me lo preparo, y mi mamá es así de
250 bueno te lo preparas pero también te comes esto... y es así como que hash... no sé siento que a
251 veces no lo va a entender... y lo que haga pus no va a dar resultado...

252 Terapeuta: Tu madre es enfermera

253 P: Aja

254 Terapeuta: Invariablemente como enfermera, como alguien que está relacionada con las ciencias
255 de la salud tiene conocimientos físico y conocimientos... Supongo que lo dice para que crezcas
256 sana y fuerte... ¿no? Ese es su rollo de que quiere que crezcas bien... Yo te preguntaba de si en
257 alguna vez habías platicado con un nutriólogo pensando en si la dieta que tú tienes hoy en día o lo
258 que acostumbras a comer de manera cotidiana cumple como los requisitos de este rollo ¿no...? De
259 toda... la parte de nutrientes que uno debe de tener... Y te preguntaba esto de las legumbres
260 porque ciertamente si desconozco muchas cosas del campo pero por ahí sabía que... algunas...
261 Bueno la carne tiene muchas proteínas pero que esas proteínas se pueden sustituir con algún tipo
262 de legumbres ¿no? a veces lentejas... o col o salvado o etcétera ¿no...? Entonces la pregunta era si
263 más o menos te has dado a la tarea de generar como un menú equilibrado de lo que comes mucho
264 o poco... de lo que sea

265 P: ¿Sustituya lo que ya no...?

Comentario [E.S.I.177]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (247 al 252)

Comentario [P.E.T.178]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre los hábitos alimenticios de la paciente. (256 al 281)

266 Terapeuta: Pus al menos te arroje los nutrientes que tú requieres independientemente de si es
267 carne, verdura, o esto... ¿Más o menos si has podido hacer algo de esto?

268 T: Pus más o menos porque por ejemplo en la secundaria o en la prepa te decían ¿no? Pues estos
269 alimentos tienen esto y así... y como se me quedaron así cosas y pues si no como esto, igual puedo
270 sustituirlo con esto... Pero mi mamá es así de “es que no todo es verdura y fruta...” no sé yo trato
271 como de ¿no...? Yo saco mi rollo teórico así de “no mamá es que esto sustituye a esto que no sé
272 qué...” No no no necesitas carne que no sé qué es hierro para tus huesos ve cómo estás...

273 Terapeuta: ¿Y además de la carne que otra cosa te proporciona hierro por ejemplo?

274 P: Pus no sé con algunas legumbres como dice... pero pus no me gustan tanto porque si pero no...
275 me desesperan... son caldosas... son tan caldosas que me desesperan...

276 Terapeuta: Y ahí entonces corrígeme si me equivoco por favor ¿hasta el momento no te has dado
277 así a la tarea consciente... de buscar qué es aquello que compensa qué cosa?

278 P: Aja... No

279 Terapeuta: No has podido hacer eso... Tú lo que has hecho hasta el momento es con el
280 conocimiento que has tenido de tus clases y lo has hecho de acuerdo a como vas viendo... Ok eso
281 es algo importante y creo que nos puede dar para seguir trabajando...

282 Terapeuta: Bueno, ya nos está llamando el equipo, vamos a hacer una pausa entonces vamos a ir
283 con ellos a ver que nos dicen... y enseguida regresamos ¿no? para cerrar nuestra sesión...

284 P: Aja

(Intersesión)

285 Terapeuta: Bueno P. traemos un par de mensajes del equipo... El primero de ellos es como que
286 muy... Pues es realista y ellos nos piden que no dejemos de señalarlo... La cuestión esta de... Pus lo
287 que te decía finalmente es tu familia, se trata de tu madre y pues todavía te restan algunos años
288 por vivir ahí... eso es como que un hecho, no decimos que ya sea así como que toda la vida pero
289 por lo menos en lo que acabas el CCH y la carrera tranquilamente te esperan de 5 a 7 años todavía
290 en esa casa mínimo... Probablemente menos, probablemente más... Pero bueno, el asunto es que
291 estamos planteando que todavía tienes algún tiempo que vivir ahí y también pues tener claro que
292 finalmente aunque uno haga o pueda hacer cosas diferentes... pues lo padres van a ser lo padres
293 siempre ¿no? Entonces en esa casa están los padres, están los hijos, del mayor al menor con sus
294 jerarquías quién tiene más peso tiene más peso... Entonces pues ciertamente hay que tener claro
295 esa parte en la que estás con ellos, estás en su casa y vas a tener que convivir con ellos todavía un
296 rato más... Hace rato que planteábamos la pregunta de ¿cómo podemos o cómo puedes hacer que
297 las cosas vayan mejor o cómo te darías cuenta que toda esta situación ya no está? y algo que
298 dices... “pus una es que mi madre ya no me estaría mandando mensajes” ¿no? “ya no me estaría
299 ahí hostigando a la hora de ver cuánto estoy comiendo, si como mucho, si como poco...” A decir

Comentario [E.S.I.179]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de intervención en base a la redefinición de la situación con la comida. (294 al 309)

300 del equipo... les queda muy claro y como que tú misma nos diste al respuesta... Tú mamá va a
301 estar encima de ti si ve que tu comes aja y entonces ahí se plantea esto... O te la quieres quitar de
302 encima o quieres seguirla teniendo encima hostigándote es así como que tienes esas dos opciones
303 y finalmente está en tus manos decidir cuál es la que tú quieres tener, la que tú quieres vivir... Si lo
304 que a ti te interesa o lo que tú quieres es quitártela de encima eso implica que tengas que... de
305 alguna manera modificar tus hábitos alimenticios... Y dicen allá atrás, evidentemente no vamos
306 hacia allá ni queremos pretender que te atasques todo lo que tu madre pone en la mesa... Eso es
307 un hecho eso está claro... Pero si preguntaríamos ¿estarías como que dispuesta a comer una
308 ración de eso que sirve para que ella vea que comas y de esa manera ir gradualmente
309 consiguiendo que te deje de estar hostigando todo el tiempo?

Comentario [D.E.180]: Diálogo Estratégico: "Pregunta interventora con ilusión de alternativas". (299 al 303)

310 P: Pus igual y si... no sé

Comentario [E.S.I.181]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de intervención en base a la redefinición de la situación con la comida. (307 al 309)

311 Terapeuta: Ahora... hay que cambiar, vamos a tener que hacer una modificación ahí... y repito
312 evidentemente y nos queda claro y tampoco vamos a llevarte hasta allá, no es nuestra pretensión
313 que nuevamente comas todo lo que tu mamá te pone en el plato eso es claro eso ya nos quedó
314 claro y no vamos hacia allá insisto... puedes colaborar, puedes hacer ese esfuerzo porque
315 finalmente es un esfuerzo incluso es un sacrificio que vas a tener que hacer pero sabes cuál es el
316 beneficio de ese sacrificio ¿no? El punto ahí es ¿cuánto estarías dispuesta a comerte de esa
317 ración...?

318 P: Pus no sé es que mi mamá si hace comidas bien, las comidas que hace antes me gustaban un
319 buen y a lo mejor por eso me las hace pero sabe que no... menos voy a comer porque sabe que ya
320 no...

321 Terapeuta: Aquí fíjate que por ejemplo, con esta cuestión de la carne y platicábamos allá atrás...
322 que si se puede sustituir... que si no se puede sustituir... que por las proteínas que esto y aquello...
323 Independientemente del valor nutricional... sale a relucir una idea que nosotros manejamos
324 mucho aquí que es el pequeño desorden que mantiene el orden... Cuando tú planteas el hecho de
325 sacar de tu dieta ciertos alimento finalmente estas adquiriendo como que cierta rigidez a la hora
326 de comer... Lo que si puedes comer, lo que no puedes comer... y entonces todo el tiempo
327 mantienes esa parte de que sólo vas a comer lo que si puedes comer o lo que tú quieres comer...
328 Y estas ahí y no sé ahorita de repente... ves una hamburguesa y un día por asares del destino se te
329 antoja esa hamburguesa... y dices pero no... No porque es carne y además es pan y "yo no voy a
330 comer eso y no me importa y veo para otro lado..."

Comentario [P.E.T.182]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre sobre el "Pequeño desorden que mantiene el orden". (321 al 330)

331 P: Si me ha pasado ja...

332 Terapeuta: Y me pongo lo audífonos y ya no sé nada no sé nada... Pero entonces llega un
333 momento en el que pues como se te antojó y dices pero eso no es lo que como... pues ya te ha
334 pasado y tendrás claro que incluso se genera como que de repente una pequeña obsesión...

335 P: Es como frustrante porque hay veces en las que salgo con una amiga, esta S. y había veces en
336 las que no habíamos desayunado porque nos habíamos quedado de ver bien temprano y de ahí

337 para la escuela y con tiempo S. decía es que tengo hambre es que quiero una hamburguesa y
338 pedía su hamburguesa y ella me decía pero es que tú no comes carne y le decía ya sé, por qué me
339 traes a comer hamburguesas...

340 Terapeuta: Aja

341 P: Si era así como que bien frustrante salir con mis amigas porque ellas si comen de todo y yo era
342 así como de es que tú que vas a comer y no sé... y mejor te pedimos otra cosa... Y así...

343 Terapeuta: A lo que vamos es que para empezar a evitar como que ese rollo de escenas tan
344 frustrantes como esas... Cuando hablamos del pequeño desorden que mantiene el orden estamos
345 hablando que no siempre, eso de vez en cuando, tú ahí vas a tener mayor conocimiento que
346 nosotros sobre estas cuestiones pero que bueno... Tú ya tiene más o menos, has empezado a
347 diseñar tu sistema de alimentación y ya tienes claro qué si comes y qué no comes pero que de eso
348 que no comes hay situaciones como esas en las que socializas, en las que eso que no comes tú...
349 de repente sale a relucir... Lo que nosotros estamos sugiriendo en este momento es que no
350 siempre pero de vez en cuando te puedas dar la oportunidad de comer algo de lo que no comes
351 habitualmente de tal manera que eso permita satisfacer el antojo en el momento y eso ya te
352 permita nuevamente seguir con tu régimen alimenticio sin ninguna dificultad, sin ningún
353 problema... Porque si tú te aferras y ya te ha pasado ¿no? Como esto, no como esto y no como
354 esto.... Luego te enfrentas a la frustración de tus antojos y lo que sea... Sin embargo, si tú dices “a
355 mí no me gusta eso...” y vas ¿no? y mantienes el orden y de repente dices “no pus se me antojo
356 una hamburguesa...” Tiene seis meses que no como una hamburguesa

357 P: (Ríe)

358 Terapeuta: Y comerme esa hamburguesa me va a calmar por otros seis meses el antojo por
359 ejemplo... y eso ya que quede claro que en ese momento te la comiste... incluso a lo mejor no
360 todo... igual pides una sencilla y te comes la mitad, no tiene por qué ser manda y te la tienes que
361 acabar... Pides tú hamburguesa, te comes la mitad ya satisfaciste en ese momento el antojo y eso
362 te va a permitir con mayor libertad mantener tu régimen alimenticio... Porque ya que te pudiste
363 dar eso pero si no te lo das como ya te ha sucedido pues luego te enfrentas a situaciones
364 frustrantes... Entonces nos parece que en este momento esta podría venir a sea bien una
365 sugerencia que en el momento en el que te permitas tener un desorden esto te vas a permitir
366 mantener el orden todo el tiempo que tú lo requieras y como a ti te gusta que así sea... Entonces
367 bueno a lo que vamos es esa parte... Si tú ya sabes qué es aquello que ayuda a que las cosas con
368 tu madre vayan bien... estaríamos preguntando si ¿estarías dispuesta a hacer como ese pequeño
369 sacrificio en algún momento para empezar a quitártela de encima... que esa es la finalidad?

370 P: Aja

371 Terapeuta: Y asumiendo y ahí igual te lo llevas de tarea y lo piensas... Tienes dos... seguir haciendo
372 o seguir como has estado hasta el momento con todo lo que eso implica... que todo mundo te este
373 ahí fregando y hostigando... y que esto y que aquello y que si esta... O vas a empezar a colaborar

Comentario [P.E.T.183]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencadre sobre el “pequeño desorden que mantiene el orden”. (343 al 366)

Comentario [E.S.I.184]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de intervención en base a la redefinición de la situación con la comida. (366 al 369)

374 de alguna manera... no vas a hacer lo que ellos dicen... pero tampoco ya vas a estar así como
375 antes... ¿no? y ese pequeño cambio va a hacer que las cosas vuelvan a tomar otro cause, ¿podiera
376 ser...?

377 P: Aja

378 Terapeuta: Vamos a empezar a trabajar esta semana con esto ¿no...? Y por lo mientras te pedimos
379 que las demás tareas sigan tal y como están hasta el momento... Vamos a hacer este
380 experimento... Vamos a empezar a meter un desorden para mantener el orden y vamos a ver
381 cómo te vas sintiendo, qué efectos va teniendo ¿no? y lo seguimos revisando...⁵³

Comentario [P.E.T.185]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción: Una pequeña transgresión durante el transcurso de la semana. (371 al 376)

Comentario [P.E.T.186]: Protocolo Específico de Intervención: Mantenimiento de las Tareas y Prescripciones. (378 al 381)

⁵³ En esta sesión y desde la pasada no se volvieron a reportar nuevos episodios de vómito, por lo tanto y como lo indica Nardone en estos casos, bastara con empezar a mostrar a la paciente nuevos placeres más allá del vómito a la vez que se sugiere “el pequeño desorden que mantiene el orden” encaminando a la paciente a los nuevos hábitos alimenticios que desea implementar.

Sesión 6

(Entra la paciente con un aspecto personal más cuidado y con una actitud amigable)

- 1 Terapeuta: P. buenos días...
- 2 P: Buenos días...
- 3 Terapeuta: Que tal ¿cómo te fue esta semana, cómo estás?
- 4 P: Bien
- 5 Terapeuta: Bien... platicamos cosas muy... pues no fuertes la vez pasada pero si cosas importantes
6 a considerar...y tenía que ver con este rollo de cómo ir valorando he... ¿A qué llegamos la vez
7 pasada? Como que a empezar a ver qué cosas puedes hacer que hacen que la fiesta vaya en paz en
8 tu casa y qué cosas haces que invariablemente hacen que los tengas a todos encima y todos... es
9 así como hablar particularmente de tu mamá... y en esa parte decíamos... hay que empezar a ver
10 qué puedes hacer para llevarte la fiesta tranquila y qué hacer para seguir con la situación como
11 está hasta ahora y algo que pareciera que pudiera llevar las cosas en calma o pudiera hacer que las
12 cosas vayan en calma es como de alguna manera empezar a reconsiderar algunas cosas que tienen
13 que ver con la alimentación... ¿Qué ha pasado esta semana?
- 14 P: Pues he estado tranquila hasta eso pero curiosamente, irónicamente mi hermana hizo
15 hamburguesas
- 16 Terapeuta: (Ríe)
- 17 P: Y de repente me dice... hay te voy a hacer hamburguesas... y me dice ya sé que vas a comer... y
18 le dije por qué... Porque tú no te resistes a mis hamburguesas... Claro... y ya no le dije nada...
19 Entonces creo que el día que las hizo yo me fui a trabajar entonces mi mamá nos llevó al
20 departamento y me dice toma te hice una de queso... y yo así como de... Pus justo cuando entró yo
21 me estaba comiendo un sándwich ¿no? pus porque no habíamos comido nada y le digo es que ya
22 comí... No no no me costó mucho trabajo hacértelo... te lo comes y yo es que ya comí... Y mi tía
23 pues es que ya comimos... No no no que cométela hay eres tan mala y no sé qué... y yo así de
24 bueno pus ya y sólo agarre un pedazo y es ahí donde me empezó a decir otra vez hay es que tú
25 que no sé qué... y yo así como que bueno pus ya... ya mejor ya no le digo nada... y pus ya así de
26 repente se ponía toda... se explotaba porque luego me dejaba cosas y ya pus me las comía y hay es
27 que eso tú no comías... y yo así de hash... Pues como lo que no comía y a veces se enoja y cuando...
- 28 Terapeuta: ¿comas o no comas te dice cosas...?
- 29 P: Aja
- 30 Terapeuta: Entonces algo que sugerimos bueno... fue el rollo de la hamburguesa ya habíamos
31 dicho que permitirte un pequeño...

Comentario [E.S.I.187]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los nuevos cambios. (3 al 9)

Comentario [E.S.I.188]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (9 al 13)

Comentario [E.S.I.189]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación de las soluciones ensayadas por la mamá. (24 al 27)

32 P: Carne...

33 Terapeuta: No... Desequilibrio que mantenga el equilibrio ¿no? Decíamos que mantener el
34 equilibrio pues era una cuestión muy rígida porque implicaba no hacer muchas cosas pero
35 decíamos que si en algún momento uno se permitía hacer algo pues eso permite que el equilibrio
36 se mantenga porque ya no te mantienes tan presionada ni tan forzada a seguir cierto régimen en
37 este caso un régimen de alimentación y ahí era cuando planteábamos bueno... Por qué no ser
38 permisivos y decíamos no es manda pero algo que queremos empezar a sugerir es ver un esfuerzo
39 adicional hasta qué punto pudieras hacer un extra para que ya te empezaran a decir menos
40 cosas... ¿Hubo algo en esta semana que pudieras hacer, comer algo que comúnmente no comes,
41 independientemente que fuese carne o algo?

42 P: Hay no me acuerdo creo que si... pero es que no me acuerdo... aja creo que precisamente fue
43 así carne porque hicieron... A pues precisamente fue lo de la hamburguesa mi mamá se estaba
44 comiendo una y estábamos en el departamento, igual y yo llegue y le di una mordida y mi mamá
45 se quedó así de qué onda ¿y eso? Y le digo nada, se me antojó pero después ya fue fatal porque
46 me enferme horrible...

47 Terapeuta: ¿Con una mordida?

48 P: Aja y ya después llegamos a las casa y había trocitos de carne... entonces agarre un trocito y me
49 lo comí y me subí y fue así como de después me empezó a doler bien feo el estómago y dije no
50 ya...

51 Terapeuta: Por lo menos dice ya pasado eso ya la libre... ya paso eso, tuviste una reacción... le
52 diste una mordida, te permitiste dar una mordida... lo probaste y estuvo bien... ¿eso fue una vez
53 en la semana... tuviste otra oportunidad o eso fue lo que hiciste esta semana?

54 P: Pus es que no me acuerdo... creo que... A si pus por ejemplo igual así de refrescos así... pues por
55 ejemplo mi mamá es de que a veces llega al departamento y le dice mi tía no quieres un refresco o
56 algo... y ya me mandan a mí y me dice hay pus ahí te compras un refresco... y me dice... A no pero
57 es que tú no tomas refresco y le digo no pus yo me compro otra cosa... y ya voy y le compro uno
58 para mi mamá y uno para mi tía y así le tome tantito pero fue así como de hash... y me dice mi tía
59 pero que tú no tomabas refresco y le digo no pero pus es que ya no me sabe a nada y ya no me
60 dijeron nada...

61 Terapeuta: Entonces... te permitiste también esa parte ¿no? y ¿cómo te has sentido, cómo te
62 sentiste...?

63 P: Pues bien... digo que el refresco ya no me sabe a nada... y me hizo súper daño la carne y pus ya...
64 pero pues ya dije bueno...

65 Terapeuta: Digamos a lo mejor bueno la respuesta de tu organismo a lo mejor no fue muy buena
66 pero me refiero a ¿cómo te sentiste con el simple hecho de poderte permitir un sorbo de refresco
67 o una mordida de hamburguesa...?

Comentario [P.E.T.190]: Protocolo Específico de Intervención: Redefinición sobre los efectos del "pequeño desorden para mantener el orden" a través de una pequeña transgresión alimentaria. 30 al 60.

Comentario [E.S.I.191]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los cambios obtenidos. (61 al 70)

68 P: Fue raro

69 Terapeuta: ¿Fue raro para ti?

70 P: Si como de pus ya una vez al año

71 Terapeuta: Ok planteábamos todo esto porque creo que llegamos a un momento importante en el
72 cual reconocíamos de manera abierta y patente todas las cualidades que tienes y también
73 reconocíamos la extraordinaria fuerza personal que tienes para no haber enloquecido ante esta
74 situación, porque decíamos son una serie de situaciones que has enfrentado sumamente fuertes...
75 Te dijimos que teníamos la experiencia de como las jóvenes y ya empiezan los varones a caer en
76 estas situaciones ¿no? de la alimentación lo cual no es tu caso... Y eso a nosotros nos da mucho
77 campo... ahora lo que planteábamos es que a ti te quedan mínimo cinco años de vivir en la casa
78 familiar por la cuestión de la escuela, la independencia y demás he... Después de esos cinco años o
79 seis años probablemente más, probablemente menos... Pues ya vas a hacer tu vida de manera
80 independiente sin embargo, ahorita en este momento que has empezado a visualizar en tu vida,
81 ¿Que te gustaría hacer a ti... o sea tú P. qué quieres hacer contigo...?

82 P: ¿Cómo...? ¿Cuándo yo me independice?

83 Más que cuando te independices... antes ¿no? ¿Qué persona quieres ser, que tipo de chica
84 quieres ser...?

85 P: Pus de hecho ya se los había dicho ¿no? pus de hecho ahorita también le había comentado a mi
86 mamá que quería meterme a clases de tap pero le digo es que mis hermanos me hacen burla y
87 cuando se los digo me dicen hay estás loca y no sé qué... y haz lo que quieras pero pus si se burlan
88 de mí... y luego les digo a mis amigos y si P. si... Porque como luego les digo cada cosa... bueno pus
89 ya y no sé... Como ahorita estoy trabajando con mi hermano pues ya estoy ahorrando yo... y le dije
90 a mi papá o no sé a quién que estaba ahorrando precisamente para cuando ya termine la prepa ya
91 tener algo y al menos rentar cerca de donde me quede... o algo así y si buscar un trabajo

92 Terapeuta: Es algo que has proyectado, es algo que a ti te gustaría hacer...

93 P: Si

94 Terapeuta: Por lo menos eso es algo que estaría al menos a dos años luz ¿no? Un año y medio,
95 dos años... es acabar el bachillerato y de ahí entrar a la carrera por lo menos año y medio ¿no?

96 P: Aja

97 Terapeuta: Y bueno es el tiempo en el que vas a seguir estando en casa y llegamos al momento en
98 el que ya sabes qué hay que hacer para llevarte la fiesta tranquila y ya sabes qué hacer para llevar
99 la fiesta tortuosa... ¿no? aguerrida... Tú quieres llevar la fiesta tranquila... y llevar la fiesta tranquila
100 te va a requerir ciertos esfuerzos adicionales ciertos sacrificios ¿no? incluso que vas a tener que
101 hacer pero que finalmente estos esfuerzos o sacrificios adicionales van a hacer algo que te van a ir
102 forjando el carácter y que finalmente va a contribuir a tu proceso de madurez... Cuando

Comentario [E.S.I.192]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades demostradas por la paciente. (71 al 78)

Comentario [E.S.I.193]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición encaminada a posteriores cambios progresivos. (81 al 96)

103 hablábamos de llevar la fiesta en paz en este momento ¿qué es aquello que tendrían que ver tus
104 familiares para que vean que tú estás bien?

105 P: Pues de hecho mi hermano es el que ha notado que me veo mejor mi mamá ya no me dice nada
106 pero por ejemplo... si me regaña de que es que te estás mal pasando y yo así como ya no le digo
107 nada... y me dice es que ya no comes y es que si estoy comiendo le digo que eso siempre me lo
108 dice cuando estoy comiéndome algo... es que no estás comiendo y yo así de y esto que... es así de
109 que siempre dice eso...

110 Terapeuta: Aja... Hay que ir viendo... En esta parte en la que nos estamos encaminando a tu futuro
111 a que empieces a visualizar lo que quieres y demás... pues por supuesto que tú ya empiezas a
112 elegir tu vida, empiezas a diseñar tu vida y empiezas a ver aquello que quieres y no quieres para
113 ti... Nos pareció importante señalar que la vez pasada que hablábamos de la alimentación... Tú nos
114 decías que los conocimientos que tenías con respecto a cómo se combinan los carbohidratos, las
115 proteínas la vitaminas y demás pues eran conocimientos más bien austeros que tenías así de
116 pronto de tus clases... en realidad no había así como que un conocimiento firme sobre todo eso...
117 Valdría la pena que en todo este tiempo o en este periodo vacacional porque además a partir de
118 hoy pues vamos a tener una pausa larga antes de volvernos a ver... si valdría la pena que te dieras
119 el chance de revisar las cuestiones de la alimentación y pudieras he... empezar a tener mayor
120 claridad sobre cómo combinar... las propiedades de los alimentos para empezar los grupos de
121 alimentos, propiedades de cada uno de ellos para empezar a ver de qué manera los puedes
122 combinar de tal manera que generes una dieta balanceada comiendo he... o ingiriendo productos
123 que sean de tu agrado que favorezcan tu salud y que además se equilibren... ¿no? porque algo que
124 nos había dejado pensando y hasta cierto punto preocupados es tu combinación así a la libre de
125 las cosas ¿no? Y sin considerar esta parte de qué compensa qué o qué se complementa con qué...
126 entonces si quisiéramos sugerir en ese sentido que te pudieras documentar al respecto de eso,
127 saber cómo están los grupos de alimentos, cuáles son sus propiedades, cómo los puedes combinar
128 de tal manera que puedas ir armando algunos menús que te alimenten y que mantengan tu salud
129 siempre y cuando en la tendencia alimenticia que tú hayas elegido porque ya llegamos a un punto
130 en el que ya estás a un paso de la adultez y llegamos a un punto en el que empiezas a elegir y a
131 construir tu vida ¿no? Entonces si es parte tuya o interés tuyo el modificar tus hábitos de
132 alimentación o tener una alimentación que favorezca no sólo tu salud sino también tu físico que
133 sea una elección que haga s pero ya con conocimiento de causa no a la libre ¿no? Y por supuesto
134 eso es válido y además pues estas en tu derecho... Por qué la importancia de recalcar esto...
135 porque no dejas de ser una chica en desarrollo ¿no? por decirlo de alguna manera y si requieres
136 todavía una buena base alimenticia para poder tener un desarrollo sano además, entiendo y por
137 lo que sé, lo que has escrito... que tienes muchas actividades entonces la cuestión del trabajo, del
138 estudio, del ejercicio y tu vida social pues si requiere que tengas cierta energía ¿no?

139 P: Aja

140 Terapeuta: Cuando uno modifica los hábitos alimenticios pues todo el ritmo del cuerpo se cambia
141 y llega un momento en el que si nos descompensamos de manera importante el corazón se puede

Comentario [E.S.I.194]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición encaminada a posteriores cambios progresivos. (97 al 109)

Comentario [P.E.T.195]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre la nueva relación con la comida más funcional. (113 al 148)

142 parar... y entonces ahorita que tú estás en este proceso de reajuste o de modificación de los
143 hábitos alimenticios he... Las propiedades del plátano pueden ser un buen colchón por decirlo de
144 alguna forma en lo que ya consolidas ciertos hábitos alimenticios ¿no? Que ahorita estás en
145 proceso y por lo que sabemos de un tiempo para acá los has ido cambiando pero aún no has
146 consolidado como un ritmo alimenticio más o menos fijo o estable en tu vida sino que todavía un
147 poquito pruebas de aquí pruebas de allá y entiendo que según te vayan gustando las cosas pus te
148 vas acomodando.

149 P: Aja

150 Terapeuta: Parte de las tareas que queremos dejarte para este tiempo tienen que ver con eso, con
151 que te documentes, con que estudies sobre eso y que puedas tener mayor dominio de todos esos
152 elementos para ver... Pus para que lo apliques, eres una joven universitaria... eres alguien que
153 tiene conocimiento y formación y si es viable que lo hagas de esa manera... En un primer momento
154 tú y ya después podrías ir con especialistas, nutriólogos particularmente pero ya sabiendo o
155 llevándote una propuesta alimenticia... “A mí me late esto, yo quiero comer así ¿es viable o no es
156 viable...?” Por edad, por ser mujer, por todo lo que eso implica... para considerar algunas otras
157 cosas...⁵⁴

158 P: Aja

159 Terapeuta: La otra, pues tiene que ver con todo esto, con el rollo familiar... ¿qué tienes que hacer
160 pues para llevarte la fiesta en paz y que cosas de plano?

161 P: No

162 Terapeuta: Hace quince días y eso ya no lo tocamos mucho... D. te había pedido que platicaras con
163 tu hermana y también que si en alguna ocasión pudieras tener algún tipo de detalle o acción con
164 ella pues para ir mejorando la relación... ¿a este respecto no sé qué ha pasado...?

165 P: Este pues le había puesto que... no tanto como algo material le doy pero es así como de repente
166 deja su cuarto tirado ósea las veces que yo hago el quehacer si era como de... Hay no, que ella
167 recoja sus cosas... y ya de repente entro recojo su cuarto y así y aunque no lo nota pus ya digo
168 bueno al menos ya no está tan tirado y así, sólo llega y se acuesta y así... Pero eso si es bien
169 gracioso porque ella es la que luego... llega y le digo qué me trajiste... no pues nada y ya me dice
170 cómprame... y luego yo le digo hay como molestas tú nada más me explotas... y ya después me
171 dice hay gracias últimamente ha estado como que de mejor carácter... Y pues le digo que si se
172 enoja de repente... le empiezo a decir cosas así que la saquen del enojo y al menos conmigo ha
173 estado más relax... como que ya le he bajado a mis bromitas pesadas... Pero ella me dice cada cosa
174 y yo le quiero contestar pero digo “no voy a hacer que se enoje, no voy a hacer que se enoje” y le
175 digo sí jaja y ya... ya trato de guardarme mis comentarios...

Comentario [E.S.I.196]: Esquema Secuencial de Intervención: Prescripción comportamental directa: Investigar sobre los nutrientes necesarios y contenidos en los alimentos que ella desea ingerir. (150 al 157)

Comentario [E.S.I.197]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios (162 al 175)

Comentario [E.S.I.198]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (165 al 175)

⁵⁴ Lo anterior es una estrategia que los terapeutas plantean con la finalidad de encaminar a la paciente hacia unos hábitos alimenticios funcionales y una relación familiar más funcional expresados como nuevos placeres en la vida de la paciente que la alejan del vomitar.

176 Terapeuta: Pus de hecho creo que si han sido bastantes cosas porque ya y se ha notado puesto
177 que me dices recoges el cuarto si es posible o a veces lo trapeas, dudo un poquito cuando dices
178 que no se da cuenta... Si dejamos algo desordenado... yo creo que si ve, más bien no te dice o no
179 reconoce que tú lo hayas hecho pero si lo nota igual y ya no lo comenta

180 P: Aja

181 Terapeuta: Pero bueno entre que has trapeado a veces, a veces ordenas su cuarto, a veces le
182 invitas cosas, le has bajado el tono a las bromas pues vas bastante bien, no sé si se te escapo algo
183 más o se te ha ocurrido ¿de qué alguna otra manera puedes ir alivianando las cosas?

184 P: Pues hasta ahorita es lo que siento que como que la trae así más... o por ejemplo me dice
185 ayúdame a guardar las cosas que me voy a llevar y de repente yo empiezo hay como molestas y no
186 sé qué pero mientras le digo como molestas haber agárralos y se las voy pasando y me dice no que
187 no y le digo hay ya déjame en paz... o de repente me dice no sé tú escombros la mesa y yo así de
188 hash... bueno está bien ya y ya la escombros y todo y así... pus ya como que trato de ayudarla más o
189 cosas así cosas que a lo mejor no hacía antes o que siempre era de que hay todo yo... o se lo digo
190 pero se lo digo mientras lo hago y así...

191 Terapeuta: Y aunque ella no reconozca explícitamente lo que haces... ¿qué te gusta de la respuesta
192 que ella tiene?

193 P: Pues la siento de mejor humor... al menos conmigo la siento de mucho mejor humor

194 Terapeuta: Las cosas van mejor... Pues entonces vamos con el equipo para ver qué tienen que
195 decir...

196 P: Aja...

(Intersesión)

197 Terapeuta: Ok traemos varios mensajes del equipo... ¿Quieres empezar?

198 Coterapeuta: Bueno el equipo nos dice que te ves bien, traes un mejor semblante

199 P: ¡Uju!

200 Coterapeuta: Te ves más feliz, con mayor motivación y al equipo le pareció grato saber que esta
201 cuestión con tu hermana está teniendo frutos mediante tus esfuerzos como el no mencionar
202 ciertas cosas, callarte ciertas cosas por ejemplo...

203 P: Si

204 Coterapeuta: Y eso bien que mal ha logrado que tengan una buena relación hasta el momento...
205 Otra cosa que te quisieron hacer notar tiene que ver con lo que comentabas hace rato recordando
206 que decías que tu mamá o algunas otras personas son las que terminan por faltar a la tarea de
207 guardar silencio con respecto a esta situación... En este caso no podemos hacer que esta tarea

Comentario [E.S.I.199]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición explicativa de los cambios obtenidos. (176 al 183)

Comentario [E.S.I.200]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los primeros cambios. (191 al 195)

Comentario [E.S.I.201]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades demostradas por la paciente. (198 al 207)

208 dependa o quede en ellos ya que no la cumplen. En cambio queremos pedirte que esa tarea quede
209 en tus manos... Es decir, el equipo sugiere que en los momentos en los que tú notes que esta tarea
210 no se cumple de parte de estas personas con insinuaciones, con comentarios hacia ti... Tú seas
211 quién les recuerde sobre esta tarea... diciéndoles que es una tarea que se pidió en este espacio... y
212 que los psicólogos te han dicho que no se puede hablar sobre esta situación...

213 P: Aja

214 Terapeuta: Si ellos no lo respetan... Nos parece importante que era lo que señalaba el equipo...
215 ver de qué manera tú puedes contribuir a que se respete la cuestión del silencio ¿no? Y pues de lo
216 que te dijo D. pues también reiterar eso del equipo... Que les gusta verte, te ves bien, mejor
217 semblante, reconocen tu ánimo, están contentos...

218 P: Aja

219 Terapeuta: Pues ya lo que te dijo ahorita D. bueno necesitamos que las cosas que te hemos pedido
220 desde el principio continúen y las integres con lo de tu hermana por ejemplo, puedes continuar
221 igual haciendo lo que has hecho hasta el momento que ha sido útil, ha sido funcional, si se te
222 ocurren otras cosas pues también como de repente llevarle un té o hacerle algo no sé... invitarla a
223 ver una película, sentarse a escuchar música no sé algunas otras cosas... Las que has empezado a
224 hacer... creo que has tenido muy buen tino para elegir aquellas cosas que son fáciles para ti y que
225 ella pues también... Entonces la cuestión de mantener las cosas con tu hermana... he... la cuestión
226 de que ahora seas tú... ahora quien haga respetar la conjura del silencio que yo pedí aquí desde el
227 principio, que no se hablara de esto y la otra sugerencia que te hacía... el hecho de poder
228 documentarte sobre las cuestiones de alimentación para que vayas viendo las opciones y puedas
229 elegir la que más se ajuste a tus necesidades, a tus intereses y con respecto de esto pues que tú
230 consideres y tengas presente todo el tiempo el desorden que mantiene el orden...

231 P: Si...

Comentario [P.E.T.202]: Protocolo Específico de Tratamiento: Énfasis en la prescripción de "Conjura del silencio" con una pequeña variante siendo ella la responsable de hacerla cumplir. (207 al 212)

Comentario [P.E.T.203]: Protocolo Específico de Tratamiento: Las prescripciones anteriores se mantienen (219 al 230)

Sesión 7

(Durante esta sesión por razones escolares a la paciente le resultó imposible asistir a la sesión, en cambio sus padres acuden.)⁵⁵

- 1 Terapeuta: Señor... No tenemos el gusto de conocerlo ¿usted se llama?
- 2 L: L...
- 3 Terapeuta: ¿Señor cómo está usted? Señora M. pues ya casi casi somos de la familia... ¿Qué nos
4 puede decir usted que ha pasado en este mes y medio?
- 5 M: Pus si ha estado haciendo las tareas... lo que pasa es que...
- 6 Terapeuta: ¿Qué tareas nota usted que ha estado haciendo?
- 7 M: Pues lo de lo de este... hacer lo que se le había asignado... Si lo está haciendo pero este... cómo
8 le diré... fue ahora de que empezó con lo de la escuela... otra vez empezó pero también esto se dio
9 a raíz de que hubo un problema en la casa
- 10 Terapeuta: Ok
- 11 M: Y este pues había estado muy bien de hecho... ya pues... ya hasta había cambiado de humor,
12 llegaba contenta, había veces en las que ya se integraba a comer con nosotros, es más hasta
13 comer ya de lo que nosotros comíamos... pero pus otra vez volvió a empezar...
- 14 Terapeuta: Aja en este mes y medio ¿si notó cambios en su alimentación, se dio cuenta de que
15 comía más y que comía cosas diferentes?
- 16 M: No.... Empezó a comer menos... Y de diferente... pues empezó otra vez a comer más dulces más
17 dulces y de que pus igual ya no quiere de plano carne... pollo ya no quiere... Ahora ya ni el atún se
18 lo quiere comer... lo único que si come son las ensaladas que luego ella se hace solita...
- 19 Terapeuta: Ok
- 20 M: Pero le digo ahorita fue a... ¿dos semanas tiene verdad?
- 21 L: Si
- 22 Terapeuta: Del diez de agosto para acá...
- 23 M: Aja
- 24 Terapeuta: ¿Que ha sido diferente del 10 de agosto para acá... qué noto...?

Comentario [E.S.I.204]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los cambios obtenidos. (3 al 18)

Comentario [E.S.I.205]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (16 al 18)

⁵⁵ Ante la ausencia de la paciente se decide hacer una sesión con los padres para recabar información sobre cómo han ido las cosas durante el último mes y medio.

25 M: Pus que ya ahora si de plano no come, no ha querido comer... como dice... sí si ya comí... por
26 decir tome yogurt...

Comentario [E.S.I.206]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (25 y 26)

27 Terapeuta: Aja

28 M: Tons... yo le preparo la fruta picada como le gusta y no, nada más va y la cucharea y ya la deja...
29 y luego hasta siento a veces... ella sabe que me enoja de que tome tantísima agua... A veces hasta
30 tres botellas de litro y medio enfrente de mí, las llena y se sube o cuando se va a la escuela se lleva
31 la botella de agua... Ella dice que en la escuela come... No dice es que en la escuela si me compro y
32 ahí como... y le digo pero qué comes, puras chucherías has de estar comiendo... No, dice, si como...

Comentario [E.S.I.207]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (32)

33 Terapeuta: ¿Cuándo le pregunta que qué come ella... le responde de buena gana, de mala gana?

34 M: De mala gana... Inclusive estas dos semanas no me hablaba, no me hablaba...

Comentario [E.S.I.208]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (33 al 38)

35 Terapeuta: ¿Desde que entró a la escuela?

36 L: Después del problema que hubo... ¿no?

37 M: Después de ahí del problema que hubo...

38 Terapeuta: ¿Qué fue lo que paso?

39 L: Mire lo que pasa es que mi esposa salió de vacaciones del trabajo... yo casi no estoy en la casa...
40 mi trabajo es estar siempre fuera... Llego regularmente cada ocho días a la casa un rato... Cómo
41 ahorita que tengo un pequeño espacio de... A las dos de la tarde me salgo de la casa y cada quince
42 días descanso dos días... Y yo lo que me he dado cuenta con P... es que cuando yo estoy la invito a
43 comer a algún lado y va... y come... No come carne porque eso si no, pero come bien... Vamos a un
44 restaurant... pus vamos hija, si vamos ósea le gusta salir mucho... ella desde niña convivió mucho
45 conmigo, siempre salíamos, inclusive nos íbamos fuera a pasear y ella siempre andaba conmigo... Y
46 ahora bueno por mi trabajo pues yo casi no estoy y... pero cuando yo estoy... yo veo que a ella le
47 gusta mucho andar conmigo luego le digo vamos a tomarnos un café... Si... vamos... a dónde... pues
48 a donde tú gustes... hay un lugar en donde le gusta... Bueno pus vamos... se come un pastelito, se...

49 Terapeuta: Su café, se pide... su pastel

50 L: Si muy bien a gusto... yo la veo y pienso... yo... bueno si estuviera diario aquí esto estaría bien...
51 Mire salió de vacaciones mi esposa y se fueron a puebla... Se fue ella y mi hija, la otra mayor pero
52 P. se tuvo que regresar por esto de la escuela... Entonces mi esposa le dejó encargado un dinero,
53 una X cantidad... Y yo llegue y deje un dinero guardado en un lugar... Para esto ella tenía que hacer
54 un pago... y yo no sabía que ella le había dejado dinero a P. sino nada más pensé que el dinero que
55 había era nada más lo que yo había dejado... Entonces yo un día le hable a P. y le dije... P. por favor
56 me urge hacer un pago en el banco... en tal parte hay un dinero, agarra una cantidad y vas y
57 pagas... A si no te preocupes yo lo hago... ¿vas a venir? le dije... Si... Entonces este... ya paso ese
58 día... ¿no? después ya vi y revise el dinero y faltaba lo que ella me había dicho que había tomado...
59 perfecto... Agarre y repuse el dinero y nos fuimos a cenar ese día... cenamos y... le dije el cambio

Comentario [E.S.I.209]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (39 al 50)

60 de lo que pagaste... y me dice aquí lo tengo te tome 20 pesos... Si no hay problema, me dio el
61 dinero, cenamos y ya después mi esposa regresa y me habla... y me dice oye cuánto dinero
62 dejaste... No pues deje tanto... Desaparecieron una cantidad de dinero de lo que yo había dejado y
63 también una parte de lo que ella le había dejado a P. encargado...

Comentario [E.S.I.210]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (52 al 103)

64 Terapeuta: ¿Ambos le dejaron dinero a P...?

65 L: Si

66 Terapeuta: ¿Usted repuso la cantidad y se la había dejado completa y usted también le había
67 dejado de puebla para acá?

Comentario [D.E.211]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (66 y 67)

68 L: Exacto... Entonces este.... se perdió el dinero...

69 Terapeuta: ¿El de los dos o...?

70 M: Una parte de lo que yo deje y que se lo di a ella para que lo guardara y otra parte que de hecho
71 yo no sabía sino que nada más él y ella sabían que ahí estaba ese dinero... Entonces él me dice yo
72 deje tanto...

73 Terapeuta: ¿Pero fue una parte y una parte o una parte de usted y todo lo suyo?

Comentario [D.E.212]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (73)

74 M: No... una parte nada más...

75 Terapeuta: Una parte y una parte ok...

Comentario [D.E.213]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante (75)

76 M: Pero pues él si... Yo cuando le hable le dije... yo cuando llegué vi el dinero y vi cuanto era pero
77 él nunca me dijo cuánto era y yo a P. cuando le dije sabes qué... guárdame tal dinero, y es tanto, y
78 tráeme tanto cuando ella me alcanzó para irnos a puebla

79 Terapeuta: Aja

80 M: Y entonces cuando yo ya le hablo a él... cuando yo cuento lo que a ella... Haber tráeme el
81 dinero porque voy a ir a pagar las cosas y cuento el dinero y me faltaba... oye... le digo aquí falta
82 dinero No pus es que yo no sé... ¿cómo que no sabes? yo nomas agarré tanta cantidad pero aquí
83 está el cambio y si coincidía con lo que me había... Pero falta dinero... entonces se me ocurre y le
84 hablo a mi esposa y le digo oye cuánto dejaste tú y si ocupaste más dinero... No me dice... yo deje
85 tal cantidad, yo no agarré más... Entonces le digo a ella oye qué paso con este dinero No pues es
86 que yo no sé... Yo cuando te hablé te dije guarda este dinero, te dije qué cantidad era y te dije
87 guárdala y tráeme nada más está cantidad Entonces aquí debe de estar esa cantidad... No pues yo
88 no sé, es que yo no lo conté... Cómo no lo contaste, dónde lo guardaste... No pues yo nada más lo
89 metí en mi cajón... Le digo bueno pues cómo lo dejaste así ¿no? Bueno estamos en la casa, yo digo
90 bueno... no se debe de perder... La cosa es que desde ahí no me hablaba y no me hablaba... Y un
91 día yo si enojada porque me dejaba la comida y se subía... Y un día si me subí enojada y le dije
92 Sabes qué el hecho de que te enojas no te quita la responsabilidad de que tú estabas a cargo de

93 guardar ese dinero fue todo lo que le dije y así... No me hablaba y no me hablaba y pus yo si me
94 sentí... fue lo que le hable a él... le dije sabes qué... no quiere comer otra vez

95 L: Y ahí fue donde se agravó otra vez ¿no...? y también yo... bueno la verdad yo me moleste y como
96 yo sé que ella es la única persona que sabía dónde porque le dije en tal parte deje el dinero y le
97 dije el lugar y todo... Entonces cuando pasó esto de que se extravió el dinero yo le mande un
98 mensaje y le dije P. pero ¿por qué paso esto? oye hija le dije es que tú eres la única que sabía...
99 Fue todo lo que yo le comenté... por un mensaje, se lo mande... Entonces yo después regrese hace
100 seis días... En la casa, estaba muy molesta, le hable casi no me contestó este... después llegó y
101 estaban viendo ellos una película, me acosté ahí con ellos y ella se levantó entonces agarré y me
102 bajé... mejor me bajé yo, comí y ya de ahí pues la verdad la veo muy mal... Pero esto se agravó
103 después de la situación que se dio con eso de ese dinero...

Comentario [E.S.I.214]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (95)

104 Terapeuta: Cuando usted le manda el mensaje para preguntar ¿qué pasa con el dinero? ¿Ella le
105 contestó?

Comentario [E.S.I.215]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (104 al 118)

106 L: No porque no tenía crédito me parece

107 Terapeuta: Cuando usted ha venido aquí y ha hablado con ella ¿han tocado nuevamente el tema y
108 le han preguntado ya frente a frente qué pasó?

109 L: No...

110 Terapeuta: Aja que es otra cosa... Ahorita permítanme que me regrese un poco con esta cuestión
111 del dinero ¿ustedes piensan que alguno de los tres lo tomó?

112 L: Pues solamente ellos tres estan en la casa

113 Terapeuta: Aja solamente ellos tres y digamos ustedes sospechan de uno de los tres o ¿si creen
114 que P. lo pudo haber tomado para algo?

Comentario [D.E.216]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante que da la ilusión de alternativas. (113 y 114)

115 L: Mire mi hijo en alguna ocasión ha tomado dinero... lo dijo ¿verdad? al final no pus es que yo lo
116 tome... Mi otra hija pus ha tomado dinero... entonces de ellos yo sé perfectamente que lo toman...
117 pero aquí este... de P. yo nunca he desconfiado la verdad, de ella si nunca desconfiaba

118 M: Ni yo

119 L: Digo no desconfiaba... ahora ya no sé... pero lo único que yo comenté con mi esposa... le dije es
120 que aquí el error es nuestro pienso yo porque P. está en una etapa de la adolescencia en donde
121 tiene amigos, tiene familia... Está sola y nosotros estamos cometiendo el error de dejarle dinero...
122 pus no sabemos ¿no? A lo mejor un amigo... Se le hace fácil... y yo no sé... Esto ha pasado durante
123 bastante tiempo yo le he dicho a mi esposa... yo casi nunca dejo dinero, yo mi dinero siempre lo
124 traigo y no se me desaparece nunca nada y además sé lo que tengo... Pero en la casa le digo a mi
125 esposa pus dejas el dinero por acá, lo dejas por acá y en un cajón... y por teléfono hija agarra de
126 ahí... yo creo que eso no se debe de hacer y yo esto le he dicho a mi esposa no se debe de hacer
127 porque ve ahorita... Ahorita ya no sabemos en quién y bueno se perdió... Entonces a los dos o tres

128 días regresa a trabajar mi esposa y este... y se queda P. sola... totalmente sola... ¿eso lo sabe? lo
129 han platicado ¿no?

130 L: P. se queda mucho tiempo sola en la casa... mi esposa se viene a trabajar ayer a las 5:00 de la
131 tarde, P. no estaba... ella llegó a las 10:00 de la noche tal vez... se quedó sola, nadie le dijo come
132 algo... nadie... Ahorita ella se salió a la escuela sin que nadie le dijera ya te bañaste, cómo vas...
133 tampoco... Ella se fue a la escuela y regresa al rato a lo mejor cuando mi esposa está dormida
134 también ¿no...? Llega y se mete... Y esto pasa... le digo yo no tengo tiempo de estar y no sé en lo
135 que bueno... Para esto lo que le iba a decir es que en una de esas mi otra hija que no está con
136 nosotros tuvo un sueño muy feo y le habla a mi hijo a media noche oye sabes que soñé esto... Ella
137 no sabe nada de esto que paso... Sabes qué que tuve un sueño muy feo con P. sabes qué que por
138 favor vela a ver y mi hijo se fue corriendo a verla a las 12:00 o 1:00 de la mañana no sé... P... estaba
139 descansando, estaba tranquila... Esto porque mi hijo me habló a las 7:00 de la mañana... Yo venía
140 dormido... cuando desperté vi una llamada perdida y me comuniqué con él ¿qué pasó hijo? Sabes
141 qué... que H... Es mi otra hija...

142 Terapeuta: Aja

143 L: Me habló y me dijo esto de P... Y yo me fui corriendo y... ¿qué paso? No pues estaba bien... A
144 muy bien... entonces estuvo platicando con ella y le dijo pus ¿qué te pasa? ¿Por qué esta actitud
145 ahora...? y que lo único que le dijo P... No sé es que cuando las cosas iban mejor pasa lo del
146 dinero... Entonces digo bueno es así como están las cosas ahora...

147 Terapeuta: He... cuando vienen ustedes por primera vez a solicitar el servicio... básicamente la
148 preocupación principal era el hecho de que habían encontrado las bolsas de vómito de bajo de la
149 cama... entonces eso si fue como que digamos... se prendió el foco rojo y dijeron "algo está
150 pasando" y vienen al servicio. ¿En este momento la preocupación sigue estando alrededor de si P.
151 come o no come o es la preocupación en cuanto a que es una adolescente y pasa mucho tiempo
152 sola?

153 M: Pues yo y en si lo que he notado en todo esto es la comida, sigue siento la comida

154 Terapeuta: Para usted es la comida, para usted... ¿cuál considera que es, cuál es la situación que a
155 usted le preocupa de P. o qué le preocupa de P?

156 L: A mí me preocupa principalmente... yo creo que ella ha estado mucho tiempo sola bueno eso es
157 lo que yo veo... que ha estado mucho tiempo sola y como que ella ha sentido como que pus a
158 nadie le importa pienso... que eso es lo que ha motivado a todo lo que ha pasado no sé yo así veo
159 ¿no? porque le digo a ella... este... conmigo cambia, es diferente y yo le he dicho a mi esposa es
160 que P... Mire P. era una niña de un carácter tan bonito en verdad...

161 M: No pues en la casa no come, yo también platicué con ella el miércoles, también dije "bueno no
162 me habla y no me habla pues dije pues yo tengo que hablar yo tengo que saber qué está pasando"
163 y estuve platicando con ella oye hija ven le dije por qué, pues qué pasa, por qué te pones así,
164 porque mira lo de la comida... pus íbamos bien y esto... yo si le dije toma en cuenta que todos

Comentario [E.S.I.217]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (119 al 147)

Comentario [E.S.I.218]: Acuerdos sobre las modalidades del tratamiento y el problema en la actualidad. (148 al 156)

Comentario [E.S.I.219]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá. (154)

Comentario [E.S.I.220]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (157 al 159)

Comentario [E.S.I.221]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (162 al 166)

165 estamos poniendo de nuestra parte para que tú estés bien entonces que pasa hija... Lo que si me
166 dijo es que ahora con lo que pasó mamá yo siento que todo iba bien y pasa lo del dinero y yo no
167 sé... Yo en realidad no sé... Como él... me dice que nada más le mandó un mensaje pero ella a mí
168 me mandó un mensaje que dice "es que mi papá se pasa, me dijo un montón de cosas por
169 teléfono por lo del dinero..." bueno pero ¿qué te dijo?

170 L: A... si le hable también...

171 **Terapeuta:** Cuando dice que le preocupa el hecho de que P. pasa mucho tiempo sola ¿qué le
172 preocupa de esa soledad?

173 L: Mire... ¿sabe qué me preocupa a mí de la soledad...? que... yo por ejemplo doctora yo sí estoy
174 sólo... no me motiva mucho comer ósea hacerme algo de comer yo... y yo soy adulto entonces yo
175 imagino que ella es adolescente y está pasando una situación difícil con esto de la alimentación y
176 estando sola pues menos si a veces estamos ahí de órale... Y lo que ósea lo que yo pienso es
177 porque cuando estoy con ella y come... Hemos ido a comer y así... A veces se va a la escuela y oye
178 hija... sé que le gusta... no se te antoja un pastelito... no pus si quieres... no pues si tú quieres a pus
179 vamos y ya... me como un pastel con ella... El otro día hasta me dice ¿me puedo llevar uno? Claro,
180 claro pus si pídelo...

181 **Terapeuta:** Aja... Si dice que todos sus hijos han pasado por periodos de soledad, por las
182 circunstancias en la familia que así se han dado he... ¿qué considera usted o qué considera que es
183 diferente en P. para que se manifestara así esta cuestión? Porque sus otros hijos también han
184 pasado por esto ¿no? de quedarse solos y no se había manifestado a lo mejor de esta manera
185 ¿qué será diferente con P?

186 L: Mire yo creo que la diferencia con P. es la situación en la que ella está ¿no?... ¿Le has
187 comentado a la doctora?

188 M: ¿Qué?

189 L: De P...

190 M: ¿De su papá?

191 L: Aja

192 M: Si

193 L: Pienso doctora... Yo esto lo comente con mi esposa desde un principio... Sabes... esta situación
194 es difícil... le dije va a ser difícil el día de mañana con la niña principalmente y con mis hijos...
195 Pienso que esto es lo que la tiene de alguna manera... como que a veces ella se hace a un lado,
196 como que ella sabe pues que yo no soy el papá porque ella lo sabe...

197 **Terapeuta:** ok... Nos habla el equipo vamos a hacer una pausa vamos a pasar con ellos, vamos a
198 platicar, vamos a ver qué comentarios tienen y enseguida regresamos con ustedes.

Comentario [E.S.I.222]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (172 al 181)

Comentario [D.E.223]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis reencuadrante y Pregunta interventora. (182 al 186)

Comentario [E.S.I.224]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema del papá. (187 al 197)

Comentario [E.S.I.225]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (194 a 197)

(Intersesión)

199 Terapeuta: Bueno señores ya fuimos allá atrás con nuestro equipo, con el equipo terapéutico y
200 bueno primero que nada les mandan un saludo, un agradecimiento y una felicitación por ahí un
201 mensaje combinado he... Un agradecimiento porque bueno después de mes y medio pues
202 seguimos teniendo paciencia, la confianza que han depositado en nosotros y bueno pues están
203 aquí ¿no? a pesar de que P. no pudo venir pues están ustedes aquí presentes... eso hace que no
204 pierdan su lugar, que siga vigente y que bueno el hecho de que puedan venir los dos pues también
205 es una muestra del interés y de la preocupación que tienen por su hija ¿no? entonces eso siempre
206 es algo valioso, eso pues es algo fundamental ¿no? cuando queremos hacer procesos de cambio
207 ¿no? que haya interés por que las cosas vayan mejor no entonces pues un agradecimiento y una
208 felicitación por ese interés que tienen ustedes de estar aquí... El otro punto a tratar es tener
209 presente o recordar que pues ahorita nuestra paciente o con quién estamos trabajando es con P.
210 ¿no? vamos a esperar a que ella regrese y vamos a seguir trabajando... Tenemos un par de cosas
211 que decirles al respecto he... Es notoria la preocupación que tienen ustedes al respecto a que si P.
212 come o no come he... Tenemos varias impresiones y por un lado nos damos cuenta que es una
213 joven que está creciendo que está acercándose a la adultez joven y finalmente pues está
214 definiendo su vida, su rumbo, su forma de ser, su manera de ser y pues eso para ella ha implicado
215 igual cambiar algunos ámbitos alimenticios ¿no? esta parte por ejemplo de que empieza a alejarse
216 de la carne y que prefiera las verduras y demás pues estamos diciendo que está comiendo
217 diferente en realidad no ha dejado de comer sino come distinto o come ahora otro tipo de cosas
218 Por ahí en algún momento se nos había comentado en alguna otra sesión que incluso también H.
219 de alguna manera había influido para que también esta parte de la alimentación se modificara o
220 sucediera ahorita pues P. está en esa parte de elegir si acepta o no acepta esas sugerencia con
221 respecto de la alimentación... A dónde queremos ir es que si ustedes de alguna manera están
222 preocupados porque piensan que P. no come pues si quisiéramos decirles que por ahí no va el
223 asunto... ella no está no comiendo, P. si come y come porque estamos hablando que es una
224 situación que ustedes han notado cuatro años atrás, Tres, cuatro años atrás, que se está dando
225 esta parte en la que se ha estado modificando... Y si eso fuera he... aunque lo diga así de brusco de
226 drástico... si fuera esa cuestión que hubiera dejado de comer y usted como alguien de la salud lo
227 sabe mejor que nadie pus ya le hubiera dado un paro cardíaco ¿no? cuando la gente deja de
228 comer y sus niveles de potasio bajan lo primero que sucede es que vienen los paros cardíacos por
229 falta de potasio... ella no está así y usted como alguien de la salud señora M. usted lo sabe... No
230 está mal, esta delgada pero no es un esqueleto de muchacha ciertamente no es alguien que esté
231 en los huesos ¿no? si es delgada no sé cómo perciban ustedes la complexión del cuerpo que ella
232 tiene pero no... No al menos hace mes y medio que la vimos... no denotaba la apariencia
233 demacrada... si hay una cuestión de alimentación y es lo que estamos trabajando con ella en las
234 sesiones que he tenido, hemos estado trabajando esta relación que ella tiene con la comida sin
235 embargo, esa parte en la que de repente deja de comer... de repente parece más un castigo para
236 ustedes que para ella... De repente parecería que los castiga con el látigo de su desprecio, tal
237 parecería por hacer este tipo de situaciones... Y ahí lo que queremos es despreocuparlos o
238 decirles que no consideramos que ese sea como que el problema y de ser así lo estamos

Comentario [E.S.I.226]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades e interés demostrado por los padres. (202 a 211)

Comentario [E.S.I.227]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (211 a 213)

Comentario [E.S.I.228]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre orientado al cambio del sistema perceptivo- reactivo y de las soluciones intentadas fallidas. (215 a 240)

239 trabajando, lo estamos abordando, les pediríamos calma tranquilidad pero también les
240 pediríamos que colaboraran con nosotros con respecto a esta situación... Usted ha venido más
241 tiempo aquí ha estado más presente y algo que nosotros les pedimos desde el inicio y que era
242 fundamental para nuestro tratamiento es que pudieran mantener silencio absoluto sobre la
243 situación de la comida nosotros habíamos pedido que ya no se hablara de la comida, que ya no se
244 le preguntara si comió o no comió... De repente modificamos la estrategia y decíamos que tenía
245 que preguntarle que si ya había vomitado y o no había vomitado pero de manera general
246 decíamos que a excepción de esas ocasiones... No se tenía que hablar de las cuestiones de la
247 alimentación y ciertamente hemos reconocido que no es algo que haya cumplido al pie de la letra

248 M: Si... No lo he hecho...

249 Terapeuta: No es algo que haya mantenido al pie de la letra y créame que algo que pareciera tan
250 simple, tan sencillo inclusive a lo mejor tan absurdo es una parte medular del tratamiento... He...
251 queremos reforzar y queremos pedir esa parte... que se guarde silencio absoluto sobre la cuestión
252 de la comida en el sentido de evitar estarle preguntando que si ya comió, que "ya comiste" o
253 "verdad que hoy no comiste" o "apoco eso comiste" esa parte... créame señora M. que esa parte
254 es fundamental y que si requerimos ese apoyo de su parte... que no se ha dado no se ha
255 mantenido...

256 M: Y sabe si cuando fue que salió ahora a partir de esta vez porque cuando le dijo que ya ella solita
257 se integraba a comer es más yo ya ni le decía, ya ni le decía yo oye... sino que ya nada más yo por
258 ejemplo cuando íbamos a empezar... P. le gritaba y ya bajaba corriendo o solita ella llegaba... Pero
259 si ha sido más en estos días de que estoy...

260 Terapeuta: Entonces esa parte si se la voy a pedir, es algo que le he pedido desde que nos
261 empezamos a ver y que a veces medio me cumple, medio no y necesito que si lo cumplan al pie
262 de la letra, que no se hable sobre esa cuestión de la alimentación... de que si ya comió o no ha
263 comido... No les puedo pedir otra cosa porque tenemos que regresar, la tenemos que ver a ella,
264 tenemos que ver qué es lo que dice ¿no? qué fue lo que pasó porque bueno ahorita ustedes dicen
265 ¿no? que la cuestión del dinero ¿no? Tenemos que trabajar con ella...

266 L: Aja nada de nada del tema ni nada

267 Terapeuta: De la cuestión de la alimentación nada, ya no es tema de conversación esto de que si
268 ya comiste, no has comido, por qué me dejaste la comida, apoco crees que te creí que ya comiste
269 en la escuela... ó... Otra vez ya traes tus chucherías... nada señora M. esa parte... nada de hacer
270 comentarios de ese tipo... Créame que es importante

271 M: Si

272 L: De acuerdo

(Referente a esta sesión resalta el hecho de que no se volvieron a reportar episodios de vómito)

Comentario [E.S.I.229]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (240 al 253)

Comentario [E.S.I.230]: Esquema Secuencial de Intervención: Prescripción comportamental directa: "Conjura del silencio". (253 al 258)

Comentario [E.S.I.231]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (266 a 268)

Sesión 8

(En esta sesión P. trabaja únicamente con el Terapeuta D.)

- 1 Terapeuta: ¿Cómo te fue en este tiempo?
- 2 P: Hay no... Me fue... Ha... Cuando las cosas iban bien se pusieron mal y después iban bien y otra
3 vez mal y ya... fue impresionante...
- 4 Terapeuta: ¿Recuerdas... algunas de las tareas que te habíamos dejado?
- 5 P: Si
- 6 Terapeuta: ¿como cuáles?...
- 7 P: Hay no... qué crees que no... tengo muy mala memoria
- 8 P: Este... lo de las cartas ¿no? y lo de mi hermana⁵⁶
- 9 Terapeuta: Aja ¿algo más?
- 10 P: Pues lo de los anuncios pero pues ya no sé si seguía o no... Bueno mi mamá ya no me las había
11 puesto...
- 12 Terapeuta: Aja... ¿qué más?
- 13 P: Y ya... ¿no?
- 14 Terapeuta: ¿Sí?
- 15 P: A... no me presiones... ja No... No me acuerdo
- 16 Terapeuta: No hiciste todas las tareas...
- 17 P: Es que no me acuerdo cuáles eran...
- 18 Terapeuta: Bueno ¿cuáles recuerdas entonces...?
- 19 P: Pues esas nada más
- 20 Terapeuta: Con lo de tu hermana ¿cómo te ha ido?
- 21 P: Pues ya bien... ya este... nos llevamos ya más o menos bien...

Comentario [E.S.I.232]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los cambios generados. (1 al 3)

Comentario [E.S.I.233]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los cambios generados. (20)

Comentario [E.S.I.234]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (21 al 33)

⁵⁶ Como se puede notar las tareas dejaron de realizarse como se habían pedido desde el principio, sin embargo, hay que recordar que en esta fase del protocolo una vez desbloqueado el síntoma, la reintegración a otros placeres fuera del vómito es el objetivo, además la paciente dejó de asistir a terapia alrededor de 2 meses por cuestiones escolares.

22 Terapeuta: ¿Has seguido con esto de hacerle un detalle de vez en cuando?

23 P: Este pues si de repente no sé... le doy algo y así... Bueno ella es la que usualmente me compra a
24 mi algo pero pus ya

25 Terapeuta: ¿Y tú qué tipo de acciones has tenido con ella?

26 P: Pus no sé a veces le ayudo con sus cosas que vende y así pues es todo

27 Terapeuta: ¿Y ella cómo ha reaccionado?

28 P: Pues bien... creo que bien... luego también de repente pus si nos peleamos pero pues no dura
29 mucho es así de X

30 Terapeuta: ¿Entonces consideras que su relación ha mejorado?

31 P: Si, pues si

32 Terapeuta: ¿Y eso cómo te hace sentir?

33 P: Pues bien, bien, muy bien...

34 Terapeuta: Otra cosa era esto de no sé si recuerdas que tenías que investigar en internet

35 P: A lo de la... Si... Si investigué

36 Terapeuta: Y cuéntame ¿cómo quedó ese asunto, qué pasó?

37 P: Pues es que en realidad no encontré mucho puesto que no hay mucha información sobre esto...
38 Pero encontré así como una tipo pirámide alimenticia de las porciones que debo consumir y todo
39 eso... Entonces este... si con eso

40 Terapeuta: ¿Y lograste saber qué tipo de nutrientes ya no estabas consumiendo...?

41 P: Si... también si pero la imprimí y todo eso pero no la traje

42 Terapeuta: No lo trajiste... Ok... Y...

43 P: A ya me acorde de otra cosa... lo de comer cada cierto tiempo si es que se me antojaba un poco
44 de carne

45 Terapeuta: Aja... ¿Qué me puedes decir sobre eso?

46 P: Este si... la comí y me intoxicqué

47 Terapeuta: Te intoxicaste... ¿qué tipo de carne comiste?

48 P: Es que... Pollo bueno este si comí un poco de pollo... y al principio no pasó nada ¿no? y si dije A
49 qué bien pollo... y al día siguiente mi mamá llegó de trabajar, fue domingo... Pero yo me levante y

Comentario [P.E.T.235]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre la adquisición de una nueva relación con la comida 34 al 42.

Comentario [P.E.T.236]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre "El pequeño desorden que mantiene el orden". (43 al 67)

50 me dio mucha comezón en la espalda... A seguramente me pico un mosco o que sé yo... Y ya
51 después llegó mi mamá y todo y mi mamá me preparó un sándwich y este pues yo no había
52 comido nada así que ya me lo comí... A no... pero para esto ósea me metí a bañar y todo y de
53 repente me vi así en el espejo y tenía las ronchas así y yo como de que hay qué onda... y le dije a
54 mi mamá y ya no me dijo nada, me dijo que qué había comido... ya le conté y ya después que me
55 comí el sándwich... ya en mi cuarto me empezó a dar más comezón y se me extendieron más...
56 Entonces ahorita estoy tomando medicinas pero no me hacen nada, me siento igual...

57 Terapeuta: ¿A partir de esa ocasión lo volviste a hacer?

58 P: Este no... ya fue la última... Fue este domingo creo...

59 Terapeuta: Fue este domingo... ¿Anteriormente cuántas veces lo hiciste?

60 P: Como... Una...

61 Terapeuta: ¿Qué fue lo que comiste esa ocasión?

62 P: Es que bueno esa vez mi amiga se había comprado una hamburguesa y me dio un trocito igual
63 este... ya era la hora de salida y le tomé un pedazo y después me dolió un buen el estomago

64 Terapeuta: A parte de estas dos ocasiones ¿ya no hubo otra...?

65 P: No... ya no

66 Terapeuta: No sentiste necesidad de un poco de carne...

67 P: No... No tanto... si me daban ganas pero así de No... porque si me va a ir mal... si la pensaba...

68 Terapeuta: Una vez que dejas de comer cierto tipo de alimentos... ¿cómo es que lo sustituyes...
69 cómo sustituyes los nutrientes que requieres y que no consumes...?

70 P: Pues de hecho bueno estuve investigando de una carne que es de soya... dicen que no sabe a
71 nada y este entonces... Apenas ayer estuve viendo... Y no le he dicho a mi mamá y entonces. Esto
72 podría ser como un suplemento o no sé y este y no sé cómo me habían dicho esto de las
73 legumbres y todo eso pues a mí o me gustan tanto pero igual ya las consumo más y así...

74 Terapeuta: Entonces dices que puedes complementar esos nutrientes mediante la introducción de
75 soya en tu dieta y comer mucho más legumbres...

76 P: Aja pus si me gusta la soya... pero pues si he intentado hacerlo...

77 Terapeuta: Hace rato mencionaste que tu mamá ya no ha colocado los letreros en tus alimentos...
78 ¿ha podido seguir guardando silencio con respecto a esta situación...?

79 P: No, no lo creo no... No sé, el último día que fue viernes... no sé si recuerdas que traje a mi
80 amiga... Entonces este pus ya yo me metí a la sesión y... Y mi mamá no que... Creo que cuando fue

Comentario [P.E.T.237]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre la adquisición de una nueva relación con la comida. (68 al 76)

Comentario [D.E.238]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (74 y 75)

Comentario [P.E.T.239]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición de "La conjura del silencio". (77 al 109)

81 el pequeño intermedio pus yo me comí una fruta con mi amiga... y ya terminando mi mamá así de
82 no que come que no sé qué y mi amiga y yo así de no pus ahorita... Porque nos íbamos a ir a mi
83 casa a comer y este... Y en eso mi mamá se fue para otro lado a comprarse algo y nosotros nos
84 quedamos así comiendo fruta y en eso de repente le pregunté ¿qué platicaste con ella? Que le
85 platicó de cuando yo era chiquita y no sé qué y que yo no comía nada y que no sé qué y yo dije hay
86 pues que irónico ¿no? porque le acaban de decir eso y te viene y te cuenta... Pero pues no era algo
87 que no supiera mi amiga ¿no? porque ya le había contado... Entonces me dijo pero si cierto eso... y
88 le dije no... Y pus a veces igual me lo decía por mensajes y cosas así... llamadas igual... ya después
89 este... fuimos a Puebla y le contó a mis tías y mis tías así de A... pero que tú no comes verdad... y yo
90 así como de aja...

Comentario [E.S.I.240]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (79 al 87)

Comentario [E.S.I.241]: Esquema secuencial de intervención: investigación de las soluciones ensayadas de la mamá. (88 al 90)

91 Terapeuta: ¿Recuerdas que en este espacio se te sugirió que cada que se diera esta situación le
92 pidieras a tu mamá que...?

93 P: Si yo le dije... a lo mejor no le decía pero si le echaba así una mirada de... Mamá... y pus ya me
94 decía hay no importa de todos modos ya saben... y yo así como de bueno

95 Terapeuta: ¿Pero nunca le dijiste? Directamente...

Comentario [D.E.242]: Diálogo Estratégico: Pregunta Discriminante. (95)

96 P: Bueno si le decía pero se enojaba y ya me decía así cosas y yo así como de mejor me callo

97 102. Terapeuta: ¿Qué le decías?

98 P: Pus no sé... Así como de... hay... lo bueno es que no tenías que hablar de eso ¿no...? y ya ponían
99 sus caras... Cosas así se lo insinuaba y así

100 Terapeuta: ¿Le recordaste que en este espacio se le dijo que no se debía hablar sobre esta
101 situación?

Comentario [D.E.243]: Diálogo Estratégico: Pregunta Discriminante. (100 y 101)

102 P: No me acuerdo... creo que no

103 Terapeuta: Qué paso... tarea incompleta...

104 P: Pero ella lo sabía... jajaja

105 Terapeuta: Bueno una forma que se te sugirió en este espacio sobre cómo controlar este tipo de
106 situaciones era recordarle sobre lo que se le dijo aquí, una forma de apaciguarla sobre hablar del
107 tema era recordarle sobre esto...

108 P: Aja pero aun así en vez de calmarla se ponía como que más... Si se callaba pero al otro rato de
109 nuevo...

110 Terapeuta: ¿Con respecto a las cartas... las traes, hiciste alguna...?

Comentario [P.E.T.244]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición del "Epistolario Nocturno". (110 al 115)

111 P: No... sólo hice una...

112 Terapeuta: Sólo una

113 P: Aja una como de dos páginas...

114 Terapeuta: La leeré después con calma...

115 P: Aja

116 Terapeuta: Con todo este tiempo en el que hemos trabajado y... has tenido esta experiencia de
117 venir, las situaciones que se han generado... etcétera... ¿has tenido nuevamente la necesidad de
118 comer y vomitar?

119 P: No ya no... No de repente mi madre si me atasca de comida y es así como de ha ha ha... Pero yo
120 así como de tranquila, dalái...

121 Terapeuta: ¿Qué has hecho en las veces que tu madre te sirve demasiado, te atasca de comida?

122 P: No sé a veces no me la acabo y si pone sus caras pero pus ya... Igual... tampoco ya... Creo que mi
123 papá le dijo no sé qué... que ya tampoco me estuviera diciendo... ósea justamente ayer antes de ir
124 a la escuela pues nos peleamos porque me preguntó que si iba a comer algo que no sé qué que si
125 quería guisado... Hizo guisado con carne y yo dije que no le dije... no porque ya se me hace tarde y
126 aparte como llego temprano... ya con mi amiga y yo nos compramos algo... y este me dijo no que
127 no sé qué, que vas a seguir igual... y ya para que no se pusiera peor pus ya me comí cereal y ya
128 después ya no me dijo nada pero aun así está todo el día...

129 Terapeuta: ¿Alguien de tu familia se ha dado cuenta de que has dejado de vomitar?

130 P: Si... mi hermano... Mi hermana la que está en España no... no sé me supongo que mi hermano le
131 ha dicho algo y mi otra hermana no... No sé... ya de por si no tocamos el tema...

132 Terapeuta: ¿Tus padres?

133 P: Mis papás si ya sabían que no lo he hecho de nuevo...

134 Terapeuta: ¿Y que ha sido diferente una vez que no lo has hecho, que ya no lo haces?

135 P: Pus no creo que no todo sigue igual pus como le había dicho a la doctora todo va a ser igual...

136 Terapeuta: Esta parte en la que investigaste sobre los alimentos sobre qué tipo de nutrientes y en
137 qué cantidades...

138 P: Si eso ya lo tengo

139 Terapeuta: Una vez que has investigado esto... ¿qué sigue, algo así como qué tipo de plan de
140 acción tienes... qué o cuál es el siguiente paso? Al respecto de estos nuevos hábitos alimentarios
141 que deseas tener.

142 P: Pues de hecho le había comentado a mi mamá que iba a ir un día parándome más temprano y
143 pasar al centro de salud ¿no? para ver lo de un nutriólogo... Ves que me habían dicho... y puso su

Comentario [E.S.I.245]: Esquema Secuencial de Intervención: Medición de los efectos y cambios generados en busca de su consolidación. (116 al 128)

Comentario [E.S.I.246]: Esquema Secuencial de Intervención: Adquisición de una progresiva percepción de la realidad y reacción más flexible en la paciente. (119 al 128)

Comentario [E.S.I.247]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (121 al 128)

Comentario [E.S.I.248]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los nuevos intentos de solución más funcionales. (126 al 128)

Comentario [E.S.I.249]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (129 a 135)

Comentario [P.E.T.250]: Protocolo Específico de Tratamiento: Investigación sobre la adquisición de una nueva relación con la comida. (136 a 146)

144 cara así como de... hay... seguramente otra vez... y yo así de a carajo... Pero pus ya no le dije nada...
145 No me dijo nada si puso sus caras pero ya no me dijo nada más... Y yo si lo voy a ir a ver por mi
146 parte... ya si me quiere apoyar o algo pus ya

147 **Terapeuta: ¿Cuál es tu sentir con respecto a que tu madre te siga insistiendo, te siga diciendo...?**

148 P: No sé cómo que ya me sé el cuento así como de pus ya tampoco le digo nada y todo

149 Terapeuta: Resignación...

150 P: Pus si ya

151 Pero si... A veces cuando mi mamá empieza de que me pone demasiada comida pus ya no le digo
152 nada como que ella siente que ya...

153 Terapeuta: ¿Esa comida la dejas, te la comes después?

154 P: No... la dejo y ya pus cuando yo llego de la escuela o se la comieron o me la guardan y ya
155 después ya me la como

156 Terapeuta: Ok no se desperdicia...

157 P: No... No

158 **Terapeuta: Ok que bien... ¿A partir de que comenzaste tus clases nuevamente como te fue... como
159 te ha ido...?**

160 P: Hay la primera semana era así como que bien presionante porque los maestros te dejan salir
161 exactamente a las dos horas... Entonces era de ir salir de la clase y a veces... Este... se quedaban
162 diciéndote tareas y así... Entonces cuando llegábamos así de repente ya había empezado y si la
163 primera semana fue así de ha... Y este pus ya después por ejemplo tres de mis amigas si me decían
164 hay porque ya no vienes que no sé qué y yo así de no pues es que no... No puedo y ya después... Ya
165 de eso ya se volvió más relax la cosa y luego de repente pus si me daban así... creo que no se los
166 había dicho ¿no? yo antes fumaba demasiado así mucho entonces de repente era así como hash...
167 y así pus mis amigos me decían quieres... y yo así de... y ya lo tenía aquí y decía no la verdad es que
168 no... Y luego lo probaba pero ya me da asco

169 Terapeuta: ¿Actualmente ya no fumas?

170 P: No ya... ya tiene como cuatro meses

171 Terapeuta: ¿Cómo sientes en este momento la relación con tus padres?

172 P: Pus si... tranquila... ahorita si esta tranquilona...

173 Terapeuta: ¿No has tenido ningún tipo de...?

174 P: No pues acaso discusiones por ahí levesonas pero de ahí en fuera no

Comentario [E.S.I.251]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los nuevos intentos de solución más funcionales. (147 a 157)

Comentario [E.S.I.252]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (158 al 174)

175 Terapeuta: Perdón que lo repita pero bueno entonces me dijiste que ya no habías tenido la
176 necesidad de vomitar cierto...

177 P: No... ya... ya... me siento bien

178 Terapeuta: ¿Cuándo fue la última vez?

179 P: Tiene un buen desde antes que yo empezara con las terapias pues yo ya no lo hacía tanto como
180 antes y pus ya después ya no

181 Terapeuta: La última vez que lo hiciste ¿cuál era la frecuencia?

182 P: Hay no sé no me acuerdo... cómo una vez por semana...

183 Terapeuta: ¿Podrías decirme a partir de más o menos cuándo?

184 P: No sé... De hecho yo siento que la peor etapa en si... Cuando yo siento que me veía peor era
185 más o menos como un año... Si un año, por estas fechas y este... ya después... ya cuando ya no...
186 fue como por diciembre algo así... si ya después de mi cumpleaños... Ya que por cierto ya va a ser
187 mi cumpleaños...

188 Terapeuta: ¿Ya cuantos años cumples...?

189 P: 17

190 Terapeuta: a que bien me da gusto... felicitaciones... y más por los avances que has tenido desde
191 que comenzaste a venir...

192 Terapeuta: Bueno básicamente hasta el momento eso sería lo que tengo que preguntarte... Tengo
193 algunas dudas si me permites pasar con el equipo haber qué me dicen, en qué me pueden
194 ayudar...

(Intersesión...)

195 Terapeuta: Bueno estuve platicando con el equipo y me dijeron que antes que nada te dijera que
196 ellos te notan mejor y que bueno que las risas que escuchaste fue una cuestión personal con
197 alguno de ellos pero en fin... También que ellos te notan con un mejor semblante, que te ves más
198 bonita, más radiante...

199 P: Hay gracias

200 Terapeuta: bueno estamos algo cortos de tiempo... he... como último punto... ¿sabes que tus
201 padres vinieron la semana pasada?⁵⁷

202 P: Si... Si me dijeron

Comentario [E.S.I.253]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre los cambios generados. (175 a 187)

Comentario [E.S.I.254]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades demostradas por la paciente. (190 y 191)

Comentario [E.S.I.255]: Esquema Secuencial de Intervención: Reconocimiento a las capacidades demostradas por la paciente. (195 a 198)

⁵⁷ En este momento se intento verificar e investigar sobre la situación con el dinero y el efecto que esto pudiera tener en la intervención.

203 Terapeuta: ¿Y tú qué piensas al respecto?

204 P: No sé es que mi mamá este... le dije que no podía venir porque tenía tarea y luego luego dijo ya
205 no quieres ir verdad... y yo así de hash... Dime si ya no quieres ir... No, si quiero ir pero tengo
206 tarea... No es que seguramente que no sé qué... No mamá, si voy a seguir hiendo... Pero segura... Si
207 mamá... y ya como que eso la tranquilizó un poco... Ya mi papá no me dijo nada pero mi mamá si
208 como que se alarmó de que ya no iba a venir

209 Terapeuta: ¿Imaginas que pudieron haber hecho en toda la sesión?

210 P: No pues me imagino que hablaron con la doctora ¿no?

211 Terapeuta: ¿Acerca de...?

212 P: De mi... pus de qué más...

213 Terapeuta: ¿Sobre de ti qué?

214 P: Pus no sé lo mismo de siempre

215 Terapeuta: ¿Qué es lo de siempre?

216 P: Hay son tan predecibles mis padres... que pues no sé... que otra vez no estoy comiendo no sé
217 qué...

218 Terapeuta: ¿Qué opinas sobre eso?

219 P: Por ejemplo hay veces en las que yo estoy preparándome algo y mi mamá... hay es que ya no
220 comes como antes... y yo así de... hay... mamá...

221 Terapeuta: Bueno el equipo me comenta que pues necesitamos que comiences a hacer algunas
222 cosas que te vamos a pedir... Una de ellas es... ¿recuerdas la dinámica de las cartas...?

223 P: Aja... pero ¿cuál...? ¿Una diaria o cada que quisiera...?

224 Terapeuta: Ahora van a ser diarias... ¿Si recuerdas qué hacer...?

225 P: Aja

226 Terapeuta: La única diferencia es que van a ser dirigidas a mí...

227 P: A ok entonces pongo doctor...

228 Terapeuta: Si, La carta necesariamente tiene que tener escrito al principio "querido doctor" y de
229 ahí puedes escribir lo que quieras...

230 P: sí

Comentario [E.S.I.256]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (204 a 208)

231 Terapeuta: Algo así lo que sea... sólo te voy a pedir que las cartas comiencen con "querido
232 doctor..."

233 P: Aja

234 Terapeuta: Otra cuestión es que necesitamos que nos traigas las cartas previas... Que nos las hagas
235 llegar por favor

236 P: Si

237 Terapeuta: Otra de las cosas que te vamos a pedir es que necesitamos que le sigas recordando a tu
238 mamá sobre mantener el silencio en esta situación... De manera directa... Algo así como "en el
239 psicólogo nos dijeron que no se hablara de esta situación" De manera directa, no con indirectas ni
240 con miradas... ok

241 P: Si

Comentario [P.E.T.257]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción: "Epistolario Nocturno". (221 a 236)

Comentario [P.E.T.258]: Protocolo Específico de Tratamiento: Segunda prescripción: "Conjura del silencio". (237 al 240)

Sesión 9

- 1 Terapeuta: muy bien comencemos... ¿recuerdas cuales eran las tareas que te encargamos?
- 2 P: Lo de las cartas, decirle a mi madre y lo de mi hermana... y lo del médico
- 3 Terapeuta: Empecemos revisando las cartas ¿Las trajiste?
- 4 P: Si, sólo que no pude conseguir sobres así que las traje en un folder
- 5 Terapeuta: Si... está bien ¿Cuántas me hiciste?
- 6 P: Creo que quince o dieciséis o no lo sé sólo que hice una en compu y la impresora imprimió mal y
- 7 creo que no le vas a entender
- 8 Terapeuta: No te preocupes voy a ver que puedo entender... Otra de las tareas pendientes por
- 9 revisar fue lo que respecta a que tu mamá tenía que guardar silencio sobre esta situación...
- 10 ¿cómo te ha ido con eso?
- 11 P: Pues bien y mal... Bueno es que ya le había dicho de mi amigo N.
- 12 Terapeuta: A creo si aja...
- 13 P: Y un día fue a comer a mi casa y todo... y entonces fuimos los tres a comprar la despensa y todo
- 14 Terapeuta: ¿Tu mamá, N. y tú?
- 15 P: Si bueno... N. nos alcanzó y ya después mi madre en la casa le dijo que seguramente se iba a
- 16 acabar la comida y todo... Y ya empezó a decir hay pero esta niña con trabajos hace una... Y ya le
- 17 iba a empezar a soltar todo y después N. se me quedo viendo y le dijo haber cuénteme señora... y
- 18 le digo hay mamá creo que ciertos doctores te dijeron que no abrieras la boca... y dijo a si perdón...
- 19 y pus N. como que se sacó de onda y el ya no me preguntó nada pero era obvio que a partir de
- 20 entonces él iba a estar ahí insistiendo
- 21 P: Entonces a partir de ese día pus N. estaba y ya comiste y ya comiste y yo no le decía nada 26.
- 22 simplemente le decía si aja...
- 23 Terapeuta: Dices que él ya no volvió a comentar...
- 24 P: Bueno no... bueno si porque me preguntaba constantemente si ya había comido que por qué mi
- 25 mamá había dicho eso pero yo no le dije nada
- 26 Terapeuta: Bien
- 27 P: Y cuando fui al doctor pues fue este lunes... Porque mi mamá me dijo que ella iría al doctor el
- 28 lunes y yo dije pues... dije... yo aprovecho para ir a lo que tengo que ir y no pensé que me tomara
- 29 la palabra... Y el lunes fuimos al doctor y pus ya estuvimos ahí pero cuando nos pasaron... Me
- 30 pasaron a mí primero pero pus nos pasamos las dos juntas... Mi mamá se quedo ahí pero yo

Comentario [P.E.T.259]: Protocolo Específico de Tratamiento: Revisión del "Epistolario nocturno". (3 al 7)

Comentario [P.E.T.260]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición de la "Conjura del silencio". (8 al 63)

Comentario [E.S.I.261]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (13 al 25)

Comentario [E.S.I.262]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (16 y 17)

Comentario [D.E.263]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante. (23)

31 estaba así de que... te tienes que quedar... no que si... que eres menor de edad y ya se quedó y en
32 eso la doctora empezó a hacer algo así como un reporte o no sé y me dijo ¿tienes alguna
33 enfermedad crónica? y le dije no, pero y en eso mi mamá dijo justo cuando yo le iba a decir
34 exactamente para que iba... ella dijo **A si pero hay una situación que se sigue presentando y yo así**
35 **de he... pues la niña tiene esto... que no sé qué y esto que no sé qué... y pus la doctora dijo a si...**

36 Terapeuta: ¿Le dijo todo?

37 P: Si

38 Terapeuta: ¿Recuerdas qué fue lo que le dijo?

39 P: Pues es que la niña sigue presentando vómitos y yo me quede así de que mamá sabes que ya no
40 y ella de que... sigue sin comer... y la doctora me dijo que por qué no le había dicho y yo le dije
41 Espérate la verdad si lo presente, estoy hiendo a tratamiento desde hace unos meses y ya me
42 siento que estoy mejorando, que estoy mejor y la verdad mi psicólogo me dijo que viniera al
43 nutriólogo en busca de una dieta que cubriera todos los nutrientes que no cómo... y la doctora dijo
44 no que cómo... me dijo... y mi mamá sigue hablando y mi mamá dice es que sigue así y es que sigue
45 así... mamá es que tú sabes que no... y total nos empezamos a pelear y la doctora escribió todo... y
46 ya después se fue... regreso... y yo honestamente si me dio un buen de coraje y me puse a llorar y
47 yo le dije pus es que tú sabes que no... y mi mama ya vio que si la había regado y me dice hay y
48 ahora qué hacemos, qué le decimos a la doctora... Porque antes de salir la doctora me dijo que me
49 iba a sacar una cita con el psicólogo y así como de que ya estoy hiendo que no escuchó... Y yo ya
50 estaba bien enojada... Y ya cuando regresó... Y mi mamá le dijo pues es que ya está hiendo al
51 psicólogo y si ya está mejorando ya como tratando de cubrir las cosas y ya otra vez le volví a
52 repetir y todo... A ver pasa a que te revise y sale con que te vamos a mandar a hacer pruebas de
53 hígado y de anemia y digo pus anemia pus si tal vez tengo anemia... pero el hígado qué... Y este
54 cuando dijo pus le ponemos aquí prioritario porque tiene bulimia y anorexia y no sé qué y pus mi
55 mamá si doctora está bien... Me recetaron vitaminas y paracetamol para el dolor que porque...
56 que tal si estaba mal del hígado y digamos que no se me vaya a... digamos a joder más y este... pus
57 ya me dice Y el psicólogo depende de lo que te diga que lo más seguro es que te mandemos al
58 psiquiatra para medicación y de ahí vamos a ver si te mandamos al nutriólogo... Y mi mamá le
59 dice... si está bien

60 **Terapeuta: Entonces toda la situación de esta prescripción fue a raíz de que tu madre habló sobre**
61 **esta situación...**

62 P: Si... Si

63 Terapeuta: ¿Tú en ese momento le dijiste o recordaste sobre mantener el silencio?

64 **P: Si yo le dije "Se supone que no teníamos que hablar de esto" Y se lo dije frente a la doctora y mi**
65 **mamá me dijo "pues es que ya estamos aquí con la doctora hay que decirle" Pero si fue así como**
66 **de hash estaba enojadísima pero pus... estaba llorando pero de coraje... y pus ya me senté con él...**
67 **y ya... mi papá me dijo pus ya que dice ya te mandaron la cita y que no sé qué... Al día siguiente me**

Comentario [E.S.I.264]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (34 al 59)

Comentario [E.S.I.265]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre sobre la persistencia del problema. (60 y 61)

Comentario [E.S.I.266]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (64 y 67)

68 fueron a sacar sangre y todo... y pues se supone que a partir del martes en diez días... tengo que ir
69 a ver los resultados de la sangre y todo y no sé para cuando tengo la cita con el otro psicólogo...

70 Y pus mi mamá de todos modos me sigue mandando mensajes de ya comiste este... No te estás
71 tomando las pastillas verdad... Acuérdate que mañana tienes la cita que no sé qué... Y ya... ya ni le
72 contesto

(Entra una nota del equipo terapéutico...)

73 Terapeuta: El equipo tiene algunas dudas con respecto a la situación...

74 P: ¿Puedo ir por mi pastilla?

75 Terapeuta: Claro, Bueno... me están diciendo que tienen la duda sobre si el médico te dio algún
76 diagnóstico...?

77 P: Pues es que no me dio diagnóstico simplemente fueron las pruebas del hígado y las pruebas de
78 sangre y me mandaron vitaminas

79 Terapeuta: Ahorita me dijiste que te recetaron vitaminas... ¿qué otras cosas te recetaron..?.

80 P: Paracetamol para el dolor y las vitaminas y no sé...

81 Terapeuta: Comentaste que te dieron otra cita para otro psicólogo ¿sabes cuándo es...?

82 P: Es que no me acuerdo

83 Terapeuta: No te acuerdas... una semana, dos semanas...

84 P: No ni idea

85 Terapeuta: ¿A ti te interesa ir?

86 P: La verdad es que no pues de hecho por lo mismo de que si... yo siento que ya estoy bien
87 viniendo acá para qué necesito otro que probablemente me mande al psiquiatra para que me dé
88 medicamento para algo que yo ya siento que yo ya no tengo... A lo mejor si tengo pero ya no es
89 como antes...

90 Terapeuta: Ok con respecto al menú que te habíamos encargado desde la vez pasada... o debo de
91 asumir que lo que nos trajiste es una pirámide alimenticia...

92 P: Si

93 Terapeuta: El punto es que tú ya has tomado una decisión conforme a lo que será un nuevo
94 régimen alimenticio... No tomas una decisión sin base alguna, sin considerar previamente las
95 consecuencias de lo que quieres... y lo haces...

96 P: Aja

Comentario [E.S.I.267]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre los intentos de solución de la mamá. (70 al 72)

Comentario [E.S.I.268]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición acerca de la definición inicial del problema. (86 al 89)

97 Terapeuta: Al tomar ese tipo de decisiones tienes nuevas responsabilidades dentro de las cuales
98 una es conocer qué tipo de alimentos te sirven para mantenerte saludable... No sólo algo que te
99 guste o no te guste... ahí entra esto...

Comentario [P.E.T.269]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre sobre la nueva relación con la comida que quiere la paciente. (90 al 106)

100 P: Si aunque no me guste lo tendré que comer ya que...

101 Terapeuta: ¿En esta pirámide tú te basas para crear tu menú?

102 P: Si... pues más o menos

103 Terapeuta: ¿Tú crees que este tipo de alimentación cubre los nutrientes que tú como joven
104 adolescente necesita para mantener tu salud...?

105 P: Pues yo creo que le podría agregar más y podría subir las cantidades de lo que ya estoy
106 comiendo Supongo yo que así podría ser un poco más completo...

(Entra la Psicóloga C. en esta parte de la sesión)

107 Psicóloga: Hola otra vez... oye estamos allá atrás... algunas de las chicas que estamos y nos llama la
108 atención una parte que estamos en la idea de poder generar una nueva forma de comer, una dieta
109 balanceada para ti, que te agrade, que sea funcional... por otro lado me gustaría ver con tu mamá
110 unos puntos porque quiero hablar con ella

111 P: No... hay no porque me va a matar... hay no porque se me va a armar...

112 Psicóloga: Necesitamos ver qué onda con lo del psicólogo... tú le dijiste a D. que no te interesa ir
113 con otra persona y nosotros si tenemos pues preocupación o pendiente de lo que eso pudiera
114 implicar... Las tareas no las está cumpliendo al pie de la letra ella... no estoy hablando de ti y eso
115 evidentemente no nos está ayudando en nuestro tratamiento de trabajo... Pues está irrumpiendo
116 las tareas que nosotros pedimos y eso no ayuda... ¿A qué servicio te llevaron... es el centro de
117 Salud de San Cristóbal? ¿Es por parte del ISSSTE del IMSS o qué es...?

Comentario [E.S.I.270]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (112 al 116)

118 P: Es un... es por parte del ISSSTE es una clínica del ISSSTE... es una clínica

119 Psicóloga: Es una clínica del ISSSTE entonces te mandaron con el médico general, ya te valoró, te
120 mandó a hacer tus estudios y te dio tus vitaminas ¿no? el complejo B y el Paracetamol para el
121 dolor... ahora... Te dijo que te iba a canalizar al psicólogo... usualmente en el ISSSTE la cita con el
122 psicólogo es como seis u ocho meses después...

Comentario [D.E.271]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (119 al 122)

123 P: Creo que me la pusieron como para octubre

124 Psicóloga: Para este mismo mes... ¿no?

125 P: Es que no alcance a ver bien mi carnet

126 Psicóloga: Y eso lo hizo por lo que tu mama dijo no por lo que el doctor te hubiera visto algo...

127 P: Porque de hecho puso en el papel como en una hojita bulimia y puso anorexia que no sé qué
128 análisis prioritario que no sé qué al psicólogo... pus ya me mandaron y como me dijo la doctora a
129 ver si el psicólogo me mandaba al psiquiatra para medicación para ya tratarme con
130 medicamentos y no sé qué... Lo que pensaban hacer al principio cuando todo esto empezó

131 Psicóloga: Pues nosotros no somos partidarios de eso y creemos que ahí... o te dejan en nuestras
132 manos o te dejan en manos de otros... Tú quieres estar en nuestras manos por supuesto así que
133 tenemos que preguntar... Eso es parte de lo que quiero platicar con ella este... la cuestión esto del
134 psicólogo... te habían dicho que podías ir al nutriólogo, ¿eso de la visita al nutriólogo es después
135 del psicólogo o paralelo al psicólogo?

136 P: Es que me mandan al psicólogo, me valora y después ven si voy directamente al psiquiatra que
137 es lo más seguro me dijeron que me vaya al psiquiatra, medicación y de ahí si según esto ya
138 mejoro me mandan al nutriólogo

139 Psicóloga: Pensando en que vas con el psicólogo y le dices es que yo ya estoy viendo al psicólogo y
140 te va a preguntar ¿qué has trabajado ahí y que te han dicho?

141 P: Pues que yo vengo de hablar y que les he dicho como me he sentido últimamente... de hecho
142 tomo psicología en la escuela una clase y justamente le pregunte a mi maestra que por qué te
143 grababan que por qué el espejo lo de las cartas y así entonces yo creo que eso sería lo que le diría
144 y pus la verdad digamos que tengo con quién hablar y así...

145 Psicóloga: También yo creo que te podría sugerir que hagas hincapié o énfasis en las
146 modificaciones conductuales que se han venido dando desde que estamos trabajando aquí para
147 que él también pueda ver la pertinencia de nuestro trabajo en el sentido de que cuando llegaste la
148 conducta del vómito era mucho más consistente de la que puede ser ahora... que ha sido un
149 cambio importante que se ha presentado y que en este tipo de situaciones es digno de mención...
150 decirle bueno pues si cuando llegue tenía cierta frecuencia de vómito...

151 P: Y es precisamente lo que le decía le decía también pus que si había presentado la bulimia y
152 probablemente también anorexia porque había ocasiones en las que de plano no comía y así
153 pero que pus yo ya de plano ya estaba buscando yo pues esto de un menú avalado y todo eso
154 precisamente porque ya estaba yo bien

155 Psicóloga: Esa parte en la otra en la que te has sentido mejor y que de alguna u otra forma algunas
156 de las cosas que platicabas en sesiones anteriores con D. en cuanto a que las cosas con tu madre
157 de alguna manera van mejor que tú te has sentido mejor contigo misma que aunque te cuesta
158 trabajo la interacción con tu hermana pues que también en algún momento las trabajaste y eso
159 hizo que las relaciones mejoraran ¿no? vamos bastante bien hasta eso con esto de las sorpresas y
160 que de repente la ayudabas con su cuarto y cosas de esas... Bueno el plantear no sólo esto de que
161 tienes con quien platicar y que te has sentido mejor sino que también hagas énfasis en todos esos
162 cambios conductuales que ha habido no sólo en ti sino a tu alrededor la relación con tu madre, la

Comentario [E.S.I.272]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (131 al 133)

Comentario [D.E.273]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante. (134 y 135)

Comentario [E.S.I.274]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición explicativa de los cambios generados a partir de la intervención. (145 al 150)

Comentario [E.S.I.275]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre la definición del problema. (151 al 154)

163 relación con tus hermanos y tú misma... cómo te has sentido ¿no? incluso esto ¿no? en el periodo
164 que hemos estado aquí trabajado has iniciado una relación... ¿no?

165 P: ¿Relación con quién?

166 Psicóloga: ¿N. no es...?

167 P: No... hay por qué todos creen eso... es que es súper buena onda el tipo

168 Psicóloga: Pero buena onda es un tipo ¿no?

169 P: Si... no, nada más es así...

170 Psicóloga: Ok bueno eso de no tengo dificultad para entablar relaciones con el sexo opuesto... y
171 que hoy en día pues tengo un amigo cercano que es conocido y aceptado por mi familia ¿no?
172 también hacer hincapié en esa parte y pues igual si hay oportunidad de señalarle que estas
173 llevando el tratamiento y que si es necesario que nosotros le enviemos algún tipo de documento
174 para corroborar que sigues viniendo al servicio pues qué sería necesario... De todos modos voy a
175 platicar con tu mamá sobre un par de situaciones en ese sentido ¿no? en el respaldo hacia el
176 tratamiento si es que quiere que continúes trabajando con nosotros porque a lo mejor pensaría
177 que dos tratamiento es para hacer punch ¿no? para que ahora si ya se vea pero bueno nosotros
178 tenemos un ritmo de trabajo y ya lo platicaremos por otro lado esta parte en la que tu elijas una
179 nueva forma de alimentación... y estas en todo tu derecho pero bueno... la otra es que no nada
180 más hay que hacerlo aquí y decirlo la otra es que de alguna manera te tienes que comprometer a
181 que esto se empiece a llevar porque bueno si estamos partiendo de que tienes todo el derecho del
182 mundo de elegir como quieres vivir tu vida y de qué manera ¿no? y en este sentido una de las
183 elecciones que has empezado a hacer es tener una alimentación saludable entendiéndose por
184 alimentación saludable una alimentación predominantemente vegetariana porque no dejamos de
185 lado que ya no vas a comer ningún tipo de carne usualmente o eventualmente sabemos que te
186 puedes permitir eso ¿no? y que eso de ninguna manera va a afectar tu dieta que eso no te va a
187 volver a convertir en ninguna carnívora

188 P: Aja... ja...

189 Psicóloga: además nosotros te hacemos énfasis en esta sugerencia ya que somos conscientes de
190 que no dominamos el campo nutricional y que invariablemente tienes que ir con un experto en
191 nutrición en donde lo enseñes y digas bueno esta es mi propuesta de alimentación... En términos
192 técnicos o formales que tan viable es ¿no? y ya que igual te haga sugerencias o precisiones... Aquí
193 uno lo hace como que a ojo de buen cubero, silvestron pero no es nuestro campo eso si habría
194 que asumirlo y si tendríamos que acudir a él pero bueno es parte de la decisión que estás
195 tomando, estás he... Has decidido comer sanamente eso implica pues... documentarse sobre
196 alimentación, empezar a hacerse tiempo y espacios para prepararse los alimentos que uno quiere
197 consumir y entonces irse apegando a esa dieta... aquí no estamos peleados con eso yo creo que es
198 bastante viable...

Comentario [E.S.I.276]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición explicativa de los cambios generados a partir de la intervención. (155 al 164)

Comentario [E.S.I.277]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (170 al 187)

Comentario [P.E.T.278]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre sobre la nueva relación con la comida que quiere la paciente. (189 al 198)

199 P: Si

200 **Terapeuta:** Vamos a finalizar la sesión del día de hoy. Sólo me queda por decirte y reiterarte las
201 tareas que hasta el momento han quedado... En primer lugar te pediré que me sigas haciendo las
202 cartas... En todo caso también te quisiera pedir que nos ayudes en cuanto a mantener el silencio
203 en caso de que tu mamá siga diciéndote, hablándote, mensajeándote...

Comentario [P.E.T.279]: Protocolo Específico de Tratamiento: Se mantienen las prescripciones anteriores. (200 al 203)

204 P: A si ok...

(Se da por terminada la sesión de ese día con P. y se decide ingresar a M. debido a la situación ocurrida en el hospital que se deriva de la insistencia en intentar hablar como solución ensayada.)

205 Psicóloga: Hola ¿cómo ha estado?

206 M: Bien

207 Psicóloga: Bien... Bien... ¿qué me cuenta, cómo ve a mi muchachita?

208 **M:** Hay pus a veces... pues es que luego también sigue sin querer...

209 **Psicóloga:** ¿Sin querer qué?

210 **M:** Comer

Comentario [E.S.I.280]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema de la mamá 208 al 212.

211 **Terapeuta:** ¿Comer en parte si en parte no?

Comentario [D.E.281]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante. (210)

212 M: Aja

213 **Psicóloga:** Bueno hay dos cosas que quiero comentarle he... una tiene que ver con algo que nos
214 dijo P. hoy que creo que de manera reciente fue al médico y este... me le mandaron a hacer
215 estudios, análisis pero algo me comenta que le dieron una nueva cita con un psicólogo

216 **M:** lo que pasa es que yo le dije a la doctora que yo nada más quería que le mandara algo porque a
217 ella ya no le gustaba la carne, no le gustaba, ya no quería comer pescado, ya no quiere comer,
218 entonces me decía la doctora... si pero por qué motivo... Ahí fue cuando pues si yo le dije pues que
219 ella tuvo problemas de alimentación le dije... y si quiero que la... si le dijeron porque yo le dije... yo
220 si le dije que ella estaba en tratamiento... lleva tanto tiempo de tratamiento y si ha respondido
221 bien le dije... No pero es que si necesito que pase a consulta... ya la doctora me dirá si necesita que
222 vaya al psiquiatra o a ver que se va a hacer... Pues si ella se puso a llorar, se enojó conmigo y yo si
223 le dije bueno si tú no quieres... no vamos simplemente... No vamos...

224 **Psicóloga:** Pero por ahí me le está mandando dobles mensajes... A que voy con todo esto... he... yo
225 le había pedido que de alguna manera tenía que colaborar con nosotros en el cumplimiento de las
226 tareas y una de las tareas fundamentales para esto es que se mantenga un silencio absoluto con
227 respecto de esta situación ¿no? Entre más hablamos de una situación más importancia le estamos
228 atribuyendo ¿no? Hemos trabajado con P, hemos avanzado... evidentemente estos no son
229 procesos rápidos, no son procesos que de una sesión a otra se vean cambio... Usted ha visto que

Comentario [E.S.I.282]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (224 a 238)

Comentario [P.E.T.283]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición explicativa sobre la "Conjura del silencio". (226 al 228)

230 ya llevamos bastantito tiempo trabajando en esto, que ha sido paulatino y que poco a poco se han
231 ido viendo los avances ¿no? Probablemente no como usted quisiera ¿no? que se sentara a comer
232 así ¿no? sin pena y a manos llenas... Evidentemente eso no ha pasado y probablemente no pasará
233 pero hemos tenido cambio, hemos tenido modificaciones, si usted se me sigue viendo al pasado
234 de que ella tiene problemas de alimentación, de que no come, que vomita y demás es como que
235 de alguna manera como que minimizar esto que ya hemos avanzado y volvemos a regresar... Yo he
236 notado que usted aunque está muy interesada en el cambio y que tiene gran interés en ayudar a
237 P. y estar al pendiente de ella... Pues he notado que le cuesta mucho trabajo seguir las
238 indicaciones y que le ha costado mucho trabajo hacer las tareas que le he pedido... Y entonces eso
239 es una parte importante porque usted me la trajo, usted es una de las personas más interesadas
240 en el tratamiento... Sí usted no nos puede ayudar a nosotros en el tratamiento siguiendo las tareas
241 créame que una de dos o evidentemente no vamos a lograr resultados o esto nos llevará el doble
242 de tiempo que usualmente lleva y entonces pues estamos destinados a condenarnos y a lo mejor
243 no ver resultados señora M. y ahí es muy importante que si usted vino a este espacio, que si
244 ustedes han mantenido su lugar... quiere decir que les ha importado el servicio y que de alguna
245 manera me hace pensar que usted ha visto algo aquí que le ha gustado y que por eso ha estado
246 viniendo ¿no? porque creo que hubiera dicho bueno hemos ido hemos ido y no hemos visto
247 nada... El día que vino con su esposo pues hubieran dejado perder la cita ¿no? y usted dijo ella no
248 podía venir pero yo vine porque no quería que se perdiera la cita y porque quiero que sigamos
249 viniendo... Yo asumo que es porque algo ha de ver visto que le ha de haber gustado y que por eso
250 sigue viniendo ¿no? porque bueno pues no está tan mal, ahí vamos, ahí la llevamos... Para que las
251 cosas se puedan ver con mayores resultados necesito esta parte de no hablar de la situación
252 porque es atribuirle importancia a la situación... Entonces lo que estamos tratando de quitarle es
253 esto... importancia y hacer ver que esto no es grave... es grave yo lo sé pero es parte de la
254 estrategia terapéutica el hacerle notar a ella que no importa porque ella ya se dio cuenta que
255 esto de la alimentación es una forma de castigarlos y si usted le sigue dando importancia a lo de la
256 alimentación ella se seguirá agarrando de eso... Ella ya sabe que eso es algo que puede utilizar
257 contra usted y aquí lo que hemos encontrado es que usted le sigue dando vuelo y que sigue
258 permitiendo que ella utilice esto para hacerle daño. Entonces es muy importante que me haga caso
259 en el sentido de no hablar de esta situación... y para llegar a buen puerto necesito que usted y su
260 esposo me sigan apoyando y cuando hablo del apoyo hablo de las tareas particularmente sobre
261 esta situación de no hablar con nadie de esta situación que ya no me le pregunte que si ya comió,
262 que no me le esté cuestionando que si come mucho, que si come poco, que te va a hacer daño...
263 Ya no porque eso no nos está ayudando eso no está siendo útil para nosotros y si necesito y si se
264 lo pido encarecida que si tiene tanto interés por que su hija se mejore en sus hábitos de
265 alimentación me tiene que ayudar de esa manera porque usted es la que está más cerca con ella
266 No le digo que me traiga a toda la familia porque sé que quien más cerca está de ella es usted... Sin
267 embargo, si se lo pido a usted... sin embargo también le pido que lo haga extensivo a sus hijos y a
268 su esposo... Necesito que me ayuden y que colaboren con nosotros... usted no sabe el trabajar que
269 para nosotros es estar haciendo esto y el trabajar que significa estar trabajando con ella... El que
270 esté el psicólogo con ella, que yo este con usted... es parte de la estrategia si y nos hemos movido
271 demasiado para conseguir los resultados... Si usted que es la más interesada en que esto vaya bien

Comentario [E.S.I.284]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (238 al 247)

Comentario [P.E.T.285]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición explicativa sobre la "Conjura del silencio". (250 al 258)

Comentario [E.S.I.286]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (258 a 269)

272 no nos hace caso y no colabora con nosotros créame que nosotros no vamos a funcionar y no le
273 vamos a dar los resultados que usted está esperando... Ahora que tiene usted qué tener en
274 cuenta y qué es lo que estamos haciendo con P., qué es lo que estamos trabajando... Finalmente
275 ella ya no es una niña, se está perfilando hacia la adultez muy rápido... qué ha sucedido... ella en
276 este momento de su vida ha decidido tomar una decisión y una decisión importante para ella es el
277 hecho de si cambiar sus hábitos alimenticios eso es un hecho, es una realidad, ella quiere ya
278 desprenderse de la carne, desprenderse del pollo... eso si es algo que ella ha dicho es que no
279 quiero, no me gusta y dice... ya me di cuenta que no... Y creo que una vez nos contó que la última
280 vez que comió carne se intoxicó y si es una realidad... ha decidido cambiar su alimentación, si ha
281 decidido esto de volverse vegetariana eso dice que si... Y aquí tenemos de dos... o estar al lado de
282 ella y respetar y apoyarla en su decisión o la otra es lo que se ha hecho hasta el momento de estar
283 discutiendo para que coma y al estar insistiendo para que coma lo único que obtuvimos fue que
284 no comiera... Entonces ahí está el antecedente sí usted le sigue insistiendo para que coma lo peor
285 que puede pasar es... no lo va a hacer y eso ya está comprobado porque ya lo había venido
286 haciendo...

Comentario [E.S.I.287]: Esquema Secuencial de Intervención: Doble vínculo terapéutico. (271 a 273)

287 M: También luego no sé yo la he apoyado en ese sentido doctora pero luego si me angustia
288 también y la verdad no puedo dejar de sentirme así porque a veces mire... le preparo en la
289 mañana un cocktail de frutas con yogurt, salvado y luego nada más me lo ve y hay no quiero
290 guárdamelo me lo como cuando venga y así

Comentario [E.S.I.288]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre cognitivo, Doble vínculo terapéutico. (273 al 386)

291 Psicóloga: Estamos trabajando en esto... ahorita se llevó su menú y ella sabe que se tiene que
292 comprometer y así como se lo dije a usted se lo estoy diciendo a ella... Tú has tomado una
293 decisión que es comer de manera diferente... esa decisión conlleva a una responsabilidad y esa
294 responsabilidad quiere decir que te tengas que documentar sobre las opciones y alternativas de
295 comida que hay... Estamos trabajando sobre eso y si tenemos la absoluta confianza de que esto va
296 a poder llegar a buen puerto... Es una nueva conducta que se está presentando... No es una
297 conducta que de hoy al siguiente martes va a haber cambios... necesitamos darle tiempo para que
298 ella se vaya adecuando a este nuevo ritmo de vida porque finalmente es un hábito que se tiene
299 que hacer si y estamos trabajando en este momento a que se haga este hábito... no nos podemos
300 apresurar llevamos mucho tiempo pero eso no quiere decir que ya llegado este momento ya va a
301 ser rápido no... llevamos tiempo y nos va a demandar más tiempo... esto es lento pero seguro le
302 dije yo desde la primera vez y ahí vamos

Comentario [E.S.I.289]: Esquema Secuencial de Intervención: Énfasis en los recursos y capacidades de la paciente de superar y solucionar su problema. (291 a 295)

303 M: Si... Si... Si yo he visto muchísimos avances, yo he visto que si en realidad aquí han sido muy
304 profesionales y capaces para apoyarme en esta situación y es por eso que yo no quiero dejar de
305 venir... no voy a dejar de venir porque si... la verdad si se me ha sido...

Comentario [E.S.I.290]: Esquema Secuencial de Intervención: Acuerdos sobre las modalidades de tratamiento. (296 a 302)

306 Terapeuta: Tenemos que confiar en ella ¿no? yo alguna vez le decía que mejor dejar ahorita que
307 empiece a tomar decisiones y que mejor ahorita que usted está viva y la puede ver cómo está
308 tomando sus decisiones y usted misma puede ir comprobando toda la educación que le ha dado...
309 Sí no le damos un voto de confianza... no se siente querida, no se siente respetada, no siente que
310 sea un ser confiable y tenemos que confiar en ella, le tenemos que dar el privilegio de la duda y

311 darle la oportunidad de que ella se demuestre a sí misma, nos demuestre a nosotros que está
312 madurando, que está creciendo y que está decisión que ha tomado de la alimentación no es
313 sencilla y que implica una responsabilidad y un compromiso de su parte pero le tenemos que
314 permitir el que se comprometa con ella misma

315 M: Si doctora lo voy a hacer

(Comienza a llorar)

316 Psicóloga: Se me acaba de pintar, está usted muy bonita no se me vaya a mover el maquillaje
317 tranquilícese si... Necesito que nos apoye, necesito que siga colaborando con nosotros... La última
318 duda y pregunta que tengo... Nos comentó algo así de que la mandaron al psicólogo por parte del
319 médico familiar ¿qué nos puede decir de esto?

320 M: Pues de hecho... cómo le diré... pues le dieron la cita pero yo inclusive yo se lo dije a ella si
321 quieres no vamos como le dijo también su papá...

322 Psicóloga: ¿Eso no es problema?

323 M: Si... No... No es problema, simplemente no se asiste, la llevo a otro lugar para que vea ya lo de
324 la dieta que va a llevar y le ayuden también y se lo juro que ya no voy a hablar...

325 Psicóloga: Como los niños un candadito nos vamos a poner el que se lo quite va a perder,
326 obsérvela sin intervenir, silencio absoluto, no me le diga nada, qué hace, qué dice, usted no me le
327 diga nada y necesito que esto se instale dentro de su vida

328 M: S

Comentario [D.E.291]: Diálogo Estratégico: Evocación de sensaciones. (306 al 314)

Comentario [E.S.I.292]: Esquema Secuencial de Intervención: Énfasis en los recursos y capacidades de la paciente de superar y solucionar su problema. (306 al 314)

Comentario [E.S.I.293]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición del problema de la mamá. (322 al 324)

Comentario [P.E.T.294]: Protocolo Específico de Tratamiento: Primera prescripción: "Conjura del silencio". (325 al 327)

Sesión 10

- 1 Terapeuta: Bueno comenzaremos revisando las tareas que te dejamos la vez pasada ¿si las
2 recuerdas?
- 3 P: No ya no me acuerdo... Bueno no si las hice pero no las traje... se me olvidaron... Bueno las
4 bitácoras si las hice, las cartas hice una grande así grande es que estoy en exámenes y todo y no
5 me dio tiempo entonces hice una grande y las bitácoras las tengo en un cuaderno y también
6 conseguí nutriólogo aunque no me infringió mucha confianza
- 7 Terapeuta: ¿Y eso?
- 8 P: Es que llegué así bien feliz ¿no? porque fui primero al centro de salud pus que no había...
9 Entonces ya fui a otro lugar... y en eso llego y este... me dice no que espérate aquí que no sé qué y
10 yo así de a pus va... y me espere así un rato y de repente pus ya me iban a pasar y la nutrióloga
11 con su cocota y sus chicharrones y yo así de rayos... entonces mi nutrición está muy equivocada así
12 que pus ya ni siquiera...
- 13 Terapeuta: ¿No te quedaste?
- 14 P: No... No me quedé... eso si se me hizo bien una reverenda patada...
- 15 Terapeuta: También parte de estas tareas... se te dijo que pudieras hacer... ver a tu mamá que
16 debe guardar silencio con respecto a esta situación ¿has tenido necesidad de recordarlo?
- 17 P: No... ya ella misma se calla...
- 18 Terapeuta: Y eso ¿cómo te hace sentir?
- 19 P: A pues me da risa porque de repente ya este... no sé... sacan el tema así o hay algo relacionado
20 con... y pus ya de repente empezamos a hablar las dos de eso y nos cae así de A sí... y de repente
21 nos callamos las dos ya ni ella me lo reprocha y ya ni yo se lo reprocho...
- 22 Terapeuta: Con respecto a anteriores ocasiones ¿qué es diferente ahora que ella guarda... ha
23 guardado silencio?
- 24 P: Pues que ya no habla tanto
- 25 Terapeuta: ¿Qué piensas al respecto...?
- 26 P: Pues está bien, me da igual... Pus si aja... antes también era lo mismo... Este... pues era antes
27 incomodo porque luego lo decía así pues cuando estábamos con mis tíos y así ahora ya no...
- 28 Terapeuta: Ahora ya no... ¿eso es diferente...?
- 29 P: Si

Comentario [P.E.T.295]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre la "Conjura del silencio". (15 al 29)

Comentario [D.E.296]: Diálogo Estratégico: Pregunta Discriminante. (22 y 23)

Comentario [D.E.297]: Diálogo Estratégico: Paráfrasis Reencuadrante. (28)

30 Terapeuta: En este tiempo que no nos hemos visto ¿has podido llevar a la práctica la idea de un
31 pequeño desorden para mantener el orden en este sentido de no ser tan rígido en cuanto a tu
32 alimentación?

33 P: ¿A lo de la carne y así?

34 Terapeuta: Pues cualquier cosa que no acostumbres a comer en el sentido de poder darte la
35 oportunidad de comer cualquier cosa... siempre y cuando no interfiera con lo que tu gustes... o
36 para evitar que se predisponga una rigidez en cuanto a lo que ingieres y no...

37 P: He... hace un tiempo bueno no tiene mucho... Fui al cine con una de mis amigas y nos dieron
38 cupones de dos por uno en hot dogs... y ella tenía hambre pero yo no tenía hambre y yo nada
39 más me compré mi café y le dije no pues si tienes hambre va... y pus ya los compramos y todo y
40 nada más le di una mordida al hot dog y pus me dio un buen de asco y se lo di a ella

41 Terapeuta: Ya no quisiste...

42 P: Fueron dos veces... A si comí pollo y me dolió mucho el estómago... A es que era pollo con
43 mole... es que fui a comer a casa de N. y ya su mamá nos dijo no pues que coman que no sé qué...
44 Y yo así de oye que tu mamá no sabe... No... No sabe y yo así de hash... Pues ya come... No como
45 voy a comer... Hay no seas así... Y su mamá con una cara de... Hay espero que les guste y yo así
46 como de carajo y ya comí pero me dolió un buen el estomago

47 Terapeuta: ¿Y después de todo este tiempo has tenido la necesidad de volver a vomitar?

48 P: No... no... ya no

49 Terapeuta: Muy bien... Bueno otra cosa que al equipo le da curiosidad es con respecto a ¿cómo
50 han sido las cosas con tus hermanos qué ha sido diferente por ejemplo con tu hermana?

51 P: Pues si está bien... bien... Si lo mismo de siempre... de por si no hablamos mucho peor pues así
52 como que de repente llegábamos y nos poníamos a platicar entonces por mi está bien y pues no
53 tiene mucho que mi mamá se puso... hay... toda hay que cuando me muera van a estar peleadas y
54 así como que ya... mi hermana se acercó y me abrazo y como que ya está bien... yo aún así guardo
55 un poco de distancia porque pus ya nos hablamos y así

56 Terapeuta: Y eso te hace sentir ¿bien? ¿no?

57 P: Si la verdad si

58 Terapeuta: ¿Y con tus amigos cómo han sido las cosas?

59 P: Pues en la escuela a los que no tolero de por sí... ya no les hablo... llego, los saludo y pues si a
60 veces platico con ellos y es así de aja... y ya cuando llegan dos de mis amigos ya nos juntamos más
61 y con ellos estoy bien...

62 Terapeuta: ¿Y con tu amigo N.?

Comentario [P.E.T.298]: Protocolo Específico de Tratamiento: Redefinición sobre "El pequeño desorden que mantiene el orden". (30 al 46)

Comentario [P.E.T.299]: Protocolo Específico de Tratamiento: Confirmación sobre el desbloqueo de la sintomatología. (47 y 48)

Comentario [E.S.I.300]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (49 al 55)

Comentario [E.S.I.301]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición de los cambios obtenidos. (56 y 57)

Comentario [E.S.I.302]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (58 al 66)

- 63 P: Pus está bien, normal de repente si...
- 64 Terapeuta: ¿Lo ves seguido?
- 65 P: Aja si a veces los fines de semana nos vamos por ahí... y mi mamá sabe que somos
66 inseparables...⁵⁸
- 67 Terapeuta: Y por cierto ahorita que mencionabas ¿cómo va la relación con tus papás, es especial
68 con tu mamá?
- 69 P: Bien si bien... mejor... A qué día... antier... si antier me peleé algo con mi madre porque este...
70 fue a comprar... Me mandó un mensaje... no que sí no quería que me trajera algo así de... para mí
71 ¿no...? No... No quiero nada... Porque pues ahí me compró un buen de verdura entonces... hay
72 pues para que me vas a comprar más y así... y ya no me respondió nada entonces... Llegué a la casa
73 y abrí el refri nada más para ver lo que no se me antojaba porque pues me venía comiendo una
74 palanqueta y en eso veo y ahí estaba ¿no? yogures y todo lo que como y en eso ya volteo y veo
75 una gran gran charola de sushi sólo para mí... y ya... comí un poco y subí y bueno me fui con mi
76 mamá y este... ya después llegó mi hermano y ya después... Me regalas sushi me gritó y yo le dije
77 no que si... y mangos que mi madre me voltea un zape así pas... y yo que, que... por qué... y dice no
78 que no te comas sus cosas que no sé qué y yo le dije no pero pues yo ya me comí la mayoría ya
79 sólo quedan cuatro rodajitas... que se las lleve... No que tú apenas y comes que no sé qué... y mi
80 tía secundandola y ya yo me subí bien enojada a mi cuarto
- 81 Terapeuta: Tu tía... ¿está seguido en tu casa?
- 82 P: Diario... es que como trabaja con mi hermano pues regresa a la casa a dormir y así y pus ya los
83 viernes se va por que trabaja en Toluca algo así... Es doctora... Imagínate una doctora, una
84 enfermera y yo pues peor...
- 85 Terapeuta: ¿Y tú qué opinas de eso?
- 86 P: Es que de por si yo no me llevo bien con la familia de mi mamá con mi abuela... como la
87 operaron pues está ahí en la casa
- 88 Terapeuta: ¿De qué la operaron?
- 89 P: Hay no sé... Se reventó el apéndice algo así y pues está ahí en la casa y con mi abuela siempre ha
90 sido así de... pues nos hablamos pero pues... porque si... pero pues hasta ahí... y de por si con mis
91 tíos, con mis primos... yo me llevo, a mi hermano ya no tanto pero a mí no me bajan de escuincla
92 payasa que se parece no sé qué y así siempre ha sido así pero como que me alejo... y me alejo
93 porque no me importa...

Comentario [E.S.I.303]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (86 a 93)

⁵⁸ Como menciona Nardone, una vez desbloqueada la sintomatología poco a poco estas pacientes recobran los placeres relacionados al aspecto relacional con el otro sexo.

- 94 Terapeuta: ¿Tú crees que sus comentarios afectan de alguna manera lo que hemos estado
95 trabajando?
- 96 P: Pues no... no... quizá antes podría haber sido así pero pus ahora no
- 97 Terapeuta: ¿Cuál es la diferencia?
- 98 P: Que ya me dan igual ya dejo que hablen pero pues ya ni me da...
- 99 Terapeuta: Antes ¿qué hacías?
- 100 P: Pues si me ponía a reclamar... A que no sé qué, que déjame en paz
- 101 Terapeuta: Entonces ahora ya no los pelas
- 102 P: Si ya no
- 103 Terapeuta: Y con el tiempo y trabajo que hemos hecho hasta ahora ¿qué has notado además de
104 diferente con respecto al día en que llegaste...?
- 105 P: Pus no sé como que ya no les doy importancia así a las cosas... Que antes si les daba importancia
106 a cosas y así...
- 107 Terapeuta: ¿Qué más has hecho o dejás de hacer ahora... qué ha sido diferente?
- 108 P: Pues digamos que trato de moderarme como en mis comentarios y así
- 109 Terapeuta: ¿Con tu familia?
- 110 P: No pues casi ya no discutimos por lo máximo que así... es que mi mamá luego me compra cosas
111 que ya luego no me las como o cosas así
- 112 Terapeuta: ¿Y son cosas que le pediste?
- 113 P: Le digo cuando yo te pida pues me lo compras si no te pido nada es porque hay... Y ya veo yo
114 que me hago... Y ya se enoja A no... porque últimamente pues ya soy yo la que me hago mi comida
115 y todo... Porque me llevo lo que me voy a comer y ya pus me bajo este... desayuno y ya luego mi
116 mamá me manda mensajes... hay por qué eres así conmigo nunca hablas conmigo, nunca
117 desayunas conmigo
- 118 Terapeuta: ¿Pero te sigue mandando mensajes con respecto a la alimentación?
- 119 P: No ya son mensajes bien X ya hasta recibo más de mis amigos
- 120 Terapeuta: Así... ¿qué dicen tus amigos?
- 121 P: A sus tonterías así de... hoy no te vi en todo el día estás bien... Pus si...
- 122 Terapeuta: Así de ¿Estás bien?

Comentario [E.S.I.304]: Esquema Secuencial de Intervención: Definición del problema. (94 y 95)

Comentario [E.S.I.305]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre nuevos cambios obtenidos. (97 a 117)

Comentario [E.S.I.306]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar. (119 a 128)

123 P: No sé... ellos se debrayan porque el que me los manda es mi ex así de... hoy no te vi en todo el
124 día estás bien... Si deja de molestar... Obviamente no le pongo deja de molestar pero este... ¿Nos
125 vamos a ir al rato juntos...? No déjame en paz y pues ya le digo así... Si te veo en tal lado y me voy
126 por otro lado... siempre me encuentra y así

127 Terapeuta: ¿En este momento tienes novio?

128 P: No

129 Terapeuta: Algo no... ¿Tu amigo N...?

130 P: No N. no... bueno... No ja es que hay rayos... ja... lo siento... mis ataques de risa... ja... lo siento
131 ya...

132 Terapeuta: ¿En serio?

133 P: Si ja ja

134 Terapeuta: Te pusiste roja

135 139. P: No ja⁵⁹

136 Terapeuta: Bueno me has comentado que has tenido muchos cambios desde que comenzaste a
137 venir... ¿qué otros cambios o cosas diferentes podrías comentarnos? Este he... bueno aparte del
138 principal ¿no? que ya no has tenido episodios de vómito

139 P: Si bueno ese es el principal... y pues como que ya entienden que hay cosas que no como y otras
140 que si

141 Terapeuta: ¿Te han dicho comentado sobre esto...?

142 P: Si de repente mi mamá me dice que pues bueno... ahí hay frijoles... pues prepárate unos huevos
143 y le echas frijoles... Hay no pues yo le digo en broma hay no me gustan los frijoles, no me gusta el
144 huevo... y mi tía... hay eres una payasa te crees la muy muy... y ya pues me volteo y así como en
145 broma... No me creo tía soy la muy muy... y me subo a mi cuarto y se quedan así las dos

146 Terapeuta: Ja

147 P: Pero si de repente me dicen... hay tú eres bien payasa no sé a quién saliste que no sé qué y yo
148 así de ja... Pero cuando me dicen así también de repente les digo... hay si soy bien payasa yo
149 misma me veo y corro... y se enojan y todo pero pus ya sabes...

150 Terapeuta: A ti ya no te molesta

⁵⁹ Las relaciones sociales en particular con el sexo opuesto vuelven a tomar importancia en la vida de la paciente como menciona Nardone, una vez que se ha desbloqueado el rígido sistema perceptivo reactivo.

Comentario [E.S.I.307]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición explicativa sobre los cambios obtenidos. (136 al 140)

Comentario [E.S.I.308]: Esquema Secuencial de Intervención: Investigación sobre el sistema relacional y familiar (141 a 149)

Comentario [E.S.I.309]: Esquema Secuencial de Intervención: Redefinición sobre nuevos cambios obtenidos. (150)

151 P: No ya no...

152 Terapeuta: Me gustaría hacerte una pregunta

153 P: ¿Qué?

154 Terapeuta: Si tomáramos una escala del cero al diez... en la cual el cero representara el momento
155 el momento en el que tú vienes al servicio con tu problemática y como 10 por el momento en el
156 que no necesitarás seguir viniendo al servicio y no necesitarás que sigamos trabajando... ¿Tú en
157 este momento qué valor de la escala erigirías o te situarías?⁶⁰

158 P: Como en ocho, ocho y medio si...

159 Terapeuta: ¿Haciendo referencia a este problema específico por el que llegas en un primer
160 momento?

161 P: Pues sí como un ocho, ocho y medio si

162 Terapeuta: Tú qué crees que faltará para llegar a ese diez, o sea al momento en el que no
163 necesites seguir asistiendo al servicio...

164 P: Nada... es que a lo mejor yo no quiero... ha... me resisto a la felicidad...⁶¹

165 Terapeuta: Ok ¿entonces...?

166 P: Pues sí como un ocho... Ocho y medio...

167 Terapeuta: Ok bueno tengo algunas dudas con el equipo si me permites en un momento seguimos

168 P: Si...

169 *(Intersesión...)*

170 Terapeuta: He... estuve platicando un poco con el equipo y me dicen que les gusta, les alegra ver
171 tu mejor semblante, que esto del frío parece asentarte ya que ahora vienes muy fashion por así
172 decirlo

173 P: Hay claro que no...

174 Terapeuta: Bueno eso les pareció... Otra cosa que me estuvieron comentando fue con respecto a
175 esto de que la sesión pasada fue hace un mes... Y desde hace un mes trabajamos con esto de la
176 creación de nuevos hábitos alimenticios que te permitan seguir manteniendo una vida sana como

Comentario [E.S.I.310]: Esquema Secuencial de Intervención: "Técnica de Escala". (154 al 157)

Comentario [D.E.311]: Diálogo Estratégico: Pregunta discriminante. (159 y 160)

Comentario [E.S.I.312]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre encaminado a posteriores cambios progresivos. (162 y 163)

⁶⁰ Una técnica bastante sencilla que permite evaluar la satisfacción compartida entre el terapeuta y paciente sobre el resultado clínico.

⁶¹ Con este comentario parece que la paciente quiere seguir asistiendo al servicio. Sin embargo, es fundamental en la terapia reintegrar al paciente a su autonomía e independencia para afrontar cada nuevo problema en su vida.

177 vegetariana y que dé de los nutrientes óptimos para mantenerte sana... Me preguntan allá atrás
178 con respecto a ¿cómo te va en eso, cómo te fue, qué hiciste, qué te preparabas, cómo lo hacías...?

179 P: Pues bien si... ahí algo si

180 Terapeuta: ¿Qué te preparabas... te hacías tu comida para la escuela?

181 P: Si la mayoría de las veces si... Pues ensalada... pasta si no me llevaba pero pues los fines de
182 semana yo me hacía espagueti y ya me lo comía

183 Terapeuta: ¿Entonces te costó trabajo seguir con esto durante este mes?

184 P: No...

185 Terapeuta: ¿Cómo le hacías con estos alimentos con los que te tenías que preparar para
186 llevártelos a la escuela?

187 P: Pues la noche anterior... sí tenía tiempo y así lo preparaba o lo cortaba todo o dejaba los
188 ingredientes que iba a ocupar y ya en la mañana hacia todo

189 Terapeuta: ¿Esto lo has hecho seguido o de vez en cuando o diario...?

190 P: Seguido... Seguido... Ha... he... He comido chococrispis lo admito lo admito... Si hace como unas
191 semanas me comí un plato y de repente tomo leche o tomo té o igual galletas de avena y unas
192 barritas...

193 Terapeuta: Ok eso suena bien... Otra cuestión que tiene el equipo es... Por ejemplo estamos aquí
194 pero para la siguiente sesión ¿qué debería pasar y también para la próxima sesión, en qué peldaño
195 de la escala te gustaría estar con respecto a este problema para la próxima sesión?

196 P: No lo sé tendría que ver qué pasa en los días siguientes...

197 Terapeuta: ¿De qué depende...?

198 P: No sé... de todo, todos los factores afectan

199 Terapeuta: ¿Qué factores...?

200 P: Sociales, psicológicos, emocionales... biológicos... si me enfermo

201 Terapeuta: Bueno pero estamos suponiendo en qué valor de la escala que te mencione te gustaría
202 estar para la siguiente sesión...

203 P: No lo sé...

204 Terapeuta: Quiero pedirte eso... que de esta a la próxima vez que nos veamos piense en eso si...
205 que debe de pasar para que puedas retomar tu vida sin que sea necesario seguir viniendo, piensa
206 en cada unos de esos factores que me dijiste y la próxima lo platicamos... además te quiero pedir

Comentario [P.E.T.313]: Protocolo Específico de Tratamiento: Reencuadre sobre la nueva relación con la comida que quiere la paciente. (174 a 178)

Comentario [E.S.I.314]: Esquema Secuencial de Intervención: Estimulación a posteriores cambios progresivos. (183 al 188)

Comentario [E.S.I.315]: Esquema Secuencial de Intervención: Énfasis en los recursos y capacidades de la paciente de superar y solucionar su problema. (189)

Comentario [E.S.I.316]: Esquema Secuencial de Intervención: Reencuadre encaminado a posteriores cambios progresivos. (193 al 203)

Comentario [E.S.I.317]: Esquema Secuencial de Intervención: Primera prescripción: Pensar sobre lo que debe de pasar para subir en la escala. (204 a 206)

207 que todas las tareas que hasta el momento hemos pedido las sigas realizando... Quedan esas
208 tareas por favor hasta la próxima vez que nos veamos...

209 P: Aja

Como en el protocolo de tratamiento, una vez desbloqueada la sintomatología el terapeuta se esforzará las sesiones subsecuentes en consolidar las modificaciones conductuales que se han generado llevando a la paciente a través de lenguaje cada vez menos sugestivo y más explicativo a hacerse consciente de lo conseguido en la terapia y en base a sus capacidades reafirmando su autonomía y autoestima para afrontar las dificultades de su vida cotidiana.

Comentario [P.E.T.318]: Protocolo Específico de Tratamiento: Todas las prescripciones se mantienen. (206 a 208)

Conclusiones sobre el caso

Como se puede notar, la aplicación de este modelo de intervención permite al terapeuta guiarse sobre una secuencia específica de intervención siempre con una perspectiva flexible, auto-correctiva y definida en función de los resultados y efectos generados durante la terapia. Un ejemplo de lo anterior se pudo verificar en algunos aspectos de la intervención como la posterior separación de los integrantes de la familia terminando por ser la paciente la persona con la que finalmente se trabaja a lo largo de las sesiones y procurando en varias ocasiones recalibrar y modificar la estrategia para evitar los intentos de solución de la mamá. Por otro lado la inclusión de un terapeuta varón durante la intervención representó una estrategia planteada *ad hoc* que pretendía mejorar la *captura sugestiva* de la paciente y mejorar la relación terapéutica. A través de este proceder el terapeuta no se ve anclado por un método rígido que no permite la adecuación procedimental, en cambio su criterio, técnica e incluso su creatividad son contempladas en un proceso en el que se busca expresamente la solución de una problemática específica. Una vez dada por terminada la terapia se hicieron los respectivos controles correspondientes a la verificación de que los efectos generados en la terapia se han consolidado y no se han presentado recaídas o posibles síntomas sustitutos.

Con respecto a esto la paciente siempre reportó haberse mantenido sin la presencia de nuevos episodios de vómito, su relación con la comida se modificó reportando volver a *comer de todo* hecho que no obstante, no representa actualmente problema para ella refiriendo que se ha vuelto *más tolerante en ese aspecto*. Otro aspecto a resaltar sobre estos controles fue el hecho de que posterior a la terapia la paciente comienza una relación sentimental satisfactoria, un hecho en el que tal y como se refiere en el protocolo de intervención una vez bloqueada la sintomatología bulímica poco a poco se modifica el modo en que estas pacientes se relacionan con los demás.

Estos hechos permiten evaluar de acuerdo a Watzlawick y Nardone (1990), los resultados de esta intervención en cuanto a:

1. *La eficacia del tratamiento*: Referente a que durante la terapia se llegó a la solución de la problemática así como a los objetivos de la intervención.
2. *La eficacia del tratamiento a través del tiempo*: Aspecto que hace referencia a la perduración de los efectos de la intervención a través del tiempo y constatado en los ya mencionados tres controles posteriores en los que la paciente afirma haber permanecido sin presentar otro episodio de vómito durante ese periodo
3. Durante este caso se hace constancia de la *eficiencia del tratamiento*: partiendo de que la terapia se dio por finalizada una vez concluidas 12 sesiones. Un intervalo de tiempo considerado dentro del promedio de 15 sesiones para este trastorno (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999). Por otra parte, se debe recordar que el aspecto que hace referencia a la eficiencia del tratamiento parte de la convicción de llegar a la solución y los objetivos de la terapia en un corto lapso de tiempo evitando prolongar los costos tanto monetarios como emocionales acarreados por el problema.

Finalmente, de acuerdo con Watzlawick y Nardone (1990), este caso se considera dentro de los parámetros de un *Caso Resuelto* caracterizado por la completa resolución del problema específico al finalizar la terapia, con ausencia de recaídas en un lapso de un año después de concluida la terapia. Actualmente la paciente continúa con su vida cotidiana refiriendo una opinión positiva con respecto a la terapia, a los procedimientos y a sus efectos.

Es preciso mencionar que la aplicación adecuada de cada técnica y procedimiento del protocolo así como del modelo general de intervención es un factor fundamental para poder lograr los resultados buscados. En este sentido es cuando toma especial importancia la necesidad de que el terapeuta mantenga actualizada su lectura con respecto del modelo terapéutico y se someta a un constante entrenamiento para la adecuada aplicación de cada una de las técnicas y estrategias propias de la intervención, para ello es recomendable que el terapeuta cuente con una práctica clínica supervisada que permita la retroalimentación referente a los aspectos técnicos y procedimentales y su adecuada aplicación. Lo anterior no quiere decir que mediante este método se cae en una rigurosidad técnica, al contrario mediante el *error*, el terapeuta también puede corregir y regresar su intervención en el momento en el que no se obtienen los efectos buscados. Esto depende en mucho del criterio del terapeuta, su preparación, su experiencia, en su formación y entrenamiento además de que es necesario que el terapeuta tenga la habilidad de incluir modificaciones funcionales dentro del marco de una misma intervención sin caer en el eclecticismo sin sentido.

Por lo tanto, la aplicación de este protocolo específico de intervención conlleva un alto grado de preparación técnica así como de la respectiva supervisión sobre los procedimientos que se ejecutan durante el proceso de la terapia, el terapeuta debe ser capaz de ampliar su estrategia a partir de las particularidades e individualidades tanto de la paciente como de su familia. Lo anterior es un punto crucial sobre los efectos que se logren obtener al final de la terapia. Todas las técnicas y procedimientos guardan dentro de sí características específicas por las cuales se llevan a cabo en casos y momentos determinados de la intervención para lograr ciertos objetivos, es así que el criterio del terapeuta para calibrar y aplicar la intervención es crucial para la resolución del problema.

En este caso en particular, se pueden observar algunas situaciones contextuales de la intervención que claramente no son detalladas en el protocolo como los tiempos entre cada una de las sesiones, los espacios o intervalos entre los cuales cada una de las prescripciones se deben mantener, el periodo de sesiones adecuado para el establecimiento y consolidación de los cambios obtenidos entre otros. Sin embargo, la habilidad y preparación del terapeuta vuelven en este caso a ser un factor fundamental para conseguir la resolución del problema. A lo largo del caso presentado se pueden observar diversas situaciones en las cuales sobresalen las ventajas de emplear un modelo de intervención basado en la flexibilidad, la adaptabilidad y la autocorrección. De esta forma el terapeuta tiene una línea base a cargo del protocolo de intervención el cual lo guía hacia metas y objetivos específicos, esto siempre con la libertad para modificar, redirigir y adecuar cada una de las estrategias y técnicas al contexto único de cada paciente y su situación.

Se puede finalizar este apartado con dos puntos fundamentales con respecto a la intervención estratégica de este tipo de trastornos alimenticios. En primer lugar, se debe destacar el hecho de que, a través de la metodología de *Acción-Investigación* se hace posible la estructuración e integración *teórico-aplicada* de intervenciones prototípicas que han demostrado ser concretamente eficaces y eficientes incluso para trastornos tan severos y complicados como es el caso del *Vomiting*. De este modo se abre paso a una perspectiva en la cual los trastornos resistentes a las terapias dejan de ser considerados como imposibles de tratar pensando en las palabras de Don Jackson quien refería que “no existen pacientes imposibles sino terapeutas y terapias ineficientes” (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999, p. 280). La condición para ello es que las terapias deben considerar el adaptarse a las particularidades presentadas por la problemática a tratar, a las características contextuales, relacionales e individuales de cada paciente y al revés.

Prueba de esto es considerar que si bien las sociedades, los individuos y las culturas se modifican y evolucionan hacia nuevas formas, las terapias también deben evolucionar y adecuarse para resolver los problemas para los cuales han sido elaborados considerando cada aspecto modificable que se presenta en la realidad de los individuos. De este modo las terapias que hasta hace algunos años se consideraban adecuadas pueden experimentar ciertas dificultades en el tratamiento de trastornos emergentes o evolucionados haciendo evidente la imposibilidad de estructurar una teoría definitiva que de explicación a cada aspecto de la vida humana.

En segundo lugar, este planteamiento referente a la constitución de intervenciones prototípicas pensadas para la resolución de un problema específico en un periodo breve de tiempo, tal vez puedan ser vistas desde la perspectiva de terapeutas pertenecientes o partidarios de modelos de referencia psiquiátrica o psicológica clásica como una intervención superficial, sintomática cuyos resultados referidos pueden aun parecer imposibles de conseguir desde el análisis de su modelo de referencia y mucho menos en tan corto lapso de tiempo, esto partiendo de la convicción de que a grandes problemas se requieren grandes e igual de complejas soluciones. Sin embargo, como ya se hizo mención esto no necesariamente es cierto prueba de ello es el empleo del enfoque breve estratégico ya sea del BTC, de Haley, de Jackson o el de Nardone con buenos resultados en un corto periodo.

CONCLUSIONES

Como se ha podido notar el *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica de Nardone*, es una intervención terapéutica definida por una particular forma de pensamiento sobre la formación y solución de problemas humanos y sobre su solución. Estructurado a partir de una sólida base teórico-epistemológica, el modelo parte de las nociones de la moderna filosofía constructivista y se conforma sobre las concepciones derivadas de la cibernética dando como resultado en el ámbito clínico un modelo de intervención puramente operativo y estratégico en el cual se busca el diseño y refinamiento de tácticas, técnicas y estrategias elaboradas *ad hoc* y dirigidas en base a los objetivos buscados en la búsqueda de la solución de un problema.

Evidentemente un modelo con estas características plantea un distanciamiento y diferenciación con respecto a las formas tradicionales de terapia principalmente en lo que respecta al hecho de que este tipo de intervención es expresamente adaptada al paciente y al problema en cuestión y no el paciente a la terapia del modelo específico adoptado por el terapeuta. Claramente esta cuestión no representa en ningún momento el planteamiento de un modelo de intervención que opte por un eclecticismo desenfrenado y sin sentido sino por una propuesta que plantea su rigor y su carácter sistemático a partir de su flexibilidad y su adaptabilidad a los problemas de estudio en los que se interviene. Por lo tanto a partir de sus fundamentos epistemológicos en un principio abstractos, el planteamiento del MATBE se constituye de concretas prácticas operativas sobre la resolución de los problemas de estudio, un procedimiento muy distanciado de las formas tradicionales de psicoterapia (Watzlawick y Nardone, 1990).

Por otro lado, este modelo de intervención se caracteriza por su particular concepción teórica y consecuentemente práctica, sobre la formación y la persistencia de los problemas, su cambio y su solución. Esto es, la idea de que los problemas humanos proceden directamente de las modalidades de percepción de la realidad, siendo precisamente estas las que conducen a los sujetos que las asumen a sus consiguientes modalidades reactivas y conductuales. Un constructo claramente delineado a partir de las nociones del constructivismo radical en el cual se plantea a toda realidad como el producto directo de las perspectivas adoptadas por el sujeto, de sus elaboraciones cognitivas, incluso del lenguaje que se utilice para dar a conocer o comunicar esta realidad a sí mismo, a los otros y al mundo. Por ende, el cambio y la solución de los problemas personales e interpersonales tienen que ser producidos a partir del cambio de las modalidades tanto perceptivas como reactivas que mantiene hasta ese momento el sujeto con su realidad (Watzlawick, 2002).

Particularmente dentro de este planteamiento se destaca el hecho de que este cambio sobre las modalidades perceptivas de un sujeto no se constituye solamente sobre la modificación de aspectos cognitivos sino en especial se hace referencia a los emotivos. Esto significa que este tipo de cambios no se constituyen solamente del reencuadre cognitivo de las modalidades de percepción y reacción sino que, en base a llevar al paciente hacia experiencias alternativas provocadas durante la intervención se logra alterar también las modalidades emotivas del sujeto (Nardone, 1995; 1999; 2004).

La importancia de esto radica en que una vez que se logra, el sujeto comienza a adquirir progresivamente la cognición consciente del control y la gestión de las situaciones antes problemáticas para él. Por lo tanto, el cambio efectivo de una situación disfuncional sólo puede producirse si la intervención es capaz de bloquear por un lado las modalidades propias de resistencia de un sistema hacia el cambio y por el otro bloquear el sistema de retroalimentación disfuncionales que mantienen la persistencia del problema además de introducir experiencias concretas de percepción y reacción alternativas que modifiquen la realidad vivida como problemática. El resultado de estas concepciones conlleva hacia el surgimiento de un modelo de intervención predominantemente operativo que permite el diseño de modalidades de interacción terapéutica que posean las características de poder llevar al paciente a dar el necesario salto de tipo lógico que produzca la destrucción y modificación del sistema de modalidades perceptivas reactivas del sujeto. Para ello, el terapeuta cuenta con un arsenal de técnicas de comunicación predominantemente sugestivas, paradójicas complementadas con el uso de prescripciones comportamentales entre otras.

Así pues, dentro del *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estrategia* la primera finalidad siempre será cambiar la realidad concreta que el sujeto ha experimentado hasta el momento sobre su problemática, sólo una vez hecho esto se procede a la progresiva concienciación y consolidación de los cambios generados durante la terapia reafirmando la autonomía, la autoestima y la reintegración al paciente a sus nuevas modalidades de percepción y reacción. Lo anterior, al ser comparado con los modelos de terapia clásicos y convencionales empleados en el ámbito psiquiátrico y psicológico es evidente la modificación en cuanto al orden, estructura y objetivos. Por ejemplo, en la mayoría de las terapias convencionales se parte de la convicción de que el cambio en el paciente se produce a través de un proceso gradual de adquisición de conciencia ante sus problemas y sus causas o sea a través de la consecución del *insight*. Por el contrario en las Terapias Breves Estratégicas en general, el *insight* no tiene lugar desde el inicio de la terapia sino en su fase final. A este respecto, en las terapias tradicionales la concepción del cambio se basa en la concepción epistemológica que obedece a la causalidad lineal unidireccional y de continuidad gradual del cambio, mientras que en el *Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica* la concepción del cambio toma sus fundamentos epistemológicos a partir de un modelo de causalidad de orden circular preponderando la discontinuidad existente en el cambio. A partir de estas diferencias de orden epistemológico, desde las perspectivas convencionales parecen necesarias las concienciaciones desde el inicio de la terapia de las maniobras de cambio mientras que desde el enfoque que Nardone maneja, este procedimiento no sólo parece innecesario, sino hasta resulta ser contraproducente aumentando la resistencia al cambio del sistema.

En términos cibernéticos este modelo puede ser descrito como un sistema abierto, basado en la interdependiente interacción entre teoría y praxis clínica en el cual se contempla el principio de autocorrección sobre la base de los efectos de las intervenciones realizadas. Lo anterior, permite concluir de una manera directa el paso que conlleva la estructuración de un modelo de intervención terapéutica fundamentado desde la flexibilidad y adaptabilidad y en cuyo aspecto

recae su capacidad sistemática y rigurosa como método de investigación y desarrollo empírico (Watzlawick y Nardone, 1990).

No obstante, esta forma de pensamiento puede ser aplicada en todo aspecto de la vida cotidiana de un sujeto al enfrentar las dificultades propias de su vida bajo una perspectiva flexible que permita a un sujeto adaptar sus modalidades tanto de percepción y de reacción de manera funcional y de acuerdo a la situación contextual del sujeto. Por otro lado, la metodología de investigación base dentro del MATBE es un gran paso con respecto a los modelos metodológicos de conocimiento convencionales ya que con la *Acción-Investigación* se puede llevar el simultaneo análisis reflexivo de los efectos generados durante la intervención a la vez que se conoce cómo se llega a la solución del problema. Esta secuencia dota el proceso de *acción-investigación* de la necesaria capacidad heurística para predecir los posibles efectos y reacciones que se pueden generar ya con el conocimiento de causa derivado de su repetida y satisfactoria aplicación en el consultorio clínico de este modo se pueden perfeccionar las técnicas e intervenciones e inclusive elaborar esquemas prototípicos de intervención que contemplen determinadas estrategias, fases y objetivos para problemas específicos. Por otra parte el uso de esta metodología representa un cambio fundamental con respecto al gran hueco metodológico actualmente existente sobre todo en los modelos de intervención derivados del reforzamiento empírico de modelos estructurados a priori esto se debe a que desde una metodología de *acción-investigación* se hace expresa la necesidad de que la investigación en el ámbito de la terapia debe llevarse a cabo derivada de la práctica cotidiana, empleando los procedimientos activa y directamente sobre la situación de estudio y evaluando sus efectos a través de una herramienta que permita alterar lo menos posible el ambiente y contexto natural de cada intervención. De este modo se reafirma la convicción de que el modelo terapéutico como esquema teórico debe representar una herramienta que permita la acción funcional de los individuos para con su realidad, esto quiere decir que el modelo teórico debe generarse a partir de su aplicación directa de la realidad en la que se quiere intervenir (Nardone, 2004; Nardone y Portelli, 2006).

La estructura de trabajo resultado de lo anterior ha llevado a la estructuración de protocolos específicos de intervención que al igual que el modelo general ha probado tener resultados sumamente positivos con respecto al tratamiento de problemas específicos. Lo importante sería resaltar el hecho de que con base a un modelo teórico y epistemológico bastante claro para el investigador, es posible acceder a la elaboración de herramientas precisas para interactuar con la realidad en la que se interviene. Por otro lado, la aplicación empírica de la intervención mediante la *acción-investigación* provee al modelo de nuevos y constantes datos con los que se retroalimenta mediante el análisis y reflexión a la vez que se interviene en un problema. De este modo la *acción-investigación* representa una precisa herramienta de conjunción entre la acción y la reflexión investigativa siendo en si una alternativa sobre la cultura de la resolución de las dificultades humanas.

Además, a través de este proceso de investigación es posible llevar a cabo un detallado examen de la práctica cotidiana del terapeuta, llevando a la mejora sobre la comprensión e identificación de las características particulares de cada problemática tratada así como de las técnicas específicas

relacionadas con la técnica terapéutica, la comunicación y la relación terapéutica que conlleve a resultados cada vez más eficaces y eficientes.

Un caso particular lo representó la identificación del *Vomiting* como trastorno emergente, una conclusión a la que se llega precisamente de la reflexión e investigación de los casos tratados que presentaban una particular forma de resistencia y para la cual se llevó a cabo el diseño de una intervención *ad hoc* para llegar a su solución. Una vez constituido el protocolo de intervención y confirmada su capacidad de intervención en términos de una buena eficacia y eficiencia es posible pensar que aún en trastornos tan graves y persistentes como son los alimenticios si se lleva a cabo un extenuante proceso de acción-investigación es posible identificar sus principales características de persistencia, formación así como su cambio y su solución.

De este modo, el modelo general así como los protocolos han sido desarrollados a partir de un claro fundamento teórico epistemológico y respaldado por una sistemática y rigurosa metodología de acción que permite abordar los problemas y dar detalle de su cambio y solución en un periodo breve de tiempo. No obstante, lo más importante es que un modelo de estas características puede ser transmitido y enseñado de una manera clara y didáctica por medio del entrenamiento supervisado, la práctica y el uso técnico del espejo unidireccional dejando de tras de sí la crítica que hace referencia a que la eficiencia del modelo se debe a relatos de éxito enmarcados por el carisma de sus líderes. En este sentido el protocolo específico para el tratamiento del *Vomiting* y en general el modelo se ha constatado como una herramienta digna de análisis a través de la verificación empírica de su eficacia y eficiencia en su aplicación clínica. Los resultados obtenidos de su aplicación hacen referencia precisamente al riguroso proceso técnico por medio del cual es posible estructurar esquemas de intervención prototípicos para problemas específicos y que además cuentan con el rigor y sistematicidad que los dotan con el valor heurístico necesario para guiar al terapeuta en el camino de la solución.

No obstante, hay que mencionar que una vez validado el protocolo, el trabajo de investigación no debe de terminar o se caería en el error de pensar que la intervención y su efectividad perdurarán como entes absolutos sin contemplar el hecho de que estos trastornos evolucionan constantemente y por lo tanto su intervención debe de obedecer el mismo principio.

Se debe dejar de lado el pesimismo constantemente expresado por parte de los profesionales de la salud quienes en un momento dado afirman que es imposible obtener resultados en un periodo tan corto de tiempo o inclusive que no es probable que una vez conformado el trastorno sea sólo el control y no la ausencia de los episodios de vómito, un elemento clave de la intervención. Es preciso que el terapeuta tenga la responsabilidad como cualquier investigador de seguir mejorando, refinando y adecuando sus métodos de intervención de acuerdo a los pacientes y a los trastornos en los que se dispone intervenir. Desde este planteamiento se deja de tajo la ingenua concepción de que el modelo teórico de referencia es un arma imbatible y absoluta forma de resolver los problemas y que aquellas problemáticas en las que no se logra modificar o solucionar la situación, resulten ser casos atípicos o extremadamente resistentes casi imposibles de tratar.

Invariablemente una herramienta de investigación e intervención terapéutica con estas características pero sobre todo que respalda su acción en base a un alto grado de eficacia y eficiencia merece sino el ser aceptada sin resistencia alguna, ser merecido punto de análisis y de atención por parte de los terapeutas que manejen otros tipos de intervención incluso de corte sistémico. Sobre todo pensando en que la estructuración de un modelo de intervención terapéutica se estructura para poder mitigar las dolencias presentadas por el paciente en el menor lapso de tiempo contribuyendo a la restitución de su bienestar a la vez que se le dan nuevas estrategias para ser él mismo, quién haga frente a las problemáticas propias de la vida de todo ser humano.

Con respecto al caso presentado, es preciso mencionar las ventajas de una intervención cuyo resultado positivo puede ser conseguido al cabo de un promedio de 15 sesiones con la total ausencia de sintomatología al cabo de la sesión 4, y con un efecto duradero comprobado a través de controles de seguimiento. La metodología ya mencionada así como el procedimiento dentro del MATBE proveen una intervención que puede ser empleada en trastornos y problemáticas de toda índole, incluso en aquellas que rebasan toda lógica como es el caso de las alimentarias. Durante todo el caso se pueden identificar muchas de las ventajas que representan para el terapéutico el poder dar una nueva dirección a la estrategia de intervención cuando las anteriores no han generado el resultado esperado, la flexibilidad para poder adecuar cada procedimiento, técnica y prescripción a las condiciones y efectos que estos generan en la paciente, su familia y la situación presente. Por otro lado, la intervención desde el MATBE y su protocolo específico para el Vomiting, provee al terapeuta de una línea base en la cual el terapeuta se guía a lo largo de la intervención, y misma que no obstruye en ningún momento las características individuales del terapeuta, su estilo y su creatividad a la hora de aplicar en una situación clínica concreta algún tipo de variante o estrategia que pudiera contribuir a la solución del problema. A lo largo de todo el caso surgieron situaciones ajenas y totalmente desconocidas con las cuales los terapeutas se dieron a la tarea de diseñar *ad hoc* ,estrategias de acción y prescripciones que tenían por objetivo desde mejorar la captura de la paciente y romper con toda resistencia comunicativa que pudiera haberse dado hasta contemplar una nueva relación de la paciente hacia la comida mediante la adopción de un régimen nutricional vegetariano, se aborda además una especie de explicación detallada hacia los padres de la paciente sobre el progreso de la intervención, los cambios obtenidos y los nuevos acuerdos sobre las modalidades de la intervención. Es decir, una de las principales ventajas sobre la utilización de este protocolo reside en que precisamente en su calidad de protocolo, la intervención sigue una línea que sin embargo, puede ser modificada y adecuada al caso particular en el cual se aplica.

Tal vez una de las desventajas con las que se puede topar un terapeuta a la hora de una intervención mediante este tratamiento, sea la inexperiencia y la incapacidad para adecuar y flexibilizar su intervención mediante variantes y modificaciones que cumplan con los objetivos buscados en la intervención y se encuentren adaptadas a los posibles casos y circunstancias adversas propias de un paciente, su familia y su contexto particular. Este sesgo claramente puede ser anulado si el terapeuta cuenta con la experiencia, la habilidad, la creatividad y sobre todo la

preparación necesaria para poder abordar este tipo de situaciones. De igual forma cada una de las posibles desventajas que una intervención o teoría pudiera presentar, deberían ser tomadas no como un error sino como un dato que permite restablecer y reestructurar la experiencia, los conocimientos y los procedimientos hacia nuevos y mejores, más adecuados y constantemente reestructurados de acuerdo al contexto y la situación en los que se pretenden aplicar.

El MATBE como alternativa de pensamiento y tratamiento clínico para una variedad indefinida de problemáticas contiene dentro de sus características y principios una metodología investigativa capaz de cubrir con los requerimientos necesarios en la resolución de problemas de una amplia variedad de índoles. Una alternativa de tratamiento que ha demostrado ser capaz de ser puesta en práctica con excelentes resultados, de ser fácilmente transmitida y aprendida y sobre todo que cuenta con un amplio marco teórico-práctico como base puede ser para todo aquel profesional de la salud psicológica una herramienta fundamental en su labor profesional.

Finalmente, de las principales razones por las que este trabajo se constituye y se estructura mediante la exposición de este particular modelo de tratamiento así como de una intervención en un caso clínico, tiene que ver con varias motivaciones.

Durante el constante proceso de preparación de un profesional de la salud como lo es el psicólogo, este se verá expuesto a un sinfín de planteamientos teóricos e investigativos, paradigmas, conceptos, abordajes, personajes, puntos de vista, opiniones y conocimiento sobre una cantidad indefinida de fenómenos. Este conjunto teórico, permea ineludiblemente el crecimiento, el entrenamiento e incluso la forma de pensar o de abordar su realidad del individuo que personifica al psicólogo. De este modo sería justo decir que las líneas investigativas que un psicólogo escoge a lo largo de su carrera profesional están de alguna manera en consonancia con sus gustos, intereses y preferencias.

En particular, el pensamiento sistémico derivado de la cibernética, del constructivismo y de la pragmática de la comunicación aplicada en la resolución de problemas es un planteamiento que realmente nulifica y pone en duda la capacidad explicativa sobre una cantidad X de fenómenos desde un marco absoluto y definitivo de conocimiento inmutable o estructurado por reglas unidireccionales. Este aspecto crítico, indefinido y con tendencia a la adaptación a través de un proceso de autocorrección mantiene una interesante consonancia a los nuevos procesos investigativos, en los cuales se toma especial consideración en los efectos contextuales, ecológicos e interaccionales multifactoriales que tienen lugar en cualquier fenómeno humano. Este marco de pensamiento dispone la elaboración de conocimientos teóricos que permitan actuar o intervenir sobre uno o varios fenómenos particulares en características, contextuales e interactivas. Por lo tanto, la producción teórica de conocimientos se plantea desde una concepción no absoluta sino constantemente modificada en función de la realidad a la cual se pretende aplicar. De este modo el conocimiento de X habrá de ser extraído directamente y sin intermediario alguno, del fenómeno X . el conocimiento pasa a ser un conjunto de esquemas organizados que dan detalle sobre el funcionamiento del fenómeno en cuestión y que ayudan a los individuos a intervenir en la forma más cercana posible a la realidad.

Un planteamiento con estas características se convierte en funcional y pragmático a la hora de intervenir directamente en la realidad para la cual fue inicialmente creado. Desde luego este tipo de conocimiento no podría, dado su marco referencial, ser considerado como la mejor forma o la única de conseguir un conocimiento verdadero, pero desde el marco aplicativo y profesional del psicólogo puede llegar a ser una herramienta fundamental de investigación y consecución de soluciones. De lo anterior, el psicólogo en sus múltiples facetas puede ser exactamente considerado como un agente que resuelve problemas de índole humano, siendo su producción teórica una herramienta que le permite acceder a una solución funcional para un problema en particular. Por lo tanto, ya sea a nivel personal, organizativo, social o cultural el psicólogo es un profesional necesario en la identificación, crítica, producción investigativa y la solución de cualquier problemática de índole humano. Tal relevancia y responsabilidad requiere que el psicólogo sea un agente especialmente crítico y evaluador de sus propias herramientas teórico-prácticas. Un planteamiento como el que retoma, configura y propone Nardone desde sus inicios contiene las características fundamentales para que el psicólogo cuente con un pensamiento crítico evaluador y productivo de conocimiento funcional.

Por otro lado, la idea de la exposición de un caso clínico dentro de este trabajo tiene dos razones: Los trastornos alimenticios cobran poco a poco fuerza en su frecuencia y sobre todo en su letalidad, una problemática tan difundida no obstante cuenta con resultados de eficacia pobres desde el sentido en el que el tope o mayor logro de la mayoría de intervenciones se identifica en el control y no la ausencia de síntomas. La intervención que se expone en este trabajo se suma a otras cuyo resultado final con el Modelo de Intervención de Nardone reportan la ausencia total del síntoma al finalizar la intervención e incluso un año después de esta. Estos resultados más allá de la popularidad o prestigio del Modelo recuerdan que hasta problemáticas tan abrumadoras como estas tienen solución y forma de encontrarla.

En segundo lugar, al defender una postura ecológica es necesario dar a conocer una intervención *real* en la cual se llega a la solución de un problema en particular para el cual fue diseñada. Esto último recuerda el proceso metodológico de Acción-Investigación que hace uso simultáneo de datos extraídos directamente del fenómeno en cuestión y la evaluación e intervención de cada una de las variables introducidas *ad hoc*. De este modo la exposición de este caso representa una especie de mensaje metodológico hacia el argumento de que todo constructo teórico debe ser una herramienta que represente el fenómeno en el que se basa, es decir todos los conocimientos deben ser estructurados y extraídos directamente del fenómeno de estudio.

Para concluir, la forma de pensar y el planteamiento del cual se estructura y se respalda el Modelo de Nardone puede representar una posible alternativa para ampliar la manera de interpretar, de abordar problemas, errores, pensamientos, percepciones y las reacciones que las personas tienen con respecto a su realidad personal para consigo misma, para con los demás y para con su mundo.

Referencias:

- Aloe, G., Nardone, G. (2004). Evaluations of the therapeutic interventions of the C. T. S. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 227-239. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/aloe.pdf>
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Anger-Díaz, B., Anger, K. (2005). Attitude Dancing. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 171-178. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Anger-%20Diaz%20-%20Anger.pdf>
- Bartoletti, A., (2005). Precursors of Brief Strategic and Systemic Therapy: Franz Alexander revised. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 46-55. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Bartoletti.pdf>
- Bateson, G. (1990). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1999). *Una unidad sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. y Bateson, M. (1994). *El temor de los ángeles*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G, Haley, J., D. Jackson, Weakland, J. (1976). Hacia una Teoría de la esquizofrenia. En Bateson G. (Ed.), *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp. 134-215). Buenos aires: Carlos Lohle.
- Berger M. (1993). *Más allá del doble Vínculo, comunicación y sistemas familiares. Teoría y Técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Paidós.
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las Ideas*. México: Paidós.
- Bova, G. (2005). The Verbal-Visual Synaesthetic Language. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 179-183. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Bova%20-%20Synesthetic.pdf>
- Cade, B., O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., Nardone, G., Salvini A. (2004). A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 208-224. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/castelnuovo.pdf>
- Ceberio, M. (1999). Ciencias Modernas, complejidad y psicoterapia. En P. Watzlawick, G. Nardone (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte*. (pp. 25-34). Barcelona: Herder.
- Crispo, R., Figueroa, D., Guelar, D. (2001). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Connolly, M., Crits, P., De la cruz, C., Barber, J., Siqueland, P., Gladis, M. (2003). *Pre treatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy*. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.
- Chinchilla, A. (2002). *Guía Teórico-Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. México: Masson, S. A.
- De Antoniis, S., Nardone, G. (2005). The Strategic Dialogue: to achieve the maximum with the minimum in the first session. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 159-170. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/DeAntoniis%20-%20Nardone.pdf>
- De Koster, K., (2004). Two practices, one perspective, many constructs: on the implications of social constructionism on scientific research and therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 74-80. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/de%20koster.pdf>
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque Ecosistémico*. México: Paidós.
- Erickson, M. y Rossi, L. (2001). *El hombre de febrero. Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Eynsenck, H. (1961). *The effects of Psychotherapy: An evaluation*. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fisch, R. (2008). Manual de Terapia Breve Resolución de problemas/MRI. En F. Gutierrez (Ed.), *Terapia Breve: la magia del cambio* (pp. 41-59). México: Cefap.
- Fisch, R., Ray, W., Schlanger K. (2009). *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. Phoenix, Arizona: Zeig, Tucker y Theisen, inc.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fromme, D., K. (2011). *Systems of Psychotherapy: Dialectical, Tensions and Integration*. Pacific University School of Professional Psychology: Springer.

- Giangrasso, B. (2004). When the error corrects the model: vomiting. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 145-150. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/giangrasso.pdf>
- Haley, J. (1990). *Strategies of Psychotherapy*. Nueva York: Triangle Press.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas Psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J., Richeport, M. (2006). *El Arte de la terapia Estratégica*. México: Paidós
- Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, D. (1977). El problema de la homeostasis familiar. En D. Jackson (Ed.), *Comunicación Familia y matrimonio* (pp. 44-56). Buenos Aires: Nueva visión.
- Jackson, D. (2001). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kenney, B. (1991). *Estética del Cambio*. México: Paidós.
- Kenney, B., Ross, J. (1993). *Construcción de Terapias Familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lawrence, M., Tierney, Jr., Sanjay, S., Whooley, M. (2006). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento*. México: El Manual Moderno.
- León, T., Castillo, D. (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosas*. México: Asociación Alcalá.
- Lipset, D. (1991). *Gregory Bateson: El legado de un Hombre de Ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lobo, G. (2005). Tratamiento Nutricional de la Bulimia Nerviosa. En T. León, D. Castillo (Eds.), *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosas* (pp. 312-342). México: Asociación Alcalá.
- Mancilla, J., Gomez, G. (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Milanese, R. (2004). Advanced Brief therapy for eating disorders. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 125-129. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/milanese.pdf>
- Moretto, C. (2005). Speaking the Client's Language and Putting out the Fire by Adding More Wood: a Case of Supposed Psychosis in an Inpatient Psychiatric Unit of a New York City Hospital. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 199-204. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Moretto.pdf>
- Morrison, J. (2008). *Guía para el diagnostico clínico*. México: El Manual Moderno.
- Nardone, G. (1995). *Miedo, pánico, fobias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1999). El lenguaje que cura: La comunicación como vehículo de cambio terapéutico. En P. Watzlawick, G. Nardone (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 79-95). Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1999). De los modelos generales hacia los protocolos específicos de tratamiento: La terapia breve estratégica evolucionada. En P. Watzlawick, G. Nardone (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 225-240). Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. México: Paidós.
- Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones: Cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004). Advanced Brief Strategic Therapy: Knowing by changing. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 296-301. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/nardone-advanced.pdf>
- Nardone, G. (2004). Historic Notes on Brief Strategic Therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 65-73. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/nardone-Historic%20Notes.pdf>
- Nardone, G., Balbi, A. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Castelnuovo, G. (2007). La Terapia de Pareja con el enfoque estratégico breve evolucionado. En L. Eguiluz (Ed.), *El Baile de la Pareja: Trabajo terapéutico con parejas*. México: Pax.
- Nardone, G., Portelli, C. (2004). Therapy as research, research as therapy: the twenty year-old commitment of the Centro di Terapia Strategica (CTS). *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 1-9. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Nardone%20-%20Portelli.pdf>
- Nardone, G., Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Salvini, A. (2006). *El Diálogo Estratégico*. Barcelona: Integral.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces Profundas: Principios Básicos de la Terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. México: Paidós.
- Orlinsky, D. (2009). *What is Psychotherapy Research?*. México: Simposium of North American Society for Psychotherapy Research.
- Padín, J., Chinchilla, A., Vega, M. (2002). Modelo Integrado de Intervención Terapéutica en trastornos de conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Guía Teórico-Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa* (pp. 135-154). México: Masson, S. A.

- Paganucci, C. (2004). Therapy in research, research in therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 240-245. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/paganucci.pdf>
- Pakman, M. (Ed.). (1991). *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1999). *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas*. México: Paidós.
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Procter, G. (Ed.). (2001). *Escritos Esenciales de Milton H. Erickson: Terapia Psicológica*. México: Paidós.
- Procter, G. (Ed.). (2002). *Escritos Esenciales de Milton H. Erickson. Hipnosis y Psicología*. México: Paidós.
- Raush, C., Bay, L. (2005). *Anorexia nerviosa y Bulimia: Amenazas a la autonomía*. México: Paidós.
- Ray, W. (2004). Interaction focused therapy. The Don D. Jackson legacy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 36-45. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/wendel.pdf>
- Robles, T. (2001). *Concierto para cuatro cerebros*. México: Alom.
- Skorjanec, B. (2004). The Evolution of the Therapeutic Language. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 160-164. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/branka.pdf>
- Skorjanec, B. (2005). The Advanced Strategic Language and Communication in Paranoia Case. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 80-84. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Skorjanec.pdf>
- Téllez, R. (2007). *Hipnosis Clínica. Un Enfoque Ericksoniano*. México: Trillas.
- Truax, C., Carkhuff, R. (1976) *Toward Effective counseling and Psychotherapy: training and practice*. Chicago: Aldine.
- Tseliou, E., Psaropoulos, G., (2005). Punctuating Circularity and Reflexivity: Some Reflections Following a Systemic perspective to Ethics. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 31-45. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202005/Tseliou%20-%20Psaropoulos.pdf>
- Vargas, P. (2004). La visión orientada a los sistemas de interacción: El centro de terapia breve del MRI. En M. García (Ed.), *Estrategias de Evaluación e Intervención en Psicología*. México: Porrúa.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.). *Terapia Familiar su uso hoy en día* (pp. 125-162). México: Pax.
- Watzlawick, P. (2002). *El Lenguaje del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., (1999). La Técnica Psicoterapéutica del Reencuadre. En P. Watzlawick, G. Nardone (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 97-105). Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (1990). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y Arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1976). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., (1999). Terapia Sistémica Individual. En P. Watzlawick, G. Nardone (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 107-120). Barcelona: Herder.
- Wittezaele, J.-J., García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Wittezaele, J., (2004). A systemic and constructivist epistemology for a relational vision of man. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 11-18. Disponible en <http://www.bssteuropeanreview.org/articoli%202004/wittezaele.pdf>
- Yapko, M. (1999). *Lo esencial de la hipnosis*. México: Paidós.
- Zeig, J. (1980). *Un Seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. (1999). Las virtudes de nuestros defectos: Un concepto clave de la terapia Ericksoniana. En P. Watzlawick, G. Nardone, G. (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 147.174). Barcelona: Herder.

ANEXOS

Anexo 1

El equipo del BTC del MRI



Paul Watzlawick (a la izquierda de la imagen). Obtuvo su doctorado en 1949 en Filosofía y Ciencias modernas en la Universidad veneciana Cà Foscari. A posteriori, se entrenó en psicoterapia en el Instituto C. G. Jung en Zurich y recorrió varios países donde ejerció la psicoterapia y la docencia, hasta que en noviembre de 1960 llegó al Mental Research Institute (MRI) de Palo alto colaborando con la aplicación de la Cibernética y su aplicación en la terapia para solucionar problemas humanos. Desde ese noviembre y al momento de su deceso, Paul Watzlawick era Senior Research Fellow del Mental Research Institute (MRI), miembro fundador del equipo del Centro de Terapia Breve en el MRI y profesor emérito del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford. A finales del 2006, por motivo de una enfermedad relacionada a su avanzada edad, decide retirarse de su exitosa actividad profesional y dejar su despacho en el MRI, el cual ocupó ininterrumpidamente durante 46 años. Paul Watzlawick, contribuyó de manera muy importante al campo de la terapia Familiar, de pareja e individual y se destacó por sus aportaciones a la Teoría de los sistemas, a la Cibernética, a la creación de la Terapia breve estratégica y el Constructivismo moderno. Fue escuchado y leído en prácticamente todo el mundo: más de 126 artículos publicados internacionalmente y autor o coautor de 22 libros que fueron traducidos a más de 80 idiomas, entre los que destacan: *Teoría de la Comunicación Humana, Cambio, El lenguaje del cambio, La Realidad Inventada*, entre otros.

Richard Fisch (al centro de la imagen). Fue psiquiatra, director e investigador en jefe del CTB, e investigador asociado en el MRI. Fue consultor psiquiátrico en el departamento de libertad condicional para delincuentes juveniles del condado de San Mateo, y se desempeñó como profesor de psiquiatría en la Facultad de medicina de la Universidad de Stanford. Fisch obtuvo su título en medicina en 1954 en el Colegio Médico de New York En 1955, después de acabar un periodo de residencia se especializa en psiquiatría de 1955-1958. Su vinculación al instituto comenzó en 1962, cuando actúa como miembro del comité de formación familiar. Desde entonces, Fisch continuó su interés por la terapia familiar y a partir de 1965 por la investigación de métodos que abrevien el tratamiento. Entre sus obras relacionadas al área de la terapia se pueden mencionar: *Resistance to chance in the psychiatric Community, The Book of Family Therapy, Brief Therapy: Focused Problem Resolutions, Cambio, The Impact of Milton Erickson on Brief Psychotherapy, La Táctica del Cambio* entre otras.

John Weakland (a la derecha de la imagen). Consejero diplomado matrimonial, familiar e infantil, inicialmente fue ingeniero químico por parte de la Universidad de Cornell principalmente interesado en el comportamiento humano y con una gran curiosidad por la cultura china. Luego de participar en varios cursos sobre antropología impartidos por Gregory Bateson estudia la carrera de antropología en la Universidad de Columbia de 1947 a 1952. Para 1962 y a invitación de Bateson, participa en el proyecto pionero sobre la Abstracción de Paradojas en la Comunicación conformado por el propio Bateson, Jay Haley, William Fry, John Weakland y posteriormente se incorporaría Don Jackson. Como resultado de este proyecto Weakland es co-autor de *Hacia una teoría de la esquizofrenia* de la cual se depende la hipótesis del doble vínculo. Este trabajo tuvo un particular a decir de Weakland en la nueva forma de observar las relaciones entre el comportamiento y la comunicación. Weakland formó parte del grupo fundador del Centro de Terapia Breve. Fue investigador asociado del MRI, director asociado del CTB y trabajo como profesor del departamento de psiquiatría y ciencias de la conducta de la Universidad de Standford (Fisch, Weakland y Segal, 1984). En 1981, recibió el galardón de la Asociación norteamericana de Terapia Familiar por su distinguida aportación al campo de la terapia familiar. Entre las variadas obras en las que tuvo participación destacan: *Cambio, La Táctica del Cambio, The interaccional view: Studies at the Mental Research Institute, Palo Alto, 1956-1974, Propagations: Tirthy years of influence from the Mental Research Institute, Rigor and Imagination: essays from the Legacy of Gregory Bateson* entre otras. En total Weakland fue autor y co-autor de 4 libros y 50 artículos profesionales.

Anexo 2

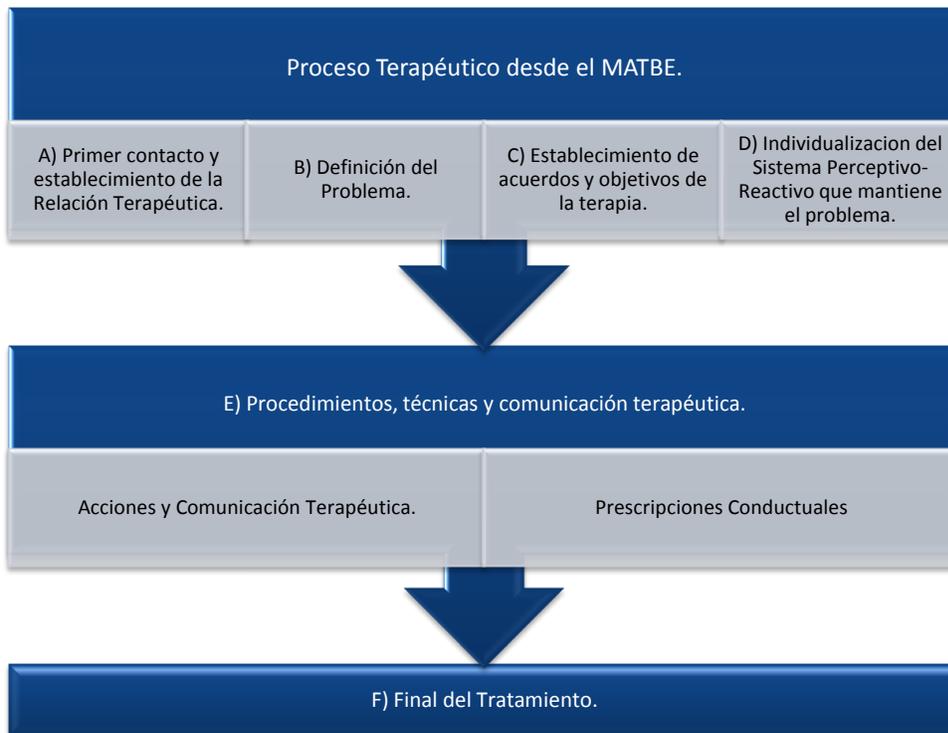
Giorgio Nardone



Es psicólogo, psicoterapeuta, fundador y director del Centro de Terapia Estratégica de Arezzo. Entre otras actividades, dirige la Escuela de Postgrado de Especialización en Psicoterapia Breve Estratégica (MIUR) de Arezzo y también la Escuela de Comunicación y Problem Solving Estratégico en Arezzo y Milán (Italia); imparte clases de *Diálogo en la psicología clínica* en la Universidad de Florencia; es miembro del comité consultivo del Consejo de los Derechos Humanos del Niño de la Universidad de San Francisco (EE.UU.); es coordinador de la red mundial de la *Revista Europea de Psicoterapia Breve Estratégica y Sistémica*; co-dirige la revista *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies* y es fundador emérito de *The American Association of Brief & Strategic Therapists*. Nardone imparte regularmente conferencias y seminarios tanto clínicos como de management por todo el mundo. Además, Nardone cuenta con una amplia gama de publicaciones, ya sea como autor o como co-autor ha publicado 27 libros que han sido traducidos a numerosas lenguas y entre los cuales se encuentran: *Miedo, pánico, fobias; Conocer a través del Cambio; Las prisiones de la comida; Surcar el mar a espaldas del cielo; Terapia Breve Estratégica de los trastornos*

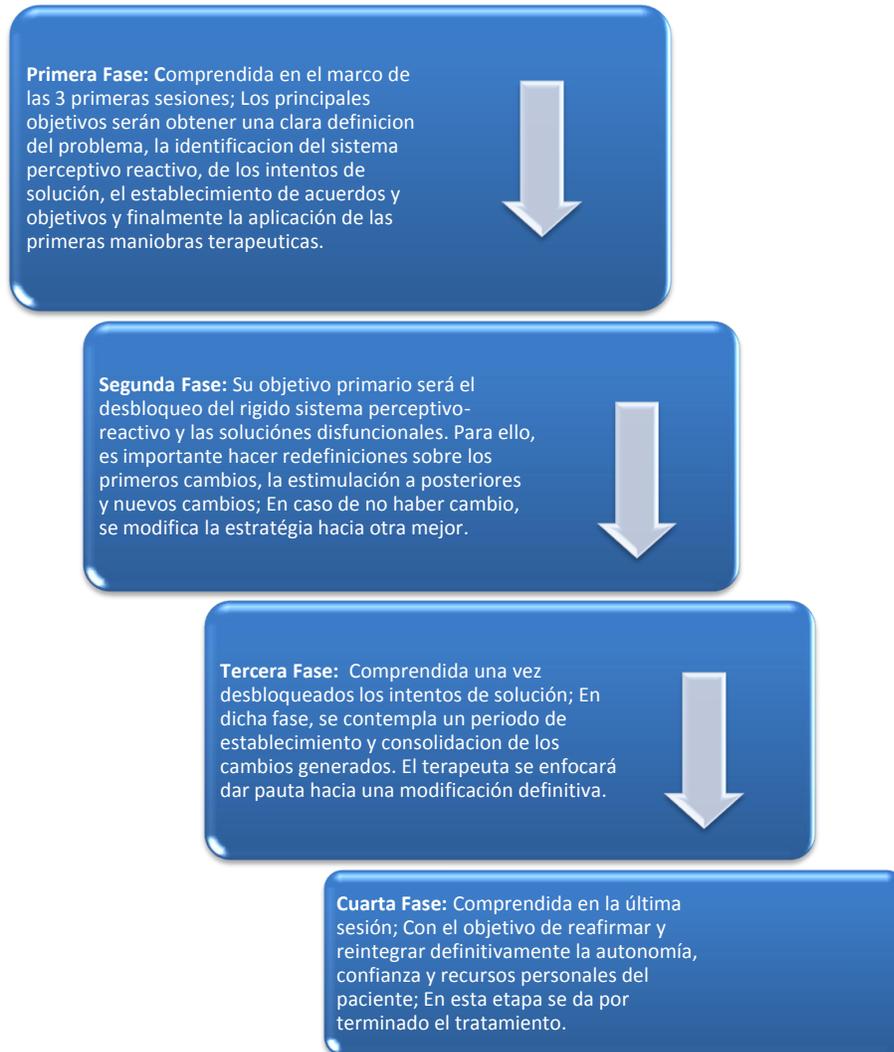
fóbicos; un modelo de Terapia e Investigación de Evaluación; Perversiones de la Red; El Diálogo Estratégico; Corrígeme si me equivoco; Psicoluciones; La Intervención Estratégica en los contextos Educativos; Modelos de Familia; Más allá del Miedo; No hay Noche que no vea el Día; Hipnosis y terapias hipnóticas; Problem Solving Estratégico; La dieta de la paradoja; La mirada del corazón, aforismos terapéuticos; El Descubrimiento y hallazgos de la psicología; Pienso luego sufro (cogito ergo soffro); El Arte de la estratagemas; La mente contra la naturaleza; Más allá de la Anorexia y la Bulimia; Los Errores de las mujeres en el amor; Terapia Breve Estratégica; Terapia Breve: Filosofía y arte y El arte del cambio (estas tres últimas con su Mentor Paul Watzlawick).

Anexo 2



Esquema 1. Proceso de Intervención del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica.

Anexo 3



Esquema 2. Esquema Secuencial de Intervención del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica.

Anexo 4

Imágenes obtenidas a lo largo de la Intervención



