



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

"Liberándome de la bulimia", un estudio de caso abordado desde otra mirada: La Terapia Narrativa.

CAMILA FRANCISCA GENOVESE GÁLVEZ

Profesor Guía: Carlos Varas Alfaro

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, como
requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención
Psicoterapia Constructivista y Construccinista

Marzo, 2017
Valparaíso, Chile

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	5
1.1. Concepto de Bulimia.....	5
1.2. Tratamientos para abordar la bulimia.....	6
1.2.1. Terapia cognitiva-conductual de Frairburn.....	7
1.2.2. Psicofarmacología.....	8
1.2.3. Hospitalización.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	11
3.1. Fundamentos Ontoepistémicos.....	11
3.2. Estrategia de Investigación.....	12
3.3. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información.....	12
3.4. Criterios de Rigurosidad en la investigación cualitativa información.....	15
3.4.1. Criterio de Credibilidad.....	15
3.4.2. Criterio de Dependencia.....	16
3.4.3. Criterio de Confirmabilidad.....	16
3.5. Aspectos éticos de la investigación.....	16
4. IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE.....	17
5. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	19

6. HISTORIA DEL PROBLEMA.	21
7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA.	22
8. ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO.	24
9. APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA UTILIZADA.	25
10. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.	31
11. APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS.	32
12. SEGUIMIENTO.	49
13. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.	53
REFERENCIAS.	57
ANEXOS.	60
Anexo 1: Conversaciones de Re-autoría.	60
Anexo 2: Cuestionario Historias de Psicoterapia.	72
Anexo 3: Consentimiento Informado.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Genograma.	18
---------------------------	----

RESUMEN

En el presente estudio de caso, se describe un proceso de psicoterapia con Ana, una consultante de 22 años aquejada de bulimia, donde la terapeuta direccionó su actuar siguiendo los mapas de las prácticas narrativas (también conocidas como Terapia Narrativa) (White, 2007). Durante un año y ocho meses se realizó un trabajo terapéutico orientado a debilitar la influencia de la “la Bulimia” en la vida de Ana, quien al momento de iniciar el proceso llevaba 5 años con este trastorno alimenticio. Descriptivamente la consultante presentaba sintomatología depresiva la cual fue tratada con el medicamento adecuado recetado por un psiquiatra. El proceso terapéutico, se basó en la aplicación de tres mapas de la terapia narrativa: externalización, remembresía y conversaciones de reautoría. Esta última, con el fin de ir plasmando los avances de la terapia cada cierto periodo de tiempo. El proceso terapéutico fue grabado en audio y registrado a través de apuntes por el terapeuta, durante y después de cada sesión, estrategia que permite ilustrar el proceso terapéutico recorrido. Los resultados fueron evaluados en consonancia con el desarrollo de una historia alternativa, aplicándose el cuestionario de historias de psicoterapia (Adler, Skalina, & McAdams, 2008) registrándose una carta final por parte de la consultante y posterior seguimiento al año de haber sido dada de alta. Se propone que las prácticas narrativas pueden contribuir a abordar de manera respetuosa las demandas de ayuda y acompañamiento de las personas con trastorno alimenticios, proponiendo una estrategia alternativa y complementaria al modelo biomédico establecido como tratamiento predominante para abordar este tipo de trastornos.

INTRODUCCIÓN

A través del presente estudio de caso se pretende dar a conocer cómo las prácticas narrativas pueden colaborar en el acompañamiento y abordaje terapéutico de una persona diagnosticada con bulimia, atendida en el contexto de la consulta particular. Para llevar a cabo el registro y comunicación de este caso se utilizaron conversaciones de reautoría (White, 2002) por cada etapa del proceso terapéutico; al mismo tiempo esto se acompaña de un registro final que la misma consultante hizo habiendo pasado un año del término de la terapia, donde se plasma sus impresiones, avances y retrocesos durante la intervención terapéutica. Los extractos de las conversaciones de reautoría y la carta final son utilizados a lo largo del estudio como una forma de ilustrar el proceso.

La propuesta de acompañamiento y apoyo terapéutico guiada, en primer lugar y más comunes refieren a los utilizados en los sistemas de salud de acuerdo a la evidencia, siendo así la terapia cognitivo –conductual el tratamiento considerado como más efectivo para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno (López y Treasures, 2011).

El presente proceso estuvo guiado por las prácticas narrativas en psicoterapia (White, 2007; Pirelli Benestad, 2007), también conocida como “terapia narrativa” donde la propuesta de colaboración con personas que se encuentran experimentando malestar en relación a su figura corporal es a través del fomento de valoración personal y del enriquecimiento de narrativas de identidad, entregando una visión identitaria distinta y más amplia que fomenta y sostiene el contexto (familiar y social) que nos impone un modelo de belleza estereotipado y lejano a la

realidad; haciendo necesaria la extensión del trabajo terapéutico hacia la integración familiar y de redes sociales que fomenten la auto aceptación y confianza de la paciente.

Este enfoque descansa en el supuesto de que las narrativas no representan una reflexión acerca de la identidad, la vida y los problemas; más bien las narrativas constituyen la identidad, la vida y los problemas. De acuerdo a esta postura, el proceso terapéutico de reescritura de las narrativas personales es capaz de modificar la vida, los problemas y la identidad porque las narrativas personales constituyen la identidad (Carr, 2010).

Para el desarrollo de la presentación de este caso, se utilizó la estructura propuesta por Buela-Casal y Sierra (2002). Es necesario destacar que este tipo de metodologías es uno de las varias existentes en la investigación en psicología y a la vez una de las más útiles en cuanto a la aplicación, ya que permite que los psicólogos clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan comprenderlas y discutirlos, lo que se espera contribuya al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica.

A continuación se describen las secciones contenidas en el presente estudio.

- *Identificación del consultante.*
- *Motivo de la consulta.*
- *Historia del problema.*
- *Análisis y descripción de las conductas problema.*
- *Establecimiento de las metas del tratamiento.*
- *Aproximación terapéutica utilizada.*
- *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados.*
- *Aplicación de los tratamientos.*
- *Seguimiento.*

- *Observaciones.*

Desde la perspectiva del diseño de este estudio de caso, este describe un proceso de psicoterapia guiado por las prácticas narrativas (White y Epston, 1993; White, 2007). Este enfoque, también conocido como terapia narrativa, se encuentra epistemológicamente informado por conceptos del construccionismo social y el posestructuralismo como lenguaje y relaciones de poder que informan la comprensión de la experiencia de los consultantes y lo que es real o posible de conocer a través del conocimiento. En consecuencia con el enfoque utilizado de abordaje terapéutico y su epistemología, la metodología utilizada para dar cuenta del proceso llevado adelante junto al consultante la constituye el diseño de estudio de caso, desde un paradigma cualitativo interpretativo.

Los estudios de caso buscan establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. En muchas ocasiones, el estudio de caso puede ser un método que utilice el investigador para probar una técnica que en la práctica clínica ya dio resultado. De esta forma, el diseño de caso único permitirá evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada (Roussos, 2007).

El paradigma cualitativo interpretativo, se desprende de la idea que dice que la característica más distintiva de la indagación cualitativa es el énfasis en la interpretación (Erickson, 1986). Es decir, desde esta mirada, no confinamos la interpretación a la identificación de variables y al desarrollo de instrumentos con anterioridad a la recogida de datos, ni al análisis e interpretación de los mismos para el informe final (Stake, 2007). Por el contrario, se valora la presencia de un intérprete que examine el significado de lo que está aconteciendo y reoriente la observación para precisar o sustanciar esos significados. Lo que busca este paradigma, es acortar la distancia entre el investigador y a quienes estudia (epistemología) y admite que todas aquellas interpretaciones y

datos recolectados, están influenciados por la subjetividad (intención) y experiencia del investigador, por lo tanto, se hace necesario que dichos juicios y valores sean manifestados de forma clara y directa en el estudio (Stake, 2007).

1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

En Chile, respecto a anorexia y bulimia se dispone de poca información nacional sobre la prevalencia de estos trastornos. Estudios de Behar, aplicando Tests de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, que evalúan el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontró en escolares de III y IV Medio de la V Región del país que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%.

Se estima que la incidencia de la anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. También se ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto. Un 85% de los pacientes desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad. La epidemiología de la bulimia es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente, por lo que los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y también porque muchos casos pueden mantenerse ocultos, al no haber compromiso del peso corporal. Su edad de inicio es generalmente más tardía, siendo más frecuente en los últimos cursos del colegio y primeros de la universidad (18 años). Variantes leves en adolescentes (variantes y problemas del DSM-PC) ocurren en un 5 a 10% adicional. (Rodríguez y Pizarro, 2006).

1.1 Concepto de Bulimia

Se conoce la bulimia como el consumo de alimento que se realiza en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre

a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado. (Guía de trastornos alimenticios, 2004).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado la bulimia como un trastorno mental y del comportamiento. Es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos.

Los criterios diagnósticos del DSM-V para Bulimia son:

A. Episodios recurrentes de voracidad:

- Comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
- Falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.

C. Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales.

D. Conducta compensatoria:

- Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos.
- No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes.

1.2 Tratamientos para abordar la bulimia

Dentro de los tratamientos que comúnmente se utilizan para abordar la bulimia, a partir de las actuales sugerencias sustentadas en lo que a la fecha presenta evidencia de efectividad, los más utilizados son:

1.2.1. Terapia cognitiva-conductual de Frairburn. Se considera el tratamiento de elección para la bulimia (Leitenberg, et al., 1994). Esta terapia se divide en 3 etapas (Fairburn, et al., 1995):

1º Etapa: (8 Sesiones): Tiene como objetivo una reducción en la frecuencia de atracones y en la mejora del estado del ánimo. Esto se lleva a cabo en los siguientes pasos: explicar al paciente el modelo cognitivo de la bulimia, monitorizar la alimentación; pesaje semanalmente, proporcionar información sobre el peso y su regulación, consecuencias de los atracones, ineficacia de los vómitos para controlar el peso y efectos negativos de las dietas; prescribir un patrón de alimentación regular; consejos acerca del vómito, consejos sobre laxantes y diuréticos; alternativas al atracón y al vomito; entrevista con algún amigo o familiar.

2º Etapa: (8 Sesiones): Los objetivos de esta etapa son: eliminación de la dieta, reestructuración cognitiva, tratamiento de las distorsiones y de la repulsa acerca de la autoimagen corporal, entrenamiento en resolución de problemas (D´Zurilla & Golsfried, 1971).

Al finalizar esta etapa, los atracones se vuelven infrecuentes o cesan por completo, mientras que los pensamientos y las actitudes problemáticas hacia el peso y la figura se vuelven menos prominentes.

3º Etapa: (3 entrevistas, una cada 15 días): El objetivo de esta etapa es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia.

1.2.2. Psicofarmacología. “Los antidepresivos tienen una importante tasa de éxito en cuanto a disminución de síntomas, pero lo ideal es asociarlos a tratamiento psicológico. La fluoxetina (23) es el antidepresivo que se usa como tratamiento de primera línea en el manejo inicial de la bulimia nerviosa. También se indica en la etapa de mantención de tratamiento, tras una respuesta favorable en la fase aguda, permitiendo una mejor evolución y disminución del riesgo de recaídas” (Errandonea, 2012: 169). Este medicamento disminuye el número de episodios de atracones, así como el deseo de vomitar en personas con bulimia de moderada a severa. Los antidepresivos en dosis adecuadas disminuyen los impulsos de atracones. También se utilizan ansiolíticos, estabilizadores y antagonistas opiáceos, entre otros.

Durante el proceso terapéutico, Ana fue medicada por un psiquiatra, con fluoxetina con el objetivo de mantener su estado de ánimo estable.

1.2.3. Hospitalización. Cuyo objetivo es:

- Cuidado físico: especial mención a posibles complicaciones de su fisiología alterada; recuperación de peso a un nivel saludable.
- Normalización de dieta: tanto en lugar, tiempo, periodicidad, cantidad, etc.
- Informar sobre nutrición y aproximar la comida como un acto social de relevancia.
- Aportar datos sobre su padecimiento para mejor comprensión de sus síntomas y dar confianza.
- Apoyar prácticas de ejercicio moderado para mejorar salud y control de peso.
- Comprometerse a dar un giro a su relación familiar.
- Informar sobre prevención de recaídas y los criterios que motivarían el reingreso.

- Planificación de pautas a seguir tras el alta: métodos para preparar a la paciente a afrontar la vida real en la que va a encontrarse con situaciones de conflicto. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes ingresan con gran sentimiento de culpa por haber desarrollado la enfermedad y producir sufrimiento en su entorno familiar. Situación que dificulta la recuperación del paciente (León y Castillo, 2003).

En el caso de Ana, no fue necesaria la medida de hospitalización, ya que durante todo el proceso terapéutico, se mantuvo sin cumplir criterios de gravedad que ameriten hospitalización. Ana siguió con sus actividades de forma normal y su peso no varió de manera considerable.

Es importante explicitar en este punto que a lo largo de este estudio se pretende mostrar una estrategia que se sustenta en un paradigma postmoderno; paradigma que declara una posición crítica acerca de los abordajes tradicionales como los expuestos anteriormente. En este estudio se busca abordar el trastorno de bulimia desde una mirada donde se incluye y se toma en cuenta la subjetividad de la persona afectada, donde no es tratada de manera estándar si no que se trabaja en base al reconocimiento de sus propias herramientas personales y en base a ciertas técnicas propias de este modelo, que se alejan de los tratamientos biomédicos tradicionales. El trabajo desde este modelo se basa en la idea de empoderamiento desde los propios recursos del consultante, reforzando la propia identidad, agenciando al consultante sobre su propia vida y para finalmente alejar la enfermedad de la persona.

De lo anterior, emerge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la terapia narrativa sobre una joven afectada por la bulimia?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir el proceso y los efectos terapéuticos de una de intervención realizada desde la Terapia Narrativas en el contexto de atención particular de una joven con diagnóstico de bulimia.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir las diferentes etapas de intervención en caso Ana, realizadas bajo el Narrativo en el contexto de la atención particular.
2. Describir los efectos terapéuticos en caso Ana, tras las intervenciones bajo el modelo de terapia Narrativa en el contexto de Atención particular.

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1 Fundamentos Ontoepistémicos

Esta investigación de estudio de caso clínico, se encuentra inmersa dentro del paradigma cualitativo interpretativo, cuya finalidad es comprender los fenómenos desde una mirada donde la idea principal es que las experiencias son subjetivas, siendo estas la base del conocimiento, y que, por lo tanto, la realidad no es una sino que es construida por diferentes actores.

Desde esta mirada, la realidad es subjetiva y múltiple, es compleja y saturada de significados subjetivos personales y colectivos (Pérez, 2000). El investigador desde esta perspectiva, no se concibe como un agente externo, sino como parte de la investigación misma; ambos, investigador y el objeto de investigación, son constructores activos en la medida que se relacionan y actúa con los otros. El investigador intenta reducir la distancia entre el sujeto y el objeto de estudio, generando una relación más horizontal que vertical.

No es un investigador neutro, ya que producto de esta interacción constante, se genera una implicancia personal que no puede ser ignorada y que repercutirá en sus apreciaciones.

En este paradigma, el uso de metodologías y técnicas son de tipo cualitativas, cuyo objetivo es comprender lo que sucede en una situación concreta a partir de las propias creencias, valores y reflexiones de los sujetos investigados. Esto se logra ya que este tipo de técnicas metodológicas intentan aprehender lo descrito con anterioridad garantizando la máxima intersubjetividad posible en la captación de una realidad al momento de recoger los datos, permitiendo un análisis interpretativo que posibilita la obtención de conclusiones que enriquezcan el cuerpo de conocimiento empírico (Pérez, 1990; citado en Pérez, 2002).

Ya que el conocimiento de lo social se realiza por medio de un involucramiento activo del investigador, podemos decir que esta investigación se basa en una ontología subjetivista, influida por dimensiones históricas y contextuales.

Desde la orientación constructivista la explicación de los fenómenos no puede basarse en la existencia de una realidad preexistente, sino que construida en el acto de explicación (Flores, 2009). Donde la naturaleza de la realidad es construida, múltiple, holística y divergente.

3.2 Estrategia de Investigación

El tipo de estrategia metodológica utilizada será el estudio de caso, el cual corresponde a una investigación empírica que analiza un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia (Yin, 1998; Stake, 1995; Yin, 2003), definen el propósito del estudio de caso, manifestando que “busca la particularidad, no la generalización, de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en sus propias circunstancias, la especificidad del caso es algo complejo que debe ser interpretado en su funcionamiento. Busca estudiar un fenómeno dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y su contexto no son claramente videntes”.

3.3 Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información

Para la recopilación de la información de cada sesión, se utilizaron apuntes los cuales fueron escritos dentro de la sesión así como también una vez finalizadas éstas y también grabaciones de audio, de las cuales se pudieron transcribir para esta investigación las conversaciones de reautoría,

externalización y re-membresía. De esta forma, se pudo obtener información y percepciones directas junto al consultante para luego acercarse desde una posición crítico analítica e investigativa a lo ocurrido en cada sesión.

Para estructurar la presentación de este caso, se utilizó la estructura propuesta por Buela-Casal y Sierra (2002). Es necesario destacar que este tipo de metodologías es uno de las varias existentes en la investigación en psicología y a la vez una de las más útiles en cuanto a la aplicación, ya que permite que los psicólogos clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan comprenderlas y discutir las, lo que se espera contribuya al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica. A continuación se describen las secciones contenidas en el presente estudio.

- *Identificación del consultante* donde se indican los datos relevantes que constituyen también el contexto del consultante.
- *Motivo de la consulta* se describe el problema que plantea el consultante, así como la interpretación que realiza el terapeuta de la misma. Además se define y nombra el problema en específico, aquí y ahora.
- *Historia del problema* se rastrea junto con el consultante la temporalidad de las manifestaciones presentes; desde cuándo, en qué momento, con quién, etc.
- *Análisis y descripción de las conductas problema* describe los antecedentes en relación al problema frente al cual demanda apoyo el consultante. Se revisan datos relevantes en relación a la bulimia.
- *Establecimiento de las metas del tratamiento* se establecen las metas clínicamente relevantes que se generaron en conjunto con el consultante y que permitieron ir revisando en conjunto el proceso.

- *Aproximación terapéutica utilizada* se describen de manera extensa las orientaciones que informaron el proceso psicoterapéutico, tanto en lo relacionado con los estándares de cuidado en salud para las personas con bulimia, así como el enfoque terapéutico utilizado, las prácticas narrativas.
- *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados* se establece, desde la perspectiva terapéutica, cómo se implementaron en el proceso terapéutico los elementos que caracterizan el enfoque terapéutico, así como los métodos mediante los cuales se evidenció el cambio en las narrativas del consultante
- *Aplicación de los tratamientos* se describe por etapas del proceso y utilizando la integridad de las conversaciones de reautoría y la carta final escrita por la consultante, con el objeto de ilustrar las decisiones tomadas por el terapeuta y la construcción conjunta de la psicoterapia.
- *Seguimiento* se reportan los logros hallados y las diferentes estrategias utilizadas para dar cuenta de la mantención y/o cambio de los logros conseguidos en conjunto durante el proceso, principalmente a través de la contribución hacia otros en el compartir los significados y logros ganados con esfuerzo.
- *Observaciones* se reflexiona en torno al estudio de caso, el proceso terapéutico y la posibilidad de proyecciones y posibilidades de contribución que posee el enfoque terapéutico para el abordaje de personas con bulimia.

3.4 Criterios de Rigurosidad en la investigación cualitativa

Guba (1989) plantea que es fundamental en la investigación cualitativa garantizar el rigor de su proceder, para lo anterior se analizarán los cuatro criterios que menciona como aspectos de veracidad: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

3.4.1. Criterio de Credibilidad. Este criterio tiene relación con haber realizado un trabajo prolongado en el mismo lugar y la observación permanente en el proceso de psicoterapia. Para garantizar este criterio es que se solicitó en el proceso de psicoterapia el juicio crítico del grupo de profesionales participantes de reuniones clínicas y actividad de supervisión del Magister en Psicología Clínica con el propósito de exponer y recibir co-evaluación del análisis de caso.

Además se utilizaron los siguientes criterios de credibilidad planteados por Magaly y Cadenas, (2007):

- *Resguardo de las notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones durante la investigación:* uso de un cuaderno personal del terapeuta donde se fue registrando sesión a sesión lo ocurrido.
- *Uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio:* en este caso se utilizaron las transcripciones de las conversaciones de reautoría para dar cuenta de los avances del proceso terapéutico.
- *Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.*

- *Uso de la triangulación en la recolección de datos para determinar la congruencia entre los resultados.*
- *Discusión de las interpretaciones con otros investigadores: Análisis del caso en conjunto con otros profesionales participantes de Magister en Psicología Clínica.*

3.4.2. Criterio de Dependencia. Se considera fundamental establecer pistas de revisión, de manera que en la presente investigación se harán explícitos cada uno de los pasos realizados y la continua revisión de las descripciones con profesora guía. Por otro lado, la consistencia de este estudio está sujeta a la aplicación y seguimiento de los principios de los mapas terapéuticos propuestos.

3.4.3. Criterio de Confirmabilidad. Se considera importante la realización de ejercicios de reflexión a lo largo de todo el proceso investigativo, para lo cual se llevó una bitácora con apuntes de la terapeuta sesión a sesión.

3.5 Aspectos éticos de la investigación

Para llevar a cabo esta investigación, y cuidar la integridad y confidencialidad de la participante, se firmó una carta de consentimiento informado (ver anexo) donde quedan explícitas los alcances de este estudio así como también el permiso para utilizar audios y apuntes surgidos durante la terapia. Si bien Ana acepta que aparezcan los nombres reales, por motivos de privacidad y como protocolo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, los nombres de los participantes han sido cambiados.

4. IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

4.1 Contexto de atención

Ana tiene 22 años vive sola en una pensión en Santiago. Es estudiante de tecnología médica y cursa 3° año en la universidad. Su familia es de San Antonio, donde viven sus padres: María 46 años, profesora básica, Juan 50 años, contador y su hermano José de 27 años, psicólogo. Como antecedentes familiares relevantes, los padres de Ana se separaron cuando ella tenía 8 años de edad. Actualmente, María vive con Juan en San Antonio. Juan se volvió a casar y tiene 2 hijos de su actual matrimonio. María fue diagnosticada con un cuadro de depresión severa con rasgos psicóticos el año 2012; debido a esto, dejó su trabajo ya que se encuentra, hasta el día de hoy, con sus capacidades cognitivas deterioradas. José es quien se hace cargo de ella durante la semana y los fines de semana Ana viaja a San Antonio a cooperar con el cuidado de su madre. Ana tiene una buena relación con su madre y hermano, no así con su padre a quien se refiere de la siguiente forma *“ siempre ha sido muy exigente conmigo, solo conmigo, nunca está conforme con lo que voy logrando en la vida; en este minuto veo a mi papá solo como mi sostenedor económico, le veo como un tío”*

Respecto de algunos antecedentes historia vital, durante la infancia de Ana, Juan hacía muchas referencias acerca del tema del peso, indicándole constantemente que ella estaba gorda y la ropa no le quedaba bien.

Ana a los 14 años fue diagnosticada con depresión contexto en que la madre de Ana debió ingresar a trabajar producto de la cesantía de Juan; momento en que Ana empezó a pasar tardes

enteras sola en su casa después del colegio. Seguido de esto inició sintomatología anoréxica. Fue tratada con fármacos recetados por un psiquiatra, sin embargo llegó a pesar 35 kilos.

Una vez controlada la anorexia, y para no “molestar y preocupar” a su familia, Ana comienza a presentar un cuadro de bulimia a los 16 años, enfermedad que hasta el día de hoy mantiene en secreto. Por otro lado, su familia materna es de bajo nivel socioeconómico y cultural, y la relación con Ana es lejana.

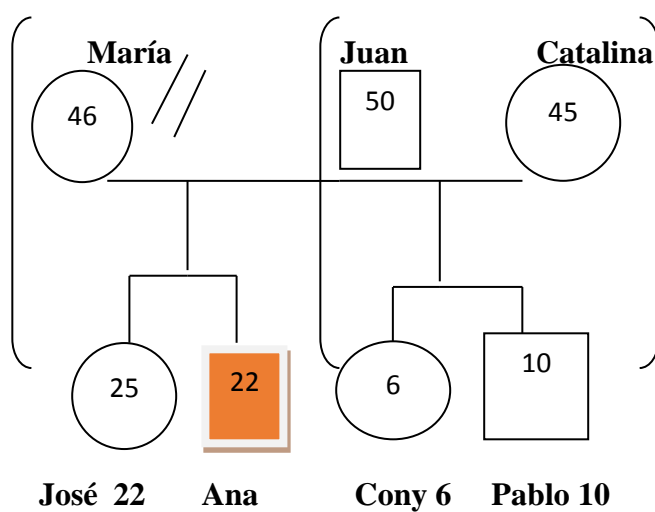


Figura 1. Genograma

5. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

El primer contacto, surge cuando el hermano de Ana (José) se comunica con la terapeuta manifestando gran preocupación por Ana, sin saber lo que le ocurría, sentía que algo malo le estaba pasando. Se establece contacto con Ana y se agenda la primera sesión.

Ana describe en relación al problema que la lleva a consultar:

“...Hace más de 6 años que tengo bulimia, antes pasé por la anorexia y así me lo he llevado prácticamente toda mi vida. Siempre he sido un “cacho” para mi familia, dando más problemas que alegrías, puras preocupaciones, gastos económicos y malos ratos. Por eso, cuando empecé con el tema de la bulimia decidí ocultarlo (además es más fácil esconderlo que la anorexia).

No quería que se preocuparan por mí, quería intentarlo sola. Bueno, de esto ya van 6 años, donde pensé que tenía el control de los vómitos, sin embargo, llevo un tiempo intentando dejar de vomitar y no he podido lograrlo. Siento y me doy cuenta que perdí el control de esto, no puedo sola y no quiero pasarle este peso a mi familia, menos ahora que mi mamá está tan enferma y mal, por eso acepté venir a terapia y recibir ayuda.

Además, no me quiero morir, e investigué acerca de esto y entendí que la bulimia no controlada es muy dañina y no controlada incluso puede llegar al a muerte... tengo miedo, mucho miedo, no me quiero morir... quiero casarme y tener hijos y con esto no lo lograré nunca. Me siento fea, gorda y que no sirvo para nada. Además, mis compañeras de universidad ya están sospechando que algo me sucede, me preguntan cada vez más acerca de que me pasa y eso me tiene muy angustiada porque estoy segura que al igual que mi familia no entenderían lo que verdaderamente me está pasando...”

En este relato, el problema Ana lo enmarca desde la sensación de la pérdida de control, Ana es una persona que siempre ha seguido los conductos regulares, incluso cuando tuvo anorexia siguió asistiendo a su colegio y terminó el año junto con sus compañeros. En este momento se da cuenta que no puede para de vomitar y por otro lado, se siente responsable en la recuperación de su madre enferma, por lo tanto, y tan como Paulina lo relata en sesiones posteriores *“es un deber mejorarme y apoyar a mi mamá y a mi hermano en esto, no puedo sumar un problema más”*.

En relación al motivo que la llevó a acudir a consultar:

“No recuerdo la vez exacta, pero al estar tan consciente de mi problema y de mi frustración y autodesprecio, decidí pedirle a mi hermano que por favor me costeara una terapia ya que me sentía “deprimida”.”

A pesar de todo, logró estar 1 mes sin vomitar y controlando la bulimia, esto sucedió antes de empezar la terapia, fue por cuenta propia y de forma independiente, sin embargo, durante ese tiempo, su cuerpo por acto reflejo le provocaba arcadas y reflujo de la comida, situación que la asustó y pensó que esto le estaba causando un daño real pudiendo llevarla inclusive a la muerte. Sin embargo, al poder estar sin vomitar por un mes, sintió que podía hacerlo pero que necesitaba ayuda para poder mantenerlo en el tiempo.

6. HISTORIA DEL PROBLEMA

Ana relata recordar que desde muy pequeña tuvo problemas con la comida. Por el lado de su madre todo giraba siempre alrededor de la comida, *“mientras más comías, más te querían”*. Mientras que por otro lado, su padre la recriminaba constantemente por comer tanto. *“recuerdo claramente una tarde en que mi papá me regaló unos pantalones y no me entraron, él me miró y me dijo que parecía una ballena que hasta cuando iba a comer tanto, que me veía fea y se rió de mí. Yo debo haber tenido 8 años”*. Este hecho la marca hasta el día de hoy, ya que desde entonces empezaron sus trastornos alimentarios. *“Nunca volví a ser la misma, no disfruto, me escondo, no tengo ganas de levantarme, a veces quisiera morir”*.

Problematiza también el hecho de sentirse fracasada, a pesar de haber conseguido avanzar en su carrera, ser incluso una alumna destacada, no puede disfrutar de sus éxitos, todo lo engloba la bulimia y la incapacidad de detener esta conducta.

7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

En el presente estudio, se comprenderá el malestar psicológico acarreado por una persona que presenta un trastorno alimenticio (bulimia). Se debe enmarcar esta terapia en un contexto donde una de las imposiciones culturales más perniciosas ha sido el mandato terminante de hacer dieta y controlar estrictamente el peso para satisfacer normas irreales de delgadez.

Muchas mujeres jóvenes se encuentran dominadas por un ideal de cuerpo que no coincide con las formas reales que posee la mayoría en nuestra sociedad.

En esta línea se sabe que los efectos de los trastornos alimenticios no se limitan a una sola esfera de la vida de la persona que los padece y no sólo ella se ve afectada, sino que su entorno familiar resiente también las consecuencias (Guía de trastornos alimenticios, 2004). Así, todo el entorno de se ve englobado por esta enfermedad; enfermedad que además se oculta a los ojos del resto pero que sin embargo, afecta de manera profunda y silenciosa.

Dentro del ámbito biomédico se ha entendido que los trastornos alimenticios son síntomas de asuntos subyacentes relacionados con conflictos emocionales; la alimentación trastornada constituye para quienes la presentan formas de nutrirse o protegerse, de expresar ira, de autocastigarse, apaciguar tensiones insostenibles, distanciarse de situaciones dolorosas y hasta crear una identidad (Guía de trastornos alimenticios, 2004). En otras palabras, hay una meta causa de la bulimia que va más allá del acto compulsivo por comer y luego purgar, enmascara conflictos internos que ven su vía de expresión a través los atracones y el vómito.

Dentro de las señales psicosociales, y tal como le sucedía a Ana, las personas con trastornos alimenticios se aíslan socialmente, se vuelven irritables, se sienten culpables o están malhumoradas. En el caso de Ana, su rutina diaria consistía en asistir a la universidad y al terminar

las clases volver a la pensión donde vivía. Evitaba todo tipo de contacto social, no compartía con sus compañeros y cuando alguien se acercaba y le preguntaba si le pasaba algo ella reaccionaba de manera incómoda y se alejaba. Así mismo, Ana pasaba de momentos de calma y pequeños ratos de felicidad a desestabilizarse y así podía estar una fin de semana entero encerrada, sin salir ni hablar con nadie y generalmente llorando. Esto es común en este tipo de trastornos donde la ansiedad, la impulsividad y la inestabilidad emocional son rasgos predominantes en quienes padecen bulimia (Unikel, González, Caballero y Cruz, 2003) Sin embargo, Ana mantenía un rendimiento estudiantil, lo que se contrapone con desajustes en lo social. En general, las personas con trastorno alimentario no pueden experimentarse a sí mismas como individuos unificados o autocontrolados, capaces de dirigir su vida (Guía de trastornos alimenticios, 2004); y es finalmente esa sensación de descontrol la que lleva a Ana a comenzar el proceso de terapia.

8. ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

El foco y objetivos del trabajo terapéutico dicen relación con la deconstrucción de las narrativas dominantes presentes en Ana al momento de acudir a terapia. Narrativas que sostienen el problema y atrapan al sistema consultante en el miedo y la angustia. En este caso, las narrativas de la consultante dicen relación en primer lugar con la idea de que el ser gorda significa y trae como consecuencia que el entorno la quiera menos. Lo cual genera en ella sentimientos de angustia que la paralizan viendo así además afectada su autoestima. Acá, el objetivo es deconstruir esta narrativa y distinguir que esta idea acerca del peso, es una distinción hecha por su padre y que por lo tanto, es distinta a las ideas del mundo.

En este sentido, se apunta como objetivo a deconstruir este mito transgeneracional internalizado en las narrativas de la consultante; narrativas que son consistentes y derivan del discurso cultural dominante en torno a la belleza.

El segundo objetivo tiene relación con deconstruir las narrativas acerca de la idea de pasividad y sometimiento de la bulimia, narrativa que trae como consecuencia el miedo que la paraliza reforzando su idea de sometimiento y desamparo. Acá el objetivo terapéutico tiene relación con el agenciamiento del sistema consultante a través de técnicas narrativas que le permitan co construir una narrativa que tenga sentido con su identidad preferida asignándole la idea de control de su vida.

9. APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA UTILIZADA

El enfoque terapéutico utilizado en este caso, se sustenta en los postulados del enfoque de la terapia narrativa (White, 1997), (White & Epston, 1993), (White, M. 2007). En este apartado se dará una aproximación conceptual referida a las prácticas narrativas de forma de contextualizar el tratamiento llevado a cabo.

El enfoque narrativo de terapia ha ocupado en el último tiempo un lugar central en el ámbito de la terapia familiar, debido en gran parte a la influencia de Michael White. En colaboración con David Epston, White ha sido pionero en desarrollar prácticas terapéuticas desde este enfoque (Carr 2010).

Para los fines de esta investigación, se pone énfasis en el hecho que la terapia narrativa no concuerda con la idea de etiquetar médicamente a las personas de acuerdo a alguna patología (psiquiátrica o médica).

En el caso de la bulimia, esta es tratada comúnmente desde la preocupación por disminuir o eliminar los atracones de comida y los consecuentes vómitos, no haciendo mayor hincapié en el contexto amplio en el que el problema se aloja: que tiene relación con el contexto discursivo y/o redes de conversación, y sus efectos en la construcción identitaria.

Desde este enfoque, ninguna dificultad es vista como un atributo intrínseco o esencial de las personas o de sus relaciones. Más aún, estas etiquetas son vistas como parte del extendido discurso patologizante que caracteriza al ámbito de la salud mental o de una narrativa que mantiene más que resuelve los problemas de la vida. Las prácticas de poder llevan a que estas etiquetas incrementen más que reduzcan la angustia en quienes presentan estas dificultades.

A partir de los trabajos de Michel Foucault, White (1997) denomina como prácticas totalizantes a los procesos de aplicar diagnósticos psiquiátricos y de interpretar a las personas exclusivamente en términos de estas etiquetas. Dentro de un marco narrativo, los problemas humanos aparecen y se mantienen gracias a las historias opresivas que dominan la vida de las personas. Los problemas humanos surgen cuando las personas cuentan su vida a sí mismos o a otras personas de un modo que no se ajusta en forma significativa con su experiencia de vida. Desarrollar soluciones terapéuticas, dentro de un marco narrativo, implica abrir espacios para la expresión de historias alternativas, las que probablemente fueron desplazadas por las narrativas dominantes saturadas de problemas.

Este enfoque descansa en el supuesto de que las narrativas no representan una reflexión acerca de la identidad, la vida y los problemas; más bien las narrativas constituyen la identidad, la vida y los problemas. De acuerdo a esta postura, el proceso terapéutico de reescritura de las narrativas personales es capaz de modificar la vida, los problemas y la identidad porque las narrativas personales constituyen la identidad (Carr, 2010).

Dentro de este enfoque, existen una serie de mapas terapéuticos dentro de los cuales el terapeuta puede moverse y hacer uso de ellos como herramientas para el trabajo terapéuticos. White (2007) los llama mapas aludiendo a una manera de aproximación a la diversidad de las personas.

Los mapas son:

- 1) Conversaciones externalizadoras,
- 2) Conversaciones de re-autoría,
- 3) Conversaciones de re-membresía,
- 4) Ceremonias de definición,
- 5) Conversaciones que destacan los resultados únicos,

6) Preguntas de andamiaje.

Para esta investigación se utilizaron primordialmente 3 de estos mapas:

- *Conversaciones externalizadoras*: cuyo principal sustento es el principio que versa: *la persona no es el problema, el problema es el problema*. Con la externalización se propone una forma de conversación que otorga a las personas la posibilidad de sentir agencia personal respecto de las acciones que debe emprender para aliviarse del problema que lo aqueja. La identidad de la persona que llega a la consulta está dominada por una narración saturada del problema. Este invisibiliza los recursos y habilidades con los cuales la persona puede hacerle frente.
- La externalización le permite separar su identidad del problema y de esta manera identificar sus propios recursos para enfrentarlos. Las conversaciones externalizadoras permiten deconstruir el problema e identificar la influencia relativa, es decir la influencia del problema en la vida de la persona y la influencia de la persona en la vida del problema. Así la persona comienza a re-narrar su identidad y a recuperar el sentido de agencia personal, es decir el sentirse capaz de *hacer* (White y Epston, 1993).
- *Conversaciones de re-autoría*: White (2007) señala que las conversaciones de re-autoría son las que sostiene el terapeuta con el consultante y que buscan que la persona, quien llega a la consulta con un problema y una historia construida acerca del problema, pueda reconstruir la historia para liberarse de este. La historia del problema está narrada por la persona como un guión que contiene protagonistas y que sucede a través de una línea temporal que considera sucesos de las vidas en secuencias determinadas. La reconstrucción de la historia invita a la persona a indagar en lo oculto de la historia, lo negado, las excepciones o finales únicos, para

desde las mismas construir una historia alternativa preferida que ejerza resistencia sobre la historia dominante.

- Conversaciones de re-membresía: White toma esta idea de la antropóloga Barbara Myerhoff (Tarragona, 2008; White, 2002), y usa este juego de palabras para dar énfasis a como la vida de las personas están entrelazadas. White usa la metáfora que cada persona tiene un “club” en la vida, y que puede escoger quiénes serán los miembros de ese club, las personas que contribuyen a que nos veamos de cierta manera y seamos como nos gusta ser. En este tipo de conversaciones se entrevista al consultante sobre alguna persona que haya tenido alguna influencia en él. Una vez que se han identificado resultados únicos, el terapeuta puede hacer preguntas acerca de otras personas en la vida del consultante que puede conocer acerca de esos resultados únicos, o alguien en la vida en el consultante que está familiarizado con sus sueños y esperanzas. Se explora acerca de la influencia positiva de esa persona en la vida del éste, y luego se explora la influencia que el propio consultante puede haber tenido en la vida de esa persona.

Por otro lado, dentro de la terapia narrativa, el terapeuta adopta una posición de consejero para aquellos que presentan experiencias opresivas tanto en un nivel personal (el problema) como en un nivel político (un discurso de salud mental y un conjunto de prácticas que impregnan la cultura occidental). Así las personas con problemas son vistas como requiriendo ayuda para enfrentar estos problemas y prácticas que han invadido sus vidas. Esta posición ha sido descrita por White, basándose en las ideas del filósofo francés Derrida (1981), como deconstruccionista y constitucionalista. Una posición deconstruccionista implica empoderar a los clientes para que cuestionen estas definiciones y prácticas habituales de salud mental.

Una posición constitucionalista implica trabajar con la premisa de que la vida y la identidad están constituidas por tres conjuntos de factores:

- Los significados que dan a sus experiencias o las historias que se cuentan sobre sí mismos.
- Las prácticas lingüísticas junto con el tipo de palabras que usan para contar sus vidas.
- La posición que ocupan en la estructura social en la que participan y las relaciones de poder en las que están involucrados

La posición del terapeuta dentro de la terapia narrativa implica preocuparse de estos tres conjuntos de factores deconstruyendo el significado que las personas asignan a sus vidas, las prácticas lingüísticas que utilizan, y las relaciones de poder en las cuales se encuentran. Para deconstruir las prácticas de poder, White recurre al trabajo de Michel Foucault (1965, 1975, 1979, 1980, 1984), quien señala que las personas se encuentran atrapadas inconscientemente en el sometimiento de sus vidas por prácticas de poder que implican continua soledad, evaluación y comparación. Eventualmente los consultantes internalizan normas sociales sin sentido, pero lo creen justificado puesto que aspiran a cumplir con los ideales de logro y excelencia. Esto conlleva, por ejemplo, a la auto-purgación en la bulimia (Carr, 2010).

Finalmente, en la terapia narrativa se desarrolla un sinceramiento acerca del contexto, intenciones, valores y prejuicios, del trabajo terapéutico. Se privilegia el lenguaje del consultante por sobre el lenguaje del terapeuta. Hay un respeto para trabajar al ritmo del consultante que se expresa en la actitud de resumir y comprobar cada cierto tiempo que el cliente se sienta cómodo con ese ritmo. El terapeuta supone, puesto que las realidades sociales se constituyen a través del lenguaje y se organizan a través de las narrativas, que toda conversación terapéutica apunta a

explorar las múltiples construcciones de la realidad en vez de rastrear los hechos que constituyen una verdad única.

10. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Para llevar a cabo el registro de avance y evolución del proceso terapéutico, se eligió como registro la entrevista de reautoría, la cual se llevó a cabo en tres etapas del proceso. Estas etapas, se determinan de acuerdo a ciertos cambios percibidos en conjunto con la consultante. A través de esta conversación podíamos reflexionar en torno a los logros que la consultante iba teniendo, los cuales a su vez, se veían reforzados al enraizarlos con algún valor o persona importante para ella. Estas conversaciones de reautorías, se dieron sin un orden de temporalidad; dependiendo más bien de los cambios que íbamos percibiendo terapeuta/consultante. Así, la primera conversación de reautoría se realizó 3 meses luego de haber comenzado la terapia, la segunda a los 9 meses y la tercera a los 18 meses del inicio de la relación terapéutica.

Por otro lado, una vez finalizado el proceso terapéutico, la consultante escribe una carta final, a modo de reflejar lo que fue para ella este proceso, sus avances, retrocesos, la relación con el terapeuta y lo que se lleva de estos 2 años de terapia, obteniendo así, una visión final, no estructurada y libre del proceso en sí. Esta carta a su vez fue analizada en conjunto la última sesión.

11. APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

El proceso terapéutico comprendió 20 meses, donde las sesiones fueron semanales y alternadas dependiendo de la disponibilidad horaria y académica de Ana. Durante los meses de Enero y Febrero no se realizaron sesiones ya que Ana se encontraba fuera de la ciudad con su familia.

Con el objeto de registrar las sesiones para el posterior análisis y para utilizarlas como documentos terapéuticos (White & Epston, 1993), a medida que fuimos notando algunos cambios relacionados con el bienestar de Ana, llevábamos a cabo una conversación de reautoría, la que nos permitió ir evidenciando los avances de Ana, las cuales pueden leer en extenso en el anexo.

Las primeras sesiones apuntaron a entender la subjetividad del problema, a entender el contexto relacional de Ana, su entorno, amistades, familia, etc.; a conocer su escenario.

Luego, empezamos a definir el problema, a asignarle un nombre, a bautizar al problema como un personaje posible de ser recriminado y encarado por Ana. Lo que dio paso al proceso de externalización.

Etapa 1 ¿CÓMO ES EL PROBLEMA? EXTERNALIZACIÓN:

En esta primera etapa que duró 3 meses, donde tuvimos 7 sesiones, en las cuales nos enfocamos en *nombrar el problema*, en caracterizarlo, generarle una imagen, un tono de voz, identificar las palabras favoritas del problema y las que lo debilitaban. Identificamos también, los momentos preferidos del problema y sus personas favoritas. En esta parte el problema fue bautizado como “la bulimia intrusa”.

A continuación se expone una ejemplificación de dicho proceso:

Terapeuta: Ana si tuvieras que ponerle un nombre a este problema que te ataca ¿qué nombre le pondrías a este problema, cómo se llama?

Ana: *“Mmmm el nombre es La Bulimia intrusa*

Terapeuta: ¿y qué características tiene? ¿Cómo es?

Ana: *“es asquerosa, es grande, de color café y muy hediondo. Le cuelgan tiras de ropa y de grasa cuando camina. Tiene ojos chicos y un cuerpo deforme, parece un monstruo.”*

Terapeuta: ¿Y habla?

Ana: *si*

Terapeuta: ¿cómo es su voz, que cosas te dice?

Ana: *“su voz es grave y fuerte, tanto que cuando me habla al oído no escucho nada más. Me dice que no intente detenerla, que me acompañará para siempre. Me dice también que sin ella yo no puedo vivir, me dice que coma todo lo que quiera y que coma mucho. Me humilla... (Se le llenan los ojos de lágrima) me dice que soy débil y que soy fea y gorda... “*

Terapeuta: ¿y en qué situaciones aparece?

Ana: *“en cualquier momento, pero sobre todo cuando estoy sola.”*

Terapeuta: o sea, si entiendo bien, ¿podríamos decir que la soledad es un aliado para “La bulimia intrusa”?

Ana: *“sí. Cuando estoy con más gente no la escucho, pero cuando llego a la pensión aparece con toda su fuerza y me empieza a hablar. También cuando pienso en juntarme con algún amigo me invade y finalmente me convence de que no salga.”*

Terapeuta: ¿Y qué te hace sentir esto, cómo afecta esto tu vida diaria?

Ana: *“Uff... me afecta mucho, me siento inútil y por sobre todo me siento culpable de tener esto y no poder alejarlo. Me tiene alejada de mi familia y mis amigos, me tiene triste, me tiene mal. Quisiera tener pareja pero es imposible con esta cosa acompañándome, me jode la vida entera.”*

Terapeuta: Entiendo que esta situación te desagrada y te sientes mal, ¿has intentado alguna vez cambiarla?

Ana: *“la verdad es que no, lo único que he hecho es aguantar las ganas de vomitar, pero ahora que conversamos siento que antes me sentía imposibilitada de hacer algo porque siempre he sentido que el problema era yo, que yo lo provoqué...”*

Terapeuta: y ahora que piensas al respecto, ¿sientes que eres tú el problema?

Ana: *“Pucha ahora lo veo un poco distinto, siempre me describí como una bulímica y ahora sentir que no soy yo si no que es algo que me ataca igual me saca un peso de encima, siento que puedo combatirla y ya no es pelear contra mí misma, ahora puedo pelear contra un “otro” y ser libre por fin.”*

Luego de haberla identificado y calificado como una “intrusa” que afecta a Ana en ciertos momentos de debilidad relacionados con la soledad, con la sensación de sentirse gorda y fea, sensación de abandono, temor y fracaso; exploramos los *efectos de la bulimia*, estos eran aislarla de las personas que quería, no participaba de fiestas o celebraciones familiares o sociales, no almorzaba con sus compañeros de universidad, la paralizaba, la dejaba sin acción más que vomitar, generaba una coraza para mostrarla fuerte y segura. Le producía miedo no poder detener los vómitos, no podía disfrutar de nada, el único alivio era al vomitar. Luego, evaluamos los efectos de esta conducta en su vida, los cuales no se identificaban con lo que Ana quería, y al mismo tiempo se sentía culpable, se culpaba de tener la bulimia con ella y no poder erradicarla para siempre. Fue entonces cuando comenzamos a cambiar el lenguaje, empezamos a referirnos a la

bulimia como “cuando la bulimia me ataca...” y a cambiar el término culpable por responsable; este cambio en el lenguaje se logró mediante conversaciones cuyas preguntas hechas por el terapeuta iban apuntando a realzarla a ella como “víctima” atacada por el problema y no como ella como un agente generador del problema.

Acá se muestra un ejemplo de preguntas para generar el agenciamiento:

Terapeuta: Ana, cuéntame acerca de logros y/o éxitos que has tenido en tu vida

Ana: *“bueno... no me siento muy exitosa, todos mis recuerdos están, marcados por la depresión, bulimia y anorexia... me siento más un “cacho” que otra cosa...”*

Terapeuta: Sin embargo, terminaste tu colegio, entraste a la universidad y ya vas en tu tercer año de carrera, has podido hacer frente a todos los ataques de la bulimia y anorexia. Es decir, visto desde afuera, tú has y estás dando la pelea contra estos problemas que te atacan ¿Qué me puedes contar de esto?

Ana: *“Si, visto de esa forma parece que no he hecho todo tan mal, pero pucha que me la han puesto difícil estos monstruos (se ríe) Salí del colegio con promedio 6.0, nunca repetí de curso ni estuve en peligro de repetir”*

Terapeuta: ¿y en ese periodo ya estabas siendo molestada por la anorexia, no es así?

Ana: *“Si, en el periodo de colegio me atacaron de múltiples lados, la depresión por un lado y la anorexia por otro, de hecho estuve unos días internada porque la anorexia no me dejaba comer nada”*

Terapeuta: E inclusive con todos esos obstáculos saliste del colegio con muy buena nota... ¿no ves eso como un logro?

Ana: *“ahora que lo pienso, si, muchos compañeros que no tenían ni un problema repitieron algún año, yo nada... no lo había visto de esa manera”*

Terapeuta: y sigamos con la universidad. Te viniste a Stgo sola y has ido avanzando con buenas notas en tu carrera, a pesar de la bulimia que te acompaña y te invade cada cierto tiempo...

Ana: *“Si, la verdad es que parece que cuando me propongo algo lo sigo hasta lograrlo, independiente de los obstáculos. En la U me va muy bien, no me he echado ni un ramo a pesar de todo. Parece que la bulimia no es tan inteligente como yo creía, (se ríe) porque no me ha frenado en mi camino, pero pucha que me lo ha hecho difícil.”*

De esta manera se agenció a Ana en el proceso terapéutico, la responsabilidad la movía, la culpa no. Finalmente, la *justificación de las evaluaciones* de los efectos del problema tenían relación con la idea de Ana de ser una persona libre, feliz, casarse, tener hijos y disfrutar de la vida. Idea que veía alejada de la realidad en estos momentos al verse influenciada por la bulimia.

Etapa 2 REAUTORÍA 1°:

Fue luego de este proceso de externalización, que Ana logró estar 1 mes sin vomitar cuando realizamos la primera conversación de reautoría (ver anexo reautoría 1).

- *¿Puedes contarme más sobre este mes que has estado sin vomitar?*

“Fue solo una decisión que me nació y que pude llevar a cabo gracias al trabajo que venimos haciendo juntas. Además, mi situación familiar y la enfermedad de mi mamá estaban colapsándome y decidí que una de las dos debía estar “entera”, así que decidí tomar la iniciativa y proponerme a frenar esto, que siempre supe me hacía daño”.

- *¿Dónde estabas cuando esto ocurrió?*

“No sabría decir bien cuál fue el momento preciso en el que tome la decisión la verdad, creo que fue al día siguiente de una sesión que tuvimos juntas, donde me di cuenta que no era yo la que controlaba el vómito, sino que me estaba manipulando la bulimia, fea, hedionda, mala y que se aferraba a mis miedos y debilidades... fue un vaso que se llenó de a poco, hasta que un día dije “no más!”, ahora mando yo.”

De esta afirmación, se desprende la idea de Ana da a entender que no es ella el problema, sino que el al bulimia quien la aqueja, quien ya reconoce con adjetivos calificativos e intenciones claras hacia ella. En la terapia narrativa White se refiere a la consigna “El problema es el problema, la persona nunca es el problema”. En este sentido podemos decir que en general la terapia popular tiende a identificar a la persona como “el problema”. Esta asociación tiene repercusiones negativas en las personas, tanto en sus relaciones como consigo mismas. En este sentido, la terapia narrativa ve a las personas separadas de los problemas, queriendo librar sus vidas de la influencia del problema. Por lo tanto, el terapeuta es un co-colaborador para lograr este objetivo.

Podemos ver también, cómo al hacer esta separación lingüística, Ana se siente con más fuerza y determinación para empezar a hacer el cambio, la agencia y la empodera en este proceso de sanación.

- ¿Podrías contarme con mayor detalle qué fue lo que hiciste?

“Decidí no vomitar más y tener más control de mis acciones, además de hacer más ejercicio para fomentar mi autoestima además de bajar esos kilitos que yo siempre siento que me sobran. En conjunto hacer todo esto para yo tener mayor ánimo, energía y entrega a los demás. Intenté darme cuenta de cuáles eran los momentos que aprovechaba la bulimia para vencerme y de cuáles eran mis fortalezas que disminuían su fuerza.”

- ¿Hiciste algo especial para prepararte a sí misma? ¿Podrías contarme cómo te preparaste?

“Lo que hice fue quitar todos los factores que me producían ansiedad, como dulces, chocolates y golosinas en general. Analicé mi vida en general y me alejé de todos los factores de riesgo o de tentación, como quedarme mucho sola o salir con más plata a la calle. Además, me preocupé más de mí, me rodeé de gente que me quiere y me hace bien, dejé de ser solitaria y apartada del grupo, me di cuenta que la soledad es un aliado de la bulimia.”

En relación a las acciones que Ana empieza a adoptar empieza a emerger el concepto de autocuidado, relacionado con autoestima, hacer ejercicio, compartir con más personas y aumento de energía. Se observa cómo toma fuerza nuevamente la idea de ir otorgando un carácter o personalidad al problema de la bulimia, con el fin de identificarla y conocerla y movilizar recursos de resistencia, para así poder vencerla más rápidamente. Por otro lado, apuntamos en esta etapa a remarcar sus fortalezas, que en Ana se encontraban menoscabadas. De esta forma, se empieza a valorar nuevamente a sí misma y se cree capaz de vencer a la bulimia que la ha acompañado por 5 años.

- ¿Qué era lo importante para ti de dar estos pasos?

“Ufff fue increíble... Sentirme capaz, independiente y libre de esta bulimia que me quería hundir.”

- ¿Puedes ayudarme a entender por qué esto era importante para ti?

“Lo mismo que lo anterior, siempre he querido sentirme libre y feliz, necesito creer que esta es mi luz de salida, que soy capaz, que me la puedo.”

La sensación de libertad que proporciona la idea de no ser uno el problema, sino de estar “atacado” por el problema, es vital para lograr el primer paso hacia la toma de acciones concretas para alejarse del problema.

- Cuando piensas en estas cosas que son importantes para ti ¿hay alguna frase o palabra que

pueda capturar lo que has estado tratando de describirme?

“Esperanza...”

- ¿Piensas que estas cosas dicen algo acerca de valores que son importantes para ti?

“Si, para mí es importantísimo la entrega a los demás, quizás más que para mí misma, así que necesitaba hacer esto para estar 100% disponible, en cuerpo y alma. Además otro valor o característica que para mí es importante es el amor propio, y es una de las cosas que más me cuesta conseguir, haciendo esto siento que me estoy cuidando y protegiendo de un daño. “

- ¿Hace cuánto que estos valores han sido importantes para ti, son recientes o los has sostenido por algún tiempo?

“Yo creo siempre haberlos tenido, aunque se han reforzado ahora que mi mamá esta tan enferma. La autoestima antes no era tan importante, incluso no sopesaba lo carente que estaba de ella, pero ahora siento necesitarla.”

- ¿Puedes pensar en alguien que haya influido en que tengas estos valores? ¿Puedes contarme un poquito sobre esta persona y la manera cómo te influyó?

“Una amiga del colegio. De mi amiga creo haber admirado siempre su autoaprecio, su autocuidado y lo mucho que se quería... su confianza y entrega, espero poder alguna vez sentirme tan segura de mi misma y poder irradiar tanta luz como ella lo hacía. Y lo más sorprendente para mí era que ella era gordita y así y todo se sentía tan bien y se sentía tan linda...”

El concepto de entrega hacia los demás, de ayudar al otro es un punto muy fuerte para Ana, de aquí lo relevante de destacarlo para considerarlo como motor de sanación y además comienza a entender que si ella no se quiere y se cuida, no podrá cuidar al resto.

Por lo tanto al enraizar su concepción de bienestar en estos conceptos de esperanza y entrega y unirlos además en una persona que para ella haya sido significativa, otorga más sentido y poder a las acciones que está llevando a cabo. Tiene un ejemplo significativo a seguir que le proporciona buenos recuerdos y admiración.

- ¿Qué ha significado en tu vida conocerle? o ¿Hay alguna forma particular en la que esta persona contribuyó a tu vida?

“Fue un soporte un su momento y un modelo a seguir, me encantaría vivir así de tranquila y entregada y sobre todo, aceptando como soy... porque tengo claro ahora que aunque no coma nada o vomite seguiré teniendo esta contextura, teniendo esta cara, estas pecas, este porte , etc.”

En un principio, Ana renegaba de toda su contextura física, nada le gustaba, quería cambiar todo, sin embargo, podemos observar como esa percepción va cambiando al aceptarse tal como es y entendiendo que la influencia de la bulimia no la llevarán a cambiar lo que es. Es capaz de reflexionar además, de modo superficial ya retomaremos esto en profundidad en la segunda etapa, que no teniendo un canon de belleza estereotipado (como su amiga) también se puede ser feliz.

- Nos acercamos al fin de la conversación ¿hay algo que quisieras decir sobre lo que te llevas de esta conversación?

“Tengo muchas expectativas en esto, mucho trabajo que hacer, no quiero fracasar. Y siento por primera vez en muchos años que por fin lo puedo (podemos) lograr... ¡gracias Camila!”

Al finalizar esta primera etapa, podemos ver cómo el discurso de Ana es más motivador y más empoderado en la idea de poder hacer frente a la bulimia. Se observa un cambio en la actitud hacia las posibilidades que ahora ve Ana. Aparece por otro lado, fuertemente la idea de fracaso, palabra que acompaña la mayoría de sus relatos y la tiñe de cierta desesperanza. Sin embargo, se observa motivada y decidida a cambiar.

Etapa 3 NO ESTOY SOLA: Re- membresía o la idea del “club”

Luego de esta sesión y del ejercicio de reautoría siguieron 4 sesiones más, donde indagamos en la idea de “club” o desde la terapia narrativa llamada re-membresía (White, 2002), donde se propone un proceso en el cual la persona revisa, identifica y decide respecto de cuáles grupos de pertenencia quiere formar parte y cuáles no.

La finalidad es que Ana pueda reencontrarse con seres queridos o significativos, conocidos directamente o no, vivos o muertos y enriquecer la narración de su identidad pudiendo optar por sus historias preferidas y dejando atrás los relatos saturados del problema. Se desprende de la necesidad de contar con más redes donde recurrir y donde apoyarse para superar este problema, nos centramos en las relaciones familiares y en aquellos lazos que para Ana eran importantes y donde podría encontrar apoyo para no seguir sola en este camino en contra de la bulimia.

Terapeuta: ¿Ana, qué persona me dirías que es significativa para ti, que ha marcado tu vida?

Ana: *“mi hermano, me hace sentir bien, me dice cosas lindas”*

Terapeuta: cuando me dices que te hace sentir bien, ¿a qué te refieres?

Ana: *“a que me valora tal como soy, siempre trata de ver las cosas buenas y no me juzga, por el contrario me trata de entender y cuando me ve mal, me dice que soy linda y que me quiere mucho.”*

Terapeuta: ¿Por qué crees que te trata así?

Ana: *“Mmmm no sé... porque él es buena persona y porque creo que él es una de las pocas personas que me conoce bien, nos parecemos harto.”*

Terapeuta: ¿Qué crees que ve tu hermano en ti?

Ana: *“el ve lo mucho que me esfuerzo por salir adelante, el me ve triste pero sabe que eso no me hace flaquear, que sigo con mis clases y con mi vida en la medida de lo posible. Yo creo que él se*

refleja un poco en mí, él también tiene problemas y secretos y en mí ve que se puede seguir adelante y que de a poco uno se puede sobre poner a los problemas.”

Terapeuta: ¿y cómo te lo hace saber?

Ana: *“dándome ánimo, diciéndome que yo soy fuerte y que me la puedo; pero también diciéndome que reciba la ayuda que él y mi familia me pueden y quieren dar. José siempre me sube el ánimo. Él siempre tiene muestras de cariño conmigo, ya sea regalándome algo, invitándome a salir o simplemente escuchándome.”*

Terapeuta: ¿qué deseos crees que tiene José para ti?

Ana: *“el José quiere que yo sea feliz, que termine mi carrera y que trabaje en algo me guste. Quiere que yo sea libre...”*

Terapeuta: ya hemos conversado acerca de la influencia de tu hermano en tu vida, pero ¿qué impacto crees que has tenido tú en su vida?

Ana: *“es raro que yo lo diga, pero yo creo que lo motivo a seguir adelante, como ya te conté el también tiene problemas y quizás son más heavy que el mío, pero el al ver que yo igual doy la pelea y sigo él también se motiva a seguir.”*

Luego de esta conversación, Ana comienza a tomar conciencia que no está sola, que por el contrario tiene un grupo de personas y sobre todo identificado con su hermano mayor en quien puede respaldarse y a quien puede pedir ayuda. Además, se generan algunos atisbos de autoestima positiva, donde se posiciona ella como un ejemplo a seguir, situación que la empodera en el camino del agenciamiento y refuerzo de sus inseguridades producto de la bulimia.

Etapa 4 Compartiendo el problema: REAUTORIA 2°

En la sesión número 15 llevamos a cabo una segunda conversación de reautoría, luego que se atreviera a contarle a su madre y hermano acerca del problema y tratamiento que estaba llevando a cabo. Este hito fue crucial dentro del contexto de la terapia, ya que por primera vez en su vida Ana abre y comparte sus problemas con su grupo más cercano y en quienes a futuro podrá apoyarse y pedir ayuda.

- ¿Puedes contarme más sobre esto?

“Nunca he sido lo suficientemente comunicativa, siempre oculto cosas tratando de que crean que estoy bien y que soy fuerte. Pero entendí que era necesario tener más ayuda, más contención y que necesito que se preocupen de mi...”

- ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió?

“En mi casa, san Antonio, después de almorzar.”

“Estaba mi mamá y mi hermano y la cuidadora de mi mamá... La cuidadora de mi mamá estaba alarmada por mi rápida baja de peso y conocía mis antecedentes de anorexia, yo me desesperé un poco y decidí contarles que la dieta es porque si como de más me dan ganas de vomitar. Ya estaba aburrida de esconder lo que me pasaba.”

Podemos observar que Ana con el transcurso del proceso terapéutico, había reflexionado acerca de la forma que tenía de enfrentar los problemas, sola y sin contar con nadie para apoyarse; por el contrario, era siempre ella quien recurría en ayuda para el resto.

Empieza a sentirse “aburrida” de cargar sola con sus problemas y a sentir la necesidad de compartir con su núcleo más cercano lo que le estaba pasando. Este fue un paso muy importante para el proceso, ya que hace más de 6 años que oculta este problema.

- ¿Podrías contarme con mayor detalle qué fue lo que hiciste?

“Luego de escuchar la preocupación de Luisa (cuidadora de mi mamá) en una conversación que tenía con mi hermano mientras yo “dormía”, decidí transparentar todo para que no se generara preocupaciones innecesarias.”

- ¿Hiciste algo especial para prepararte a sí mismo(a)? ¿Podrías contarme cómo te preparaste?

“La verdad es que no tuve mucho tiempo de prepararme, al día siguiente les conté sin pensarlo mucho, o si no me arrepentiría. “

- ¿Qué era lo importante para ti de dar estos pasos?

“Buscar soporte y comprensión en mi proceso.”

Luego de trabajar el mapa de re-membresía durante 4 sesiones anteriores, Ana comienza a sentir y a significar como personas muy importantes a su mamá y por sobre todo a su hermano, empieza a sentir la necesidad de que la contengan, la entiendan y le hagan cariño. Se da cuenta que sola va a ser difícil seguir adelante y que tiene un grupo de personas que se preocupan constantemente de ella, pero que sin embargo, hasta ese entonces era ella quien los alejaba. Ana comienza a sentir la necesidad de pertenecer a un grupo, en este caso su familia, al entender que ella no es un problema, si no, más bien es “víctima” de un problema llamado bulimia, se le hace necesario buscar ayuda en su núcleo más cercano, su familia.

- ¿Puedes ayudarme a entender por qué esto era importante para ti?

“No quería que se preocuparan por una supuesta anorexia cuando lo que yo estoy haciendo es cuidarme para no caer en la bulimia. Son medidas que estoy tomando para un fin último. Me da cuenta que yo no soy el problema, sino que tengo un problema y por lo tanto, me pueden ayudar. No quería generar más preocupación ahora que efectivamente me siento y estoy mucho mejor.”

- Cuando piensas en estas cosas que son importantes para ti ¿hay alguna frase o palabra que pueda capturar lo que has estado tratando de describirme?

“Compañía”

Ana por primera vez, hace mención a la necesidad de compañía, ya no quiere estar sola, ya no es ella contra el mundo, ella contra la bulimia o anorexia. Ya no necesita la máscara sin emociones, por el contrario, desde ahora estar rodeada de seres queridos e importantes será parte del proceso de sanación.

- ¿Piensas que estas cosas dicen algo acerca de valores que son importantes para ti?

“Si, la necesidad de confianza y comunicación. Yo no cuento nada a nadie, a nadie! Me lo guardo todo para mí.”

- ¿Hace cuánto que estos valores han sido importantes para ti, son recientes o los has sostenido por algún tiempo?

“Siempre han sido importantes, pero no los practicaba. Antes no sentía la necesidad de contar todo, ya que quería o me creía capaz de solucionar las cosas sola, no quería hacer más problemas.”

- ¿Me puedes contar una pequeña historia de algo que hayas hecho que pueda reflejar estos valores que me has estado describiendo?

“Hace algunos años, mi hermano me contó que es gay... nadie más lo sabe, solo me lo contó a mí... y para mí fue y es tan importante que haya tenido la confianza para contarme, que me haya hecho parte de eso que le estaba pasando... que rápidamente me propuse conversar más con él, entenderlo, hacerle compañía cuando se sentía más solo, porque no es un tema fácil y menos en mi familia. Y así nos fuimos acompañando y apoyándonos en esto.”

- ¿Hace cuánto fue eso?

“Hace 3 años”

- ¿Puedes pensar en alguien que haya influido en que tengas estos valores? ¿Puedes contarme un poquito sobre esta persona y la manera cómo te influyó?

“Mi hermano, él es mi pilar y compañero, el me construyó un hogar seguro en el que pueda refugiarme, en quien puedo confiar y refugiarme cuando me siento mal.”

De aquí en adelante, su hermano José se transforma en un pilar fundamental en la vida de Ana. Por primera vez, lo reconoce como un persona extremadamente importante en su vida, y además recuerda el episodio en que él le confiesa que es homosexual. Por lo tanto, Ana siente complicidad con José, ya que se da cuenta en ambos han confiado el uno en el otro para enfrentar situaciones difíciles (la homosexualidad de José es aún un secreto para la familia). José se transforma en una “válvula de escape”, un confidente y un agente motivador de cambio.

- ¿Qué ha significado en tu vida conocerle? o ¿Hay alguna forma particular en la que esta persona contribuyó a tu vida?

“Uff es mi todo, mi compañero de batallas. Me permitió ver la vida más bonita, más alegre, me enseñó lo que disfrutar las cosas simples y sobre todo lo que es el amor incondicional.”

- ¿Si él estuviera escuchando esta conversación acerca de los valores importantes para ti, qué crees que pensaría?

“Yo creo que se sorprendería, nuestra relación antes no era buena pero siempre ha sido mi hermano mayor, mi ejemplo a seguir y a quien no le fallaría. Se emocionaría mucho, me abrazaría y lloraríamos juntos... nos queremos mucho pero a veces somos poco comunicativos con nuestros afectos.”

- ¿Qué podría significar para él (o su vida) escucharte hablar de estos valores que han sido importantes para ustedes dos?

“Yo creo que dimensionaría recién cuanto lo amo y lo importante que es para mí.”

- ¿Cómo está yendo esta conversación? ¿Está bien si te hago otras preguntas más?

“Si... (Con los ojos llorosos) no me había dado cuenta de lo importante que es mi hermano para mi... saliendo de acá lo voy a llamar...”

El tema de la comunicación intra familiar, cobra sentido en esta etapa, Ana se da cuenta que en general entre su familiares las cosas nunca se han dicho ni se han enfrentado de frente, la separación de sus padres, la enfermedad de su madre, la homosexualidad de su hermano y la bulimia que la aqueja. Si bien todos sospechan que algo no anda bien, nadie se atreve a preguntarlo directamente y lo mismo pasa con los sentimientos entre ellos. En esta línea, Ana toma conciencia por primera vez de lo importante que es su hermano para ella, de lo significativo que ha sido para que haya tomado la decisión de estar en terapia y del gran apoyo que puede encontrar en él. En este punto, es importante resaltar la misión que cumplía la bulimia en la vida de Ana, aislándola de toda actividad social y familiar.

- ¿Me puedes contar de qué manera estos valores se conectan con cualquier esperanza que tengas para tu trabajo/vida?

“Poder formar una vida transparente y en compañía, no sentirme con una mochila tan grande que debo cargar yo sola.”

- ¿Si permaneces conectado a estos valores que has estado describiendo, qué podrías hacer en el futuro que sea un ejemplo de esto?

“Ser abierta con mis problemas y sentimientos, no sentirme en la obligación de estar o aparentar estar siempre bien. Mostrar que soy humana y me quiebro, tengo problemas y lloro.”

Ya casi al término de la terapia, Ana logra liberarse de la culpa, de sentirse que es un problema para todos.

A través del proceso de externalización, deja de sentir que ella es el problema, se libera de esa

carga y comprende que está siendo “atacada” por un problema y que por lo tanto, puede enfrentarlo y salir victoriosa. Por otro lado, a través, de los ejercicios de reautoría y re-membresía, comprende que además de no ser culpable, puede pedir ayuda, puede mostrarse sin caretas y puede encontrar refugio y apoyo en su familia nuclear y más adelante en su grupo de amigas más cercano.

- ¿De qué podrían darse cuenta otras personas si continúas dando pasos en la dirección de que has descrito?

“Se darían cuenta que soy una persona frágil y sensible, a diferencia de la Paulina fría, autosuficiente e indestructible que aparento ser.”

- Nos acercamos al fin de la conversación ¿hay algo que quisieras decir sobre lo que te llevas de esta conversación?

“La vida en compañía es mucho más linda y los problemas mucho más simples. Tenía una coraza enorme de la que no era consciente, es la forma que conocía de sobrevivir. Mi próximo objetivo es hacer parte a mi papá de este proceso, contarle lo que me pasa y solicitar su ayuda. Él es un punto importante en mi vida.”

En la sesión número 17 invitamos al padre de Ana, Juan, a asistir a una sesión en conjunto, instancia donde Ana le cuenta a Juan, a través de una carta, el motivo real de la terapia (bulimia) y cómo ha sido el proceso hasta ahora. Juan reacciona emocionado y sorprendido y nos ofrece toda la ayuda que sea necesaria de su parte para enfrentar juntos este problema. Ana se siente tranquila, segura y confiada que con todo el apoyo que ahora tiene podrá superar este problema y podrá descansar de mentir y/u omitir información respecto de su salud y estados de ánimo.

12. SEGUIMIENTO

Luego de un año y ocho meses de terapia, coincidimos con Ana que era momento de que siguiera sola, había avanzado mucho, contaba con una red amplia de personas que se preocupaban de ella y la cuidaban. Por otro lado, había logrado desprenderse de la sensación de culpa, ahora se hace responsable de sus actos y decisiones. En este sentido, pudo “relajarse” en torno al tema de la comida, logra salir con amigos, comer en restaurant de forma normal y disfrutar cuando lo hace.

Actualmente Ana se encuentra titulada de la carrera de tecnólogo médico y está inmersa en el mundo laboral ejerciendo su profesión en una clínica de Santiago.

Ya ha pasado un año desde que finalizamos nuestro lazo terapéutico, y a modo de celebración y a modo de ceremonia de definición y de cierre total del proceso, le solicito a Ana que me escriba contándome como ha estado este tiempo y cómo siente, ahora que ha pasado el tiempo, su experiencia del proceso que vivimos juntas. A los pocos días recibo un correo el cual me permite hacer público:

“Estimada Camila, te escribo y me doy cuenta que ya ha pasado un año desde que cerramos nuestras sesiones psicológicas y obvio que feliz te escribo para contarte y agradecer todo lo que forjaste en mí, la confianza y paciencia que me tuviste por casi 2 años. Han pasado muchas cosas en mi vida este tiempo sin vernos, y lo que más me hace feliz es que la mayoría son cosas buenas y alegres. ¿Te acuerdas de las primeras veces en que nos veíamos, donde todo lo que te contaba era triste, angustiante y sin esperanza alguna? Bueno ahora es todo lo contrario, me siento libre, me siento contenta y por sobre todo, me siento linda... linda!!! ¿Lo puedes creer? Yo a penas me la creo jajaja. A fines del año pasado me titulé de tecnólogo médico y altiro encontré trabajo... yo que estaba tan nerviosa cuando conversábamos porque pensé que no me la iba a poder ni con

los ramos ni después con un trabajo formal. Y ha sido todo lo contrario, me he sentido segura en todos los pasos que he ido dando, de verdad gracias Camila, sobre todo porque siento que fue un trabajo en conjunto, nunca me impusiste nada y no me juzgaste... Seguiste mis tiempos... nada que ver con mis experiencias anteriores con psicólogos y psiquiatras que se creían dioses y solo me criticaban.

Hasta el día de hoy, hay algunas cosas que me dan vuelta en mi cabeza y las quiero mantener conmigo siempre. Primero, cambiar las palabras de culpa a responsabilidad, eso fue un gran peso que me sacaste de encima y me ha hecho muuuucho sentido, de hecho se lo digo a mis amigas cuando las escucho hablar de la culpa, que claramente no las lleva a nada. Lo otro fue verme como un agente y no como un paciente que espera que las cosas pasen.

Y lo más relevante de todo y que nunca olvidaré, fue cuando empezamos a sacar a la bulimia de mí, a darle un nombre, un tono de voz, a transformarla en alguien que me invadía, eso fue muy heavy, porque me di cuenta que los problemas son eso, son problemas externos a mí, entendí que no soy yo el problema y que cual batalla, debo combatirlos a como de lugar. De verdad gracias de nuevo.

Sin lugar a dudas, el tiempo de la terapia fue una de las más bakanes experiencias que he tenido en la vida, de verdad llegué sin ninguna expectativa pensando que sería más de lo mismo. No fue fácil, y eso te consta pero fuimos tan porfiadas que le doblamos la mano a esta maldita bulimia y anorexia que no me dejaban tranquila desde los 12 años. Las relaciones con mi familia están mucho mejor, mi mamá está muy bien, me cuida, ya está casi sin medicamentos asique podemos conversar, salir a pasear y tomarnos un helado. Mi hermano sigue siendo mi confidente y yo el de él, me di cuenta de lo mucho que lo quiero y de lo importante que es para mí. Y mi papá aprendí a quererlo tal como es, ya no siento rencor por las cosas que me dijo, ni por darme poca

atención, he aprendido a quererlo así, con lo bueno y lo malo y al mismo tiempo creo que él ha hecho lo mismo conmigo. Ufff la sesión con él también fue increíble, la recuerdo y se me pone la piel de gallina, ahí lo vi “humano” jaja con sentimientos y con preocupación por mí. Me di cuenta que somos demasiado parecidos y por eso chocamos, pero también me di cuenta que nos queremos demasiado.

Y bueno, eso ha sido mi vida, muuuuucho mejor que la que tenía hace 3 años atrás, ahora me siento más preparada para tener pareja y si dios quiere formar una familia... deseo que he tenido desde que soy chica y que ahora por primera vez en la vida lo veo posible (si es que encuentro pareja jajaja).

Muchas bendiciones para ti y tu familia, eres una gran persona y profesional... me salvaste!!!
Ana.

12.1 Análisis de la carta de seguimiento

En la carta escrita por Ana, se observan varios puntos de cambio en relación al comienzo de la terapia. En primer lugar, manifiesta seguridad en las acciones que está llevando a cabo y por sobre todo optimismo acerca de lo que viene. Ya no está marcada por la sensación de fracaso e inseguridades que la acechaban en un comienzo. Por otro lado, Ana hace alusión a sentirse por primera vez protagonista de su vida, a sentirse movilizada a hacer cosas por ella y a no dejar que las cosas sucedan sin intervenir. Esto la posiciona y la protege de futuros retrocesos o problemas que puede enfrentar ya que se siente capaz de combatir los problemas que tenga, entendiendo que el problema no es ella sino algo externo que la aqueja, siendo este el fin principal del proceso de externalización vivido en terapia. Por otro lado destaca un punto que para la terapia narrativa es

crucial y dice relación con la relación horizontal terapeuta-consultante, donde el terapeuta no indica que hacer sino que el proceso terapéutico es un proceso en conjunto de co construcción.

Hace referencia también a su hermano como confidente y amigo, objetivo que tuvimos al utilizar el mapa de re membresía, en donde la idea es sentirse parte de un club, en donde no está sola y puede encontrar apoyo y contención en su red más cercana.

Ana fue capaz de reescribir su historia, esta vez con personajes amigables y que le brindan protección y seguridad. Pudo descubrir y desarrollar algunas herramientas personales que desconocía y que hoy las utiliza para lograr sus objetivos. Perdió la desesperanza inicial, se valora y esta vez la historia que cuenta se relaciona con su identidad, tiene sentido para ella y para lo que quiere construir en el futuro; se proyecta y se imagina en compañía, no sola, se imagina contenta y no angustiada, se imagina capaz y no desvalida.

En resumen podemos observar un empoderamiento desde los propios recursos de Ana, reforzando su propia identidad, agenciándola sobre su propia vida y alejando finalmente la enfermedad de ella.

13. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Mediante el caso expuesto en este trabajo de tesis, se ilustró el proceso terapéutico de Ana, una joven que desde los 12 años convivía con trastornos alimenticios, pasando de la bulimia a la anorexia. Los resultados terapéuticos fueron positivos, la evidencia se puede ver en las intervenciones terapéuticas, basadas en conversaciones de reautoría que cada cierto tiempo se fueron realizando, con el fin de ir plasmando mediante una misma estructura de conversación la evolución del proceso.

No fue fácil desde ni un punto de vista, el desafío era grande ya que continuamente escuchamos hablar de estos trastornos y generalmente, las curas se asocian a proceso de hospitalización y técnicas agresivas de tratamiento médico. En este caso, el proceso se basó desde una ética autónoma y no heterónoma; no hicimos lo que dicen los manuales médicos que se debe hacer con todas las personas con trastornos alimentarios, por el contrario, hicimos lo que para Ana era significativo, lo que tenía sentido con su historia, con su experiencia previa y de acuerdo al proceso que estábamos viviendo y co construyendo en la terapia.

Por otro lado, resulta relevante destacar el cambio de visión de la terapia narrativa de un terapeuta experto a uno no experto, partiendo de la primera diferencia en donde quien acude a terapia ya no es llamado paciente si no que consultante o “coautor” del proceso de terapia (White, 2004). Con este término se cuestiona la posición del terapeuta como experto y, por tanto, se cuestiona su superioridad explícita e implícita sobre la persona que busca su ayuda. Coautor es quien ayuda al terapeuta a comprender la situación desmontando los prejuicios inherentes a la profesión, a la raza, a la clase social, al género, etc., facilitando la auto descripción del problema. En este caso, se puede ver reflejado en la carta de seguimiento, Ana se fue sintiendo experta de su

propia vida, y esta posición facilitó y fomentó su agencia personal hacia la toma de decisiones y acciones coherentes con sus preferencias valóricas.

En este punto quisiera detenerme y comentar el valor de tratar un trastorno tan conocido como bulimia y anorexia, de los cuales aún no se experimente de forma masiva con terapias alternativas al tratamiento médico clásico (hospitalización y en el mejor de los casos terapia cognitivo conductual).

En el caso de este estudio, Ana traía el prejuicio del rol del psicólogo y/o psiquiatra como “otra más que me dirá qué hacer y me dará remedios que me dejarán dopada gran parte del día”. La sensación de ser juzgados por los profesionales de la salud en este tipo de trastornos es muy alta, y esto sumado a la baja autoestima que de base poseen este tipo de consultantes genera un proceso no muy alentador. En este sentido, en coherencia a la posición crítica de las terapias postmodernas y de acuerdo a mi experiencia como terapeuta, el carácter estigmatizador de los diagnósticos puede resultar bastante perjudicial para los procesos de mejora del consultante, ya que genera que el consultante deba cargar, además de su problema, con un cartel que le remarca continuamente lo que tiene, con un problema relacionado a su persona y con el cual es clasificado/ sin distinción ni individualización con algún problema estándar. En el caso de Ana, fue diagnosticada a muy temprana edad (14 años) con depresión, diagnóstico que la siguió durante 8 años y efectivamente la hacía sentirse enferma y avergonzada.

De aquí la importancia y la colaboración al tratamiento de trastornos de este tipo desde la terapia narrativa, proceso en donde las personas son escuchadas, tomadas en cuenta e invitadas a ser protagonistas de sus historias preferidas al margen de sus problemas; reagenciándolas y rescatándolas de los efectos alienantes de los trastornos mentales que “padecen”.

Un trabajo en conjunto, con un trato horizontal, donde el terapeuta va guiando el proceso, nunca imponiendo el camino, facilitando un proceso de empoderamiento hacia el enfrentamiento de los problemas. En este punto me gustaría hacer referencia y asemejar el proceso de terapia a pequeños “actos de resistencia”, concepto acuñado por Foucault en los años 60’. La terapia narrativa vista de esta forma es un conjunto de pequeños actos de resistencia que consisten en estrategias de oposición a una realidad que se asume como natural. Se plantea una terapia fuera de los criterios tradicionales de las prácticas biomédicas; es una nueva forma de enfrentarse a estos problemas. Desde la teoría foucaultiana, sería una resistencia activa, creativa, cuya principal herramienta estaría en prácticas que permitan “desprenderse” de uno mismo, liberarse de la actual subjetividad para construir una nueva y diferente. A estas últimas, Foucault las denomina “prácticas de sí”, y consisten en pequeñas modificaciones en torno a prácticas convencionales y culturalmente establecidas con el fin de generar nuevas prácticas y por ende, nuevas formas de subjetivación.

Como terapeutas, nuestra función es ir activando, a través de preguntas, las respuestas a los problemas, respuestas que nacen desde el mismo consultante y que, en consecuencia, generan un impacto positivo muy grande.

Por otro lado, la terapia narrativa nos brinda ciertas herramientas para ir avanzando en el proceso, como los son los mapas terapéuticos. En este caso en particular, las conversaciones de reautoría fueron parte de la metodología para ir plasmando y profundizando el avance de la terapia. La recopilación de la información se fue dando dentro de las mismas sesiones, de forma poco invasiva y mediante un diálogo.

Finalmente, no me queda más que agradecer a Ana quien desde un comienzo aceptó de forma desinteresada participar de este estudio, y que aceptó el desafío de intervenir su problema desde

una línea totalmente distinta a lo que conocía, colaborando en todo momento y no abandonando ante el primer fracaso.

REFERENCIAS

- Adler, J.M., Skalina, L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), 719-734.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. (2002). Normas para redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 525-532.
- Carr, A. (2010). La Terapia Narrativa de Michael White. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/40653514/La-Terapia-Narrativa-de-Michael-White-Carr>
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 197-226.
- Derrida, J. (1981). *Positions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud Guadalajara. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Primera Edición 46, México, D.F
- Erickson, F. (1986). Qualitative Methods in Research on Teaching. In M. Wittrockk (Ed.), *Handbook of Research on Teaching*, 3, 119-161.
- Errandonea, M. (2012). Obesidad y trastornos de Alimentación. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(2), 165-171.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., O'Connors, M.E., Doll, H.A., Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nerviosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Flores R. (2009). *Observando Observadores: Una introducción a técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago: Ediciones Universidad Católica.

- Leitenberg, H., Rosen, J.L., Wolf, J., Vara, L.S., Detzer, M.J., Srebnik, D. (1994). Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nerviosa. *Behavoiour Research and Therapy*, 32, 37-45.
- León, M. y Castillo, M. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Granada: Formación Alcalá.
- López, L. Treasure, J. (2011). . Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(1), 85-97. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
- Magaly, D. & Cadenas, R. (2007). El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Revista Venezolana de Investigación*, 7(1), 17-26.
- Pérez, C. (2000). ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev. Esp. Salud Pública*, 74(4).
- Pirelli, E.E. (2007). From gender dysphoria towards gender euphoria: A reflection. *The International Journal for Narrative Therapy and Community Work*, (3), 67–69.
- Rodríguez, L. y Pizarro, T. (2006). Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 70-80.
- Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una Breve Introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.

- Tarragona, M. (2008). *Postmodern/Poststructuralist Therapy*. In Lebow, J. (Ed.) *21st Century Psychotherapies*. Second Edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Unikel, C., González, L., Caballero, A., Cruz, C. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 2-4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232601>
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. España: Editorial Paidós.
- White, M. (1997). *Narratives of Therapists' Lives*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: Editorial Norton.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage.

ANEXOS

Anexo 1: Conversaciones de Re-autoría

A). Conversación 1:

Escoja un evento del que esté feliz de hablar y explore.

Terapeuta (T): Por favor comienza por describir algo de lo que te sientes complacida en haber hecho.

Ana (A): *“Haber logrado un mes sin vomitar, después de 5 años de continua purgación.”*

(T): ¿Puedes contarme más sobre esto?

A: *“Fue solo una decisión que me nació y que pude llevar a cabo gracias al trabajo que venimos haciendo juntas. Además, mi situación familiar y la enfermedad de mi mamá estaban colapsándome y decidí que una de las dos debía estar “entera”, así que decidí tomar la iniciativa y proponerme a frenar esto, que siempre supe me hacía daño.”*

(T): ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió?

A: *“No sabría decir bien cuál fue el momento preciso en el que tome la decisión la verdad, creo que fue al día siguiente de una sesión que tuvimos juntas, donde me dí cuenta que no era yo la que controlaba el vómito, sino que me estaba manipulando la bulimia, fea, hedionda, mala y que se aferraba a mis miedos y debilidades... fue un vaso que se llenó de a poco, hasta que un día dije “no más!”, ahora mando yo.”*

T: ¿Había más personas allí? ¿Jugaron ellos algún rol en estos pasos que usted dio?

A: *“En ese momento no había nadie más que supiera de mi proceso a parte de tú, pero jugaron un rol fundamental, todo lo hago por y para mi familia, necesitaba colaborar más que ser una*

“preocupación” o una enferma más.”

T: ¿Podrías contarme con mayor detalle qué fue lo que hiciste?

A: *“Decidí no vomitar más y tener más control de mis acciones, además de hacer más ejercicio para fomentar mi autoestima además de bajar esos kilitos que yo siempre siento que me sobran. En conjunto hacer todo esto para yo tener mayor ánimo, energía y entrega a los demás. Intenté darme cuenta de cuáles eran los momentos que aprovechaba la bulimia para vencerme y de cuáles eran mis fortalezas que disminuían su fuerza.”*

T: ¿Hiciste algo especial para prepararte a sí mismo(a)? ¿Podrías contarme cómo te preparaste?

A: *“Lo que hice fue quitar todos los factores que me producían ansiedad, como dulces, chocolates y golosinas en general. Analicé mi vida en general y me alejé de todos los factores de riesgo o de tentación, como quedarme mucho sola o salir con más plata a la calle. Además, me preocupé más de mí, me rodeé de gente que me quiere y me hace bien, dejé de ser solitaria y apartada del grupo, me di cuenta que la soledad es un aliado de la bulimia.”*

T: ¿Qué era lo importante para ti de dar estos pasos?

A: *“Ufff fue increíble... Sentirme capaz, independiente y libre de esta bulimia que me quería hundir.”*

T: ¿Puedes ayudarme a entender por qué esto era importante para ti?

A: *“Lo mismo que lo anterior, siempre he querido sentirme libre y feliz, necesito creer que esta es mi luz de salida, que soy capaz, que me la puedo.”*

T: Cuando piensas en estas cosas que son importantes para ti ¿hay alguna frase o palabra que pueda capturar lo que has estado tratando de describirme?

A: *“Esperanza...”*

T: ¿Piensas que estas cosas dicen algo acerca de valores que son importantes para ti?

A: *“Si, para mi es importantísimo la entrega a los demás, quizás más que para mí misma, así que necesitaba hacer esto para estar 100% disponible, en cuerpo y alma. Además otro valor o característica que para mí es importante es el amor propio, y es una de las cosas que más me cuesta conseguir, haciendo esto siento que me estoy cuidando y protegiendo de un daño.”*

T: ¿Hace cuánto que estos valores han sido importantes para ti, son recientes o los has sostenido por algún tiempo?

A: *“Yo creo siempre haberlos tenido, aunque se han reforzado ahora que mi mamá esta tan enferma. La autoestima antes no era tan importante, incluso no sopesaba lo carente que estaba de ella, pero ahora siento necesitarla.”*

T: ¿Me puedes contar una pequeña historia de algo que hayas hecho que pueda reflejar estos valores que me has estado describiendo?

A: *“Yo antes de tener bulimia, tuve anorexia, era chica, y fue muy duro... incluso estuve internada. Iba en el colegio y así y todo, enferma y media depresiva seguí rindiendo en el colegio, sacándome buenas notas y tratando de no victimizarme. Esto lo hacía no tanto por mí, sino por mis papás... para que no sufrieran y no se preocuparan tanto, no quería fallarles y seguir siendo un “cacho”. Recuerda que yo tuve depresión y luego anorexia... y ahora bulimia... un cacho, por eso esto último no he querido contárselo a nadie, menos a mi familia que ya suficientes problemas tienen.”*

T: ¿Hace cuánto fue eso?...

A: *“Lo de la anorexia cuando yo tenía 12 años...”*

T: ¿Puedes pensar en alguien que haya influido en que tengas estos valores? ¿Puedes contarme un poquito sobre esta persona y la manera cómo te influyó?

A: *“Una amiga del colegio. De mi amiga creo haber admirado siempre su autoaprecio, su autocuidado y lo mucho que se quería... su confianza y entrega, espero poder alguna vez sentirme*

tan segura de mi misma y poder irradiar tanta luz como ella lo hacía. Y lo más sorprendente para mí era que ella era gordita y así y todo se sentía tan bien y se sentía tan linda...”

T: ¿Qué ha significado en tu vida conocerle? o ¿Hay alguna forma particular en la que esta persona contribuyó a tu vida?

A: *“Fue un soporte un su momento y un modelo a seguir, me encantaría vivir así de tranquila y entregada y sobre todo, aceptando como soy... porque tengo claro ahora que aunque no coma nada o vomite seguiré teniendo esta contextura, teniendo esta cara, estas pecas, este porte , etc.”*

T: ¿Si ella estuviera escuchando esta conversación acerca de los valores importantes para ti, qué crees que pensaría?

A: *“Hace tiempo que perdimos el contacto, cada una fue a su vida universitaria en distintas ciudades, pero yo creo que ella se sorprendería de cómo me influenció tanto... ahora se pondría muy contenta.”*

T: ¿Qué podría significar para ella (o su vida) escucharte hablar de estos valores que han sido importantes para ustedes dos?

A: *“Quizás le haría darse cuenta de que esa paz o amor propio que ella tiene tan integrado o este autocuidado que para ella es tan obvio, en verdad no todos lo poseemos. Y la haría sentirse aún mejor y estaría orgullosa de cómo yo logré captar esa esencia tan sana que ella transmite.”*

T: ¿Cómo está yendo esta conversación? ¿Está bien si te hago otras preguntas más?

A: *“Siii, estoy muy entretenida, uno no siempre se detiene a reflexionar acerca de lo que le pasa... y acá contigo en las sesiones yo siento que me libero... y me conozco mucho más... y me doy cuenta que no soy tan penca no fracasada como creía... Sigamos por favor!!”*

T: ¿Me puedes contar de qué manera estos valores se conectan con cualquier esperanza que tengas para tu vida?

A: *“Son mi meta futura, mi todo... yo sueño con conocer a alguien y enamorarme... tener hijos... ser feliz y así como estoy ahora no podría. Por eso, rescatar estos valores que tengo medio sepultados es vital.”*

T: ¿Si permaneces conectada a estos valores que has estado describiendo, qué podrías hacer en el futuro que sea un ejemplo de esto?

A: *“Quererme, cuidarme y disfrutar de la vida, sin preocuparme de detalles como el peso o mi imagen.”*

T: ¿De qué podrían darse cuenta otras personas si continúas dando pasos en la dirección de que has descrito?

A: *“De mi felicidad y ánimo a hacer planes y vivir experiencias nuevas.”*

T: Nos acercamos al fin de la conversación ¿hay algo que quisieras decir sobre lo que te llevas de esta conversación?

A: *“Tengo muchas expectativas en esto, mucho trabajo que hacer, no quiero fracasar. Y siento por primera vez en muchos años que por fin lo puedo (podemos) lograr... gracias Camila!!!”*

B). Conversación 2:

Por favor comienza por describir algo de lo que te has sentido complacida en haber hecho.

A: *“Me atreví a contarle a mi familia de este problema alimenticio (mamá, hermano y papá)”*

T: ¿Puedes contarme más sobre esto?

A: *“Nunca he sido lo suficientemente comunicativa, siempre oculto cosas tratando de que crean que estoy bien y que soy fuerte. Pero entendí que era necesario tener más ayuda, más contención y que necesito que se preocupen de mí...”*

T: ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió?

A: *“En mi casa, san Antonio, después de almorzar.”*

T: ¿Había más personas allí? ¿Jugaron ellos algún rol en estos pasos que usted dio?

A: *“Estaba mi mamá y mi hermano y la cuidadora de mi mamá... La cuidadora de mi mamá estaba alarmada por mi rápida baja de peso y conocía mis antecedentes de anorexia, yo me desesperé un poco y decidí contarles que la dieta es porque, si como de más me dan ganas de vomitar. Ya estaba aburrida de esconder lo que me pasaba.”*

T: ¿Podrías contarme con mayor detalle qué fue lo que hiciste?

A: *“Luego de escuchar la preocupación de Luisa (cuidadora de mi mamá) en una conversación que tenía con mi hermano mientras yo “dormía”, decidí transparentar todo para que no se generara preocupaciones innecesarias.”*

T: ¿Hiciste algo especial para prepararte a sí mismo(a)? ¿Podrías contarme cómo te preparaste?

A: *“La verdad es que no tuve mucho tiempo de prepararme, al día siguiente les conté sin pensarlo mucho, o si no me arrepentiría.”*

T: ¿Qué era lo importante para ti de dar estos pasos?

A: *“Buscar soporte y comprensión en mi proceso.”*

T: ¿Puedes ayudarme a entender por qué esto era importante para ti?

A: *“No quería que se preocuparan por una supuesta anorexia cuando lo que yo estoy haciendo es cuidarme para no caer en la bulimia. Son medidas que estoy tomando para un fin último. No quería generar más preocupación ahora que efectivamente me siento y estoy mucho mejor.”*

T: Cuando piensas en estas cosas que son importantes para ti ¿hay alguna frase o palabra que pueda capturar lo que has estado tratando de describirme?

A: *“Compañía”*

T: ¿Piensas que estas cosas dicen algo acerca de valores que son importantes para ti?

A: *“Si, la necesidad de confianza y comunicación. Yo no cuento nada a nadie, a nadie! Me lo guardo todo para mí.”*

T: ¿Hace cuánto que estos valores han sido importantes para ti, son recientes o los has sostenido por algún tiempo?

A: *“Siempre han sido importantes, pero no los practicaba. Antes no sentía la necesidad de contar todo, ya que quería o me creía capaz de solucionar las cosas sola, no quería hacer más problemas.”*

T: ¿Me puedes contar una pequeña historia de algo que hayas hecho que pueda reflejar estos valores que me has estado describiendo?

A: *“Hace algunos años, mi hermano me contó que es gay... nadie más lo sabe, solo me lo contó a mí... y para mí fue y es tan importante que haya tenido la confianza para contarme, que me haya hecho parte de eso que le estaba pasando... que rápidamente me propuse conversar más con él, entenderlo, hacerle compañía cuando se sentía más solo, porque no es un tema fácil y menos en mi familia. Y así nos fuimos acompañando y apoyándonos en esto.”*

T: ¿Hace cuánto fue eso?

A: *“Hace 3 años”*

T: ¿Puedes pensar en alguien que haya influido en que tengas estos valores? ¿Puedes contarme un poquito sobre esta persona y la manera cómo te influyó?

A: *“Mi hermano, él es mi pilar y compañero, el me construyó un hogar seguro en el que pueda refugiarme, en quien puedo confiar y refugiarme cuando me siento mal.”*

T: ¿Qué ha significado en tu vida conocerle? o ¿Hay alguna forma particular en la que esta persona contribuyó a tu vida?

A: *“Uff es mi todo, mi compañero de batallas. Me permitió ver la vida más bonita, más alegre, me*

enseñó lo que disfrutar las cosas simples y sobre todo lo que es el amor incondicional.”

T: ¿Si él estuviera escuchando esta conversación acerca de los valores importantes para ti, qué crees que pensaría?

A: *“Yo creo que se sorprendería, nuestra relación antes no era buena pero siempre ha sido mi hermano mayor, mi ejemplo a seguir y a quien no le fallaría. Se emocionaría mucho, me abrazaría y lloraríamos juntos... nos queremos mucho pero a veces somos poco comunicativos con nuestros afectos.”*

T: ¿Qué podría significar para él (o su vida) escucharte hablar de estos valores que han sido importantes para ustedes dos?

A: *“Yo creo que dimensionaría recién cuanto lo amo y lo importante que es para mí.”*

T: ¿Cómo está yendo esta conversación? ¿Está bien si te hago otras preguntas más?

A: *“Si... (Con los ojos llorosos) no me había dado cuenta de lo importante que es mi hermano para mi... saliendo de acá lo voy a llamar...”*

T: ¿Me puedes contar de qué manera estos valores se conectan con cualquier esperanza que tengas para tu trabajo/vida?

A: *“Poder formar una vida transparente y en compañía, no sentirme con una mochila tan grande que debo cargar yo sola.”*

T: ¿Si permaneces conectado a estos valores que has estado describiendo, qué podrías hacer en el futuro que sea un ejemplo de esto?

A: *“Ser abierta con mis problemas y sentimientos, no sentirme en la obligación de estar o aparentar estar siempre bien. Mostrar que soy humana y me quiebro, tengo problemas y lloro.”*

T: ¿De qué podrían darse cuenta otras personas si continuas dando pasos en la dirección de que has descrito?

A: *“Se darían cuenta que soy una persona frágil y sensible, a diferencia de la Paulina fría, autosuficiente e indestructible que aparento ser.”*

T: Nos acercamos al fin de la conversación ¿hay algo que quisieras decir sobre lo que te llevas de esta conversación?

A: *“La vida en compañía es mucho más linda y los problemas mucho más simples. Tenía una coraza enorme de la que no era consiente, es la forma que conocía de sobrevivir. Mi próximo objetivo es hacer parte a mi papá de este proceso, contarle lo que me pasa y solicitar su ayuda. Él es un punto importante en mi vida.”*

C). Conversación 3:

Por favor comienza por describir algo de lo que te has sentido complacida en haber hecho.

A: *“Quiero aceptarme como soy, amar y disfrutar de la vida sin perder el tiempo en pensamientos y preocupaciones innecesarias.”*

T: ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió?

A: *“Estaba en mi pensión preocupada porque no he tenido el progreso que todos esperan, he adelgazado mucho y ahora estoy pasando a anorexia. Sentía que se me está pasando mi 5to año de universidad muy rápido y no alcanzo a disfrutarlo.”*

T: ¿Había más personas allí? ¿Jugaron ellos algún rol en estos pasos diste?

A: *“No había nadie más ahí, solo fue algo que conversé con mi hermano en un momento de mucha pena y frustración.”*

T: ¿Podrías contarme con mayor detalle qué fue lo que hiciste?

A: *“Luego de mucho llorar llamé por celular a mi hermano, le conté mi pena y cansancio, hay momentos en que por más que me esfuerce en hacer las cosas bien no me resultaba. Es así como*

me di cuenta que era una persona derrotista y víctima, había que cambiar la forma en que pensaba.”

T: ¿Hiciste algo especial para prepararte a sí misma? ¿Podrías contarme cómo te preparaste?

A: *“Evalué la forma en que veía la vida, trate de dejar atrás todas mis carencias y enfocarme en las cosas que tenía, como una familia amorosa y oportunidades de ser feliz. Muchos de mis pensamientos negativos son aprendidos, debo cerrar el ciclo depresivo y mirar hacia adelante.”*

T: ¿Qué era lo importante para ti de dar estos pasos?

A: *“Disfrutar mi último año y evolucionar.”*

T: ¿Puedes ayudarme a entender por qué esto era importante para ti?

A: *“Necesito sentir que evoluciono, crearme una persona que logra lo que se propone, mi vida ha estado llena de logros que solo yo puedo apreciar.”*

T: Cuando piensas en estas cosas que son importantes para ti ¿hay alguna frase o palabra que pueda capturar lo que has estado tratando de describirme?

A: *“Libertad”*

T: ¿Piensas que estas cosas dicen algo acerca de valores que son importantes para ti?

A: *“Autoestima.”*

T: ¿Hace cuánto que estos valores han sido importantes para ti, son recientes o los has sostenido por algún tiempo?

A: *“El amor propio siempre ha sido importante para mí, más aun al sentirlo por mucho tiempo como algo lejano e inalcanzable.”*

T: ¿Me puedes contar una pequeña historia de algo que hayas hecho que pueda reflejar estos valores que me has estado describiendo? ¿Hace cuánto fue eso?

A: *“No tengo una historia en particular, solo mi infancia (9 o 10 años). De niña tenía mucha*

personalidad, me encantaba bailar, sonreír, actuar... me amaba mucho y sentía que podía tocar el cielo, siempre dispuesta a disfrutar y hacer panoramas (incluyendo comer cosas que me gustaran).

T: ¿Puedes pensar en alguien que haya influido en que tengas estos valores? ¿Puedes contarme un poquito sobre esta persona y la manera cómo te influyó?

A: *“Mi abuela materna. La influencia no fue muy positiva, más bien ella representa lo que no quiero llegar a ser. Últimamente he sentido que tengo muchas similitudes con ella, la que es una persona solitaria, triste, resentida y llena de complejos y autocompasión. Quiero ir por un camino distinto.”*

T: ¿Qué ha significado en tu vida conocerle? o ¿Hay alguna forma particular en la que esta persona contribuyó a tu vida?

A: *“Nuestra relación por diversos factores no ha sido muy buena, sin embargo la quiero mucho y de verdad lamento que no haya tenido las oportunidades que yo he tenido para ver la vida distinta.”*

T: ¿Si ella estuviera escuchando esta conversación acerca de los valores importantes para ti, qué crees que pensaría?

A: *“Le daría mucha pena, después de todo mi mayor miedo es terminar triste como ella.”*

T: ¿Qué podría significar para ella (o su vida) escucharte hablar de estos valores que han sido importantes para ustedes dos?

A: *“No sabría decirlo, pero me gustaría que me escuchara y entendiera, juntas podemos disfrutar la vida y sonreír por todo lo que tenemos.”*

T: ¿Cómo está yendo esta conversación? ¿Está bien si te hago otras preguntas más?

A: *“Sii, porque también me permite darme cuenta de qué es lo que no quiero ser... eso también es importante, porque me he dado cuenta que la familia pesa más de lo que uno cree, para bien o*

para mal.”

T: ¿Me puedes contar de qué manera estos valores se conectan con cualquier esperanza que tengas para tu trabajo/vida?

A: *“Es la forma en que quiero vivir la vida, feliz y llena de luz. El peso es un problema menor, las alegrías no están en una pesa.”*

T: ¿Si permaneces conectado a estos valores que has estado describiendo, qué podrías hacer en el futuro que sea un ejemplo de esto?

A: *“Mantener mi pensamiento positivo y de a poco integrarlo en mi vida, luego ya será algo natural.”*

T: ¿De qué podrían darse cuenta otras personas si continuas dando pasos en la dirección de que has descrito?

A: *“De mi paz interna, transmitiré que soy feliz con lo que tengo.”*

T: Nos acercamos al fin de la conversación ¿hay algo que quisieras decir sobre lo que te llevas de esta conversación?

A: *“Ahora que llevamos un buen tiempo juntas, en terapia, conversando, me doy cuenta que el peso es solo una arista de mi continua búsqueda de libertad, de sentirme que soy linda y puedo hacer lo que quiera, hoy me di cuenta que la vida es mucho más que eso y que hay que dar gracias por lo que se tiene, no perder tiempo en amarguras.”*

Anexo 2: Cuestionario Historias de Psicoterapia

¡Hola Ana!

El presente cuestionario tiene por objetivo consultarte por tu experiencia de haber pasado por psicoterapia. A continuación te pediré que me describas cinco escenas específicas relacionadas con el trabajo que realizamos juntos en psicoterapia. Te pido que escribas lo más detalladamente posible de cada escena, lo que piensas de ella y lo que significa.

Piensa como si estuvieras contándole a alguien a través de una carta cada escena.

¡Comencemos!

1. El problema: cuenta una escena específica en la cual el problema presente fue especialmente claro o vívido.

Hace más de 6 años que tengo bulimia, antes pasé por la anorexia y así me lo he llevado prácticamente toda mi vida. Siempre he sido un “cacho” para mi familia, dando más problemas que alegrías, puras preocupaciones, gastos económicos y malos ratos. Por eso, cuando empecé con el tema de la bulimia decidí ocultarlo (además es más fácil esconderlo que la anorexia). No quería que se preocuparan por mí, quería intentarlo sola. Bueno, de esto ya van 6 años, donde pensé que tenía el control de los vómitos, sin embargo, llevo un tiempo intentando dejar de vomitar y no he podido lograrlo. Siento y me doy cuenta que perdí el control de esto, no puedo sola y no quiero pasarle este peso a mi familia, menos ahora que mi mamá está tan enferma y mal, por eso acepté venir a terapia y recibir ayuda. Además, no me quiero morir, e investigué acerca de esto y entendí que la bulimia no controlada es muy dañina y no controlada incluso puede llegar al a

muerte... tengo miedo, mucho miedo, no me quiero morir... quiero casarme y tener hijos y con esto no lo lograré nunca. Me siento fea, gorda y que no sirvo para nada. Además, mis compañeras de universidad ya están sospechando que algo me sucede, me preguntan cada vez más acerca de que me pasa y eso me tiene muy angustiada porque estoy segura que al igual que mi familia no entenderían lo que verdaderamente me está pasando.

2. La decisión: cuenta la escena específica en la cual decidiste que irías a terapia para abordar el problema.

No recuerdo la vez exacta, pero al estar tan consciente de mi problema y de mi frustración y autodesprecio, conversé con a mi hermano, no le conté lo que me pasaba exactamente, pero él me conoce y supo que era algo serio, entonces me invitó a probar un proceso terapéutico con un psicólogo.

3. Sesión más importante: cuenta una sesión que reconozcas como la más significativa o importante.

La sesión más significativa para mí fue la vez que mi papá asistió y Camila me ayudó a transparentarle todo lo que pasaba conmigo, a pesar de sentirme completamente expuesta, fue un peso que me saque de encima, por fin me di a conocer sin tapujos, exponiendo todas mis debilidades. Si bien esto sucedió casi al finalizar la terapia, no podría haber sido antes, ya que necesité darme cuenta de que necesitaba a más personas importantes para mí para poder salir adelante... antes no lo habría podido hacer.

4. Otra sesión importante: otra sesión diferente de la anterior que también reconozcas como importante.

Otra sesión muy importante fue cuando entendí que yo no era el problema, sino que era la bulimia (nombre con que bautizamos a mi problema) quien me atacaba durante años. Eso me ayudó a ponerme en una posición de combate y no de agonía como lo venía haciendo antes. Antes peleaba contra mí misma, porque yo era el problema, ahora podía empezar a pelear contra “otro” que me producía daño, y eso me hizo mucho más sentido y me dio muchas más fuerzas y claro, me quitó un gran peso de encima.

5. Un final: cuenta una escena específica que describa el final de la terapia o después cuando los logros de la terapia fueron claros o quedaron demostrados.

No tengo una escena específica, solo puedo decir que cada vez que me doy a conocer, me alegro, participo, sociabilizo, me expreso y entrego amor, recuerdo lo mucho que esto me costaba antes de mi terapia, del montón de corazas que ponía sobre mí.

6. Otra escena (opcional): si quieres agregar otra escena más, descríbela aquí.

Podría agregar aquel día en que cumplí un año sin vomitar, fue un logro tan satisfactorio y anhelado que aún me enorgullece.

Anexo 3: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE DE ESTUDIO DE CASO

El propósito de la presente ficha de consentimiento es proveer al consultante del proceso de psicoterapia descrito en el presente estudio de caso una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en él como participante.

La presente investigación es conducida por Camila Francisca Genovese Gálvez, alumna del Magíster en Psicología Clínica mención en psicoterapia constructivista y construccionista de la Escuela de Psicología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. La meta de este estudio de caso es describir el proceso de psicoterapia, dar cuenta de los logros y aproximación terapéutica utilizada con el objeto de proponer una forma de colaborar con los tratamientos de trastornos alimentarios. La realización de este proyecto dice relación con la presentación de la tesis para obtener el grado de Magíster en psicología Clínica.

Si accedes a participar en este estudio, se compartirán en el estudio de caso las conversaciones de reautoría (de revisión de los avances) que grabamos durante las sesiones y la carta final de seguimiento del proceso.

Tal como establecimos previo acuerdo, se resguardaran las identidades a través de cambio de nombres de personas e instituciones que los relacionen. Además, los resultados de la investigación podrán ser publicados siempre cuidando la confidencialidad de las personas involucradas

Si tienes alguna duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él. Igualmente, puedes retirarte del proyecto en cualquier momento sin que eso te perjudique. Desde ya te agradezco tu participación.

De acuerdo con los términos anteriores: Acepto participar voluntariamente en este estudio de caso patrocinado por la Universidad de Valparaíso, el que será conducida por la alumna Camila Francisca Genovese Gálvez, de dicha institución de educación superior, para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. He sido informada de que este es un trabajo de tipo académico cuya meta es describir el proceso de psicoterapia, dar cuenta de los logros y aproximación terapéutica utilizada con el objeto de proponer una forma de colaborar con tratamientos de trastornos alimentarios.

Me han indicado también que se compartirán en el estudio de caso las conversaciones realizadas durante las sesiones y la carta final de seguimiento. He sido informada de que si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él. Igualmente, puedo retirarte del proyecto en cualquier momento sin que eso me perjudique. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador mediante el correo electrónico camila.genovese@uv.cl o al supervisor guía de esta investigación, carlos.varas@uv.cl, fono 2508775.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, una copia del reporte de la tesis y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al investigador al correo mencionado anteriormente.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha