



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NO LE LLEVO FLORES AL PASADO: UNA INTERVENCIÓN NARRATIVA EN UN CASO DE BULIMIA

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. MAURICIO ALBERTO BOLIO LAVIADA

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA DE
ADULTOS**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. DORA ADOLFINA AYORA TALAVERA

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 924731 durante el periodo agosto 2018-Julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

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

“Te voy a contar una historia, la mía y la de mi misma, cuando afronté la Bulimia”
(Mariana)

Yo, por otro lado, contaré la historia de la terapia, de cuando la Bulimia se fue de viaje. (Mauricio)

Agradecimientos

Dar las gracias es siempre un mérito cotidiano, pues sucede en lo más trivial de la vida, incluso. Ser agradecido, es vivir con la convicción de que necesitamos de alguien más para la consecución de nuestros objetivos. No podría yo concebir esta tesis sin ser lo suficientemente agradecido, y tal vez me quede corto.

En primera instancia, a la Universidad Autónoma de Yucatán y a la Facultad de Psicología por adoptarme como estudiante desde la licenciatura hasta ahora que termino la maestría, estoy seguro que de alguna forma nos volveremos a encontrar.

Gracias también, a todos los maestros que estuvieron involucrados en este trabajo de alguna u otra forma, a Dora, a Silvia, a Marita y a Teté por su retroalimentación siempre puntual y sus ganas de verme crecer en este ámbito de mi vida.

Por supuesto el agradecimiento va también para mi familia, que siempre esta al pendiente de mis nuevos retos. Gracias Kiki, porque la motivación nunca me hizo falta en estos dos años.

Por último, pero no menos importante, gracias Mariana por querer contar tu historia, por seguirme en la locura de adentrarse en los relatos y darle sentido desde mis ojos y mi entender a todas tus vivencias.

Resumen

La terapia narrativa busca analizar y deconstruir las historias dominantes o saturadas del problema en la vida de las personas, favoreciendo que emerjan discursos alternativos a los ya utilizados y que guían el andar de las personas en su día a día. De acuerdo a esta premisa, este estudio de caso clínico único tiene por objetivo presentar una intervención desde este enfoque de terapia en un caso de bulimia, como alternativa al trabajo con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La terapia se llevó a cabo como parte de mi consulta privada, donde acompañé a una joven de 22 años de edad, quien, a partir de las conversaciones externalizadoras, el uso de metáforas y los mismos recursos de la cliente, nos llevaron a introducir historias alternas donde la presencia de la Bulimia dejó de ser necesaria, logrando en ella, una nueva visión de sus propias relaciones interpersonales.

Palabras clave: bulimia, terapia narrativa, estudio de caso.

Índice

Introducción.....	10
Capítulo 1. Discurso social dominante.....	11
1.1 El discurso dominante de Mariana antes de la terapia.....	11
1.2 Otros discursos sociales dominantes.....	16
1.2.1 Historia sobre el desarrollo humano.....	16
1.2.2 Prácticas asociadas a los discursos dominantes.....	17
1.2.2.1 Lo que nos dicen de la Bulimia.....	20
1.2.3 Modelos de intervención.....	24
1.2.3.1 Psicoanálisis.....	25
1.2.3.2 Cognitivo Conductual.....	26
1.2.3.3 Terapia familiar sistémica.....	29
1.2.3.4 Terapia narrativa.....	33
Capítulo 2. Explorando historias alternas.....	38
2.1 Presentación de los personajes de esta historia.....	38
2.2 ¿Qué implica la práctica narrativa?.....	39
2.3 El proceso de contar esta historia.....	41
Capítulo 3. Mi encuentro con Mariana y la Bulimia.....	44
3.1 Relación con la Bulimia.....	44
3.2 Relación con su madre.....	62
3.3 Relación con Cris (mejor amiga).....	69
3.4 Relación consigo misma.....	76

Capítulo 4. ¿Dónde converge la teoría?.....	85
4.1 Análisis de la historia de la terapia y conclusiones.....	85
Capítulo 5. Nuevas historias.....	93
5.1 ¿Qué sucedió después?.....	93
Referencias.....	97
Anexos.....	102

Introducción

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018) de cada 10 casos de anorexia y bulimia, nueve son mujeres, quienes van de los 12 a los 25 años de edad aproximadamente y como consecuencia de este estilo de vida en particular desarrollan otras enfermedades que pudieran llevarlas incluso hasta la muerte, sin embargo, otros trastornos como la obesidad, el cual abarca el 40% de las mujeres de más de 20 años (ENSANUT, 2018), ha desviado la atención de los trastornos previamente mencionados.

No obstante, en 2019, en la Cámara de Diputados de México se ha promovido generar políticas públicas para erradicar la presencia de los trastornos alimenticios a partir de tratamientos multidisciplinarios, ya que hasta 10 por ciento de las mujeres tienen algún grado de trastorno en su forma de comer (Cámara de Diputados de 2019, pág. 1). Por lo tanto, realizar este trabajo representa para mí una manera de volver a mirar todo lo que implica vivir con Bulimia, y poder entender a otra parte de la población, y en especial a Mariana.

A lo largo de este documento podrás encontrar la investigación, intervención y análisis que realicé en un proceso terapéutico; inicia con una breve historia de Mariana, pasando a los elementos teóricos relevantes sobre los trastornos de la conducta alimentaria, en especial de la bulimia, así como respecto a las diversas visiones terapéuticas de la Bulimia, terminando con la terapia narrativa, filosofía desde la que parto para llevar a cabo conversaciones que cuestionan las historias personales saturadas del problema, las cuales se presenta posteriormente a partir de los diálogos obtenidos en las sesiones.

Darle una voz nueva y proponer formas alternas de abordar la conversación sobre la Bulimia en la terapia, es lo que me motivó a aventurarme a contar la historia de la terapia desde mi experiencia como terapeuta de Mariana.

Capítulo 1.- Discurso social dominante

1.1 El discurso dominante de Mariana antes de la terapia

Empezaré contando a grandes rasgos la historia de Mariana, cuando vivía con la Bulimia. Cuando esta compañera llegó a la vida de Mariana, ella era muy joven, tanto, que muy probablemente hizo su aparición con la idea de quedarse de manera indefinida, pues rápidamente hizo todo lo que estaba en sus manos para poder formar parte de la vida de esta mujer y saturarla en muchos aspectos: en los discursos que le daban sentido a su qué hacer como mujer, hija, y amiga, por ejemplo; la forma de hablar de sí misma, de comportarse en ciertos lugares, de relacionarse con la comida a su alrededor, eran ahora parte del dominio de la Bulimia.

Vivir con la dirección de la Bulimia llevó a Mariana a creer ciertas cosas respecto a su cuerpo, a la comida y las repercusiones de las calorías en ella, llevándola a tomar decisiones respecto a cómo, cuándo y dónde devolver la comida, qué ropa usar y con quiénes relacionarse, es decir, se volvió la más ferviente creyente de que su persona solo tenía características negativas, que necesitaba constantemente de alguien más (la Bulimia por ejemplo) para poder sentirse bien, y que lo que sucedía con sus propias formas de ver el mundo y sus narraciones sobre sí misma dejaron de ser importantes.

La presencia de la Bulimia en la vida de Mariana, era tal que incluso hacía de las suyas varias veces a la semana, en el día podía hacerla sentir mal de forma constante hasta que entonces buscaba un baño y se disponía a realizar todo el ritual pactado para que nadie la descubriera. Era esa compañera silenciosa que afecta mucho, pero que navega con bandera de paz. En general, esto es lo que sucedía con la dueña de esta historia, pero todos estos relatos surgen de otros más grandes y que dominan las narraciones de manera más social y no tan particular. Es indispensable retomarlos para entender cómo es que, a pesar de sufrir, hacían sentido en la historia de esta joven.

La presencia en el mundo de los llamados trastornos de la conducta alimentaria ha evolucionado desde el momento en el que surge el interés de las personas, especialistas o no, en estos. Coderch, (2010), explica que los primeros estudios realizados en este ámbito datan de los siglos XVIII y XIX y en ellos se hablaba de la bulimia como una posible conducta dentro de la anorexia, sin embargo, no se sabía qué originaba la conducta de rechazo de la alimentación. Era tan extraño este actuar que menciona que podías nunca toparte con una persona que lo viviera.

En su libro “El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad”, Josep Toro (1996), explica los cambios de perspectiva social que ha habido a lo largo de la historia, donde la idea y función que se tiene del cuerpo son un reflejo del estatus que tiene la persona, situación que hasta nuestros días es de la misma forma, pero con el agregado de la necesidad de ir a un gimnasio, comer cierto tipo de productos “light”, hacer una dieta, cirugía estética o lo necesario para tener un cuerpo al que denomina: imposible.

Toro (1996), explica que un aliado para lograr lo anterior son los medios de comunicación, que de acuerdo a Plaza (2010), difunden los patrones estéticos imperantes en Occidente, en los que la delgadez es, sin lugar a dudas, uno de los valores fundamentales. Los contenidos referidos a la moda y al cuidado corporal ocupan un espacio preeminente en las revistas femeninas, convirtiéndose en uno de los factores que pudiera influir en la propia visión y expectativas de las mujeres sobre su propio cuerpo.

Nuestro país, México, es uno de esos países de occidente que se ha visto influenciado por estas ideas y perspectivas, pues en los últimos años, la cantidad de personas que viven con trastornos de la conducta alimentaria como la obesidad, la anorexia y la bulimia ha ido en aumento, sin embargo, ha sido la primera la que se ha robado todo el foco de atención, siendo la causante incluso de campañas de salud pública como “chécate, mídete, muévete” (Instituto

Mexicano del Seguro Social, 2015), dejando de lado (aparentemente) a los 20, 000 casos de anorexia y bulimia registrados por la Secretaría de Salud Federal (2017).

Por lo tanto, considero pertinente documentar un estudio de caso entorno a la bulimia puesto que es una manera de abrir espacios para hablar y reportar una temática tan delicada como es este trastorno, (por no encontrar una mejor forma de nombrarlo) el cual afecta diversas áreas de la vida de quien vive con él. A esto se le añade el interés de Mariana a contarme su historia para que esto *“pueda ayudar a otras niñas a lidiar con la Bulimia.”* (Mariana). Por otro lado, mi intención es generar una propuesta de intervención diferente a las realizadas comúnmente en casos de esta índole, esto con la intención de ampliar las posibilidades de abordar y entender la temática desde los paradigmas de la terapia narrativa.

Decidí aproximarme al caso de Mariana desde esta postura, puesto que es uno de los estilos terapéuticos que forma parte de la cibernética de segundo orden, considerada por White y Epston (1993), sus creadores, como postestructuralista, donde las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones. Mi intención con esto es poder conocer estos relatos y la forma en la que habían, hasta ese momento, moldeado la vida de Mariana.

De igual forma, este modelo de terapia se enfoca en el estudio de las cosas atípicas, poco comunes, es decir, que mediante la reexaminación de las historias estereotipadas se buscan nuevos detalles, fomentando la emergencia de narrativas ricas a partir de descripciones aisladas o incompatibles, que no son consideradas erróneas sino pobres o ralas (Payne, 2002). Las narrativas personales constituyen el material central con el que los terapeutas narrativos realizan su trabajo. Desde este enfoque se plantea que la forma del lenguaje en la que las personas entienden sus vidas es la narrativa (Bustamante, 2010).

Asimismo, White, (1993) parte de la idea de que toda formulación que postule significado es interpretativa y esta viene de nuestros propios mapas o analogías y que, por lo tanto, las analogías que empleamos determinan nuestro examen del mundo: las preguntas que formulamos acerca de los hechos, las realidades que construimos y los efectos «reales» experimentados por quienes participan en la indagación. Las analogías que usamos determinan incluso las propias distinciones que «extraemos» del mundo.

En relación a esto, Tello (2001) en un artículo para la Gaceta Universitaria de la Universidad de Guadalajara, cita a Luigi Boscolo quien en una conferencia menciona respecto a la anorexia y a la bulimia que *“El síntoma que mueve a ambas enfermedades, no solo está sostenido por las relaciones con los demás, sino con una historia propia que cada paciente construye para justificar su comportamiento”*. Por lo tanto, me parece indispensable acercarme a esta historia en particular para entenderla y poder contarla.

Con la anterior, como parte de la terapia narrativa, y el hecho de que Mariana en su discurso cotidiano se expresa con diversas analogías consideré idónea la fusión de estas dos en nuestras conversaciones, pues esta forma de explicar el mundo que tiene esta chica, me permitía indagar de forma curiosa y atípica (por lo menos a lo que normalmente hago en mi práctica profesional) en los significados e interpretaciones que ella estaba dándole al vivir con la Bulimia.

Para ello, es importante agregar que la terapia narrativa parte de la premisa que no hay significados objetivos ni verdaderos. El psicoterapeuta no descubre el significado verdadero de un síntoma; en vez, re-significa y co-narra de manera diferente los síntomas del paciente. Esta nueva narrativa logra promover la creación de nuevos significados, utilizando metáforas y relatos alternos de la autobiografía del cliente (Morales, 2009 citado en Martínez-Taboas 2012).

De igual forma, ve el problema separado de las personas, a lo que White llama externalización del problema, donde se observa a la crisis como algo fuera del cliente, (White y Epston, 1993) de quien se asume tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas. (Morgan, 2000).

Por otro lado, Bustamante (2010), cita a White, (2002), quien plantea que desde esta aproximación la relación consultante-terapeuta es concebida de manera recíproca, donde se busca debilitar las posibilidades de generar un vínculo de dominación y control reconociendo la contribución de los saberes y habilidades de las personas al trabajo y a la vida del terapeuta, siendo la historia de la terapia de Mariana un ejemplo de que lo relevante que puede ser mantener este tipo de relación dentro de la terapia, pues creo que el acudir a la misma Universidad e incluso coincidir ahí, nos movió a otras formas de vernos en el proceso.

Por último, me parece importante agregar, que, de manera general, al hacer la revisión bibliográfica de intervenciones, reportes, definiciones, etc. sobre la bulimia, me llamaba la atención que en muy pocas ocasiones (podría decir que casi nunca) se reportan estadísticas, o casos en los que se hable solamente de bulimia, pareciera que siempre va acompañada de la anorexia, entonces, el tener acceso a un caso dispuesto a ser reportado en el que se hable de la experiencia de vida y su relación con la Bulimia, me parecía una oportunidad que no podía dejar pasar.

Considero que la terapia narrativa tiene un impacto favorable en la construcción que hacen las personas de su propia vida, pues podría llevar a quien decide cuestionar y buscar otras narraciones a encontrar una forma de no quedarse en el pasado y mirar hacia un futuro mucho más enriquecedor, donde el control, la toma de decisiones y la búsqueda de afecto, como en el caso de Mariana, se vuelve parte de lo decidido por la dueña de sus propias historias.

Para finalizar, me parece importante recalcar que la realización de esta historia, que es un Estudio de Caso clínico único, para el cual se requirió la aprobación de la dueña de la historia, implicó llevar a cabo la edición y re-narración de esta a partir de las conversaciones realizadas con Mariana, con quien acordé desde un inicio, que los nombres que aquí se expondrán como parte de las historias y sus relatos, no son los originales, para ella es muy importante que, aunque es mi visión de la historia de la terapia la que se plasmará, que los nombres fueran cambiados por confidencialidad.

1.2 Otros discursos sociales dominantes

1.2.1 Historia sobre el desarrollo humano

En la actualidad, el desarrollo humano esta dividido por diferentes etapas desde el momento de nacer hasta la vida adulta, pasando por momentos intermedios, que tienen en común situaciones en particular que un sin fin de teóricos se han dispuesto a estudiar. En común todos estos explican que, “la adolescencia es un constructo social” (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2009), y por lo tanto la definen y delimitan relativamente parecido.

En primera instancia, la Real Academia de la lengua (2019) define la adolescencia como el período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud; de manera parecida, la Organización Mundial de la Salud, (2019) explica que es el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Por otro lado, se entiende que es un periodo de transición que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Diversos autores al definir esta etapa de vida, delimitan la cantidad de años en los que las personas se ven inmersos en esta, de manera general, la OMS, (2019) menciona que esta etapa va de los 10 a los 19 años de edad; Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, (2009) la definen entre los 11 y 20 años; Weissmann (s/f), cita a Quiroga (1999), quien divide a la adolescencia en tres

etapas: *adolescencia temprana* entre los 13 y 15 años, *adolescencia media*, entre 15 y 18 años, y *adolescencia tardía*, entre 18 y 28 años de edad; Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro e Hidalgo Vicario (2017), utilizan los mismos nombres mencionados previamente, pero la conceptualizan en distintas edades: 10 a 13 para la inicial, 14 a 17 para la media y 18 a 21 la tardía.

De cualquier manera, al investigar respecto a esta etapa del desarrollo, se puede apreciar que es una etapa prolongada, y que esta llena de cambios de acuerdo al momento y lugar en el que se desenvuelva la persona. Parte de estos cambios impactan en el área de la nutrición y de la conducta alimentaria, pues “la buena nutrición es importante para respaldar el crecimiento rápido de los adolescentes” (Papalia, Wendkos y Dustin, 2009), sin embargo, en ocasiones pueden vivir ciertos trastornos respecto a esto.

1.2.2 Prácticas asociadas a los discursos dominantes

Existen muchas formas en las que las personas nos comportamos en diferentes espacios o ambientes de nuestra vida cotidiana, uno de esos espacios es al momento de comer. Desde tiempos remotos el comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento de encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciándose la relación y la empatía (Cabasés, 1999).

De acuerdo a Chinchilla (2005) en Rojas y García- Méndez (2017) el repertorio de hábitos nutricionales no se adquiere de manera azarosa, sino en el seno de la estructura familiar y del entorno social inmediato, desde los cuales se favorece el aprendizaje sobre qué alimentos ingerir, de qué forma prepararlos para su consumo, de qué manera combinarlos, así como sobre los rituales y normas socialmente aceptados a la hora de consumirlos.

Sin embargo, en ciertas ocasiones, la manera en la que las personas aprenden a comer no es la más adecuada, puesto que existen ideas diferentes a las típicas relacionadas con el placer y con momentos agradables en estos espacios, lo que podría generar un trastorno. Los trastornos alimentarios son

alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. (García-Palacios, Rivero & Botella, 2004).

Nieto García, Casado Lollano, García Pérez, y Peláez Rodríguez (2008), explican que los trastornos alimenticios se dan como un producto de múltiples causas, donde intervienen diferentes áreas de la vida del ser humano, como son: aspectos sociales, culturales, biológicos, familiares y psicológicos. Cabasés, (1999) explica que el ajuste de las necesidades básicas a los requerimientos de una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos y éticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos por lo que se considera importante ahondar en las áreas mencionadas para entender las causas.

Es difícil encontrar datos de posibles casos de trastornos alimentarios documentales antes del siglo XIV d.C. y es que una de las posibles causas quizá es que las sociedades primitivas hasta épocas previas a la edad media, las mujeres robustas poseían un mayor atractivo que las “delgadas”, cuyo aspecto representaba debilidad y esterilidad, lo que se relaciona bastante con la búsqueda de certeza de fertilidad por parte del varón para la conservación de la especie y/o descendencia (Morandé, 1999).

Aunque se puede ver durante varias épocas tanto el ayuno como el celibato, han sido de las tradiciones más practicadas por los creyentes de varias religiones, en las cuales se considera que es una forma de experimentar la realidad de forma distinta a la que se percibe estando sujeto a las necesidades carnales, lo que conlleva a un acercamiento con la divinidad. Ejemplos de ello se encuentran en la religión judía, así como el Islámico, pero es en la religión cristiana y católica donde se obtuvieron los primeros registros de casos de ayuno extremo, que en la actualidad son considerados como anorexia nerviosa (Morandé, 1999).

La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma. En el siglo XVIII, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito (Rava, Silber, 2004).

La bulimia nerviosa es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico, esto debido a su evolución natural menos dramática, tal vez por la menor relevancia personal de sus afectadas y también porque su ocultación ha sido siempre la más fácil. Las primeras referencias medicas datan de 1708, y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando en los últimos 10 años (Cabasés, 1999).

Sin embargo, las conductas de purga, y la ingesta alimentaria abusiva y descontrolada se conoce bien desde tiempo remotos. Sabido que es la civilización romana la que utilizaba el vómito y otros métodos de purga como forma de vaciar el contenido gástrico y así poder continuar con la ingesta de masiva y descontrolada de alimentos. Este patrón ha continuado por muchos ámbitos cuyos partícipes, a lo largo de la historia han podido acceder a él (Cabasés, 1999).

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), explica que los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, consisten en una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (APA, 2014).

De igual forma, Raich (2011), define los trastornos alimentarios como trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, entre los más conocidos se encuentran la anorexia y

la bulimia nerviosas. Explica que estos afectan más las mujeres que a los hombres y suceden con mayor frecuencia en sociedades desarrolladas, donde abunda la comida y la cultura enfatiza la delgadez, idea apoyada por Plaza (2010), quien menciona que los medios de comunicación son agentes muy importantes en la transmisión y potenciación de los mensajes sobre el anhelo de delgadez, el cual es más fuerte sobre las mujeres que sobre los varones.

Una de las razones para explicar esto es la mencionada por Toro (1996) y es la contradicción que puede llegar a suponer el desempeño de la mujer entre lo que sería el dominio público y privado. En la esfera pública se pide a la mujer que sea independiente, competitiva, arriesgada, mientras que en el ámbito privado se fomentan roles más tradicionales, de sumisión, dependencia, etc. Por ello, puede ocurrir que entren en conflicto estos dos tipos de papeles. Así, quizás una de las pocas salidas a esta situación sea llevar hasta las últimas consecuencias el control rígido sobre el propio cuerpo.

1.2.2.1 Lo que nos dicen de la Bulimia

Como se mencionó previamente, los trastornos alimentarios más comunes en adolescentes son la anorexia y la bulimia, los cuales tienen un conjunto de características para ser detectados y comprendidos, desde ciertos paradigmas, como dos patologías diferentes pero que pueden estar al mismo tiempo en la persona con esta condición.

Aunque la palabra bulimia etimológicamente significa “hambre de buey”, (Kolodny, 1998), en la actualidad, de acuerdo a la Real Academia de la Lengua, (2019), es definida como: “ganas desmesuradas de comer, que difícilmente se satisface”, sin embargo, la concepción de este trastorno como tal es acuñado por diversos autores a Russell quién en 1979 describió lo que sucedía con sus pacientes, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta”. Se habló primero de hiperfagia (comer hasta el punto de concentrarse nada más que en comer, gula, o comer en exceso antes de lograr

sentirse satisfecho) con vómitos, posteriormente de bulimarexia, y por fin de Bulimia Nerviosa (Chinchilla, 1995).

Es Russell en 1979, quien conceptualiza el trastorno con tres factores: un impulso inevitable para comer que conduce a episodios de excesivo alimento; evitación de los efectos de engorda de la comida induciendo el vómito, abusando de purgantes o ambas cosas y un temor mórbido a engordar. (Ogden 2005; Gómez Martínez 2007; Raich 2011) Los hábitos alimentarios normales terminan siendo reemplazados por pensamientos obsesivos respecto a la comida, las dietas o los atracones y las purgas compulsivas, los que traen aparejado un alivio y una satisfacción temporarios a la obsesión. (Kolodny, 1998).

Actualmente, el DSM V (2014) explica que la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingestión en un periodo de tiempo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en las mismas circunstancias, con sensación de falta de control sobre la ingesta), presentan comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso. Estos episodios se dan al menos una vez a la semana durante tres meses.

De acuerdo a Gómez Martínez (2007), la bulimia tiene tres características esenciales:

- 1.- La presencia de episodios frecuentes en los que la persona ingiere grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo, que se les llama atracones. En estos, la persona siente no poder controlar su conducta.
- 2.- Los episodios antes mencionados van seguidos de sentimientos de culpa que originan conductas purgativas, como vómitos inducidos o abuso de laxantes, restricción alimentaria o ejercicio intenso para mitigar los efectos del atracón.
- 3.- Por último, menciona que existe una gran preocupación por la silueta y el peso, estando la evaluación de la persona altamente determinada por ellos.

Según Ogden (2005), las mujeres bulímicas suelen tener un peso normal, que mantienen a través de los procesos de comida excesiva y compulsiva y de purga. Estas comidas compulsivas van acompañadas por una sensación de pérdida de control, se realizan normalmente en secreto, suponen comer a gran velocidad y están compuestas, en su mayor parte, por alimentos que la paciente intenta excluir de su dieta. Resalta como característica de la comida compulsiva que la persona la perciba como un episodio de este tipo.

Koldny (1998) menciona que algunas personas con bulimia mastican la comida y luego la escupen, para evitar aumentar de eso. Otros no utilizan la purga, sino que alternan entre atracones y no comer casi nada. A esta forma de bulimia se le conoce como “bulimia no purgante”, la cual comparte las características generales de la bulimia nerviosa ya mencionadas. De igual forma, las personas con bulimia realizan conductas compensadoras como medio para controlar cualquier aumento de peso causado por los episodios de comida compulsiva.

En el caso de los bulímicos, las ansias por ciertas comidas se transforman en conductas que semejan adicciones físicas (Kolodny, 1998). La forma más común es el vómito autoinducido (Ogden 2005). Cooper y Cooper (1987) citado por esta autora menciona que el vómito suele provocarse con los dedos, aunque muchas aprenden a hacerlo de forma espontánea. Explican también, que este va acompañado por sentimientos de asco y odio contra sí misma, normalmente en secreto y que pasa desapercibido durante años. Por otro lado, estos autores mencionan que proporciona sentimientos de alivio de la sensación de dilatación causada por el exceso de comida y del temor a ganar peso, lo que podría generar un hábito y estimular nuevas comidas compulsivas y episodios de vómito.

Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), en su trabajo con mujeres anoréxicas y bulímicas y sus familias, mencionan que un mismo síntoma, como el atracón y el vómito, puede ser vivido con emociones y significados

diferentes, como angustia y degradación o bien como agradable y autoconsolación, dependiendo de la comida ingerida previa al vómito.

Gómez Martínez (2007), cita a Heatherton y Polivy (1992), quienes explican la conducta de la bulimia como un espiral de la restricción dietética en la cual las personas con una preocupación extrema por el peso y la silueta inician una dieta estricta que no suelen seguir, y recurren a atracones de comida, por lo que posteriormente recurren a intentar restringir más la ingesta y aparecen más fracasos y atracones.

Todo lo anterior, lleva a las personas a vivir consecuencias en distintas áreas de su vida, Ogden (2005), explica que en el área cardiovascular pueden generar taquicardia, hipotensión, insuficiencia cardíaca; en el área gastrointestinal podría generar dispepsia, estreñimiento, diarrea, dolores de garganta, entre otros; problemas odontológicos como caries y abscesos; dermatológicos como piel escamosa y callosidades. Por otro lado, en el ámbito psicológico, podría generar culpa, preocupación, baja concentración, depresión, intentos de suicidio, ansiedad o abuso de sustancias.

Gómez Martínez (2007) menciona que también las variables socioculturales pueden influir en la bulimia, un ejemplo es la presión social hacia la delgadez, que se ve influida por el ideal de belleza que en muchas ocasiones es biológicamente imposible para muchas mujeres, esta discrepancia favorece la aparición de la insatisfacción corporal. Raich (2011) agrega que, aunque el descontento con el propio cuerpo suele afectar más a mujeres también sucede en hombres, y menciona que esto se da porque la sociedad sumerge a las personas en un “ambiente tóxico” en el que el estilo de vida hace que el comer sea cubierto con comida no saludable.

Por otro lado, existen muchos mitos respecto a la nutrición, que genera creencias erróneas con relación a la nutrición y la delgadez que se perciben más

en ciertos contextos, como las escuelas de ballet o equipos de gimnasia que promueven el control estricto del peso (Gómez Martínez, 2007).

La Asociación Nacional de Trastornos Alimenticios (NEDA por sus siglas en inglés) (2012) coincide en ciertas consecuencias dichas anteriormente y explica otras de las consecuencias médicas que la bulimia puede tener:

- Desbalance electrolítico que puede llevar a latidos cardíacos irregulares y posible falla cardíaca y muerte.
- El desbalance electrolítico es causado por deshidratación y pérdida de potasio, sodio y cloro por parte del cuerpo por resultado de las purgaciones.
- Ruptura gástrica potencial durante los períodos de atracón.
- Inflamación y posible ruptura del esófago debido al vómito frecuente.
- Caries dentales y destrucción de los dientes debido al contacto con los ácidos estomacales durante el vómito frecuente.
- Movimientos intestinales irregulares y constipación crónica como resultado del abuso de laxantes.
- Úlceras pépticas y pancreatitis.

Por otro lado, el National Institute of Mental Health (2011) menciona que, ante estas consecuencias, así como las psicológicas, las metas básicas del tratamiento son volver a una nutrición adecuada y a un peso saludable, reducir el exceso de ejercicio, y detener los atracones y las purgas. Además de ciertas formas de psicoterapia entre ellas, las de familia y los enfoques cognitivo-conductuales, han demostrado ser útiles para el tratamiento de ciertos trastornos de la alimentación.

1.2.3 Modelos de intervención

Como se ha mencionado, aunque la bulimia como trastorno alimenticio ha existido desde varios años, y ha ido en aumento en las últimas décadas, existen diversas formas de trabajar con esta de acuerdo al enfoque terapéutico utilizado por el psicólogo clínico en función. Se explicará de manera general, la visión que tienen los diversos paradigmas de la psicología clínica para explicar la bulimia, desde el

psicoanálisis hasta la terapia narrativa, la cual será utilizada en la intervención de este trabajo.

1.2.3.1 Psicoanálisis

El psicoanálisis es uno de los modelos que explica de una manera muy particular los trastornos alimentarios a partir de su teoría. Jane Ogden (2005) explica que, aunque existen muchos modelos psicoanalíticos diferentes de los trastornos alimentarios, todos tienen en común dos factores: destacan los significados ligados a los síntomas de la persona y la función y la necesidad de esos síntomas; en segundo lugar, resaltan el papel de la infancia y de las experiencias posteriores en la configuración del sujeto.

Esta misma autora explica que los significados que se le da a los síntomas son aquellos simbólicamente significativos para quien es paciente. Por otro lado, respecto al papel de la infancia, menciona que se ha explicado la bulimia como resultado de la crianza por parte de una madre aparentemente “perfecta”, reflejando una relación conflictiva entre la paciente y su madre, siendo la comida el símbolo del deseo de estar con ella y la purga el ansia de rechazarla.

Consenza (2019), menciona que este enfoque enmarca la dependencia patológica como un intento de tratamiento, como una solución que el sujeto encuentra en su camino para hacer frente a algo insoportable que atraviesa su existencia. Describe esta conducta como una “autoterapia mortífera”, que funciona para el sujeto, y que gira en torno a la elección de un objeto, sustancia o situación que acaba cumpliendo para este la función de catalizador irresistible del goce, que va más allá del principio de placer y que el sujeto se pone a sí mismo a partir de un impulso.

Nardone, Verbitz y Milanese, (2012) mencionan que, desde una perspectiva psicodinámica, el trastorno alimenticio puede estar vinculado a una superación frustrada de complejos arcaicos, y que al ser en su mayoría mujeres quienes padecen de bulimia, al complejo de Electra en particular. Respecto a esto,

Apfeldorfer (2009), agrega que, al ser de esta naturaleza, resulta que esos problemas dependen de enfoques más concretos que el del psicoanálisis, pues los trastornos del comportamiento alimentario y problemas de peso se consideran como síntomas de un trastorno más profundo y no constituyen el objeto de la atención del terapeuta.

Como parte de las críticas a este enfoque, Ogden (2005) explica que algunos modelos psicoanalíticos describen los significados simbólicos de los síntomas que se consideran de aplicación universal a todas las pacientes; este análisis no contempla diferencias individuales en el significado de los síntomas. Por otro lado, el hecho de centrarse en lo inconsciente demanda la interpretación del analista. Como en todas las terapias que requieren la interpretación, no queda claro si la formulación psicoanalítica es del terapeuta o de la paciente.

1.2.3.2 Cognitivo-Conductual

Para Gómez, Castro, García, Dúo y Yela (2003), el tratamiento de la bulimia con un corte cognitivo-conductual es el que se ha demostrado hasta el momento el más eficaz, lo cual podemos constatar en la literatura sobre intervenciones desde este enfoque. Ogden (2005) explica que el primer modelo propuesto para trabajar la bulimia fue el de Fairburn, Cooper y Cooper Cooper en 1986, quien describía los principales factores: baja autoestima, preocupación excesiva por la forma y el peso, práctica extrema de la dieta, comida excesiva y compulsiva, vómito autoinducido o uso de laxantes. Posteriormente, menciona que Wilson en 1989 amplía el modelo y propone cinco factores: cogniciones, miedo, comida excesiva y compulsiva, purgas y efectos psicológicos pospurga.

Barjau y Guerra Prado (2003) explican que, para las intervenciones a realizar con pacientes con trastornos alimenticios, las técnicas conductuales son complementarias de las intervenciones cognitivas, dirigidas a enseñar a los pacientes, de forma gradual, a que reconozcan la conexión entre algunas de sus creencias y conductas maladaptativas, y conseguir la modificación progresiva de

estas creencias por otras más realistas y adaptativas. Estos mismos autores mencionan que los programas terapéuticos tienen una duración aproximada de seis meses, con 18-20 sesiones, divididos por fases con objetivos, de la siguiente manera:

1ª fase:

Objetivo: interrumpir el ciclo de atracones, maniobras compensatorias y establecer un patrón regular de ingesta.

Sesiones: 8-10 (no menos de 2 sesiones semanales durante 4 meses)

Técnicas: psicoeducativas y de modificación de conducta y técnicas de resolución de problemas. Se utilizan autoregistros.

2ª fase:

Objetivo: se centra en los aspectos cognitivos del paciente en relación con las distorsiones y errores cognitivos respecto a los hábitos alimentarios, dietas e imagen corporal.

Sesiones: 6-8

Técnicas: reestructuración cognitiva y refuerzo de los logros obtenidos. Enseñanza en los principios del cambio cognitivo y una lata tasa de motivación al cambio.

3ª fase:

Dedicada a consolidar la mejoría obtenida y la prevención de posibles recaídas. Se fomenta la aplicación de las técnicas aprendidas en la vida cotidiana y se entrena en asertividad y habilidades sociales.

Otro programa con este enfoque es el propuesto por Gómez, et al (2003), que consta de tres fases. En las primeras dos se utilizan principalmente técnicas de conducta dirigidas al control del atracón y de las conductas purgativas; la tercera fase esta enfocada a la modificación de aspectos cognitivos que están manteniendo el problema y que favorecerán a futuras recaídas. Estos autores mencionan la importancia de la participación de la familia en el tratamiento, sobre todo en las primeras fases.

Con la aplicación de estos tratamientos, se calcula la reducción de las conductas purgativas (vómito y uso de laxantes) en un 70% de los casos, sin embargo, el 30% de estos tiene recaídas en un período de dos años de seguimiento (Gómez et al, 2003), es por eso que autores como Vanderlinen y Vandereycken (1999), exponen un tratamiento para los trastornos alimentarios que consiste en una propuesta directiva y multidimensional, integrando estrategias de diferentes modelos terapéuticos. De manera general, esta intervención consiste en siete pautas:

1. **La terapia debe basarse en una evaluación biopsicológica.** Evaluación multidimensional que abarca desde un examen del estado físico del paciente y un análisis del patrón alimentario alterado, además de los vínculos con la familia y amigos, estudios u ocupación y sexualidad.
2. **La terapia debe interrumpir las influencias perpetuantes.** Este enfoque no empieza con la formulación de hipótesis sobre las causas, sino que se concentra en los factores que parecen perpetuar el trastorno alimentario. Las intervenciones buscan interrumpir círculos viciosos.
3. **La terapia debe otorgar máxima responsabilidad al paciente.** Buscan limitar el control externo tanto como sea posible. Se elabora un contrato de tratamiento donde el paciente plantea sus propios objetivos.
4. **La terapia debe mejorar la autoestima y la experiencia del propio cuerpo.** Si la terapia solo cambia las conductas o el peso, la mejoría será superficial y parcial. Este tratamiento tiene como objetivo a largo plazo mejorar la autoestima del paciente, expresada en términos de una experiencia positiva con su propio cuerpo.
5. **La terapia debe incluir el contexto familiar.** En muchos casos las interacciones familiares distorsionadas conforman influencias perpetuantes del trastorno alimentario, por lo tanto, se debe establecer una alianza cooperativa con los padres o pareja del paciente.
6. **La terapia debe estar bien estructurada, pero ser transparente.** Se refiere a que la terapia esta estructurada en diferentes etapas y todo lo

acordado debe ponerse por escrito, de manera concreta y clara para evitar conflictos con el paciente o sus padres. Se debe estar pendiente de las improvisaciones hechas puesto que podrían conducir a manipulación.

7. **La terapia debe tener tiempos límites y evaluaciones regulares.** Tener en cuenta que podría requerir un compromiso terapéutico a largo plazo, pero que debe ser evaluado constantemente en relación a los costos-beneficios, según la conveniencia de continuar con esta clase de tratamiento.

Como se puede ver en estos modelos de intervención, la presencia y participación de la familia surge como parte de las estrategias a utilizar dentro de la terapia, pues a pesar de que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento estándar de oro para la bulimia nerviosa, la evidencia de la eficacia a largo plazo es poca (Pietrabissa, et al, 2019). Una razón por la que sucede esto podría ser lo mencionado por Ogden (2005), quien menciona que este modelo de terapia no puede explicar cómo se produce el trastorno alimentario, sino sólo cómo se mantiene.

1.2.3.3 Terapia familiar sistémica

Por lo anterior, se ha visto que existen diversas variables por las que una persona puede vivir con este trastorno, una de ellas es precisamente el entorno familiar. Gómez Martínez (2007) menciona que una de las características de estas es la presencia de una madre obesa o muy preocupada por el cuerpo y la imagen corporal, por lo tanto, la presión familiar hacia la delgadez podría considerarse un predictor del inicio de la conducta de dieta. Otro factor podría ser la existencia de un trastorno alimentario en algún miembro de la familia.

Salvador Minuchin, desarrolló un modelo estructural familiar (Minuchin et al., 1978 citado en Cruzat Mandich, Ramírez Azócar, Melipillán Araneda y Marzolo Uribe, 2008) que identificaba cinco características predominantes de interacciones

que mantienen la “somatización”, termino que utilizaba para referirse a las personas con algún trastorno de la conducta alimentaria:

- 1) aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares
- 2) sobreprotección, reflejado en el alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienen del bienestar de los otros
- 3) rigidez, caracterizado por una necesidad de mantener el status quo
- 4) evitación de conflicto
- 5) involucración de la hija en los conflictos parentales (maritales) a través de triangulación.

En la actualidad, autores como Pietrabissa, et al (2019), mencionan que la investigación empírica apoya la eficacia de la terapia estratégica breve en el tratamiento de los síntomas de la bulimia nerviosa, pero su significancia estadística necesita ser investigada. Sin embargo, desde 1994 Crispo, Figueroa y Guelar plantean que la intervención realizada en casos de bulimia desde este modelo, tiene por objetivo modificar específicamente la conducta de atracones y vómitos. Es importante para la brevedad de la terapia modificar primordialmente el comportamiento sintomático, pues en la medida en la que se cambie este traerá consigo consecuencias benéficas a nivel de contacto social, mayor rendimiento laboral, mejoría en las conductas sexuales, cambios en la estructura familiar entre otros. Desde esta perspectiva, esto se debe a un fenómeno de “expansión de mejoría” en el que al estar liberado de la carga sintomática que le resta energía y restringe su vida, la persona puede encarar situaciones postergadas.

Estos autores, explican un conjunto de “maniobras iniciales” que consideran útiles para abordar la bulimia, con la intención de poner a quien consulta más en control de la situación y tener como terapeutas idea respecto a la motivación al cambio, ya que para ellos, en estos casos se hablan de temas tales como: control vs descontrol, espontaneidad de la autorregulación vs dietas compulsivas y alteraciones en el deseo de comer, es por ello que la intervención intenta

solucionar esto deteniendo el deseo de comer, pues se podría generar un “círculo vicioso” que consiste en la lucha contra el deseo o idea de comer, una excesiva focalización sobre el mismo, sensación de fracaso e impotencia para dominarlo que llevan a una confirmación de uno mismo como no estando en control de las propias conductas, nuevos y mayores esfuerzos por controlar el deseo o idea de comer.

De igual forma, Ogden (2005) plantea otra forma de entender estos trastornos desde el mismo enfoque familiar sistémico, por lo que propone cuatro elementos básicos:

Los síntomas como actos comunicativos.

Desde esta perspectiva, los síntomas se derivan de perturbaciones en las relaciones y se consideran actos comunicativos entre los miembros del sistema. Se considera que los síntomas evidencian que algo está mal y son intentos de modificar dificultades presentes.

La familia homeostática

Los síntomas expresados por los miembros de este sistema se consideran como mecanismos para mantener el equilibrio, por lo tanto, desde esta perspectiva, el problema no es el síntoma en sí, sino las dificultades que hayan surgido dentro del sistema familiar, generando la necesidad del síntoma para restablecer el equilibrio.

Límites

Para el enfoque familiar sistémico, estos son muy importantes, pues describen a los miembros de la familia en términos de proximidad y distancia. Estos muestran a los que participan y la manera en la que lo hacen. De igual forma, muestran coaliciones en el seno de la familia.

Evitación de conflictos

Para el enfoque sistémico, existen familias que evitan los conflictos y que en estas pueden surgir síntomas como medio de distraer la atención de cualquier problema presente y facilitar su prevención como forma de funcionamiento de la familia.

Cruzat Mandich et al, (2008) realizaron una investigación con una muestra de 296 adolescentes, cuyo objetivo es establecer relaciones entre síntomas psicológicos asociados a un trastorno alimentario en estudiantes de secundarias y el tipo de funcionamiento familiar percibido. En esta encontraron la relación significativa entre estos en población no clínica, demostrando la importancia de la comunicación con la madre, la cohesión y el manejo inadecuado de conflictos. Destacan la comunicación con el padre como un factor que antes no había sido relevante en los estudios de Trastornos de la conducta alimentaria. Ante estos hallazgos proponen incorporar a la familia en programas de prevención de trastornos de la alimentación, que favorezcan la comunicación con ambos padres, que permitan un ambiente familiar menos cohesionado y que facilite la resolución adecuada de los conflictos.

Por otro lado, Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, (2005) explican que, en su investigación con 40 familias, han surgido dos grandes hallazgos: 1.- mientras parece no haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a trastornos de alimentación, estas familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control y 2.- la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno.

Jewell, Blessitt, Stewart, Simic, y Eisler (2016) proponen una intervención familiar donde se incluyan sesiones separadas, tanto con el joven como con los padres. En esta intervención, se presta mayor atención a la creación de un compromiso terapéutico entre el terapeuta y el joven para garantizar que los problemas de motivación para cambiar y generar confianza dentro de la familia puedan abordarse desde el principio. Como parte del trabajo propuesto, se brinda psicoeducación a los padres y entrenamiento con énfasis en reducir la crítica y la culpa. Las habilidades de validación se promueven como una forma de apoyar el cambio futuro.

Posteriormente, se realizan sesiones en conjunto cuando los problemas de comunicación y colaboración pueden mejorarse para apoyar el cambio de

comportamiento. Estos autores explican que es probable que este tratamiento sea eficaz, ya que proporciona un contexto de apoyo y sin culpa: crea un entorno seguro y predecible que ayuda a contener la ansiedad generada por el trastorno alimentario; promueve un cambio específico temprano en el tratamiento en el trastorno alimentario relacionado conductas; y proporciona un vehículo para la movilización de factores comunes, como la esperanza y la expectativa, reforzados por la experiencia en trastornos alimentarios del equipo multidisciplinario.

1.2.3.4 Terapia Narrativa

La terapia narrativa es considerada como una de las terapias familiares “posmodernas”, que como se mencionó anteriormente, su creador, Michael White, prefiere llamar “postestructuralista”, (White y Epston, 1993) puesto que este modelo contrasta con la mayoría de las teorías de personalidad y escuelas de terapia que vienen de la tradición estructuralista. Parte de las diferencias que propone este estilo de terapia es el cambio en la estrategia de identificación de las debilidades y desadaptaciones como la fuente de su problema, hacia el poner atención a las fortalezas, habilidades y conocimientos de los consultantes como la fuente de resolución de sus problemas (White, 2004).

White y Epston (1993), explican su trabajo a partir de lo dicho por Van Genneep en 1960 y Turner en 1969, utilizando la metáfora del “rito de pasaje”, entendiendo el proceso como una forma de transición que se apega a las siguientes fases:

1. La fase de separación: separación, quizá, de cierto status, aspecto de la identidad o rol que ya no se considere viable para la persona en cuestión;
2. La fase liminal o fronteriza, caracterizada por cierto malestar, confusión y desorganización, y también por mayores expectativas para el futuro; y
3. La fase de reincorporación, caracterizada por el acceso a un nuevo status, que especifica nuevas responsabilidades y privilegios para la persona en cuestión.

Esta terapia surge de los fundamentos posmodernos que rompen con las nociones de la terapia tradicional, por lo que desde esta perspectiva se asume que las historias o narrativas son aquellas descripciones que retoman la experiencia concreta, cotidiana y personal de nuestras vidas, aquellas que nos contamos los unos a los otros (White, 2002). Según el posmodernismo, estas historias o narrativas conforman la matriz de conceptos y creencias a través de los cuales comprendemos nuestras vidas y también el mundo donde éstas ocurren (Payne, 2002).

White, (2004) propone que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a la experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de su relación. Es el relato o la narración lo que suministra el marco primario a la interpretación y que es por obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido en su experiencia, determinando también, en gran medida qué aspectos de la experiencia las persona eligen expresar.

De igual forma White y Epston, (1993) proponen que es el significado que los miembros de una familia atribuyen a los hechos lo que determina el comportamiento de las personas y no alguna estructura subyacente o disfunción familiar. Por lo tanto, la postura que mantiene implica tener interés en cómo los seres humanos organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo al hacerlo, contribuyen a la “supervivencia” del problema, poniendo su atención en las exigencias y el efecto de estas en la vida y relaciones de las personas para que el problema pueda sobrevivir.

A lo anterior, Tarragona, (2006) agrega que la terapia es vista como un proceso conversacional y se piensa que la forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos, por lo tanto, podríamos asumir que la experiencia de una persona

es problemática para ella, por ejemplo, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona (White y Epston, 1993).

Una característica de este enfoque ha sido la abordada por Michael White (1993), quien explica que desde los años 80 ha propuesto la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones “saturadas del problema.” En otras palabras, significa mantener la actitud de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no son algo que forma parte de ella. El terapeuta introduce y usa continuamente metáforas según las cuales el problema ataca a la persona, invade su vida, le habla, le pone trampas, etc., lo que implica que las personas responden a las situaciones problemáticas, no son ellas mismas el problema, (Payne, 2002).

White (2004) menciona que la objetivación de las situaciones lleva a las personas a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas. Esta forma de hablar “hace exótico lo doméstico o familiar, pues alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que viven, esos conocimientos e historias que regían sus vidas y que les hablan de su propia identidad. Esa externalización ayuda a las personas a revelar, con el tiempo, la constitución de su yo y de sus relaciones.

Otra característica más retomada por Tarragona (2006), es la valoración del “conocimiento local” que tienen los terapeutas, es decir, se centra más en la visión que el cliente tiene de las cosas y las nuevas ideas que se van generando en las conversaciones terapéuticas. Los terapeutas de estas corrientes están más interesados en entender sobre la vida de los clientes desde el punto de vista de los propios clientes que desde la perspectiva de alguna propuesta teórica,

aprovechando todo lo que estos saben sobre su vida, sus problemas y hasta sus posibles soluciones, promoviendo una relación de respeto y colaboración.

Un punto importante de la terapia narrativa, es explicado por White y Epston (1993), quienes mencionan que los relatos de las personas suelen estar llenos de lagunas que se llenan para poder representarlos. Con cada nueva versión, las personas reescriben sus vidas; cada vez que se cuenta o se vuelve a contar un relato, a través de su realización, surge un nuevo relato, que incluye el anterior y lo amplía.

Parte esencial de la terapia narrativa es la llamada “deconstrucción” de las problemáticas que White (2004) explica que tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas “verdades” divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de las relaciones a que están sujetas las vidas de las personas. Muchos de los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivarlas

Por otro lado, con el fin de documentar artículos que ejemplifiquen las intervenciones realizadas desde este enfoque, se presentan los siguientes:

El estudio realizado por Binkley y Koslofsky (2017) explica el tratamiento utilizado en el caso de una familia México-americana con una adolescente con depresión y bulimia, donde se trabajó con los padres y la hija, quienes solo hablaban español y español e inglés, respectivamente. El proceso terapéutico fue realizado desde la terapia familiar y la terapia narrativa, donde cobra muchísima importancia el significado que le da esta familia en particular a la comida, a las maneras específicas de comer y sobre todo la historia de cada uno de los miembros de esta con respecto a la comida. La terapia narrativa ayuda a rescatar las metáforas y dichos con los que se identifican, para poder tomar los recursos

que tienen y cambiar las conductas, no solo con respecto a la comida, sino las ideas suicidas, el “cutting”, entre otros.

Otro ejemplo del uso de la terapia narrativa es el estudio cualitativo realizado por Tierney y Fox (2010) en el que los participantes relataron su experiencia de vida con respecto a su “voz anoréxica”, concepto que se refiere a la manera con la que perciben al trastorno alimenticio y que influye, según lo encontrado, en cómo se relacionan con este. Explican que la terapia narrativa podría ser útil cuando se trabaja con personas que tienen anorexia, lo que les permite volver a contar la narrativa de su experiencia de una manera que enfatiza sus propias fortalezas y ubica el problema en la relación en lugar de en el paciente. Mencionan que se requiere más investigación que examine la integración de la voz anoréxica en la terapia.

De igual forma, Scott, Hanstock, & Patterson-Kane, (2013) relatan el caso de una chica con la que se realizó una intervención narrativa a lo largo de 10 sesiones, utilizando la externalización del trastorno alimenticio como componente terapéutico integral, lo cual ayuda a la recuperación al favorecer a los pacientes a adquirir una postura crítica y observar objetivamente su trastorno.

Esta postura crítica repercute en la investigación de Forsén Mantilla, Clinton y Birgegard (2018), quienes encontraron que, al analizar la relación entre los pacientes y su trastorno alimenticio, encontraron que, si el trastorno es percibido como menos controlador, el apego es más seguro. La seguridad del vínculo es mayor cuando los pacientes reaccionan de manera más autónoma al trastorno al entregarse menos. Menor seguridad en el apego es asociada con relaciones más complicadas con el trastorno alimenticio, por lo tanto, las intervenciones deberán enfocarse hacia la relación entre estos y no al trastorno en sí mismo.

Capítulo 2.- Explorando historias alternas

2.1 Presentación de los personajes de esta historia

El escenario donde sucedieron nuestras conversaciones tiene lugar en Mérida, Yucatán, en el consultorio privado donde llevo trabajando desde hace seis años aproximadamente. Mariana y la Bulimia, las protagonistas de la historia, se comunican al consultorio para solicitar información para iniciar su proceso de terapia como parte de los requerimientos que tenía para continuar sus estudios universitarios; fue en ese momento en el que acordamos, sin saber qué iba a suceder, iniciar juntos esta nueva historia.

Mariana es una chica de 22 años de edad que en el momento de iniciar la consulta estudiaba el primer año de la licenciatura de psicología, y además trabajaba. A lo largo del proceso estuvo laborando en distintos lugares: una tienda de ropa, y ayudando a un ingeniero a realizar inventarios de su material; posteriormente en un restaurante y a la par tenía una pequeña empresa de venta de zapatos.

Ella vive con su madre, quien es madre soltera, ya que el padre de Mariana las abandonó y actualmente no mantiene ninguna relación con ella; a pesar de esto, un ex novio de su madre figura como padre, más adelante contaré sobre esto. Además de ellos, tiene mucho contacto con su familia extendida, sobre todo con su abuela materna y sus primos, quienes son de alguna forma también amigos para Mariana. Para el momento del inicio de la terapia, había tenido algunas relaciones de pareja un tanto esporádicas, las cuales forman parte de los motivos por los que decide iniciar el proceso terapéutico. Uno de ellos es Eduardo, cuyo recuerdo seguía presente y de alguna forma eso le seguía agobiando.

Mariana tiene una forma muy particular de hablar: usa metáforas, analogías, expresa muchas reflexiones personales y la considero una mujer objetiva. Creo que estas fueron parte de las razones, además de mi interés personal por la temática de sus conversaciones, por las que se consideró una

buena idea trabajar desde la terapia narrativa para conocer mejor a esta chica, así como su historia con la Bulimia, en la cual ahondaré más adelante.

Con respecto a mi, el terapeuta, soy un estudiante de la Maestría en Psicología Aplicada a la Clínica para Adultos que al inicio del proceso de terapia de Mariana tenía 26 años de edad, y que encontré la oportunidad de acompañarla en la narración de sus relatos, así como en la parte de su vida que decidió abrir para mí y ahora, a través de esta tesis, a ti, que decidiste leer esta historia.

Además de estudiar, y ser terapeuta de quien me lo permite, soy un hombre que disfruta mucho de la compañía de sus seres queridos, mi familia, mis amigos, mi pareja, así como de los momentos de soledad haciendo ejercicio, viendo series, películas, documentales, que solía leer más y que en algún momento de su vida encontró en la actuación un espacio para representar otras vidas en el escenario. Creo que varias de mis características en unión con la forma de ser de Mariana dieron pie a hacer “click” y generar no solo conversaciones al azar, sino, además, una buena relación dentro de el espacio dispuesto para hablar.

2.2 ¿Qué implica la práctica narrativa?

La terapia narrativa como tal, no contempla un espacio en la terapia para realizar un diagnóstico, por el contrario, propone maneras de conversar y de realizar preguntas dentro del marco de su filosofía. Bertrando y Toffanetti (2004) mencionan que fue White en 1988, quien definió las etapas de su proceso terapéutico:

1. Hacer preguntas de conjugación de esta forma busca conocer a las personas que han asistido a la terapia como elementos separados del problema y para definir sus competencias.
2. Hacer preguntas relativas al problema y a la experiencia del cliente al respecto, poniendo atención en la externalización del problema, y de esta forma tener en cuenta que el problema es ajeno al cliente.

3. Hacer preguntas con influencia relativa, que tienen el fin de externalizar el problema, esto es, llevar a los miembros de la familia a vivir el problema como externo a ellos en cuanto personas. Visualizándolo como algo externo que influye fuertemente sus vidas.

4. Hacer preguntas que revelen los “resultados únicos”, es decir, que busquen de momentos en los que el problema no ha podido impactar en los miembros de la familia. Los resultados únicos son las situaciones de vida que se oponen (pasado real) a la descripción saturada del problema (la historia dominante), a que al poner mayor atención a la historia dominante se logren identificar (futuro imaginario).

Dicho esto, en general, esa fue la estrategia que llevé a cabo, aunque admito que no seguida al pie de la letra. Es importante recalcar, que al momento de realizar este trabajo el proceso terapéutico continuaba, y aunque se hablaba de historias alternativas y ya no de la “historia saturada del problema” creo que siempre surgían nuevas conversaciones que ponían en constante cuestionamiento el estilo de vida con el que se llegó a la terapia. Considero que, aunque aquí se plasme el cambio vivido en la terapia en torno a la Bulimia, la historia se seguía de-construyendo en otras direcciones

Esto sucede a partir de las diferentes formas de hacer preguntas propuestas por White y Epston (1993), como las de “re-descripción” que pueden ayudar a las personas a revisar su relación consigo mismas, para luego pasar a preguntas que inviten a profundizar en la aplicación de estas historias alternativas, lo cual podría tener aún más alcance si se plantean preguntas que inviten a las personas a identificar y reunir un público ante el que crear nuevos significados vitales, estas preguntas son llamadas de “difusión extraordinaria”.

Al iniciar el proceso terapéutico, para mí, lo más importante era escuchar a Mariana; saber qué cosas le estaban sucediendo y de qué cosas elegía hablarme para eventualmente poder introducir preguntas que como dice White, (2004) la animaran a rastrear la influencia del problema sobre su vida y relaciones. Estas preguntas ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.

Una vez identificado el problema (la Bulimia), era más fácil conversar de manera externalizadora, pues como menciona White (2004), para externalizar el relato saturado de problemas, se puede iniciar primero fomentando la externalización del problema y rastreando después la influencia de este en la vida y las relaciones de la persona. Es por esto, que, en mi conversación con Mariana, desde un inicio se invita a hablar de la Bulimia como una persona que está con nosotros; mi intención era conocer qué había estado sucediendo entre estas dos y obtener una descripción mucho más extensa de la habitual que la llevaron eventualmente a vivir según otros “modos de vida y de pensamiento”.

2.3 El proceso de contar esta historia

El proceso para llevar a cabo la participación de Mariana en este estudio de caso fue relativamente sencillo: una vez sucedida la primera sesión, la invité a participar en el proyecto, siempre y cuando las autoridades de la Universidad me lo permitieran, lo cual sucedió y dio paso a replantearle en la siguiente sesión, todo lo que implicaba para mí y para ella, (permitir la grabación y reproducción de las sesiones, la supervisión con una maestra en particular, la publicación de este documento) a lo cual ella aceptó con gusto.

En las semanas siguientes, preparé y firmó un consentimiento informado, donde se explica que se tiene el conocimiento de la participación que se estaba teniendo en el trabajo terminal, así como el manejo que se le daría a la información audio grabada. De igual manera, se especificó que ella podría dejar el proceso en cualquier momento sin perjuicio alguno.

A partir de ese momento, las sesiones de terapia se registraron a través de una grabadora; posteriormente se volvieron a escuchar, y se seleccionaron las sesiones que se consideraron pertinentes de analizar pues en ellas se observa con más claridad los cambios en la forma de vivir y conversar de diversos temas, y sobre todo, porque en esas sesiones (aproximadamente 12) la Bulimia dejó de estar presente, se volvió uno de esos temas secundarios en la vida de Mariana y parte de mi intención es reflejar lo sucedido con esta temática en particular y la influencia de este “problema” en los contextos más próximos a ella.

Una vez transcritas las sesiones elegidas, prosiguió la edición de éstas, lo que consistió en releer las conversaciones e ir marcando con diferentes colores las temáticas abordadas, para rescatar lo que a mi parecer es lo más significativo y así poder ilustrar desde mi visión la historia que quiero contar. Estas temáticas surgían de forma natural dentro de la conversación, la gran mayoría propuestas por Mariana y otras más a partir de mis preguntas, dudas o comentarios acerca de su vivencia.

Una vez realizado este trabajo, me di cuenta que había cuatro temáticas que fueron las que más abordamos y que desde mi óptica tuvieron más cambios y se vieron influenciadas por todo el discurso y la vivencia antes y después de la presencia de la Bulimia; estos fueron: la relación con la Bulimia, la relación con su madre, la relación con Cris, su mejor amiga y la relación consigo misma. Me parece importante aclarar que estos temas no surgen en ese orden en particular durante las sesiones, sino que a lo largo del proceso se fueron dando, y mi labor para poder plasmarlos aquí, fue agrupar esos relatos para poder contar la historia de lo que pasó en cada una de las relaciones mencionadas previamente.

No existe una manera correcta o incorrecta de leer el siguiente apartado, el cual tiene la intención de contar la historia que tenemos en común Mariana y yo, una historia respecto a cómo afrontó a la Bulimia. Puedes elegir leer todo el capítulo o bien, por partes, pues es la misma historia de la terapia, pero vista desde lo que nuestra protagonista principal, Mariana, hace y vive con estos otros

personajes. Contaré más adelante lo que sucedió en la terapia desde mi visión y con mis palabras; espero que estas sean lo suficientemente adecuadas para poder plasmar, por lo menos, una aproximación a lo que conversamos y cómo fue el acompañarla en este proceso.

En definitiva, las conversaciones de cada sesión, estaban llenas de temas diferentes, pues podíamos hablar muy fácilmente desde algo tan superficial como el clima, hasta de sus miedos y preocupaciones más ocultas, pasando por temas más “casuales” como las vivencias que conlleva estudiar en la misma Universidad, los planes del fin de semana, series, libros, el viaje que realicé, programas de televisión, el amor, artistas, conocidos que pudiéramos tener en común y un etcétera que empezó a ser bastante amplio cuando la Bulimia deja de ser “el centro” de la historia y empezó a haber espacio para estas otras historias alternativas.

Creo que el hablar de tantas cosas creó una relación de confianza entre nosotros, tal vez de familiaridad al paso de las sesiones, que considero hizo que ella pudiera hablar de todos los temas personales que quiso, a veces con pena, otras más, sin un poco de esta y que me orilló a poder entender y ampliar mi visión de Mariana, más allá de ese primer relato con la Bulimia. Como ya quedó claro, fueron tantos temas los abordados a lo largo de las 30 sesiones que se audiograbaron, que decidí seleccionar las primeras 10 sesiones completas, así como partes de otras más para poder contar lo que a mi juicio representa los cambios más relevantes de la terapia, así como de sus discursos y metáforas.

Cuando estaba a la mitad del total de las sesiones grabadas aproximadamente, me di cuenta que en la medida en la que hablamos una y otra vez y de diversas formas (con metáforas, preguntas, reflexiones) y cosas (de su día a día, por ejemplo) en relación a su madre, su mejor amiga y uno que otro ex novio, es que pudimos también abordar y de alguna forma comparar y replantear la relación que había creado con la Bulimia desde hacía ya varios años. Esto por

supuesto derivó, como consecuencia, a hablar y cambiar la visión de la relación que había estado teniendo con ella misma desde la aparición de la Bulimia en su vida, y claro, también la forma de relacionarse con su madre y su mejor amiga.

Es por eso que decido dividir esta historia, que es la misma, en estas cuatro “temáticas”. Mi intención no es contar cuatro veces el proceso de Mariana, sino narrar los cambios que vivió ella desde el inicio hasta el fin de lo elegido para reportar en cada una de estas áreas y hacerles ver cómo el hablar de forma externalizadora como lo propone White (2004), y volcarse a entender y profundizar en las metáforas propuestas por esta chica (y algunas por mí), hace replantear toda una vida y la visión que pudiera estar teniendo ella sobre el mundo que la rodea.

Capítulo 3.- Mi encuentro con Mariana y la Bulimia

Dicho esto, empezaré relatando lo que sucedió en la relación de Mariana con la Bulimia, continuaré con la que había con su madre, la que mantenía con Cris y finalizaré con la que llevaba/lleva consigo misma. Te podrás dar cuenta que Bulimia está escrito en ocasiones en mayúscula, es con la intención de ayudar al lector a verla como una persona.

3.1 Relación con la Bulimia

Recuerdo cuando Mariana llegó por primera vez al consultorio, usualmente no pienso en gran cosa cuando es la primera vez que veo a un cliente, me gusta dejar que me sorprendan. Y así fue, me sorprendí con su historia, aunque me parece que al inicio todo llevaba cierta pena o falta de confianza al hablar...pero solo fue muy al inicio, porque una vez que ella se arrancó, se dedicó a contar todo lo que probablemente nunca había contado. Creo que ella no esperaba encontrarse con alguien a quien le fuera tan divertido e interesante escuchar todas las metáforas y formas en particular de hablar que usa, aunque la historia fuera sobre la Bulimia y las veces en las que sus comidas terminaban en las tuberías de un baño.

La historia de la terapia inicia formalmente el 8 de noviembre de 2018, día que tuvimos nuestra primera sesión y que después de la presentación respectiva de mi persona, Mariana pasó a, como dije anteriormente, iniciar con toda la historia que traía auestas, contando que tenía bulimia, cuestión que quería trabajar en el proceso, además de que consideraba tener una *“falsa conexión o vinculación”* (Mariana, sesión 1) con las parejas que ha tenido, como Eduardo, uno de los ex novios que comenté hace unos párrafos y que aunque no es tema lo suficientemente relevante, según lo que conversamos y decidí, para estar en este trabajo, formó una de las razones para llegar a mi consultorio.

De manera general, puedo decir que durante las primeras sesiones el tema que más aparecía en la conversación era la Bulimia, quien cobró vida a partir de que yo propuse que habláramos de manera externalizadora; una forma diferente de expresarse muy de la narrativa, en la que se le dotó de características, personalidad, intenciones y conductas particulares a esta nueva persona con la finalidad de sacar de la cliente la problemática y plantear sobre la mesa una nueva forma de ver su propia situación.

Para poder externalizar y conocer mejor a la Bulimia, al finalizar la sesión dos le comenté que una opción era que durante nuestro siguiente encuentro podría representarla, a través de un dibujo, sin embargo, ella llegó a la siguiente sesión con tres papelitos, (ver foto 1) dos de ellos con preguntas y frases escritas (pensamientos intrusivos) y uno más con unos dibujitos, uno de una niña y otro de un cuerpo hecho con una bolita rellena y palitos remarcados parado detrás de la niña, cuyo cuerpo también se ve relleno justo como la cabeza de la persona que esta detrás; esta es la representación de si misma y de la Bulimia. En la parte superior, arriba de la bulimia dice: enojada, asustada.

A pesar de esto, durante la sesión siguiente, (la tercera) le pedí que hiciera la representación de la Bulimia, para mí era importante conocer de qué manera la representa, y le da vida, tuve en mente que por el tamaño del papel que me había traído se hubiera limitado al momento de dibujar. Mi idea era que tal vez explayándose un poco más pudiera haber más representación y por ende, más preguntas al momento de verla.

Mi sorpresa fue que hizo un dibujo muy parecido (ver foto 2), donde se observan dos personas hechas de bolitas y palitos, una tomando del brazo a la otra. Mariana me explicó que buscaba representar cómo la Bulimia la está tomando del brazo y no quiere dejarla; hace una comparación de ésta con su madre, pues para la Bulimia, ella (Mariana) es su prioridad ya que sí está ahí para reprenderla *“cuando hace una travesura”* (Mariana, sesión 3), frase con la que se refiere a comer, y que sobre todo está para apoyarla, pues es ella quien le dice que debe comer para sentirse mejor y posteriormente vomitar.

Cuando Mariana me presenta a la Bulimia, me la describe como un autocastigo, uno que cuando sucede, suele generar culpa, tanto antes de vomitar como después de hacerlo. Explica que un tema muy relacionado a ella es el miedo, pues *“todo empezó por miedo”* (Mariana, sesión 6). También la relaciona con el control, que si no está presente le genera mucho enojo e impotencia; si no hay control, aparecen pensamientos intrusivos, que estos a su vez, generan algunos antojos que la llevan a comer y posteriormente a vomitar, aunque no es la única manera en la que la Bulimia se hace presente, pues también ha utilizado laxantes.

Conforme se fueron dando las conversaciones con Mariana, fui conociendo mejor a la Bulimia y todo lo que hacía en la vida de esta chica y sobre todo la forma en la que influía junto con la Ansiedad, quien era *“el compañero de la Bulimia, quien está atrás de mí diciéndome ‘tienes que hacerlo’”* (Mariana, sesión

4)) para lograr que mi cliente saque todo. Ella en la sesión cuatro lo relata de la siguiente manera:

“Estas comiendo y te desesperas, pero no sabes por qué te desesperas, puede ser por muchas razones, pero a veces simplemente te desesperas; ya es tan usual en tu vida, que te desesperas y no disfrutas de las cosas, no disfrutas...sí lo disfrutas, pero sabes que va a pasar y es como una contradicción, quieres comer tu comida, pero quieres ir y devolverla...”

Parecía que la presencia de la Bulimia convertía a Mariana en una persona muy metódica y que incluso tenía que planear ciertas cosas de manera rutinaria para poder convivir:

“(..) siento que a veces soy muy sistemática, hago una rutina cuando se que va a pasar; tengo que cambiarme de ropa, o cuando estoy en mi casa, tengo que tomar mis toallas, quitarme la ropa, prepararme para bañarme, o sea alistarme, porque al final, va a dejarme muy agotada.” “Es muy feo al final, después de bañarte, te secas el cabello y no tienes fuerzas de quitarte la toalla, solo te tiras a la cama y te duermes...porque necesitas descansar.” (Mariana, sesión 4)

Aunque la presencia de la Bulimia era muy fuerte en la vida de Mariana cuando yo la conozco, me cuenta que ya había dejado de estar tan presente, pues en términos de cantidad de veces, antes podía pasar dos o tres al día y en ese momento sucedía dos veces a la semana, sin embargo, al preguntarle qué es lo que había sucedido para que disminuyera, me explica:

“no deja de estar presente...está pero de otra forma: tengo que llevar una dieta, ir al gimnasio, cosas que están bien, pero en el momento que yo no lo cumpla, no tome mis dos litros reglamentarios de agua, va a volver, o sea nunca se ha ido ni se ha disminuido.” (Mariana, sesión 4)

Lo anterior da pie a que en la misma sesión 4 me explique cómo ha sido la transformación de la Bulimia hasta ese momento, es decir, la forma en la que había “*madurado negativamente*” antes de llegar al punto actual:

“la Bulimia no es una siempre, ni la de ayer, ni la de hace días, ni la de hace un año...es diferente, entonces, al principio, te daba como que un poco de miedo, luego lo normalizas, llega un momento que lo veo muy normal, como parte de mi vida diaria. Yo ya sabía que tenía que tener mi bolsa, o si voy a un baño público estar pendiente que haya papel, porque no voy a salir toda hecha un fiasco; y empieza a entrar contigo, a tomar parte de ti, de las cosas que haces todos los días, de lo que metes en tu bolsa, de lo que comes, de lo que agarras de la alacena, de lo que te vas a poner en un día, de cuánto comer.”

Me queda claro que aunque no le cae bien, la Bulimia estaba tan dentro de su vida, que era ya parte incluso de la dieta; durante la conversación la comparamos como dentro de las equivalencias que se dan al comer, *“desayunas jugo verde, debes almorzar una ensalada, pero almuerzas una hamburguesa, pero en ese plus, esta que pues, tienes que compensarlo...”* (Mariana, sesión 4) y esta compensación, en ocasiones se volvía una meta para ella, porque al final, una vez devuelta la comida aparecía el sentimiento de paz, *“porque llega un punto en el que piensas que ya terminaste, que ya terminó tu día, que ya lo hiciste hoy y ya...que tienes que seguir.”* (Mariana, sesión 4)

Con lo conversado hasta este momento, me va quedando claro que la presencia de la Bulimia agotaba a Mariana en todos los sentidos, sobre todo el físico, porque además buscaba cómo ocultarlo constantemente, así como estrategias para recuperar azúcar; sin embargo, también podía, aunque no fueran muchos, generar momentos de tranquilidad y calma para ella. Expresa la ambivalencia de vomitar de esta manera:

“esta mal porque te duele, porque una parte de ti se está yendo, pero al mismo tiempo esta bien, porque no voy a engordar, no se va a ir a mi cuerpo, se va a ir de mi y ha habido veces que como y se queda y pues ni modos, pero se

que voy a ir al gimnasio o que lo puedo compensar con una ensalada o no comer arroz o harina, pero si sale pues mejor”.(Mariana, sesión 5)

Conforme escuchaba a Mariana hablar de la Bulimia, y la relación que habían entablado, me parecía que esta joven de ninguna manera estaba viviendo su propia vida, cosa que le planteé con la intención de empezar una conversación externalizadora (White y Epston, 1993) y como parte de mis ideas, pues me daba la impresión de que era la Bulimia quien tomaba decisiones, y que ayudada de los pensamientos intrusivos había generado conductas y creencias en su vida, quien así lo dice:

“Piensas que te lo crees, que te crees todo lo que piensas, porque pues son tus pensamientos, tus pensamientos intrusivos, es lo que piensas de las situaciones, es no dejar atrás las cosas, porque es revivirlas una y otra vez y te torturas con lo mismo, primero piensas una situación y a veces la situación podría ser que se quede todo el día contigo, y te va acompañando hasta el momento que diga, aquí es...tienes que buscar un baño” (Mariana, sesión 4).

Aunque Mariana solía decir que eran solamente dos, en la sesión cinco reconoce que en realidad son muchos más los años vividos con la presencia de la Bulimia. Para seguir construyendo un diálogo externalizador a partir de preguntas de influencia relativa, las que ayudan a separarse del problema (White y Epston, 1993) le pregunté (con el afán de entender y brindar una opción de respuesta) si existía una relación entre la Bulimia y las emociones que sentía, pues en repetidas ocasiones reporta haber sentido cosas (enojo, tristeza) y posteriormente haberse parado a vomitar. Ella en diversas ocasiones admite que van de la mano y lo menciona así:

“No se cuál estimula a cuál, tal vez las emociones estimulan a la Bulimia, porque hay días que te sientes bien y te sientes motivada porque lo estas haciendo bien, lo que para ti esta bien, pero luego algo sale mal o recuerdas algo, no

se...últimamente siento que mucho de mi estrés influye mi mamá.” “Tal vez vomitar sea mi llorar.” (Mariana, sesión 5)

Sentir las emociones era algo realmente importante para Mariana, pues verás, recuerdo la ocasión en la que conversamos respecto a los libros que lee, y al hablar sobre estos menciona que suelen gustarle los libros por *“el drama romántico, como que lo vives...y hasta cierto punto te proyectas porque son cosas que te pueden llegar a pasar (...) suena extraño, pero lo que voy a leer tengo que sentirlo, y si no lo siento no me gusta...”* (Mariana, sesión 6). Esto de alguna forma me ayudó a entender que ella busca sentir y expresar emociones, a veces a través del vómito, otras con los libros o incluso a través del blog que escribe.

Parte de las reflexiones que surgieron cuando hablamos respecto a los libros, fue la idea de que en ocasiones uno puede optar por dejar ir el dolor y en otras optar por seguir sufriendo. Esto generó una forma de ampliar las posibilidades en su vida, ensanchando el abanico de realidades posibles (White y Epston, 1993). En sus palabras, lo expresó de esta manera:

“yo muchas veces he escogido sufrir por una historia, porque de verdad me duele, de verdad lo pienso y sobre pienso que haya sucedido eso [refiriéndose a la historia del libro]. Hasta cierto punto se podría decir que leo para que me duela, para sentirlo, para sentir algo...¿para qué?, para sentir” (Mariana, sesión 6).

Los libros le habían hecho entrar en contacto con sus emociones, se habían vuelto parte de la estrategia para poder sentir algo más a lo acostumbrado, como el amor. Mariana de alguna forma había aprendido un concepto de amor a través de los libros, pues tiene la idea de que para poder enamorarte de una persona es importante haber crecido con ella.

Esta idea me hace reflexionar sobre por qué la Bulimia y ella siguen juntas después de tantos años a pesar de toda la descripción (en su mayoría negativa) que me había planteado. Si recapitulamos, para Mariana, el amor entre dos personas puede existir cuando han crecido juntos, eso ha aprendido de los libros,

y la Bulimia, es una de las personas con las que ha crecido desde hace muchos años pero que en la actualidad, estaba dejando de ser querida, a pesar de lo vivido. Le pregunté sobre el sentido de esta idea en su historia, a lo que me responde:

“Tal vez si he crecido...y más que yo apropiarme de ella, ella se ha apropiado de mi(...)yo quiero muy pocas veces a la Bulimia, pero...la Bulimia se aferra demasiado a mí” (sesión 6) Al decir esto, la compara con la relación que tuvo con Eduardo, su ex pareja, a quien ella se sigue aferrando a pesar de no haber contacto con él y agrega: *“yo soy, el Eduardo de mi Bulimia, que en el fondo yo no lo quiero”(sesión 6).*

Para este punto, puedo decir que yo ya tenía una versión amplia del alcance que había estado teniendo la Bulimia en la vida de Mariana, la forma en la que se fue adueñando de su vida y empezó a dirigirla, y me parece que nuestro personaje principal ya se estaba cansando de vivir con la Bulimia auestas, se cuestionaba cuándo sería la última vez que sucedería todo esto, y aunque no tenía una respuesta concreta *“en el fondo, yo si siento que puedo ya no vomitar más...” (Mariana, sesión 4).*

Con esta idea le planteo preguntas de influencia relativa, sobre la influencia de Mariana en la vida de la Bulimia, respecto a qué pasaría si ella decidiera hacer cambios en su vida, como el manejar sus propias emociones, a lo que responde que la Bulimia *“se iría achiquitando” (Mariana, sesión 4);* sin embargo, lo que había sucedido hasta ahora, es que la Bulimia se había controlado a sí misma pero Mariana no lo hacía consigo misma, y es entonces cuando le planteo la pregunta de *“¿qué pasaría con la Bulimia cuando ella se controle?”* y responde: *“Tal vez ya no esté. Muchas veces he pensado qué hacer en vez de... pero nunca he encontrado qué hacer en vez de...”(Sesión 4)*

Cuando Mariana responde esto, para mí se abrió una posibilidad; se mostró un espacio en el que por lo menos en lo hipotético se podía pensar que hay otras cosas para hacer en vez de recurrir a la Bulimia. Se me ocurre proponerle algo, y era el reescribir su historia por lo que con la intención de usar una metáfora, le cuento sobre la entrada que me pidieron para un blog donde planteo el uso de signos de puntuación como analogía para la edición de nuestra vida. Esto es una forma de poner en práctica lo que White y Epston (1993) llaman, la analogía del texto, donde se concibe la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos, en la medida en la que cada lectura del texto es una nueva interpretación y una nueva forma de escribirlo.

Le propongo a manera de compartir nada más, que podría escribir una historia en la que cuente las cosas desde el punto de vista de Mariana y no desde el de la Bulimia, en la que ella pueda decidir qué hacer con sus propias emociones, con quiénes compartirlas, qué ponerse, qué comer y sobre todo: cómo ser feliz, pues eran tantos los reclamos no hechos que logré entender por qué para ella lo que vivía era excesivo, por qué probablemente se tuvo que recurrir a la Bulimia como mediadora de su propia vida. Utilizar otros textos, como las cartas, o las historias tiene como fin convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido, y que recoge más fielmente el “trabajo” realizado. (White y Epston, 1993).

Ante esta propuesta, Mariana me cuenta de una plática sobre el perdón que escuchó, donde le proponen la idea de perdonar a alguien y menciona: *“yo pensé en la Bulimia, que no me he perdonado, y no es que yo no me perdone a mí, sino que no la perdono a ella, a la Bulimia, a la Ansiedad... a eso que me hace lesionarme”*(sesión 4). Al decir esto, voy entendiendo que para lograr una edición de su propia vida había que perdonar ciertas conductas, ciertas lesiones que había vivido a través de la Bulimia y la Ansiedad.

Como sabemos, la vida de las personas no es solamente un área, o un solo tema, (creo que ya quedó claro el por qué en esta historia hablamos de cuatro de la vida de Mariana), por lo tanto, al ir enhilando esta historia, me parece imposible encontrar una razón específica que me ayude a narrar lo sucedido como si fuera una cuestión de causa-efecto, pues el discurso y las circunstancias de vida van cambiando de un punto a otro, pues pasó de frases como: *“a veces cuando salgo de aquí pienso que ya no va a pasar y hago una promesa de que ya no va a pasar...pero a veces se me olvida y llego con pena de decirte: “sabes qué, si pasó” (sesión 4)* a otras más como: *“vengo sin la pena de decirte que vomité, llevo una semana sin vomitar para nada” (sesión 6).*

Estos cambios en el discurso, me dan la oportunidad para conversar de otras cosas, formas de expandir la historia y buscar más historias alternativas a partir de la pregunta de “¿qué fue lo que sucedió?” en Mariana, quien explica que logró esto en gran medida porque *“siento que hay una relación con mi mamá, esta semana he tenido una buena relación con ella y no me he sentido mal, o sea, bajoneada o algo así, y para mí es muy importante mi relación con mi mamá” (sesión 6).* Y es aquí donde de alguna forma convergen esta visión de la historia de la terapia y la que podrás leer posteriormente; esto es donde queda claro lo dicho anteriormente, somos más que un tema a la vez, nosotros editamos y de-construimos historias, las ampliamos y las vemos desde diversos lugares.

Por supuesto, que Mariana me dijera esto representaba un logro enorme para ella y para mí también, la verdad; el haber conseguido pasar una semana sin vomitar era un cambio realmente importante, por lo que con curiosidad decido preguntarle, utilizando un lenguaje lúdico, cómo se siente la Bulimia respecto a esto, una semana sin requerir de sus servicios creía que podría hacer que ella se sintiera mal. Mariana me explica que *“tal vez ni siquiera se siente, como que se va de paseo, porque tiene que regresar, o tal vez no tiene que regresar, pero va a regresar en algún momento” (sesión 6).* Mi reacción inmediata fue preguntar: “¿y no podrá tomar un paseo muy largo?” Para mi sorpresa, me comentan que es algo

que si ha pasado y que hay algo que parece que este en particular será de ese estilo.

Las cosas empezaban a ser diferentes, con la Bulimia de viaje, descubrimos, que como en el arte, al estar lejos y tener perspectiva se puede aprovechar y ver las cosas diferentes. En este caso, darse la oportunidad de ahondar en un proceso reflexivo respecto a esta viajera y entender, entre los dos, qué es lo que sigue para Mariana.

“La Bulimia quiere que la repare, esta muy mal, y quiere que la reparen, tal vez la Bulimia ya no quiere ser Bulimia...tal vez quiere no pensar en las cosas que va a comer, quiere no obsesionarse con cuánto de mucho sustituir y todas esas cosas que ha aprendido todos estos años...tal vez la Bulimia quiere ser reparada. Tal vez así como yo quiero ser reparada y cuidada, tal vez igual así esta ella, quiere reconstruirse y estar bien, porque tal vez sí somos la misma persona, es una extensión de mi, tal vez, o una proyección de mi yo flaca y mi yo gordita” (sesión 6).

Cuando Mariana me dice esto (y cuando lo vuelvo a leer para contarlo en esta historia), me es inevitable pensar que cuando habla de la Bulimia y describe qué es lo que quiere, de alguna forma también habla de ella misma, y en realidad, lo expresa así más adelante. También me fue imposible no ver la compasión que puede sentir por la Bulimia, por lo todo lo que ha pasado y su necesidad de hacer las cosas a su manera.

A pesar de esto, de saber que la Bulimia podría estar de viaje, no todo estaba dicho, ya que Mariana reconoce que los cambios no se dan de la noche a la mañana, pues era consciente de que de alguna forma seguía pendiente de las calorías que consumía, pero en menor medida: *“ayer me comí un helado y me sentí bien, y no estoy pensando: ‘qué tengo que dejar de comer para no sentirme mal por el helado’ y no me sentí mal...cené pizza” (sesión 6).* Lo diferente en esta ocasión era que las cosas que hacía para sentirse mejor ya no eran vistas como un ataque a su persona: *“también ayuda mucho que estoy yendo al gimnasio,*

siento que lo saco todo en el gimnasio, corro y me gusta, me gusta mi motivación, me gusta sentirme activa” (sesión 6), dando pie al surgimiento de historias alternativas, donde la visión de un acontecimiento (ir al gimnasio) es más amplia en comparación a otros momentos.

Mariana reconoce los cambios, pero se preocupa también: *“¿sabes qué es lo malo?, que ahorita me siento más delgada y si llego a subir un poco, la Bulimia va a tomar el primer vuelo o camión y va a volver...esté bien o no con mi mamá” (sesión 6)*. Parecía que todavía no estaba convencida, por decirlo de una manera, de que podía llevar su vida mientras la Bulimia estuviera de viaje. Para mí, esto solo podía significar una cosa: se empezaban a ver esbozos de historias alternas, una donde por lo menos por un rato (horas, días, semanas) era posible hacer una vida sin Bulimia.

Por otro lado, esta lejanía que se iba dando con la Bulimia da pie a que ella se atreva por primera vez a hablar con alguien más acerca de la presencia que había tenido esta compañera en su vida. Decide contarle a su primo *“que no me gusta la comida, de verdad, lo que representa” (sesión 6)* y a pesar de que éste se sintió mal por no haberse dado cuenta, fue una oportunidad para valorar a las personas a su alrededor, esos familiares que se preocupan por ella aunque a veces se le olvide y crea que realmente esta sola.

Poder ver esto me parece que fue uno de los cambios que generó la partida de la Bulimia, pareciera que esta ausencia envalentonó a Mariana. Después de ese primer cambio de no vomitar una semana, durante la sesión siete mencionó que *“pasó dos veces” (sesión 7)*. Esto realmente me hizo preguntarme de forma interna qué postura decidía yo tomar y al ser esta terapia una vista desde la narrativa, opté por verlo como parte de las cosas que suceden en la vida de esta joven. La Bulimia volvió por un momento y eso solo representó una oportunidad más para saber qué sucedió para que fuera necesario volver.

Parece que lo que la trajo de vuelta fue el enojo que le pudo causar que la cena de Navidad no saliera como ella esperaba, pues hubo disgustos entre los miembros de su familia. Hablar de este evento en particular y analizar todo lo que estuvo alrededor del suceso, más allá de ir y vomitar, me ayudó a ver que es bajo ciertas características (el estar enojada, no controlar la situación) en las que se presenta la Bulimia y lo más importante: nos hizo ver en qué otras no está y no es necesario que aparezca. Ilevándonos a ampliar la exploración de la influencia de la Bulimia en su vida.

Por lo tanto, al notar que puede no necesitarla en momentos específicos, pudimos empezar a hablar a detalle y de forma diferente de los temas recurrentes, es decir, de más historias alternativas. La comida es un ejemplo:

“estoy intentando comer, comer sin culpa, comer cosas que te gustan y si te llenas no sentirte mal, porque estuve pensando que no soy la única persona que cuando come se siente un poco llena, pero no todas las personas cuando se sienten llenas van a la baño a sacar toda la comida, que no es sano tampoco. Estoy aprendiendo a llenarme, a disfrutar mi comida y no pensar en qué va a pasar después” (sesión 7).

La reflexión constante respecto a su actuar es parte de las características personales de Mariana, lo que ayuda a ser más consciente de lo que sucede con ella al momento de comer, al momento de comer y estar enojada y a tomar decisiones más objetivas respecto a su forma de comer y a los motivos para acudir al baño a vomitar:

“no quería y no tenía la necesidad y no quería ir al baño porque tengo que aprender. Sí tenía altibajos y sí comía mucho y sí decía ‘uay estoy comiendo mucho’ pero vas a comer y no vas a comer las mismas porciones todo el tiempo, y tengo que aprender a comer(...)” (sesión 7).

Me dio la impresión que estas nuevas formas de aproximarse al gimnasio y a la comida le dieron la motivación necesaria para proponerse como parte de los deseos de las uvas de año nuevo no volver a vomitar, cuestión que ve como un

reto, *“porque a veces como que siento nauseas, que es como los alcohólicos que no les das alcohol por mucho tiempo...bueno a veces siento nauseas”* (sesión 7). Lo que de alguna forma genera un diálogo entre ella y su cuerpo, en el que este le dice: *“‘oye, no has ido, estás llena, o sea ya comiste, y la comida no sale solita”* (sesión 7) y ahora ella tiene la determinación de contestar: *“no, ya no, tengo que dejar ir...le digo a la Bulimia, la estoy cortando por así decirlo, estoy cerrando el ciclo y no lo he cerrado por completo, pero es la relación tóxica que necesito sacar”* (sesión 7).

Parecía que estaba siendo profeta, pues para la sesión número ocho específicamente, nos enfocamos a conversar de un suceso en particular: el pleito y quiebre de la relación de su, hasta ese momento, mejor amiga: Cris. Que sucediera esto en la vida de Mariana le hizo replantearse muchas cosas respecto a lo que pasaba con sus amistades (esta en particular), los límites que no ponía y la manera en la que esta la trataba, *“era la otra mano que me agarraba”* (sesión 8) refiriéndose a aquel dibujo de las primeras sesiones donde la Bulimia la tomaba del brazo.

Al ponerle un punto y a parte a esta relación de amistad y descubrir que no está sola, lo cual era uno de sus miedos, y por eso no la dejaba y permitía cosas, se da cuenta que puede ser un poco más libre, que puede tomar sus propias decisiones, incluso respecto a la comida, y gracias a que su madre le pregunta si la terapia estaba funcionando que se da cuenta que las conversaciones estaban reflejando también ese cambio: *“siento que es una eternidad desde la última vez que vomité, lo siento muy lejano. Ayer me compré una hamburguesa y me sentí bien al comer mi hamburguesa, no se siente tan mal comer”* (sesión 9).

Las diferencias en su vida empezaron a ser más claras, la presencia de los pensamientos intrusivos estaba siendo cada vez menos: *“tu mente solo guarda las bolitas [refiriéndose a las de la película intensamente] que son importantes, entonces siento que yo agarraba esas bolitas y no las dejaba ir, no importaba que sean cosas buenas o malas, pero ahora como que solo se van yendo...”* (sesión

9). Durante esta conversación retoma y ahonda en una de las metáforas de las que habíamos hablado previamente cuando ella habla sobre sí misma:

“Siento que soy un mega block que se esta construyendo, poquito a poquito, buscando las piezas correctas... Como que al mismo tiempo que yo soy el mega block, yo soy quien arma el mega block, yo decido qué entra en mi mente, con qué me quedo” (sesión 9).

Estas nuevas ideas y formas de conceptualizarse a sí misma repercutieron también en la forma en la que se siente y se comporta, pues admite que si la situación con Cris se hubiera dado en otro momento *“estaría yendo corriendo al baño” (sesión 9)*, haciendo referencia a hacer uso del apoyo de la Bulimia para solucionar y/o intentar manejar esta situación. Ahora en cambio, menciona que su cuerpo se va acostumbrando a cosas nuevas y ella le dice: *“sorry, no vas a vomitar, sorry, no va a pasar nada malo, no pasa nada malo si comes una hamburguesa, no pasa nada malo si comes un pedazo de pizza...” (sesión 9).*

Mientras Mariana me decía todo esto, yo pensaba en la Bulimia, y en cómo esto afecta la relación que tiene con ella, por lo que decido preguntarle sobre esto y me explica: *“la siento muy ausente, siento que no esta, o sea, estaba y se esta reacomodando, que es parte de mi pasado y quiero que se convierta en parte de mi pasado” (sesión 9).* Me doy cuenta que es Mariana quien se está dando a la tarea de transformar a la Bulimia y ya no es esta quien la transforma. Esto desde mi óptica implica hablar de forma diferente sobre lo mismo, reduciendo la trama saturada del problema y ampliando la contra trama.

Al ser ahora ella quien toma las propias decisiones respecto a su vida, Mariana decide resignificar su historia y dejar de verse a sí misma como *‘Mariana con Bulimia’*, pues esta Mariana creció, ya no es más *“una niña de 15 años perdida y desolada, con Bulimia...me veo como: yo. Como que ya no hay la Mari de antes y la Mari enferma, se fueron de paseo con la Bulimia” (sesión 9).* Lo que

da paso a que lo que ahora ve en el espejo le guste y diga: *“lo puedes mejorar, pero no vas a vomitar por eso”* (sesión 9). Esto para mí es la muestra clara de cómo la Bulimia se había ido de la vida de esta chica, generenado otra visión y otras palabras para referirse a sí misma.

Cuando esto sucede, la Bulimia llevaba 14 días de viaje, y Mariana hablaba de nuevas voluntades en las que vomitar no era más una opción; el analizar las propias conductas ya no tiene la intención de sobre pensar y juzgarse, sino que tiene la libertad de vivir sin ataduras, sin preocupaciones, donde las cosas que hace no son para ocultar a la Bulimia, sino para disfrutar de sí misma. Mariana lo explica como vivir sin *“anclas”* (sesión 9) pues al cortarla, se termina la relacion con la Bulimia.

Al seguir avanzando los días con la Bulimia de viaje, las conversaciones externalizadoras permiten el desarrollo de una historia alternativa de la vida más atractiva para las personas. La historia que contaba Mariana pareciera que deja de estar saturada de sus vivencias con esa compañera de la que veníamos hablando y eso nos permite conversar sobre sus propias decisiones, aventuras y ver con otros ojos lo que había sucedido con la viajera, así como con otras relaciones interpersoanles. Por ejemplo, al tomar esta perspectiva, puede explicar mejor cuál era la ayuda que recibía de su compañera:

“Yo creo que la Bulimia era mi...a dónde ir...quien me abraza cuando me siento tan abrumada, tal vez, por esas cosas, porque por lo mismo que no se manejar mis emociones, la Bulimia es quien me abrazaba, y me reconfortaba” (sesión 10).

Desde mi óptica, las cosas definitivamente habían cambiado, ahora, en su discurso al hablar de la Bulimia, Mariana ya no se refiere a que es como un castigo, sino un abrazo y el tiempo que utiliza es el pasado, forma en la que normalmente hablamos cuando algo dejó de estar junto a nosotros y que ella corrobora cuando menciona:

“Ya no está la Bulimia, tal vez, yo pienso, espero...rezo todos los días porque donde quiera que esté que no vuelva... y me gustaría que tome un viaje muy largo, o que se tome un viaje y que no vuelva, ya que haga su vida” (sesión 10).

Otra consecuencia del viaje de la Bulimia es que Mariana pueda mantenerse más ocupada en su día a día con actividades como: hacer ejercicio, ir a la escuela, ver qué va a comer, trabajar, etc. y a pesar de que tenga espacios para estar sola donde antes podría utilizar la compañía de la Bulimia, prefiere decirle: *“no quiero lidiar contigo ahorita porque me cansas” (sesión 10).*

El no lidiar, o no querer hacerlo, con la Bulimia me hace pensar en quién hará ahora todo el trabajo que ésta hacía antes, a lo que Mariana me explica entre risas pero muy claramente: *“yo hago mi trabajo, no hay trabajo de la Bulimia, la reemplacé, hice un cambio en la directiva” (sesión 10).* Otra explicación que utiliza es: *“hola, ya no eres vicepresidenta, se cancela el puesto, yo puedo ejercer los dos puestos, era mi secretaria tal vez, mi asistente, sorry, ya no estás” (sesión 10).* La conversación deja claro cómo se actúa contra el problema y logra sustraerse de su influencia.

Despedir a la Bulimia me parece que también la obliga de una foma a solucionar sus problemáticas emocionales con otras personas cercanas a ella, me da la impresión de que al no tener a quien normalmente la ayudaba, reconoce y recurre a quien realmente está ahí para apoyar: *“si te sientes chipi, le hablas a tu mamá, platicas con tu mamá, y si esta tu mamá cerca, vas y abrazas a tu mamá, o cualquier persona (...) abrazo a mi abuelita, abrazo a mi primo, a mis tíos...” (sesión 10).*

Pareciera que en la medida en la que Mariana decide tomar carta en los asuntos que la Bulimia estaba inmuscuída, se abren nuevas posibilidades para apartar su vida y sus relaciones de la influencia del problema, al punto en el que la forma en la que habla de los diversos sucesos de su propia vida va creando espacios donde vivir se hace menos pesado. Uno de estos temas es la comida, el cual pasó de ser relacionado con restricciones a comentarios como:

“Me he permitido, toda esta semana, comer sin culpa, no hay culpa al comer. No tiene por qué haber culpa al comer, no está mal comer un pan con café, una hamburguesa con papas el día de tu descanso de la escuela, no está mal decir que sí a un 2x1 de Angry Angus” (sesión 10).

Incluso, el comer es visto ahora como una manera de *“abrazarse y estar en confort”* (sesión 10) porque esta nueva forma de comer implica *“permitirte comer cosas que te gustan”* (sesión 10) y ya no es más un castigo *“porque no te vas a morir si te comes un mamut”* (sesión 10); ni es una forma de vivir todo eso que siente, no hay grandes cantidades de comida ni pensamientos intrusivos que motiven a tener conductas que ella no quisiera tener como vomitar, por ejemplo, ahora, es simplemente su propia forma de disfrutar la comida sola o compartida con sus amigos y seres queridos.

Definitivamente, algo que ayudó a todos estos cambios es la objetividad de esta chica, la cual creo que ayuda a no exigirse demás y a entender que los cambios son un proceso donde puede hacer algo diferente si hay alguna adversidad: *“claro que van a haber obstáculos, claro que van a haber cosas no tan positivas, piedritas con las que hay que lidiar, pero no cosas tan grandes que se pongan sobre mi y me pesen, así no”* (sesión 10).

La Bulimia hasta la actualidad sigue de viaje: *“la siento muy ausente, siento que no esta, o sea, lo mismo que te decía, estaba y se está reacomodando, que es parte de mi pasado y quiero que se convierta en parte de mi pasado”* (sesión 9). Solamente en una ocasión, pasadas varias sesiones, parecía que podía volver, pero en realidad no se le necesitó; nunca supimos realmente a dónde se fue, pero sí que Mariana ya no la quería de vuelta.

Sucedió con Mariana algo muy interesante, el no tenerla presente en la actualidad no hizo que se hiciera como que no existió, al contrario, se volvió un parámetro en su vida en ciertas situaciones, es decir, poder decirle adiós a la

Bulimia se volvió referente de poder decirle adiós a otras circunstancias personales, como otras relaciones de pareja, o bien, como una enfermedad que más adelante en la historia de la terapia se volvió, por un tiempo, el centro de la conversación.

Y así fue como Mariana decidió despedirse de la Bulimia y darse la oportunidad de escribir otras historias, de tomar las riendas de su propia vida, poniendo los límites necesarios para sentirse mucho más feliz en la “casa” que ella empezaba por construir para sí. Por otro lado, yo como terapeuta facilité relatos alternativos, fui quien supo leer las excepciones en las historias que contaba de su vida, sintiéndome curioso y apasionado por la capacidad de Mariana, y así elaborando descripciones alternas que fueran convincentes para esta joven.

3.2 Relación con su madre

Era la primera sesión, ocho de noviembre de 2018. Mariana al llegar al consultorio, sugiere que además de trabajar la relación que tenía con la Bulimia, conversemos de la relación que tenía en ese momento con su madre, una no tan positiva según relató; es un tema que le parece importante porque es la persona con la que convive todos los días, ya que de manera nuclear se tienen solamente la una a la otra, puesto que su padre biológico la abandonó y a quien llama padre a lo largo del proceso es a una ex pareja de su madre, que a pesar de todo sigue ahí con ella acompañándola a lo largo de su vida.

Al hablar de su madre, la presenta como una persona que *“no hace el súper, que no es controladora pero que es muy exigente y no da nada”* (sesión 3); desde la perspectiva de Mariana, para su madre ella está en segundo plano, porque otras cosas son más importantes, al grado de no darse cuenta que ésta hace algo mal, incluso, no darse cuenta de la existencia de la Bulimia y de la presencia que tiene en su vida. Me voy dando cuenta que la forma en la que habla de ella suele ser ambivalente, *“sí, ha hecho tanto, pero también lastimarme”* (sesión 5). En otra ocasión la define como *“ofensiva y defensiva a la vez, la*

manera de defenderse es ofendiendo a la gente, sacando a relucir todo lo malo que eres” (sesión 5).

Me causaba mucha curiosidad cuál era la historia sobre su madre. Al preguntarle, define la relación con ella de la siguiente manera:

“La relación con mi mamá es más complicada que la relación que tenía yo conmigo. Al principio pensaba que mi mamá estaba deprimida, que falleció mi abuelito y decía bueno si, esta deprimida y empecé a aceptar que mi mamá no pasara tanto tiempo en la casa, que haga otras cosas, y me sentí hasta en 2º, 3º, 4º plano, que habían un montón de cosas antes que yo...” (sesión 13).

Como parte de la dinámica que tenían está que suele sentir que no es buena hija, que no es adecuado pedirle favores, que en ocasiones le hace llorar pero que termina ayudándola, pues la idea que tiene sobre sí misma y con la que vive es que *“no soy buena persona”* (sesión 5) y por lo tanto, que es peor que sus primas, sintiéndose rechazada y creando por ende conflictos y discusiones entre ellas. Mariana lo expresó así:

“me siento de lado, que hay cosas más importantes para mi mamá que yo en este momento, es como si fuera: ‘yo ya viví tu vida 22 años, ahora déjame vivir mi vida a mi’ y no es que no la deje vivir su vida, pero sigo necesitando a mi mamá” (sesión 5).

Para Mariana era como si ella y su madre vivieran en la misma casa pero fueran ‘roomies’ (compañeros de casa) que solo coexisten, pues parte de la rutina consistía en llegar y que su madre no esté y que cuando esté en casa sea hablando por teléfono con su propia madre (abuela de Mariana) o con alguna de sus hermanas (tías de Mariana) por lo que no se da cuenta de lo que pasa, como la inseguridad tan grande que pudiera vivir o sentir: *“no siente que paso por crisis emocionales”; “considero que estoy bien, pero que cuando siento que estoy perdida, ella no sabe que estoy perdida y me gustaría que me entienda un poquito a veces” (sesión 13).*

Independientemente de que la señora no se da cuenta de las inseguridades que Mariana tiene, la relación que mantenían aporta mucho a este sentir de manera general; una de las razones, que figura como historia saturada del problema, es *“porque siempre va a asumir lo peor de mi, siempre, y a veces me he sentido una mala hija porque siempre asume lo peor de mi”* (sesión 13). Otra forma en la que Mariana lo percibía y expresaba es la siguiente:

“yo no me siento mal con la imagen que tengo de mi, pero si siento que mi mamá se siente mal con la imagen que tiene de mi. Siento que tengo que estar escalando escaleras y estar subiendo y subiendo para ser la no. 1 de mi mamá, para que vea que yo también estoy ahí, que yo también soy importante y tal vez eso es lo que me frustra tanto, que yo no siento que soy importante para mi mamá” (sesión 13).

Lo que me queda claro aquí es que el objetivo era sentirse prioridad para su madre y no solo para la Bulimia. Al no conseguirlo, Mariana desarrolló estrategias como optar por no estar en su casa, porque se empezaba a sentir sola:

“me da flojera llegar a mi casa y saber que nadie me espera, creo que ese es el problema de todo, porque me acaban de dar ganas de llorar...entonces yo creo que el problema es llegar a mi casa y saber que nadie te va a esperar, me gustaría llegar alguna vez y que ya me esté esperando con la comida, no se. Y tal vez espero que mi mamá llegue a las 5 de la tarde, y no llega, porque hace otras cosas, porque hay cosas más importantes que hacer que ver a su hija” (sesión 13).

El sentimiento de soledad se había vuelto tan grande que Mariana podía ver en él un aliado de la Bulimia, una razón que justificaba la presencia de la Bulimia en su vida para sentirse mejor eventualmente, lo que me ayudó a ampliar la trama saturada del problema: *“He llegado a pensar que la soledad y la Bulimia se influían como un conjunto, porque te sientes sola, o sea si no está tu mamá, pues está la Bulimia contigo, yo pienso...”* (sesión 13). Por otro lado, al conversarlo, la estrategia de salir todo el tiempo ya no le estaba funcionando del todo, pues ella lo

explica como un *“mecanismo de defensa” (sesión 13)*, porque reconoce que lo que le causa conflicto no es estar sola sino *“llegar a mi casa después de las cinco de la tarde y saber que no hay nadie esperándome” (sesión 13)*.

En otras palabras, Mariana lo define como: *“no hay nadie constante en mi vida, no tengo un puerto seguro a donde llegar” (sesión 13)*, pues antes podía recurrir a casa de sus abuelos, lugar donde de alguna forma u otra había cierta rutina y estructura que le gusta y le daba cierta tranquilidad, así como pasa en casa de su tía Lulú, aunque por diversas situaciones personales y de tiempo, no siempre puede acudir con ellos.

Sucede que hablar de este tema, la relación con su madre, con la familia extensa genera conflicto en ella. Mariana no se permite hablar de forma negativa de su madre, porque *“no esta bien que yo me queje de ella con mi abuelita, o que hable mal de ella”, “No se ve bien que una niña bien hable mal de su mamá” (sesión 5)*. Estos conceptos parecían ser aceptados como parte de su vida y de la forma en la que tienen que ser las cosas, cuestión que me llama la atención porque en lo personal necesitaba entender más respecto a esto. Al preguntarle, descubrimos que estas ideas son tomadas de ese grupo familiar que también le dicen: *“cómo puedes criticar tanto a tu mamá que ha hecho tanto por ti” (sesión 5)*.

Es tan importante su madre para ella, que todas esas cosas que no le parecen de la relación, no se las había comentado porque no la quería preocupar, pero pareceiera que es tan significativo expresarlo que incluso sueña con eso: *Soñé que le dije a mi mamá: “es que tu le dices a las personas todo lo malo que hay en mí” (sesión 4)*. Esto me lo cuenta porque los comentarios que pudiera hacer su madre repercuten en críticas de sus otros familiares, las cuales afectan a Mariana, quien encuentra una relación con todo lo que ha estado pasando respecto a las emociones y estrés que tiene y que influyen en la Bulimia, ya que *“esas críticas si influyen mucho, y que tienes que ser alguien tal y como las personas quieren que seas” (sesión 4)*.

Hablar de esto nos hizo darnos cuenta que Mariana está cansada de pelear y de mantener una relación madre-hija así como está: (*“mi mamá afecta mi paz”* (sesión 13) e hizo que veamos la similitud que había en sus expresiones respecto a el cansancio que percibe al vomitar y a no expresar cómo se siente, cosa que se traga para después vomitarlo. Esta idea dio pie a conversar y cuestionar cómo la forma en la que está decidiendo vivir no parece suya, sino de la Bulimia, que le hace sentirse mal y creerse esas características e historias dichas por otros.

Otro análisis de la historia como una forma de de-construir que hicimos respecto a la forma en la que se lleva con su madre se dio cuando Mariana me comentó que se armó de valor para poder hablar con ella respecto a lo que percibe de su relación; un tanto frustrada me dice: *“cuando yo le intento decir de buena manera esas cosas que no me gustan de ella, recibo también reclamos y críticas, entonces mi modo de protegerme de esto es no decirle nada”* (sesión 13), cuestión que la hacía sentir insegura al punto de cambiarse de ropa hasta 10 veces antes de ir a algún lugar, ya que *“con mi mamá no me siento segura de ser yo misma”* (sesión 13).

Al ser una relación un tanto ríspida, por supuesto que habían discusiones entre ellas, y éstas eran generadoras de emociones desagradables para Mariana:

“cuando tengo discusiones fuertes con mi mamá, me entra la ansiedad y el estrés que se juntan y me sobrepasa y lloro, y me autodesprecio, y en esta parte no hay pensamientos intrusivos, simplemente ese enojo e impotencia me sobrepasa y me siento muy triste y enojada con mi mamá” (sesión 13).

Para este punto de la historia que estoy contando, me va quedando claro lo trascendental que es su madre y las razones para recurrir a la Bulimia en busca de ayuda y compañía. De la misma manera, voy entendiendo que este necesitar a su madre es también influido por la percepción que hasta ese momento tenía de sí misma: *“no he crecido, me siento como la niña de 15 años que esta encerrada en sí misma, no avanzo”* (sesión 5). En general, lo que Mariana esperaba de su

madre era: *“que fuera un poquito más afectuosa” (sesión 13)* así como un poco más empática, características que hasta ese momento parecía no sentir.

Aproximarme a la historia de Mariana me hace pensar en muchas cosas, como la ubicación en el tiempo y espacio de los sucesos, por eso, decido preguntarle si existiera alguna relación en estos términos, y resulta que sí. Es decir, vamos uniendo pedazos de la historia y vamos viendo que el tiempo que lleva maquillando la situación con su madre y el tiempo que la Bulimia ha estado presente se relacionan, así como también con el tiempo que lleva sintiéndose diferente a su familia.

Es necesario recordar que la vida no es blanco o negro, existen escalas de grises, tonalidades que me interesaban conocer pues la excepción a me podría dar información para entender mejor la dinámica. Fue durante la sesión seis que conversamos de libros y de películas, y de libros que hacen películas y que suele ir a ver con su madre al cine, actividad que disfruta mucho con ella ya que la señora es fan de las *“buenas películas”*. Casualidad o no, al contarme esto agrega que llega sin la pena de decirme que vomitó e incluye en su relato otros aspectos de la historia, los acontecimientos extraordinarios que dan pie a una historia alternativa: *“siento que hay una relación con mi mamá, esta semana he tenido una buena relación con ella y no me he sentido mal, o sea, bajoneada o algo, y para mí es muy importante mi relación con mi mamá....”*

Con esta idea sobre la mesa y de la relación que esto puede tener, le seguí preguntando respecto a la forma en la que ha reaccionado y se ha relacionado con la Bulimia cuando hay una buena relación con su madre, a lo que me respondió:

“tal vez porque le doy pena...ella está cuando mi mamá no está, pero cuando mi mamá sí esta, ella me deja ser yo...y ayer me sentí tan yo, de verdad me sentí muy yo...me sentí feliz hasta cierto punto, porque sabía que en mi casa las cosas en este momento están bien, entonces siento que si las cosas en mi

casa están bien, afuera las cosas también están bien y no tengo que fingir que estoy bien cuando estoy mal, entonces te sientes muy bien...y me gusta sentirme bien, no me gusta vomitar, y no he vomitado en toda una semana” (sesión 6).

Retomando los aspectos más positivos de la relación, los cuales amplían la contra trama, pues son los recursos de Mariana, puedo mencionar las ocasiones en las que su madre le da consejos respecto a qué hacer con sus amistades: *“porque mi mama me dijo: tal vez ya no vas a ser su mejor amiga, queda en buenos términos con ella” (sesión 8).* O bien, cuando la orientaba respecto a las formas adecuadas de expresar sus ideas e incluso, cuando se fue la Bulimia, de alguna forma, se volvió una opción de a quién recurrir por un abrazo cuando se sentía triste.

Aunque hablar de su madre no era un tema tan común en las sesiones, fue una de las relaciones donde más cambios se observa y me parece que la determinación de hacer cambios que tenía Mariana fue un factor impotarte:

“(...) cuando me puse en la mesa a decir ‘tengo que mejorar la relación con mi mamá’ a como de lugar, porque yo puedo estar mejorando pero mi mamá no está mejorando en este momento y no puedo afligirme ni entrar en conflicto con mi mamá, sentí una presión un poquito más ligera” (sesión 8).

El plantearse sobre la mesa la relación con su madre, se vio reflejado incluso en entender por qué estaba yendo a terapia, lo que explica así: *“La cosa es...aceptar que hay cosas buenas en mí, he pensado tanto tiempo que no tengo nada bueno que me lo creo y eso le hago creer a la gente, por eso a veces me siento perdida” (sesión 13).* O como le explicó a su madre cuando ésta le cuestionaba si la terapia servía: *“yo no voy al psicólogo para ser buena persona, voy para ser mejor yo, para aceptar mi yo que es buena onda y persona y se ríe y le encanta el chisme...” (sesión 13).*

Como mencioné en un inicio, parte de las razones por las que Mariana acude a terapia era cambiar en lo posible esa forma en la que se relacionaba con su madre, y me da la impresión que el tema se retomó y ahondó en la medida en la que la Bulimia se fue de viaje y dio espacio para esa determinación: *“me gustaría cambiar la relación con mi mamá, buscar en mi y decir: no puede ser, Mariana, que le tengas tanto miedo a decirle algo a tu mamá, no puede ser que tu mamá influya en tus inseguridades”* (sesión 13). Es por eso, que en la medida en la que conversamos de todo esto, lo positivo y lo negativo, la relación con su madre empezó a ser otra; sin darme cuenta dejó de ser parte de los temas a conversar en las sesiones, y pasó de ser una historia recurrente a ser una de esas que se diluían en los comentarios de cada sesión.

Eventualmente, cuando le preguntaba respecto a su madre, podían haber ocasiones en las que mencionara que habían discutido o que algo había pasado, podía ser algo que agobiara a Mariana, pero su atención y conversación estaba en otros aspectos personales, como si de alguna forma hubiera dominado el cómo relacionarse con su madre. Incluso, en otras ocasiones la respuesta podía ser mucho más positiva, hablando de una relación donde ahora sí hacían cosas juntas, como ver películas o series, lo que la llenaba de satisfacción y tranquilidad.

En definitiva, como toda relación interpersonal, no cambió a ser maravillosa y sin problemas de una sesión a otra, pero sí estuvo claro que la presencia tan grande de su madre en su discurso fue disminuyendo; en una ocasión me comenta: *“me ataca pero yo no me siento atacada”*. Poco a poco logra entender a su madre y que los comentarios que hace no siempre tienen la intención que ella solía darles. En otras palabras, aprendió que hay batallas que no son necesarias pelear, por lo menos no todo el tiempo.

3.3 Relación con Cris (mejor amiga)

Cuando empezamos a trazar la historia de esta terapia, Mariana de alguna forma me había presentado a Cris, su mejor amiga en ese entonces. La había mencionado en alguna parte de sus historias pero no se había ahondado respecto a ella o a la manera en la que se relacionaban, probablemente porque era más

importante conversar respecto a las historias que iban más en relación con la Bulimia que conversar de algo que en ese momento estaba bien para esta chica.

Si somos muy precisos, todo lo que conllevó conocer, analizar y decidir respecto a esta amistad sucedió específicamente en una sesión, la número ocho, y de alguna forma en las dos posteriores a ésta. Esta cita a mi parecer marcó un antes y un después del proceso terapéutico pues la llevó a tomar decisiones que hasta el día de hoy la han cambiado y movido a tomar las riendas de su propia vida, encontrando nuevas soluciones pero también nuevas personas que le aporten más de lo que le exigen, pues el cambio en el discurso lleva a formas de vida distintas. Así, que aquí voy, te contaré qué fue lo que sucedió con Cris.

Mariana llegó al consultorio, y después del típico “¿cómo estás?” de mi parte, me respondió: *“estoy en duelo, mi amistad con Cris murió...creo”* (sesión 8). A partir de esta frase, la sesión estuvo llena de recuerdos y metáforas tan de ella, que utilizó para explicar qué es lo que había pasado entre ellas y por qué se llegó al acuerdo de mantener su distancia a partir de ahora. La primera metáfora que eligió para contarme fue la siguiente:

“¿Te acuerdas de los cajoncitos cuando vas acumulando cosas? Y de repente abres el cajoncito y pones una cosita, pero esas cositas se vuelven muchas cositas y ese cajoncito ya no puede cerrarse más y sale, explota...yo soy el cajoncito” (sesión 8).

Inmediatamente le pregunté con curiosidad, qué era lo que había puesto en el cajoncito para que no pudiera cerrarse, y resultaron ser *“muchas cosas de Cris”* (sesión 8). A partir de eso me empezó a relatar el motivo del pleito que tuvieron. Todo inició por un comentario que le hizo Mariana a un amigo en común con Cris, quien lo utilizó para burlarse de Mariana, la cual, en esta ocasión, decidió que no lo permitiría, por lo que contestó a esas burlas y comentarios sarcásticos que eran parte de la historia saturada del problema.

Parte de los comentarios recibidos y que no estaba dispuesta a aceptar fueron:

“un mensaje con muchos JAJAJA preguntándome si enloquecí y si me odiaba por haber dicho eso”; “que yo era muy inmadura, muy ridícula, y básicamente se puso a ofenderme y que ya no iba a hablar conmigo si yo iba a estar así y yo le respondí que tampoco iba a hablar con personas que menosprecian todo el tiempo a las personas y siempre ven lo peor de ellas” (sesión 8).

Las cosas estaban muy fuertes, por lo que hubo un recuento de los comentarios ofensivos que recibió de parte de Cris, así como de la forma en la que se defendió y agrega: *“y lo dije muy en serio, porque no se vale que todo el tiempo me estés avergonzando, me estés ofendiendo y se supone que eres mi mejor amiga” (sesión 8).* Además de esto, la conversación de ese día consistió en hablar de diversos momentos en los que Cris no estuvo para Mariana, como la muerte de seres queridos; o los momentos en los que Cris le pedía su compañía para salir por un esquite, por ejemplo, y si mi cliente no podía, surgía un problema.

A pesar de todo lo sucedido, Mariana va y le pide disculpas pues le interesaba en ese momento arreglar las cosas: *“yo no le pedí disculpas por lo que dije, porque yo de verdad quería decir eso, porque de verdad me ha hecho sentir muchísimas veces menos y muchísimas veces ve lo peor de mi y yo aguanto mucho” (sesión 8).* Con este comentario sobre la mesa, decidí ahondar en el por qué es una mujer que aguanta mucho, a lo que responde casi inmediatamente: *“por mi conflicto de abandono. Siento que le he aguantado tanto por no perder a Cris” (sesión 8).*

Esta idea del conflicto de abandono propuesta por ella (que había surgido en otras conversaciones muy someramente), dio pie a poder realizar preguntas para de-construir la historia y cuestionar sobre la idea que tenía Mariana respecto

al por qué tener cierto tipo de relación con su mejor amiga. A partir de las preguntas realizadas ella se cuestiona:

“¿por qué aguantar tanto? Tantos desaires, tantos desprecios. Y no es que yo no me le haya pasado bien con Cris, pero antes, me daba muchísimo terror quedarme sin Cris, le tenía mucho miedo a no tener a Cris, a no tener a alguien a quien llamarle, alguien que este conmigo cuando la necesito, pero cuando tengo mis momentos de mucha presión cuando estoy con ella, siento que tengo que salir corriendo, porque no siento que ella pueda apoyarme. Siento que ella minimiza todo lo que a mi me pasa y... ya lloré mucho el sábado. Fue como que de esas lloradas que tienes que llorar y sacarlo y la liberas de ti” (sesión 8).

Como cualquier persona, además de conversar esta situación conmigo, su terapeuta, también la conversó con otros amigos que conocían de la relación de amistad con Cris y todos convergían en que esta le hacía bien, pero Mariana no se sentía así, *“yo me sentía como que controlada” (sesión 8)* situación que con otras amistades no le sucedía. Parecía que el control iba en relación a tener que ayudar a que su mejor amiga fuera el centro de atención constantemente: *“no podía reírme o estar a gusto, tenía que estar tomándole fotos constantemente porque le gusta ser el centro de atención y cuando estábamos con sus amigos, siento que era otra persona, pero conmigo también era otra persona...” (sesión 8).*

Como mencioné hace unos párrafos, la sesión consistió en hablar tanto de la situación actual, como de situaciones pasadas en las que no se sintió cómoda con Cris, y he de admitir que en ocasiones durante la sesión me daba cuenta que los comentarios eran hasta cierto punto repetitivos, cosa que atribuyo a la necesidad que pudiera sentir y la importancia de re-narrar una historia para generar nuevas ideas y narraciones respecto a la problemática, hasta que llegó un momento en el que comprende y pone en palabras cómo se siente con la idea de alejarse de su mejor amiga: *“me siento mejor sin Cris, y me siento mal por sentirme mejor sin Cris...” (sesión 8).*

Al ir ahondando en esas historias que mencioné, surge en la conversación una metáfora esclarecedora, donde queda a la vista la influencia y control que podía tener Cris sobre Mariana: *“era la otra mano que me agarraba”* (sesión 8), recordando aquellos dibujos de las primeras sesiones donde una mano era de la Bulimia. Era una mano que quisiera sabía de la existencia de la Bulimia por miedo, que cuando se le necesitaba era inútil encontrarla, porque *“no quería escucharme”*, *“minimizaba mis problemas”* (sesión 8) y en otras ocasiones incluso hasta le echaba la culpa de estos y fomentaba la no expresión de las emociones, cuando para mi paciente llorar era *“sacar todo lo que lleva dentro”* (sesión 8).

Una consecuencia de hablar continuamente e ir expresando todo lo que uno siente, lleva a encontrar nuevas narraciones, a de-contruir lo vivido, y es así cuando Mariana concluye: *“siento que tal vez ella no me estaba agarrando, yo estaba ahí porque tenía terror de quedarme sola, pero quedarme sola no es la peor cosa del mundo, no estoy sola tampoco”* (sesión 8). Con curiosidad le pregunté respecto a qué es lo que la lleva a replantearse todo esto y explica: *“porque yo lucho todos los días con quién yo soy como para que alguien venga y vea lo peor de mi y no me muestre como soy”* (sesión 8). Se va dando cuenta que no esta siendo lo que otros quieren, y se empieza a plantear la opción de ser lo que ella quiere ser.

Conversar sobre todo esto, plantearse significados nuevos de sus propias relaciones y entender cuál era el papel de Cris en su vida y la función de esta para ella, hizo que Mariana llegue a la siguiente sesión diciendo: *“lo que te conté de Cris, no me ha afectado tanto. No me siento tan mal”* (sesión 9), mostrando así cómo emergen nuevas posibilidades en la historia a través de la conversación, dando paso a retomar otros temas, pues si unimos dos de las temáticas, esto sucede a la par también de la desaparición de la Bulimia, de hecho, al hablar de la última vez que vomita, la razón de esto fue:

“porque me acababa de pelear con Cris. Porque, todo lo que Cris estaba diciéndome...ella si tocó fibras muy sensibles de mi, y todo lo que estaba diciéndome Cris era todo lo que no quería recordar y acababa de comer” (sesión 9).

Pareciera que tomar las decisiones respecto a estos temas (Bulimia, Cris, su madre) hizo que entonces se aventara a probar cosas nuevas, cambiar rutinas, dejar de tratar de controlar todo a su alrededor e incluso comer cosas diferentes, aunque después de analizar qué está haciendo cotidianamente en su vida, me explica: *“en realidad no estoy haciendo nada nuevo, simplemente no me estoy preocupando tanto. El no sobrepensar las cosas, el no anclarme...sí, como que soy un barquito que antes tiraban el ancla y como pesa, me hundo” (sesión 9).* Decido continuar la conversación con esta metáfora y le pregunto respecto al tamaño del ancla, porque los barcos no se hunden con su propia ancla, y concluimos que era como un barco de remos con ancla de crucero, por lo que decide *“cortar el ancla y ponerse a remar” (sesión 9).*

Con esto último le pregunto si este corte era terminar las relaciones que no le hacen bien y lo confirma: *“aja, puede ser, mi relación tóxica con la Bulimia, mi relación tóxica con Cris” (sesión 9).* Por otro lado, al ser una mujer empática, reconoce que probablemente Cris esté pasando por situaciones problemáticas en su vida personal de la misma forma en la que ella lo vivió, la diferencia era que Mariana en vez de *“destruir a las personas, me destruía a mí” (sesión 9).* A pesar de ese corte de relación, pensaba dejar las cosas bien, sin rencores, pero para su ex mejor amiga, las cosas no parecían ser igual, la última discusión que tuvieron fue bastante larga y cansada, lo que hizo que mi paciente se agotara y entre las cosas que se dijeron, Mariana expresó:

“yo entierro el pasado, y no le llevo flores, no Cristina, te equivocas, te conozco y te conozco muy bien, y porque te conozco no me voy a pelear contigo, ya déjalo estar, no voy a pelear contigo porque no has entendido nada, no quería que pasara esto, pero te burlaste de mi y me avergonzaste al punto de sentirme

humillada por la única persona en la que confiaba, eso es todo y ahí muere..." (sesión 10).

Con esta narración y otras más, se despiden una de la otra y se cierra el capítulo de esta amistad, acalarándome que no siente rencor por ella y que espera que las cosas vayan bien para Cris. En cuanto a la metáfora mencionada previamente me explica:

"hasta ahorita ya entendí el concepto de la frase, y la aplico: entierras el pasado y no le llevas flores, porque no es un pasado bonito para ti, o sea, no es que no le lleves flores, sino que sabes que esta ahí, pero no vas a quedarte viendo ese pasado, vas a seguir avanzando, lo guardas, lo bendices y sigues..." (sesión 10).

Llevarle flores al pasado para Mariana implica *"guardarle cariño al pasado"* (sesión 10), cosa que no quiere, entiende que son cosas que ya no puede borrar pero que no tienen por qué atormentarla, lo que la lleva a resignificar la historia, con Cris pues ella *"es parte de esto, parte de muchas cosas que yo me dejé"* (sesión 10); en términos de la metáfora de los cajoncitos, ella es un *"pendiente que no me quiero seguir guardando, porque lo que cargas te pesa y lo que te pesa te duele, y yo no quiero que me duela nada"* (sesión 10), mujer sabia, esta joven.

Al hablar desde esta nueva perspectiva, llegamos a la idea de que Mariana ya no necesita a Cris, *"no, no la necesito, o sea tal vez haya otra mejor amiga; tengo dos mejores amigos hombres, y no dependo de ellos y esa es la cosa, siento que yo dependía mucho de Cris, y está mal depender"* (sesión 10). Esta visión da pie a reconocer que no recibía de su mejor amiga lo mismo que ella daba, ni sentía la solidaridad que ella necesitaba, pues terminaba por priorizar los problemas de Cris para no ver los propios.

En conclusión, generar una nueva narrativa para esta relación, lleva a decisiones y formas de vida distintas, como terminar la relación de amistad que tenía con Cris, dejar de llevarle flores, orilló a Mariana a repensar sus propias actitudes en diversas áreas de la vida, a darse cuenta que la forma en la que vive

su vida depende solamente de ella y la forma en la que se proponga ver las cosas. Con respecto a la historia de la terapia que te voy contando, dejar de llevarle flores a esa relación del pasado dio pie a empezar nuevas formas de hablar, nuevas metáforas y otras más que se habían olvidado, se tomaron pues la construcción de lo que ella quiere para sí misma es lo primordial.

3.4 Relación consigo misma

Durante algunas de las conversaciones externalizadoras que tenía con Mariana sobre la influencia y la relación que tenía con la Bulimia, surgía también la comparación o comentarios respecto a sí misma, sobre todo antes de adentrarnos en las conversaciones externalizadoras, esas en las que dotamos a la Bulimia de un sinfín de características, intenciones y acciones, pues desde un inicio comentó que le parecía que la Bulimia era una persona *“que tiene dos caras”* (sesión 3), con quien estaba conectada a través de los pensamientos intrusivos.

Al inicio de la terapia, la forma de hablar sobre sí misma era muy particular, nuestro personaje principal solía explicarme que se ve como dos personas diferentes, por un lado, como la *“Mariana de 2º de prepa”* (sesión 3), a quien ubica con el nombre de *“Mari”*, y explica que esa es la forma en la que se sentía en ese momento. Por otro lado, está *“Mariana”*, quien representa la forma en la que quiere estar, y ella, mi cliente, se sitúa en medio de estas dos, situación que la llevaba a enojarse respecto a temas como la comida, *“por no saber comer”* (sesión 3), pues en ese momento medía las porciones en exceso, según cuenta. Este tipo de narraciones, las que usa para definirse, son las que White y Epston (1993), mencionan que determinan la interacción y organización de las personas, y que la evolución de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones.

A pesar de lo anterior, cuando le pregunté por sí misma, Mariana logró dar una definición o explicación sobre esto, por lo menos de la forma en la que se sentía en ese momento; hablaba de ella como una persona controladora y que no era tan buena hija, sin embargo, en su discurso aparecen frases que hacen referencia a no querer decirle a su madre cómo se siente por miedo a que esta se

fuera a sentir mal, lo que me hace pensar que tal vez no era tan mala hija como decía.

Recuerdo en una ocasión, en la que hablábamos sobre la Ansiedad y la Bulimia, a quienes Mariana define como compañeros, y yo hacía preguntas respecto a qué tanto están presentes estos dos seres dentro de su vida, pues me daba la impresión de que estos habían permeado hasta en su forma de pensar y en las acciones que debía realizar, como vomitar, por ejemplo, y le pregunto, con la intención de darle una voz más fuerte a esta chica, qué es lo que ella quiere hacer, y decide responderme con la siguiente metáfora:

“A veces he pensado en mí como alguien que está dispersa, que quiere juntarse, estar bien...como una cosa de mega blocks, que son un montón y tienes que hacer una torre...A veces sí soy una torre, pero esa torre se cae” (sesión 4).

Esta fue la primera vez que se utilizó la metáfora de los mega blocks, metáfora que fue utilizada con mucha más frecuencia e intensidad para explicar su propia historia en sesiones posteriores a las plasmadas en este apartado, sin embargo, resulta importante pues, en su momento, dio pie a entender cómo fue percibiendo los cambios en su vida y por supuesto en la historia que cuenta sobre sí misma, la cual desde ahora se empieza a cuestionar y a cambiar.

La metáfora de los mega blocks nos lleva a conversar respecto a qué es lo que le gustaría hacer para lograr sentirse bien, realizo preguntas como: “¿la construcción con los mega blocks va a incluir de alguna manera a la Bulimia y a la Ansiedad?” o bien, otras como: “¿qué habría que cambiar en tu vida para que entonces tu estés bien?” En general, Mariana responde con frases que buscan ampliar la historia: *“quiero estar bien, quiero que esto de verdad acabe, porque es muy difícil para mí” (sesión 4)*, o bien, explica que lo que necesita es *“que la Bulimia ya no esté conmigo, no tener esos pensamientos que tienen mucho que ver con la parte negativa de mí, porque yo no quiero verme negativamente...” (sesión 4).*

Esto me deja ver la forma en la que Mariana habla y se relaciona con ella misma, pues si partimos de que las palabras construyen nuestra realidad, la que esta chica estaba presentando era la que ella había creado y creído para sí misma, pues en alguna ocasión menciona: *“quiero verme positivamente, quiero que lo que los demás ven, verlo yo también, porque se que soy alguien que tiene mucho potencial”* (sesión 4). Sin embargo, a pesar de saber todo lo positivo, pareciera que lo negativo (que también sabe) es una parte que le cuesta tolerar, y que incluso suele ir en aumento.

Este ir en aumento, hasta ese momento, era en gran medida propiciado por todo lo que se *“auto dice”* en forma de exigencia respecto a diversas situaciones o temáticas, por ejemplo, su comportamiento y la forma en la que se asume *“la oveja negra de la familia”* (sesión 4) por decisiones del pasado, o bien, lo *“observadora pero también juzgadora”* (sesión 5) de cada parte de su cuerpo, llevándola a sentirse *“encerrada”* (sesión 5), porque fuimos dándonos cuenta, a partir de las reflexiones durante nuestros encuentros, que en gran medida era la Bulimia quien vivía su vida y le hacía pensar todas estas cosas.

Lo que uno se dice de sí mismo y dice del mundo, en ocasiones tiene tanto impacto en la propia vida que llega a formar ideas tan fuertes que se vuelven las más constantes en los relatos al momento de hablar, convirtiéndolos en las historias principales de nuestras vidas, esas que parecen incuestionables y guían el actuar de nosotros como individuos (Payne, 2002). En el caso de Mariana, una de las características que solía decirse era: *“no soy buena persona”* (sesión 5), la cual venía de Mari, quien suele ser impulsiva y que *“ha hecho cosas muy malas”* (sesión 5).

Al conversar con Mariana y tener esta idea sobre la mesa, me di la oportunidad de expresar mis propios pensamientos respecto a esto; le comenté que me parecía que tanto la Bulimia como Mari, que representa una parte de su pasado, son quienes habían estado contando y/o guiando una historia que no era

de ellas, por lo que plantee, solo como una posibilidad, la idea de lo interesante que puede ser cuestionarse esto para ver las situaciones de manera diferente, no desde ellas dos, sino desde la óptica de Mariana.

Esta idea respecto a sí misma no era la única que tenía. Recuerdo la ocasión en la que hablamos respecto a los libros y el amor; como forma de explorar otras historias y surge en el discurso de Mariana una característica más: *“soy muy desapegada”* (sesión 6), lo cual, en sus palabras, la lleva a no querer intentar estar dentro de una relación, porque además, otra de las cosas que identifica sobre sí misma es el control que le gusta tener sobre las cosas, por lo que si la relación no fuera como ella espera que sea, entonces va a optar por dejar las cosas de lado, ya que para ese momento en particular, su vivir por el mundo incluía estar *“andando por la vida intentando hacer a un ladito todas las cosas que puedan lastimarme, pero no las estoy aceptando”* (sesión 6).

Me da la impresión de que esas cosas de las que habla son características personales que ha optado no ver no solo por no aceptarlas, sino también porque sus ideas, así como sus conversaciones habían estado alrededor de la Bulimia y todo lo que conlleva para ella. Es decir, conforme la historia de la terapia se va dando, voy observando que en la medida en la que los diálogos respecto a ciertas áreas de su vida van cambiando, también cambia la forma en la que habla y se relaciona consigo misma.

Por ejemplo, cuando en una sesión reconoce que esta *“cortando a la Bulimia”* (sesión 7), que es adecuado sentirse triste en ocasiones y aprender a manejar lo que siente, así como las cantidades de comida que ingiere, empieza a hablar de sí misma como una chica que le gusta verse bien, cuidar de su piel, verse bonita y a la que no le sirve de nada que le esté doliendo la úlcera que tiene de tanto vomitar. De lo más interesante para mí es que al terminar de hablar de esta forma expresa: *“es buen avance, ¿verdad?”* (sesión 7) y se ríe ampliamente, como si la vida fuera un poco más ligera, pues han surgido historias que abren nuevas posibilidades para apartar su vida y sus relaciones de la influencia del problema.

Algo que me parece que sucedía en la gran mayoría de las sesiones que tuve con Mariana, es que surgían siempre partes nuevas de su historia, pareciera como si nunca dejara de conocerla y aunque pudiera haber un avance (desde la óptica de ella) en ciertas áreas, existían otras que era necesario conversar, puesto que, en su discurso, al hablar de su familia extendida, había un constante enojo o disgusto con las situaciones y solía expresarse sobre si misma como una *“niña caprichosa”* (sesión 7) y no como la adulta que es.

La capacidad de introspección, o de “ver hacia adentro” es una de las características que yo veo en Mariana, pues de sus reflexiones de terapia (y fuera de esta) llega a la conclusión de por qué se aferra a las personas y le da miedo cuando parece que se van a ir, situación que había estado pasando con su familia extendida, y posteriormente con su ahora ex mejor amiga. Esta razón es el *“serio conflicto de abandono que tengo”; “mi papá me abandonó, entonces yo creo que afecta a mis relaciones interpersonales, que yo tengo tanto miedo que la gente se aleje que me aferro a esas personas”* (sesión 7).

Este sentimiento de querer que los otros se queden repercute en que ella se comporte de forma controladora, de buscar formas en las que las personas no se vayan y la dejen, lo que la ha llevado a tener que cambiar para agradar a los otros, pues tiene *“miedo de decepcionar a las personas, no me gusta decepcionar a las personas, entonces hago cosas, hasta las que no están en mis posibilidades”* (sesión 7). Recuerdo que esta frase surge como parte de las reflexiones que tiene durante la sesión, a la cual yo le pregunto como medio para de-construir historias: *“¿qué es lo que quieres hacer tu con todo esto?”*

La pregunta anterior tenía la intención de recordarle que en este proceso terapéutico es ella quien decide qué va a suceder con su propia vida y su propia historia, pues ella es la experta, y aunque parece un poco irónico, hacerle ver que esta parte de su existir es la que, si puede controlar, no lo que hacen todos los demás. Traté de continuar la conversación a partir de preguntas que ayudaran a

cuestionar esas ideas respecto a sus amistades y cómo se percibe el control en ellas y llegó a una conclusión que me parece importante:

“Me siento insegura conmigo misma, de no ser lo que ellos quieren, pero ahí es la cosa, yo no tengo que ser lo que ellos quieren...” (sesión 7). Esta frase me parece relevante, no solo por el reconocimiento que hace de su propio sentir, sino porque al final de esta, pareciera que se empieza a vislumbrar un camino donde las historias donde no se vive como lo había estado haciendo son posibles, donde va quedando claro que quien guía y toma decisiones es Mariana y no la Bulimia o alguien más.

Considero que la terapia es un intercambio constante, de ideas, de sentimientos, de expectativas y en algunos procesos hasta de música, por lo que es en la sesión siete, que decido expresarle mis ideas respecto, que parte de ser adulto es darse cuenta que no todo esta bajo nuestro control, comentario que tenía la intención también de recordarle que ella es un adulto, a pesar de que no se vea así. Ser adulto implica cuestionarse qué relaciones quiere tener en su vida y es en este momento que recuerdo una analogía, la que hice para un blog, donde explico lo importante que puede ser “ponerle signos de puntuación” a nuestras relaciones interpersonales.

Con la anterior reflexión, dejo preguntas al aire: “¿qué signos de puntuación está utilizando Mariana dentro de su historia?; ¿cómo se está aproximando a sus relaciones? con su familia, amigos, parejas y con la Bulimia. Después de escucharme, expresa dos ideas: *“es como definir quién quiero que se quede y quién quiero que se vaya”* (sesión 7) y posteriormente agrega: *“tengo que dejar todo ese control que está acá”* (sesión 7) señalando su bolsa, que contenía su plan para bajar de peso y su agenda con tareas y actividades. Esta acción me hizo pensar en la determinación que pudiera estar sintiendo de sacar de sí esta actitud de control que no le pertenecía.

Realmente no se si esta conversación tuviera alguna relación o impacto en lo que sucedió después en Mariana a lo largo del proceso, pero viendo la terapia en retrospectiva y analizando lo que sucedió después, me doy cuenta que a partir de esa conversación e intercambio de ideas, la reacción que tiene ante el pleito con su mejor amiga es algo completamente diferente a lo que ella hubiera esperado de sí misma. Es como si de alguna forma el empezar a proponer formas diferentes de ver las relaciones interpersonales hiciera que entonces se pudiera tomar valor para llevar a cabo las decisiones; eso y el centrar la conversación a lo que la cliente espera hacer con su propia vida.

Es entonces, que al momento de conversar respecto a su vida sin la presencia de su mejor amiga y de la Bulimia que tanto la controlaban, que ella empieza a hablar de sí misma de otra forma, se describe como *“más ligera. Siento que voy por el mundo y que el mundo no para tampoco y yo no puedo parar y agacharme y hacerme bolita por algo”* (sesión 8). Decido preguntarle qué es lo que ha aprendido de todo esto, a lo que contestó: *“que soy mucho. Soy mucho como para que la gente no me quiera tal como soy”* (sesión 8). Dejando en claro un aspecto positivo en la forma en la que se ve.

Dejar de escuchar tantas voces ajenas a lo largo de su día a día hizo que Mariana pudiera escuchar por fin la suya y darse cuenta de todo lo que estaba siendo sin ser ella: *“no soy lo que todo el mundo piensa que soy y no soy lo que yo intento mostrarle al mundo y tengo que quererme a mi misma, simplemente ser, sin tanto miedo”* (sesión 8). Es interesante escuchar cómo ahora al hablar de la situación con Cris, y decidir dejar esa amistad, se dice frases como: *“oye niña, no te sientas mal, ¿qué te pasa?, reacciona, estás mejor así”* (sesión 8).

En otras palabras, surgen nuevas narrativas que utiliza para explicar que ya no *“siente tanta presión, de esa que te está abrazando y tu cuerpo se empieza a hacer chiquito y te empiezas a asfixiar”* (sesión 8) y es con esta metáfora que me explica que esa presión ha ido desapareciendo poco a poco al ir quitando o

marcando límites con diferentes personas de alrededor, como una ex pareja, su madre y ahora con Cris, con quien siente que *“cerré ventanas, y entró la luz”* (sesión 8). A partir de esto el discurso se transforma a uno donde *“no pasa nada si me quedo sola, y si no tengo mejor amiga”* (sesión 8).

Otro cambio se da porque *“Cris es un ancla que no está”* (sesión 9) y por lo tanto puede organizar su vida *“según lo que quiero hacer, yo decido si voy o no voy, qué me parece mejor...”* (sesión 9). En términos de la metáfora del mega block, ya no se ve como un desastre, *“ya no me veo como que las piezas no coordinan, me veo como eso, como en construcción, pero la obra va muy bien...”* (sesión 9). Lo cual para Mariana implica escogerse a sí misma y verse de manera diferente:

“Tal vez si voy a ser siempre Mari, porque está en mi, pero en este momento soy Mariana, y decido sobre Mariana, y Mari se quedó jugando y la Mari con Bulimia creció, porque creo que es eso: crecer. Ya no me veo como una niña de 15 años perdida y desolada, con Bulimia...me veo como: yo” (sesión 9).

A lo anterior agrega otras ideas y discursos alternativos más positivos y con recursos respecto a sí misma:

“Como que ya no hay la Mari de antes y la Mari enferma, se fueron de paseo con la Bulimia y cuando me veo en el espejo, me veo a mi, me gusta lo que veo, digo: ‘lo puedes mejorar, pero no vas a vomitar por eso’” (sesión 9).

Desde mi óptica, la relación consigo misma estaba realmente pasando por una reconstrucción, el discurso respecto a lo que ella representa para sí es otro por completo, uno mucho más objetivo, que reconoce lo bueno y lo malo, pero también que las formas de manejar eso que le parece negativo no tienen que ser las mismas por las que había optado desde hacía varios años. Ahora la vida va con un: *“quiero escribir mi día a día, entonces hay días que digo ‘no me voy a estresar por cosas innecesarias’, y no lo hago; otros que me entra el cuadro depresivo, y lloré dos horas, pero pienso: ‘puedes permitirte llorar’”* (sesión 10).

Surgieron también otras nuevas frases que pareciera tienen la intención de que guíen su vida, como, por ejemplo: *“tengo que hacer cosas que me gusten, que me reconforten”* (sesión 10), o bien, *“lograr despertarse y simplemente estar fluyendo, eso es parte de sentirme más tranquila y relajada”* (sesión 9). Unas más podrían ser: *“Ahorita no, soy más que para que me des tus sobras, o sea no soy un 100, soy 1 millón”* (sesión 10); *“¿A qué si quiero le quiero llevar flores? A lo que esta presente, y ni siquiera tal vez llevarle flores, yo sostener mis flores”* (sesión 10).

El cambio que sucedió con Mariana fue realmente grande, no solo desde lo cuantitativo (las veces que vomitaba) sino también lo cualitativo, la forma tan clara en la que decidió trabajar en sí misma y encontrar nuevas formas de pensar y reflexionar respecto a lo que vivía y lo que quería vivir ahora. Demostró que cuando uno se propone hacer cambios en su entorno y en la forma en la que conversa respecto a su entorno las cosas pueden ser tan diferentes como uno decida.

Para finalizar este apartado, quisiera recordar la vez que su jefa le regaló una taza con una frase que decía: “recuerda que eres lo único que tendrás toda tu vida.” A partir de esto, Mariana hace una reflexión que me comparte al finalizar la sesión 8, que creo impactó en su propia forma de verse, deconstruirse y reconstruirse como persona y que, en lo personal, también retumbó en mis propias ideas y percepciones de la terapia, pues me hizo pensar que, de alguna forma, la historia no solo de la terapia, sino de la relación terapéutica con Mariana, estaba apenas por comenzar:

“como soy lo único que tendré, tengo que cuidarme, quererme, apapacharme, limpiarme, porque si no lo hago yo, nadie más lo va a hacer, cada quien tiene que cuidarse a si mismo, no puedo depender de otras personas, claro que puedo querer a otras personas...pero eso no implica tener que limpiarlas” (sesión 8).

Capítulo 4. ¿Dónde converge la teoría?

4.1 Análisis de la historia de la terapia y conclusiones

Ya que conoces la historia de la terapia, me corresponde en este apartado presentar un resumen y análisis general de las intervenciones que realicé como terapeuta de Mariana a lo largo de las conversaciones que tuvimos, así como la explicación teórica de lo hecho. Con esto, mi intención es darle más sentido al trabajo desde la narrativa, o bien, desde intervenciones realizadas por otros terapeutas y/o teóricos que ayuden a esclarecer la forma en la que trabajé con la cliente durante estas sesiones.

Me atrevo a decir que parte de lo que busca la terapia narrativa en cada uno de sus procesos terapéuticos, es el entender con curiosidad la historia que ha llevado a una persona a sentirse de determinada manera. White (1993) explica que las personas experimentan problemas, para los que a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que “relatan” su experiencia —y/o dentro de las que su experiencia es “relatada” por otros— no representan suficientemente sus vivencias, lo cual considero fue uno de los motivos por los que Mariana acude a mi consultorio; de alguna manera, todo lo que habían estado diciendo de ella (su familia, su madre, Cris y hasta ella misma) resonaba de forma incómoda en su vivir.

Este sentir entre lo que pasaba en el mundo de Mariana y la forma en la que ella lo vivía la llevó a visualizarse a partir de historias dominantes en los que ciertos aspectos y temas se han convertido en representantes de la experiencia de la persona (Payne, 2002). Los individuos cuentan su vida y a través de esta narración, la estructuran y les dan un significado. Generalmente una historia que representa una narración parcial de una experiencia de vida compleja, se hace dominante y genera la identidad que el sujeto se atribuye (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Considero que mi trabajo en esta terapia consistió en conocer esas historias dominantes y generar diálogos, que a su vez generan conversaciones, cuyo fin únicamente era encontrar nuevas formas de hablar de la situación que Mariana venía proponiendo, y que, al cuestionar y reflexionar, pudieran surgir diversas guías compatibles con los significados creados y vividos por esta chica, que pudieran ser herramientas para tomar las riendas de sus propias decisiones y directrices en el andar de su vida, por lo tanto, en la terapia, era habitual que yo hiciera la pregunta: *“y ¿qué es lo que quieres tu?”*, o bien, decir: *“bueno, eso parece idea de la Bulimia, ¿cuál es la idea que tiene Mariana de todo esto?”* Siempre dejándole claro que lo que sucediera en el proceso, y en su propia vida, era necesario que fuera su decisión, pues “ya habían sido muchos años en los que la Bulimia vivía una vida que no era suya”.

Una forma de aproximarnos a la historia saturada del problema, es a partir de la externalización del problema, la cual, es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía (White y Epston, 1993), lo que sucedió a lo largo de toda la historia de esta terapia, al hablar de la Bulimia como entidad diferente a Mariana, y no solamente con esta, también con la Ansiedad, la Presión, la Soledad, todas las que de una forma u otra estaban viviendo lo que le correspondía a mi paciente.

Para lograr esto, White (2004), propone iniciar alentando a las personas a que den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan. Puede tratarse de los efectos producidos en sus estados emocionales, en sus relaciones familiares, en las esferas sociales y laborales, etc., poniendo énfasis especial para establecer de qué manera se ve afectada la “concepción” que esas personas tienen de sí mismas y de sus relaciones. Posteriormente se les incita a señalar la influencia que esas concepciones tienen en sus vidas. A esto

suele seguir alguna investigación de cómo las personas fueron inducidas a abrazar tales concepciones.

En la historia de la terapia, esto se lleva a cabo cuando conversamos de todo lo que le hace sentir la Bulimia al comer, la forma en la que sustituye a su madre y el control que necesitaba vivir en su día a día. Algunas de las frases dichas por Mariana donde se puede ver la externalización son: *“la Bulimia tiene dos caras”* (sesión 3); *“me agarra del brazo como mamá”* (sesión 3), o bien, *“[La Bulimia] se va de paseo”* (sesión 6); *“le doy pena”* (sesión 6). Puedo decir que en general, la forma en la que conversamos durante la terapia, fue con un lenguaje externalizador.

Como parte de esa forma de hablar de la Bulimia, Mariana hace referencia a las *“cosas que te dice y que te las crees”* (sesión 4) y que la llevaban a realizar ciertas conductas, como vomitar o comer más, por ejemplo. Tierney y Fox, (2011) explican en uno de sus estudios que en ocasiones las personas con trastornos alimenticios, describen su problema como una entidad o una voz con la que se suelen relacionar y que actúa de forma independiente pero que tienen un alto grado de influencia en los pacientes. En el caso de mi cliente, no fue la excepción.

Mariana la menciona como una “consciencia excesiva” que la lleva a tener ciertas reacciones: *“no sabes en qué momento vas a estar viendo una película o platicando con alguien y que algo te va a decir; empiezas a masticar, a ser mas consciente de lo que comes, de lo que estas pensando y diciendo”* (sesión 4). Para este momento, mi intervención iba más enfocada en separar sus conductas de las de la Bulimia con el afán de limitar lo que sucedía con ella a causa del problema y lo que ella quería que pasara en su propia vida.

Esta idea surge de lo dicho por White, (2004) quien explica que a medida que las personas se entregan a esta operación de externalizar sus historias privadas, dejan de hablarles de su identidad y de la verdad de sus relaciones;

dichas historias privadas ya no penetran en la vida de las personas; estas experimentan una separación de semejantes historias, una alienación respecto de ellas, lo que considero derivó a que esta forma de conversar en particular permeara en la forma incluso de entender la historia de la terapia.

Pareciera que lo anterior genera una especie de idioma con los propios significados para Mariana y para mí, al cual White (2004) llama “contralenguaje”, es por esto que cuando hablábamos, sucedía que incluso mis preguntas seguían esa misma forma, como la ocasión que hablamos tanto de la Bulimia como de la Ansiedad y pregunté: “¿entonces, la Ansiedad es quien motiva a la Bulimia a aparecer y hacer de las suyas?” (sesión 4); “¿esto se activa cuando estás con tu mamá?” (sesión 4); “Entonces ¿quién va a decidir qué historia se quiere contar ahora, la bulimia o Mariana?” (sesión 4).

Las preguntas anteriores tenían toda la intención de saber qué es lo que sucedía en la vida de esta chica cuando la Bulimia y la Ansiedad estaban presentes. A este tipo de preguntas, White y Epston (1993), las llaman “preguntas de influencia relativa”, que animan a las personas a trazar el mapa de lo que sucede cuando el problema está presente o bien, instar a las personas a hablar sobre la influencia que tienen sobre la vida de su problema, así como a participar en la elaboración de una nueva descripción del problema mismo White, (2004).

White (2004), explica que al hacer estas preguntas y pedir a las personas que localicen excepciones a la influencia del problema en sus vidas y en sus relaciones, les resulta muy difícil, lo que exige al terapeuta hacer preguntas que presten atención a los “logros aislados”, los que contradicen aspectos de la descripción de la vida saturada del problema. En esta historia de la terapia, eran preguntas que localizaran los momentos donde se pudiera no necesitar a la Bulimia, por ejemplo, o bien, donde no se premiara a verse a sí misma de forma negativa, logrando como consecuencia concebir nuevas descripciones de sí misma.

Algunos ejemplos de este estilo de preguntas que sucedieron en diferentes momentos del proceso son: “¿qué es lo que le va a pasar a la Bulimia cuando tu te controles?” (sesión 4); “¿es como pensar que la bulimia no sabe cómo manejar las emociones de Georgina, entonces prefiere vomitarlas?” (sesión 4); ¿qué le causa a la Bulimia que tu estés bien con tu mamá?” (sesión 6). En algunas preguntas, además, planteo como hechos reales situaciones que para ese momento no son contempladas del todo como opciones futuras para su historia de vida (controlarse y controlar sus emociones) lo que de alguna forma asume lo que podría suceder más adelante.

Esto es llamado por White y Epston (1993) como acontecimientos extraordinarios futuros que, aunque pueden ser una anticipación, la existencia de estas intenciones y esperanzas pueden considerarse un gesto presente de desafío al problema y que ayudan en la creación de historias alternas en las que se puede optar vivir sin el problema, o bien, de una manera diferente a como se estaba viviendo, ya que como dice White (2004), al hacernos más conscientes de la medida en que ciertos “modos de vida y de pensamiento” modelan nuestra existencia, podríamos estar en condiciones de decidir vivir según otros “modos de vida y de pensamiento.”

Por otro lado, como se ha dicho ya varias veces al contar la historia de la terapia, aproximarse de esta forma a la problemática propuesta por Mariana, implica entender que existe una relación entre mi cliente y la Bulimia, sobre la que fui ahondando al preguntarle respecto a si le cae bien, cómo se llevan, desde hace cuánto se conocen, entre otras cosas, incluso, en la sesión que hablamos del amor, logro entender el impacto que puede tener el “*haber crecido juntas*” (sesión 6). De igual forma, esta visión que se tiene se ve reflejado en las sesiones que Mariana plantea: “*la estoy cortando, es la relación tóxica que estoy dejando*” (sesión 7).

En relación a esto, Forsén Mantilla, Clinton y Biergegård, (2017) explican en el estudio que realizaron, que al pedirle a los participantes que conceptualizaran su trastorno alimenticio como una relación, la veían como una en la que el trastorno genera culpa y control. En este caso, se puede observar que Mariana lo vive de esa misma forma cuando explica que la Bulimia *“me agarra del brazo como mamá”* (sesión 3) y al momento de analizar su propia conducta, pues se da cuenta que *“no puede ser que yo quiera controlarlo todo”* (sesión 7).

El ver la relación que mantenía con la Bulimia de forma controladora, me llevó a preguntar respecto a los logros aislados, donde la Bulimia o incluso Cris, no se comportaban de esa forma, con el fin de que a partir de las preguntas del panorama de la acción se pudiera dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Tales preguntas alientan a identificar la historia de estos logros localizándolos en secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo (White, 2004). En la terapia, sucedió de forma particular durante la sesión ocho, la cual Mariana decidió enfocarla a conceptualizar el control y el estilo de relación que tenía con Cris.

Al poner en el foco de atención (y de la conversación) los logros aislados y cómo se vivieron estos respecto a su relación con la Bulimia y su ex mejor amiga, se pudieron desarrollar nuevas formas de hablar respecto a lo que quería lograr, es más, Mariana pudo plantearse y posteriormente llevar a cabo, el trazar límites a estas dos figuras que estaban controlándola desde hacía ya varios años. En otras palabras, se logró deconstruir esas relaciones y optar por crear historias alternas.

Martínez-Taboas (2012) explica que por deconstrucción se refiere a que, en terapia, el terapeuta hace preguntas para entender el contexto específico que dio forma a esa historia y revelar las prácticas sociales, religiosas o familiares que crearon y mantuvieron ese problema, lo que da paso a poder re-significar la misma, liberando a los clientes de las narrativas dominantes y opresivas. En el caso de Mariana, la idea de *“ser una mala hija”* (sesión 3 y 13), de *“necesitar a los*

otros porque tengo un conflicto de abandono” (sesión 7) y por supuesto, la visión de la comida como algo “que me va a hacer engordar” (sesión 5).

Otra de las formas particulares utilizadas para conversar dentro de la terapia, fue el uso continuo de metáforas, las cuales, en su mayoría, fueron sugeridas por Mariana como parte de su forma habitual de conversar. Las más relevantes fueron ya expuestas al contar la historia de la terapia desde cualquiera de sus visiones, a manera de ejemplo, recuerdo cuando habla de *“no llevarle flores al pasado” (sesión 10)*, de los *“cuadros de tristeza” (sesión 4)*, la metáfora de la construcción, la cual inició en las sesiones que comprenden la historia de la terapia aquí reportada, pero que se ahondó más en las sesiones posteriores a esto. Unos ejemplos más, son cuando habla de verse *“encerrada dentro de una burbuja” (sesión 13)* o de *“tener un ancla muy pesada” (sesión 9)*.

La cantidad de metáforas dichas durante las sesiones fue realmente inmensa, lo que me hace pensar en lo que menciona Payne, (2002) sobre que todo lenguaje es metafórico: las unidades habladas o escritas simbolizan sus referentes sin que estos estén presentes, cuestión que se vive en nuestro lenguaje cotidiano. A partir de esto el terapeuta se convierte en un colaborador activo en la creación, junto al cliente, de nuevas narrativas y textos de vida (Martínez-Taboas, 2012). Si partimos de lo dicho por White, (1993) respecto a que las analogías que empleamos determinan nuestro examen del mundo, será necesario cambiar de analogías en la medida en la que cambiamos nuestra narración y percepción del mundo.

Lo anterior sucedió con Mariana al incluir la metáfora de la construcción una vez que la Bulimia partió de viaje. Me parece importante destacar que, dentro de la historia de la terapia, Mariana no mantuvo una posición pasiva dentro de la conversación, sino que fue activa en cuanto a generar nuevas explicaciones y re descripciones, lo cual, como menciona White (2004), surge cuando siente la capacidad de dirigir esta nueva explicación a medida que cobra conciencia de que

produce sus propias producciones, a medida que cobra conciencia de su propia conciencia.

A manera de conclusión, podría decir que, a grandes rasgos, la historia contada y re contada realizada con Mariana consistió en hablar de una manera diferente respecto a la problemática que había estado viviendo, lo que hizo poner en la mesa el análisis de las relaciones que estaba llevando en su vida cotidiana, por lo que en la medida en la que se fue abordando cada una de estas se pudo reeditar la que había estado llevando con la Bulimia. Considero que para este caso el uso de la terapia narrativa fue fundamental para que Mariana tuviera otra perspectiva de su propia vida.

Después de todo lo investigado y lo llevado a la práctica, estoy convencido de que abordar los llamados trastornos alimenticios desde este enfoque, puede ayudar tanto a terapeutas como a clientes a comprender y sobrellevar las conductas e ideas que rodean el vivir con uno de estos invitados, que normalmente, son indeseados, todo desde un punto muy lejano a la patología y más cercano a la comprensión curiosa de la vida del otro. Asimismo, considero que hacerlo y reportarlo podría ayudar a tener más información novedosa y diferente respecto a cómo intervenir en estos casos, ya que no se suele encontrar con facilidad.

Sin embargo, se bien que el uso de este enfoque terapéutico también depende de la forma particular de hablar de los clientes. Hay personas que en su lenguaje utilizan más metáforas que otros, y ese fue el caso de Mariana, quien era consciente de esto, por lo que yo tengo claro que es un punto clave que facilitó la intervención desde la narrativa. Menciono lo anterior porque para otros terapeutas (e incluso para mí, en otros casos) que se aproximen a este trabajo en un futuro les pudiera resultar una limitación intentar hablar de esta forma.

A manera de consejo, retomo lo dicho por Scott, Hanstock y Patterson-Kane (2013), respecto al trabajo como terapeuta narrativo, quien, en sus palabras, no debe tener miedo de alejarse del territorio de la comida durante el desarrollo de la

historia alternativa, por supuesto, es importante tener en cuenta la salud de la persona con la que se trabaja, que esta no empeore, sin embargo, el quitar la atención del comer, hace que sea menos difícil explorar y volver a conectarse con las cosas y personas que valora.

De este trabajo me llevo no solo la satisfacción de haber conocido y acompañado a una mujer dispuesta a trabajar en sí misma, que sin dudar se aventuró a la terapia y a hablar de forma diferente de su propia vida con un desconocido, sino también la satisfacción de poder plasmar parte de mi trabajo como terapeuta. Creo que hacer esta labor de prácticamente dos años, me hizo disfrutar paso a paso y analizar de poco en poco este proceso de terapia, de ahondar en la historia de las conversaciones, las ideas y reflexiones que surgieron, invitándome a conocerme también como terapeuta en constante formación; este trabajo es el resultado de un reto personal y profesional que hoy por hoy es un parteaguas en mi vida profesional.

Capítulo 5.- Nuevas historias

5.1 ¿Qué sucedió después?

Desde un inicio mencioné que toda la historia de la terapia está tomada de cierto número de sesiones (12 aproximadamente) que se eligieron por su relevancia en el proceso terapéutico para poder explicar la historia de la terapia a partir de los cambios específicos sucedidos alrededor de los temas que ya mencioné; sin embargo, esto no implica que solamente esas sesiones se hayan tenido en total.

Recordado lo anterior, me dispongo a comentar qué fue lo que sucedió después de la historia que pudiste leer hace unos apartados. La terapia continuó hasta el momento de escribir este trabajo, a mediados del año 2020; sin embargo, se dejó de audio grabar las sesiones una vez que se llegó a la número 30 de estas y se procedió a tener las sesiones como cualquier caso que no se tiene la intención de reportar. Para ese momento, las sesiones eran cada 15 días aproximadamente, cambio que sucede en el momento que Mariana sintió y expresó que era necesario o importante hacerlo para darle la continuidad

adecuada a su propio proceso. Hubo una pausa durante la contingencia vivida ese año por lo que las sesiones fueron más esporádicas y en línea.

Como se menciona en los apartados anteriores, Mariana en ciertas sesiones empezó a introducir la metáfora de la construcción al referirse a ella misma y lo que estaba pasando con ella. Inició, en las sesiones de la historia aquí contada, haciendo referencia a ella misma como *“blocks regados”* (sesión 4), o bien, como *“una torre de blocks que a veces se cae”* (sesión 4), y para la sesión 10, cuando la Bulimia y Cris no estaban presentes, la metáfora giró en torno a *“los bloquitos se van construyendo uno por uno y no se caen, es lo mejor, no hay desequilibrio, tal vez la casa que te dije, ya le puse pasto y un buzón y la estoy amueblando y estoy plantando un árbol...”* (sesión 10).

Como se ha dicho con anterioridad, la intención de hablar en esta terapia siempre fue externalizadora; al mencionar la casa, las preguntas iban en relación a saber cómo era esa casa en construcción, entonces mientras iban sucediendo cosas positivas a su alrededor, la narración de la construcción de esta iba creciendo, pasando de ser una casa solo con paredes, a tener techo en el primer piso, ventanas, jardín, un segundo piso a medias, (que después se terminó), decoración en ciertas paredes, fotos y los cuartos necesarios para las personas necesarias en su vida.

Por supuesto, no todo fue maravilla de un momento a otro, en términos de la casa, en ocasiones sucedían cosas que hacían que se parara la construcción, o que eran *“tormentas de lluvia que inundaban la casa cuando pasaban”*, refiriéndose a discusiones con su madre, o el recuerdo de alguna ex pareja, o bien, estar triste por alguna razón, pues los cuadros de tristeza mencionados en un inicio del proceso aparecían de vez en cuando. Creo yo que era la forma de darse cuenta que estaba aprendiendo a manejar sus propias emociones, no a desaparecerlas o vomitarlas.

Más adelante, se retomó el tema de Eduardo, aquella pareja que mencionó muy al inicio de la terapia y que parecía que se había puesto en pausa. Se encontró la forma de cerrar el ciclo y decirle todo lo que ella quería decirle, tanto a través de redes sociales como en persona, como llegó a suceder tiempo después. En el plano de las relaciones interpersonales, se dio más adelante la oportunidad de retomar contacto con un chico con el que había salido hacía un tiempo y decidieron llevar una relación a distancia el tiempo que esto les funcionó, pues para ese momento él estaba viviendo en el extranjero.

Otro tema que ocupó un tiempo nuestras conversaciones y las ideas de Mariana, fue la presencia de una enfermedad, que en un principio no fue diagnosticada adecuadamente, y le hizo plantearse la posibilidad de tomar decisiones mucho más fuertes respecto a lo que sucedería con su vida y su salud. Afortunadamente, el diagnóstico fue replanteado y encontró la solución a su situación. Algo que me llamó la atención de este tiempo, es que ella decide pasar por esto relativamente sola, la única persona que supo de sus citas con doctores, medicinas y tratamientos fue la ex pareja de su madre a quien se refiere como papá.

Esto me hizo pensar en la fortaleza y valentía de esta chica quien no se dejó abatir, pues la razón principal para hacer eso fue no preocupar a su madre, lo que me demuestra, una vez más, las ganas tan grandes que tiene Mariana de cuidar a su madre, la importancia que le da a su situación emocional, a pesar de que, en ocasiones, no puede cargar con todo ella sola. En cuanto a la relación con su madre, de manera general, se mantiene en buenos términos, por supuesto hay discusiones y pleitos, como pasa con todo adulto joven, pero la forma de resolverlo dista mucho de necesitar a la Bulimia.

Mariana siempre ha sido una chica que le gusta leer, escribir y reflexionar. Durante todo el proceso surgieron un sinnúmero de frases dichas por ella o tomadas de otros autores que de alguna forma la han marcado durante un periodo de su vida, son como slogans de lo que vive o cree en ese momento. Durante un buen tiempo

de la terapia una de las frases, que incluso tenía en su perfil de Instagram, era una de Santa Teresa de Jesús: “(...) Todo se pasa, Dios no se muda”; es interesante saber que cuando la terapia era ya avanzada, me hace saber que esa frase se sustituyó por una nueva que decía: “y de postre, quiero toda la galaxia.”

Y eso creo que pasó con Mariana, se dio la oportunidad de vivir su vida de tal forma, en la que pareciera que no existe un límite tan claro de todo lo que puede hacer, la gente que puede conocer, los trabajos que puede tener, el afecto con el que puede vivir y la felicidad que puede sentir. Parece ser que cuando uno es libre, y deja de llevar flores al pasado, realmente puede aspirar a disfrutar de toda la galaxia.

Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Apfeldorfer, G. (2009). *Anorexia, bulimia, obesidad: una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar*. Argentina: Siglo XXI.
- Barjau, J. M. y Guerra Prado, D. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia y bulimia nerviosa. En A. Chinchilla Moreno (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 222-238). Barcelona, España: Masson.
- Binkley, J. y Koslofsky, S. (2017). Una familia unida: Cultural adaptation of family-based therapy for bulimia with a depressed latina adolescent. *Clinical case studies*, 16(1), 25–41. DOI: 10.1177/1534650116668268
- Bustamante, J. A. (2010). Las prácticas narrativas, una perspectiva histórica de su desarrollo. DOI: 10.13140/RG.2.1.3448.5841
- Cabasés, J. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Estudios de la juventud* 47 (99), 17-22. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47-2.pdf>
- Cámara de Diputados. (2019). Boletín No. 2583. Cámara de Diputados.
- Chinchilla M, A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson.
- Consenza D. (2019). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios*. Barcelona: Ned.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236.
- Cruzat Mandich, C., & Ramírez Azócar, P., & Melipillán Araneda, R., & Marzolo Uribe, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17 (1), 81-90

- Forsén Mantilla, E., Clinton, D. y Birgegård, A. (2017). Insidious: The relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, durations of illness, and self-image. *Psychology and Psychotherapy, Research and Practice*. DOI:10.1111/papt.12161
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D. y Birgegård, A. (2018). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. [https:// DOI:10.1111/papt.12184](https://doi.org/10.1111/papt.12184)
- García-Palacios, A., Rivero, I. & Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 91-109.
- Gómez Martínez, M. A. (2007). *Bulimia*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gómez, M. A., Castro, U., García, A., Dúo, I. y Yela, J. R. (2003). *¿Qué es la bulimia?: un problema con solución*. Madrid: Pirámide.
- Güemez-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M.J. e Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI (4), 233-244.
- Gutierrez Fernández, N. (2015). Trastornos de alimentación y personalidad: Revisión y discusión a través del análisis de una película. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 5(4).
- Heatherton, T. F. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorder: A spiral model.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M. y Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*. 55(3),577-594. doi: 10.1111/famp.12242
- Kolodny, N. J. (1998). *Cuando la comida es tu enemiga*. Barcelona, España: Ediciones Granica.
- Martínez-Taboa, A. (2012). La narrativa como guía de vida: las psicoterapias narrativas. *Ciencias de la conducta*. 27(1), 81-102.
- Morandé, G. (1999). La anorexia. Cómo combatir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Temas de Hoy.

- Morgan A. (2000). *What is Narrative Therapy? An easy to read introduction*.
Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2012). *Las prisiones de la comida*.
Barcelona: Herder.
- National Eating Disorders Association. (2012). Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios. Nueva York, Estados Unidos: Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org>
- National Institute of Mental Health (2011). Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. Estados Unidos: Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov>
- Nieto García, E., Casado Lollano, A., García Pérez, C. y Peláez Rodríguez, L. (2008). *Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria*. España: Faecap
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid, España: Morata.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia*.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo humano: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Feldman, R., Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*.
Barcelona, España: Paidós.
- Pietrabissa, G., Castelnovo, G., Jackson, J. B., Rossi, A., Manzoni, G. M. y Gibson, P. (2019). Brief Strategic Therapy for Bulimia nervosa and binge eating disorder: A clinical and research protocol. *Frontiers in Psychology*. 10, 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00373
- Plaza, J. F. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista icono* 14. 8, 62-83.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Rava, M., Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría* 102 (5), 353-363. Recuperado de: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A5.353-363.Rava.pdf>
- Real Academia de la Lengua (2019). *Diccionario de la lengua española*. Consultado en <http://dle.rae.es/?id=6H3U4w8>
- Rojas Ramírez, A., & García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 3 (45), 85-95.
- Scott, N., Hanstock, T. L., & Patterson-Kane, L. (2013). Using narrative therapy to treat Eating Disorder Not Otherwise Specified. *Clinical Case Studies*, 12(4), 307–321. <https://doi.org/10.1177/1534650113486184>
- Secretaria de Salud Federal (2017).
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: La terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tarragona, M. (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Revista psicológica conductual*, Vol 14, No 3. pp 511-532
- Tello, A. (2001). Terapia familiar para anorexia y bulimia. *Gaceta Universitaria*.
- Tierney, S., & Fox, J. R. (2010). Living with the anorexic voice: A thematic analysis. *Psychology and Psychotherapy*, 83, 243–254. doi.org/10.1348/147608309X480172
- Tierney, S., & Fox, J. R. (2011). Trapped in a toxic relationship: Comparing the views of women living with anorexia nervosa to those experiencing domestic violence. *Journal of Gender Studies*, 1, 31–41. <https://doi.org/10.1080/09589236.2011.542018>
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Vanderlinen, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios: nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Barcelona, España: Garnica.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós: España.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa

White (2004) *Guía para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa

ANEXOS

Foto 1:

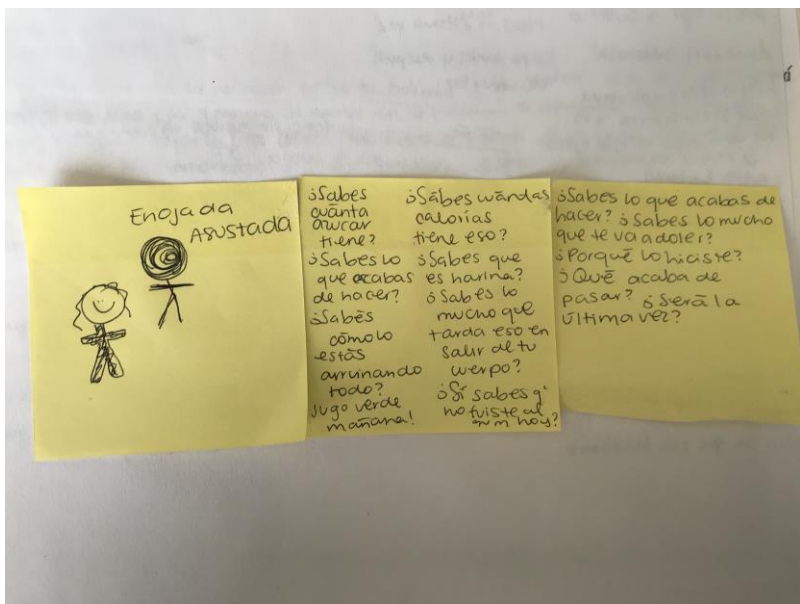


Foto 2:

