



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 4

Diciembre de 2014

## LA TERAPIA DIALÓGICA DE MILÁN: ENTRE LA MODERNIDAD Y LA POSMODERNIDAD ANTE LA BULIMIA PURGATIVA

Mario Fausto Gómez Lamont<sup>1</sup>

Universidad Autónoma Metropolitana

### RESUMEN

Es frecuente encontrar en la práctica clínica un gran número de pacientes que refieren presentar cambios en sus hábitos alimentarios generalmente asociados con una disminución o incremento del apetito. Para Bertrando (2011), todo sistema terapéutico es forzosamente un proceso dialógico, donde la realidad debe considerarse como una construcción social. Por lo que nos preguntamos ¿Cómo un proceso de diálogo terapéutico puede influir en las acciones y significados de una familia con una hija con un trastorno de alimentación?, en este estudio de caso se muestra como en el proceso auto reflexivo terapéutico, el uso consciente de diferentes posturas dan resultados perceptibles en la familia afectada por el trastorno de alimentación, se reportan los cambios ocurridos tras 7 meses de trabajo psicoterapéutico desde el modelo de Milán.

**Palabras clave:** Bulimia, Terapia Familiar Sistémica, Milán, Dialógico

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Social (UAM). Profesor del Instituto de Terapia Familiar Cencallí. Formación en Terapia Familiar UNAM Correo electrónico: psic.faustogl@gmail.com

# THE DIALOGIC THERAPY IN MILAN: BETWEEN MODERNITY AND POSTMODERNISM BEFORE THE PURIFICATION BULIMIC

## ABSTRACT

It is commonly found in clinical practice many patients reporting changes in their eating habits usually associated with a decrease or increase in appetite. For Bertrand (2011), all therapeutic system is necessarily a dialogic process where reality should be seen as a social construction. So we wonder how therapeutic dialogue process can influence the actions and meanings of a family with a daughter with an eating disorder?. In this case study shows how the therapeutic self reflective process, the conscious use different positions give measurable results in the area affected by the eating disorder family, the changes after 7 months of psychotherapeutic work from the model are reported from Milan.

**Key words:** Bulimic, Systemic Family Therapy, Milan, Dialogic

Dentro de la amplia gama de padecimientos psiquiátricos, es frecuente encontrar en la práctica clínica un gran número de pacientes que refieren presentar cambios en sus hábitos alimentarios generalmente asociados con una disminución o incremento del apetito. En esta categoría encontramos a la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos de la alimentación no especificados (Yoma, Ibáñez, Garay De, González, Espinoza, 2010).

Los estudios epidemiológicos que han analizado un número importante de individuos se han generado principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y en Europa. La prevalencia de la anorexia nervosa y bulimia nerviosa oscila entre el 0.2% y el 0.5% (Hsu, 1996).

En México todavía hace falta realizar estudios epidemiológicos que abarquen el tema de los trastornos de la alimentación. Sin embargo existen varios reportes que hablan de la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Tal es el caso de un estudio que incluyó a 9,755 adolescentes entre los doce y los

diecinueve años de edad, de los cuales el 0.9% de los varones y el 2.8% de las mujeres, presentaron tres o más indicadores clínicos que los asocia a formar parte de la población de alto riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios (Unikel, et al., 2000). En estudios más recientes, analizaron el efecto del género en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanas. Concluyen que la presión social y la insatisfacción corporal pueden ser factores de riesgo importantes para desarrollar un trastorno de alimentación en mujeres (Mancilla, et al., 2009). Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR, por sus siglas en inglés, 2000), las características esenciales de la anorexia son: el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal considerando la edad y la talla; un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso; una alteración de la percepción del peso o la silueta corporal y presencia de amenorrea. Continuando con el DSM-IVTR (2000), en la Bulimia se presentan características que giran en torno a atracones recurrentes, ingesta excesiva de comida en poco tiempo (2 horas); sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento y la recurrencia de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso y se clasifica en dos grupos: el no purgativo y el purgativo.

Aunado a lo anterior, diversos investigadores han recurrido a la hipótesis que contempla una relación estrecha entre la dinámica familiar y el desarrollo de los trastornos de alimentación, donde la escasa posibilidad de tomar decisiones, la poca expresión emocional y el conflicto familiar son ingredientes propicios para el génesis de un TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008; Ruiz, 2008).

Para este tipo de padecimientos es necesario una intervención psicoterapéutica que abarque el espacio de lo individual y lo familiar (Selvini, 2006). La psicoterapia es una herramienta fundamental en el manejo de la anorexia y la bulimia nervosa (Garner, et al., 1985; González-Macías, et al., 2003; Rausch y Bay, 2000; Saldaña, 2001; Sepulveda, López, Tood, Whitaker, y Treasure, 2008). Es necesario, de cualquier forma, tener en cuenta que de no

existir un proceso de rehabilitación nutricia concomitante, seguramente los resultados serán, en el mejor de los casos modestos (Frank, et al., 2001; Herzog, et al., 1996).

La terapia sistémica relacional de Milán, conocida en los países anglosajones como *Milán Approach* (Hoffman, 1981) es un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson (1972). Este enfoque milanés fue desarrollado inicialmente por Mara Selvini-Palazzoli, Luigui Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, que se plasma en su libro “Paradoja y Contraparadoja” publicado en 1978. Al paso del tiempo, el grupo se divide. Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, por un lado para desarrollar investigación en los “juegos psicóticos de la familia” (1998 - 2000). Cecchin y Boscolo siguen sus propias investigaciones, cambiando el contexto, incluidos por Humberto Maturana, Heinz von Foerster y Ernst von Glaserfeld, y su pensamiento ha ido desembarcando en el constructivismo, el construcción social, el posmodernismo y la narrativa (Bertrando, 2011).

Un personaje emblemático es Paolo Bertrando quien trabajó por diez años en la Escuela de Milán, Centro Milanese di terapia della familia, para luego fundar el centro Episteme, junto con Marco Biancardi. Actualmente dirige el curso: Psicoterapia sistémico- relacional del Centro Milanés, interesado en la forma en que los procesos didácticos pueden ser concebidos como dialógicos. Así la herramienta principal es el diálogo con su visión hipotética y curiosa, encuentra su propio lugar dentro de la relación con la familia que dialoga con el terapeuta. Bertrando, en su forma de ver la terapia invita a considerar el proceso de evolución natural de los sistemas construidos en los diálogos y la posmodernidad, pensar en contextos y relaciones como matrices de los significados.

Bertrando propone, entonces, un método para superar las discrepancias: la doble visión (Bertrando 2011), que enlaza los saberes de la modernidad y la posmodernidad como posturas que conviven en la epigénesis de los terapeutas.

Por un lado, usa al texto para entender la dimensión de la subjetividad construía en la experiencia, en el significado que las personas encuentran en ellas mismas como individuos; por otro lado, asevera que el contexto es un elemento útil para comprender las relaciones y elecciones ocurridas en la vida de las personas y la relación terapéutica (Reséndiz, 2009). Así en la terapia dialógica cohabitan diferentes discursos y visiones que emergen en el lenguaje, donde el terapeuta, a través de las hipótesis, logra diálogos, marcos y relaciones, que con ello construye más diálogos y sistemas que logran afirmaciones, o no, por medio las preguntas circulares (Bertrando 2011).

Aunado a lo anterior, la forma de intervención dialógica se ve acompañada de los siguientes principios integradores que lo hacen un enfoque en terapia familiar sistémica:

- CONCEPCIÓN SISTÉMICA DE LA FAMILIA.- Un sistema resulta de la relación permanente entre un conjunto de elementos que obedecen a un orden, organización, integración e interacción circular, haciendo de la familia una totalidad que se construye socialmente un sentido de identidad y pertenencia en sus miembros, reconociendo dos niveles inbrincados: individuos y familia (Ochoa, 2004; Fruggeri, 2005).
- MACROPROCESOS.- La capacidad de la familia para seguir siendo la misma está ligada a su capacidad para mutar en relación a los cambios que acontecen en el ambiente en el que se encuentra inserta así como sus relaciones (Fruggeri, op.cit.).
- PREMISAS Y PARADIGMAS.- Las premisas son creencias particulares, estructuradas en el profundo inconsciente familiar, como las creencias de género entre hombres y mujeres (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Los paradigmas se refieren a la manera en que la familia se relaciona con y en contexto social (Fruggeri, op.cit.).

- TEMPORALIDAD.- La familia vista como un sistema social que se coordina con individuos que cuentan con ritmos, tiempos e historias diferentes, podemos, por lo tanto presentar la hipótesis de dos anillos del tiempo: uno diacrónico (pasado-presente-futuro), y otro sincrónico (individual-social-cultural); (Boscolo, Bertrando, 1996; Fruggeri, op.cit.).
- PROCESUALIDAD.- Las familias reorganizan repetidamente sus relaciones ante situaciones emergentes haciendo uso de la negociación, oscilación, acomodamiento recíproco, coordinación, desestructuración y restructuración (Reséndiz, 2009).
- MICROPROCESOS.- Son pequeñas fases de la vida familiar que permiten interacciones de negociación y que están envueltas en un proceso evolutivo (Fruggeri, 2005).
- MULTIPROCESUALIDAD.- Son procesos conectados, como las relaciones al interior y al exterior de la familia así como los interpersonales conectados a estructuras simbólicas.
- COMPLEJIDAD.- Es información del proceso de integración de nueva información en la diacronía y sincronía familiar a través de diversos contextos de relación.
- PREJUICIOS.- El sentido es aceptar los propios prejuicios y tomar la responsabilidad de nuestras ideas, para poder servirnos de ellas, defenderlas o ser irreverentes hacia ellas, para comprender la posición que ocupamos en el sistema. La terapia deriva de un dialogo entre los prejuicios del terapeuta y el cliente, que crean significados en contexto.

## MÉTODO

Planteamiento del problema o pregunta de investigación

¿Cómo un proceso de diálogo terapéutico puede influir en las acciones y significados de una familia con una hija con un trastorno de alimentación?

Objetivo:

*Lograr cambios en los significados y en las relaciones familiares con respecto a la hija con trastorno de la alimentación.*

Los objetivos específicos y categorías de análisis son:

Conocer la historia familiar

Conocer la multiprocesualidad familiar

Conocer la situación relacional familiar

Conocer las premisas y creencias familiares

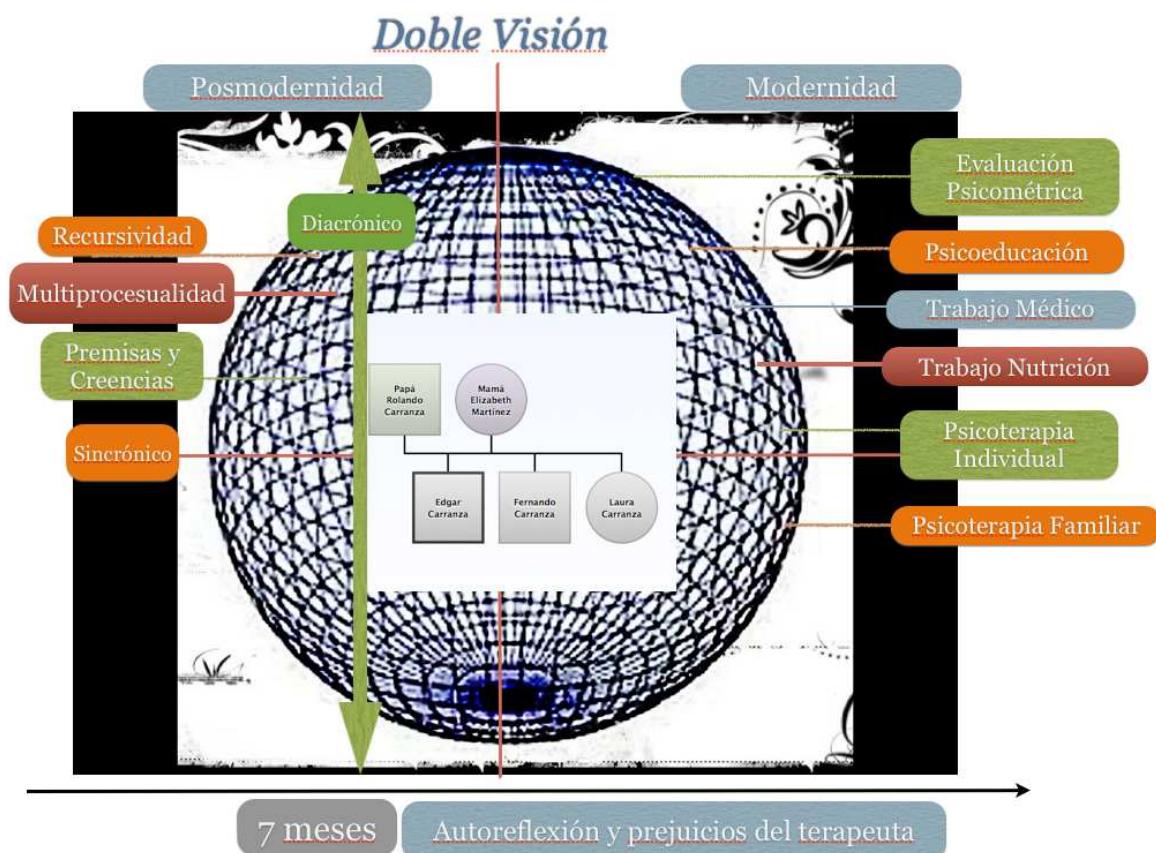
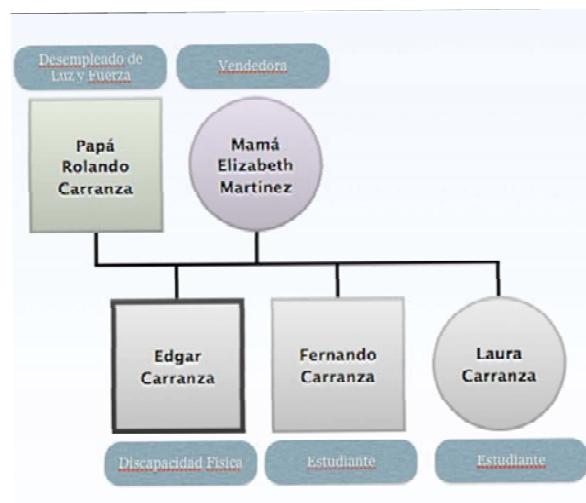
Conocer el proceso auto reflexivo del psicoterapeuta

Diseño:

Es una investigación-acción, de corte cualitativa con una posición teórica hermenéutica con un diseño narrativo en primera persona, con entrevistas familiares mensuales.

Participantes: Como se trata de un estudio de caso, sólo se trabajó con una familia con una hija con trastorno de la conducta alimentaria (Los nombres fueron cambiados para respetar su anonimato).

## RESULTADOS



La imagen muestra los elementos a considerar para el trabajo familiar desde la complejidad y la doble visión de las miradas posmodernas y modernas.

*Sesión 1: Historia relacional Dato Sincrónico*

Laura es una mujer de 20 años de edad, que asiste a consulta por tener un problema de alimentación reconocido como bulimia purgativa, recuerda este problema de alimentación desde que ella tenía 10 años de edad, donde comenta que su peso era "anormal" y se sentía gorda, dada esa circunstancia sufrió abuso por parte de sus compañeros de la escuela. A la edad de 15 años reconoce haber pasado por varios episodios anorexicos restrictivos sumamente estrictos, donde su alimento al día eran verduras como zanahoria o lechuga. En cuanto a su relación familiar, Laura platica ser la más pequeña y tener la función de mediadora, desde pequeña trataba de proteger a sus hermanos de situaciones difíciles como los regaños de sus padres. Refiere (el día de hoy), tener una relación distante con sus hermanos, ya que no son muy expresivos y que cada quien se ha aislado, concentrándose en sólo sus propios intereses.

En la relación familiar, percibe que sus padres llegan a ser ambivalentes, con descalificaciones constantes y muestras confusas de expresión de afecto, donde por poner un ejemplo reciente: su padre Raúl le permite salir de noche para después regañarla en la mañana por haber salido. En ese momento Laura siente mucha tristeza y enojo, donde decidió tomar un "platón" de frutas y encerrarse en su habitación para "deshacerse" del dolor, sin embargo no lo consigue, pues al reflexionar sobre su acción y su miedo a engordar la lleva a tener en dos días 8 vómitos continuos.

*Sesión 2: Datos Diacrónicos de la historia familiar*

*El Padre:* Raúl expresa incertidumbre y arrepentimiento que ha sentido en su papel como padre, pues, recuerda a Laura como muy "independiente" y "auto suficiente", sin embargo, esas creencias no le permitieron ver que su hija desde la primaria fue violentada físicamente por sus compañeros quienes la acusaban de ser gorda, hecho que llegó a la secundaria donde los síntomas de anorexia se hicieron presentes, ya que Laura era muy delgada y en su momento no lo vieron como algo malo hasta que se enteró que sufría desmayos. Raúl actualmente trata

de acercarse a su hija de forma emocional, pero Laura no lo permite, situación que le genera mucha preocupación, así como no lograr controlar la educación de Laura.

*La Madre:* Elizabeth habla que ha sido ella quien en arranques de furia de Laura es la que le lleva alimento para tranquilizarla. De igual forma refiere tener un boticario en el cual hace énfasis en lo útil que es el medicamento que le ofrece a su hija para curarla, sin embargo Laura lo rechaza.

La preocupación de Elizabeth es similar a la de Raúl, la cual gira en torno al aislamiento emocional que ha tenido su hija con respecto a ellos, ya que, menciona que cuando Laura llega del trabajo inmediatamente va a “encerrarse” en su habitación y le preocupa lo que Laura haga en ese espacio. Debido a que recuerda que cuando Laura iba en la secundaria, le mandaron llamar porque tenía cortes no muy profundos (pero sí visibles) en los brazos, por lo que Elizabeth se culpa y culpa a la trabajadora social que no les dio unas mejores indicaciones para ayudar a su hija.

*La Pareja de Padres:* Ambos refieren venir de familias tradicionales con posturas rígidas con respecto a los roles paternos y maternos, donde el padre ha de ser quien provea y proteja a la familia y que la madre sea quien alimente, cuide y críe a los hijos. Actualmente ellos han vivido una crisis familiar, pues, Raúl quien era trabajador para Luz y Fuerza, hace cerca de dos años fue despedido y se vio forzado a buscar un sostén para la familia. Con ello inclinó a Elizabeth a buscar un trabajo para apoyarlo. Entre tanto, Laura empezó a tener problemas más agudos en su salud. Esta pareja se observa cohesionada y con valores familiares muy estructurados que, en algunas microtransiciones dificultan el diálogo y no pueden llegar a un consenso. Refieren sentirse mal cuando sienten la impotencia de no poder ayudar a sus hijos adultos.

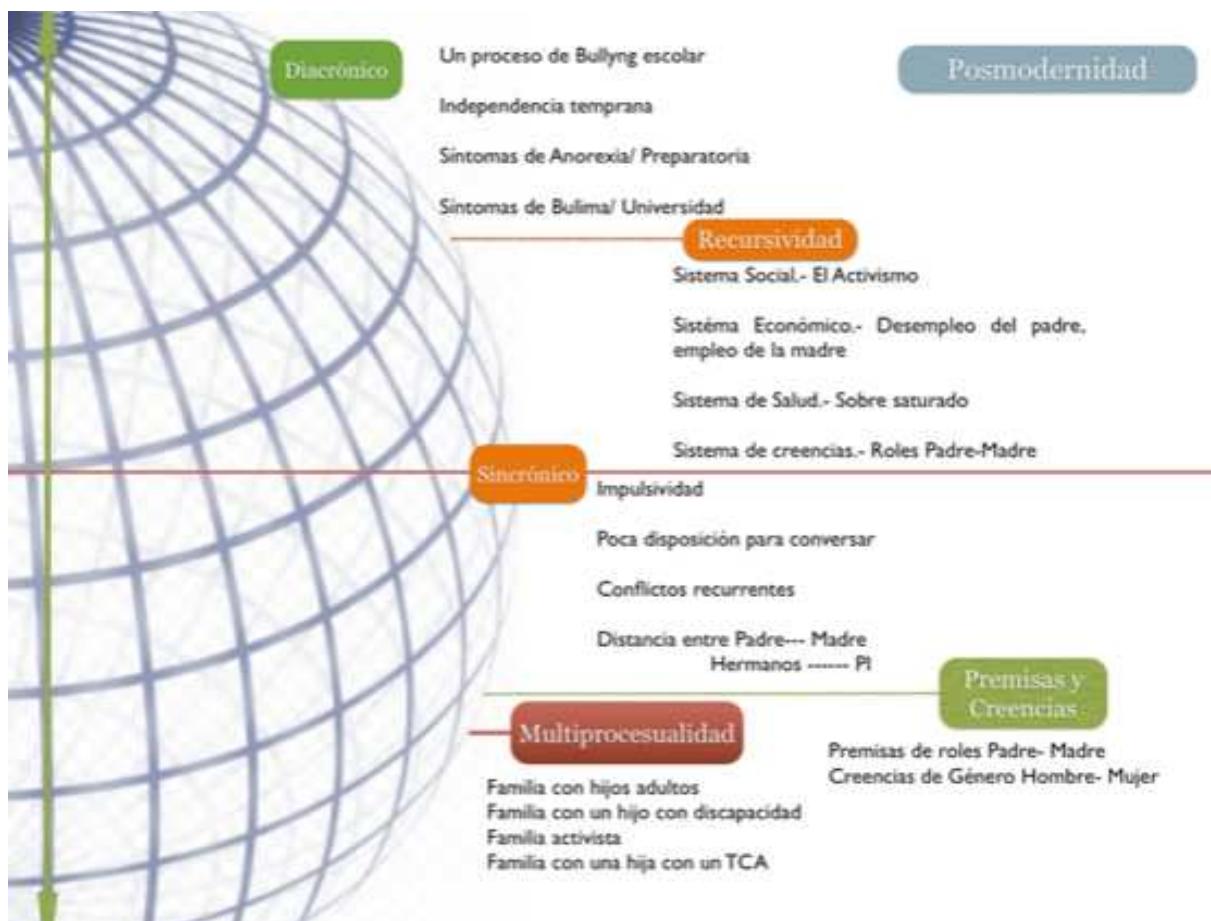


Imagen 3. Resultados, los tiempos de la Familia ante el Diagnóstico

La imagen 3 muestra la interacción de los tiempos vividos en la familia, las etapas largas o diacrónicas donde vivieron el Bullying, la independencia temprana, los síntomas de la anorexia en la preparatoria hasta el día de hoy que viven la Bulimia, donde recursivamente esos hechos se conectan con ciclos de la vida familiar donde el activismo, la ocupación de la madre, los sistemas de salud y las premisas familiares de género hacen un peso sustantivo con los conflictos recurrentes, la discapacidad y desempleo de los hijos. Esto lleva a la explicación compleja de la situación familiar desde una mirada posmoderna desde la escuela de Milán.

### *Sesión 3 Multiprocesualidad*

Es una familia que se encuentra inmersa en diferentes procesos contextuales recursivos y relacionales y que a continuación describiré:

*Familia con un hijo con discapacidad.*- El primer hijo, Fernando, de 27 años nació con un retraso en el desarrollo y con una discapacidad física, el cual fue apoyado constantemente por su madre. Actualmente está por finalizar el ultimo año de la carrera en ingeniería.

*Familia con hijos adultos.*- Los tres hijos tienen 27, 25 y 24, que trabajaban y estudiaban, dejando a la pareja de los padres la dificultad de desprenderse de ellos, pues, cada uno tiene dificultades particulares, el primero con discapacidad física (los mitos que giran entorno al tema), el segundo perdió su empleo y se ha dedicado a las actividades domésticas para apoyar a sus padres y a su herman@, Laura que ha dejado de estudiar por las complicaciones en su salud y en sus relaciones laborales y de pareja.

*Familia activista.*- El padre Raúl fue trabajador de la empresa actualmente desaparecida "Luz y Fuerza", el cual en la actualidad, se a transformado en activista al 100%, donde asiste a asambleas, reuniones, marchas, protestas, acampadas entre otros eventos, dejando el peso de la economía en Elizabeth, quien está en total aceptación de la participación de su esposo en estas movilizaciones, Elizabeth apoya a su esposo en estas actividades y es quien lleva el mayor soporte económico al hogar trabajando en una cooperativa donde venden suplementos medicinales.

*Familia con una hija con un TCA.*- Laura es una chica de 24 años que estudiaba ingeniería en el Instituto Politécnico Nacional, que por sus episodios anorexicos restrictivos, así como sus episodios Bulímicos purgativos, dejó de estudiar para trabajar y pagarse los estudios necesarios. Ella fue con un médico general, con una Nutrióloga; asistió a terapia familiar y a terapia individual, pero

por los costos del tratamiento eligió asistir a una clínica especializada, durante un mes, pero terminó abandonando para dedicarse a trabajar en un gimnasio que le permitía hacer ejercicio en la mañana y trabajar como instructora en la tarde. Esta situación la aparta de sus padres y, según dice Elizabeth, de la problemática con la comida. Actualmente, está en terapia individual con otro terapeuta de la Asociación donde trabaja su madre.

*Sesión 4 y 5 Premisas y Paradigmas Familiares:* Las premisas y paradigmas principales de esta familia son las siguientes, ademas de citar mis prejuicios para formarlas:

- *La premisa de responsabilidad en el cuidado de los hijos:* Es un prejuicio que me pareció pertinente para devolver una visión positiva a Elizabeth, que se combina con el paradigma de género sobre la maternidad.
- *La premisa del soporte económico:* Es un prejuicio que connoté como una visión positiva de Raúl que estaba estrechamente relacionado al paradigma de género de la paternidad.
- *La premisa de permanecer unidos por medio de todos sus recursos posibles:* Este fue el más importante, pues unía las dos visiones anteriores, las cuales brindaron comprensión y entendimiento a las acciones realizadas por los padres.
- *La Familia atravesada por la discapacidad:* Este prejuicio fue para connotar de otra manera las diversas dificultades y posibilidades que tienen para aceptar a sus miembros con dolencias que probablemente se resolvieran a largo plazo, buscando sus recursos y sobre todo bajando la intensidad de la etiqueta de “trastorno”.

*Sesión 6 Cambios.* En esta sesión se exploraron los cambios vistos en Laura, donde Elizabeth manifiesta que al cambiar su forma de relacionarse con Laura, su hija ha respondido con acercamientos mostrados en afecto, como compartirle parte de su vida íntima, el rompimiento con el novio, entre otras, este cambio se lo atribuye al aceptar a su hija tal y como es, sin prejuicios, y ya no le ofrece comida como paliativo emocional. En este momento de la terapia, usando la escala de 0 a 10 donde 0 es ningún cambio y 10 un cambio en exceso,

Elizabeth evaluó la terapia con un 5 donde a 7 meses ha comprendido que la situación familiar requiere paciencia, comprensión y modificación paulatina. Se rescataron los elementos relacionales, incluyendo las emociones surgidas cuando Laura dice o hace cosas, así como la comunicación entre Elizabeth y Laura. Se está evitando comunicarse a través de la comida y los objetos materiales. Y se ha acordado comunicarse de forma directa y clara usando otros medios de comunicación como escribiendo cartas.

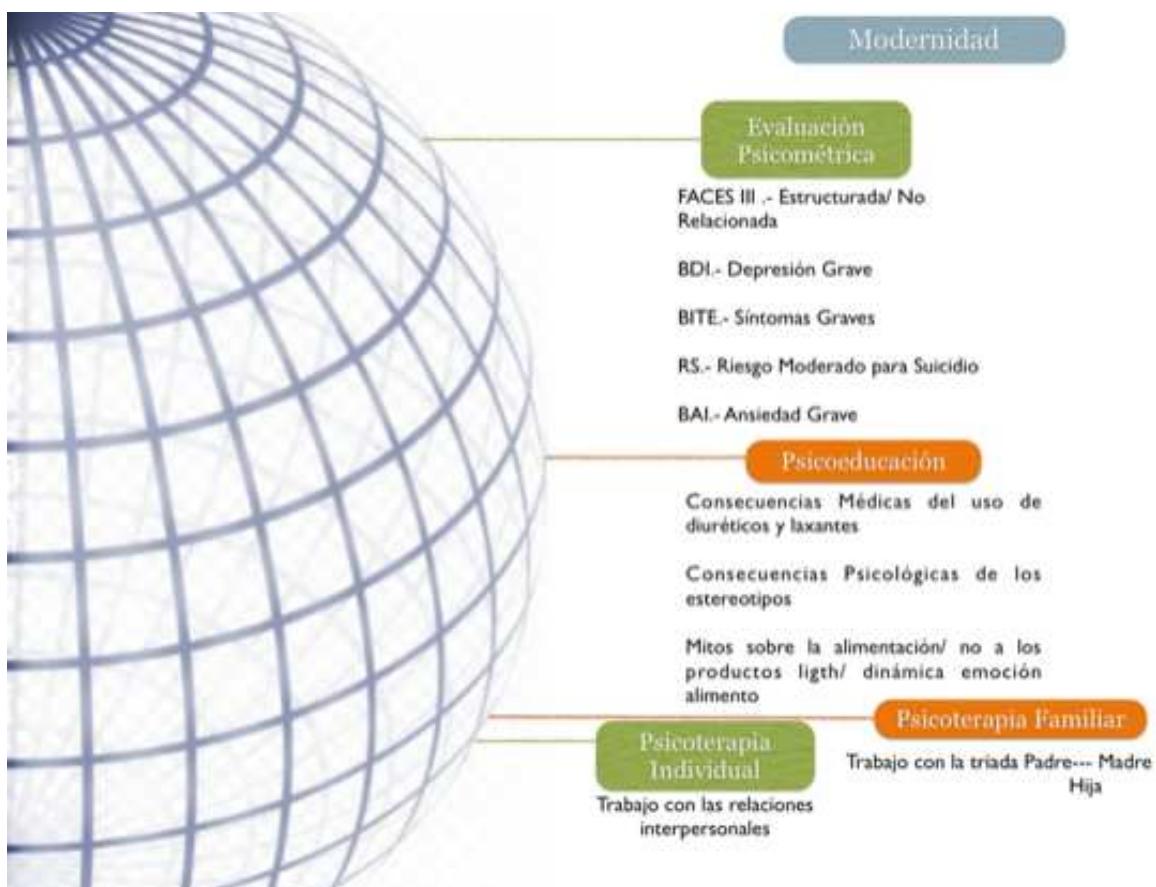


Imagen 4. Los prejuicios: herencia de la modernidad.

La imagen 4 muestra los elementos de la modernidad a los que recurrió en el proceso terapéutico. Los mismos dejan claras evidencias que pueden conectarse con la vida familiar, sin embargo, pueden “nublar” la mirada compleja a simples interpretaciones “catastróficas”, como por ejemplo la batería psicométrica compuesta por el FACES III (Cohesión y adaptabilidad familiar), BDI (Inventario de

Depresión de Beck) BITE (Inventario de conductas Bulímicas), RS (Riesgo Suicida) BAI (Inventario de Ansiedad de Beck). Además que en combinación con la psicoeducación que de forma estructurada, se brindó información sobre consecuencias médicas, psicológicas y alimentarias. Por lo que se canalizó con un terapeuta individual para complementar el trabajo familiar que observaba la triada Padre— Madre e hija.

*Prejuicios del Terapeuta:* Es difícil precisar que prejuicio ha sido el dominante en mi trabajo terapéutico, donde por momentos me dejaba llevar por un modelo médico psiquiátrico en el cual tenía que enfatizar los síntomas de riesgo, evaluaciones psicométricas con exagerados síntomas, a pasar a un modelo comprensivo, evaluador de mi intervención como terapeuta y de doble visión, donde se compartieron saberes como nutrición, psicoterapia individual y familiar, el cual, al escuchar los cambios en la familia, tiene dos efectos en mí persona, el primero enmarca una reflexión sobre el modelo de intervención concentrado en herramientas de la modernidad como la "psicoeducación", en medidas preventivas para los episodios Bulímicos, acciones a realizar en la reducción de alimentos "ligth", o en las costumbres alimentarias, así como recomendar una terapia individual y una familiar. Las recomendaciones de "primer orden" en convivencia con las herramientas posmodernas como la curiosidad, la "irreverencia", la significación del síntoma para los padres, la visión positiva de las acciones de la pareja de padres, la empatía centrada en temas políticos que son de interés para la pareja. Todos estos elementos construyeron en la familia y en el sistema terapéutico cambios vistos de forma paulatina con el fin de evitar un internamiento o consultas prolongadas en psiquiatría.

*Sesión 7:* Elizabeth a comentado los cambios que siente con respecto a su relación con Laura, uno de los factores que le preocupan es la salud de su hija, pues refiere que ha platicado con ella sobre ese tema, Laura (según Elizabeth), le ha dicho que la terapia le ha funcionado en el aspecto social, le ha ayudado a

establecer contacto con sus amistades, pero le cuesta trabajo identificar mejorías con respecto a los atracones. Elizabeth sabe que el estado de salud de Laura le corresponde a ella pero, sin embargo le preocupa y no sabe que hacer, pues tiene en mente el internamiento de su hija.

*Prejuicios del Terapeuta:* En el diálogo recordé el recurso de la doble visión, la Irreverencia y la exclusión del pensamiento común en la modernidad, por lo que en la conversación decidí informar lo que conozco del tema, de igual forma corregí algunas expresiones que tuve en el pasado, donde, para aquella situación opté por mencionar que la hospitalización tiene una forma más estricta y que si así lo prefiere Laura, será conveniente que se prepare antes de ingresar, en esta observación confirmo la posibilidad de usar ese servicio, así como la necesidad de adaptarse a una forma más "estricta" de terapia. Re etiquete mi prejuicio, brindé información y respeté a la familia en esa decisión que más adelante sería abandonada por sí mismos debido a las mejorías encontradas en Laura.

Actualmente la familia se encuentra en seguimiento, donde ellos afirman que han podido "soltar" a Laura, Laura se ha acercado con ellos cuando necesita ayuda emocional, marcando la diferencia en que; pide ayuda de forma voluntaria, ha logrado terminar una relación e iniciar sus estudios como fisioterapeuta, la familia ha cambiado el significado del síntoma, de algo "monstruoso" sin "control" a un elemento manejable y tratable mediante sus recursos disponibles, como paciencia y comprensión a su hija.

## DISCUSIÓN

Las familias que tienen a una hija/o con síntomas de bulimia son comúnmente vistas/os como mentirosas/os, suponiendo de antemano que el especialista reconoce las micro transiciones verdad-mentira en la familia, ya lo había documentado Mara Selvini-Palazzoli (2000) en "juegos psicóticos en la familia" - "*familias que no solamente nos mienten sino ocultan información que es elemental*". Para Bertrando (2011), la verdad es distinta de la realidad, la verdad es particular en cada una de las personas que vienen a consulta.

La verdad del terapeuta, las hipótesis no son ni verdaderas ni falsas son útiles en ese momento, donde actualmente son funcionales porque dan libertad para conocer la verdad familiar o la premisa familiar, hay que tomar en cuenta que hablar de la connotación positiva es hablar de lo útil más no lo verdadero.

Por otro lado Cecchin (1987) cree que se pueden aceptar explicaciones lineales siempre que no se crea demasiado en ellas, porque este tipo de orientación descriptiva del mundo en un sentido “causalista” no nos ayuda a construir un marco de curiosidad. Recordando así que lo que un individuo dice y piensa depende de la posición que ocupa en el sistema al que pertenece, con ello se reflexiona sobre los propios prejuicios y la toma de responsabilidad de tenerlos, así como su influencia en las acciones, por que la terapia deriva de la interacción de los prejuicios del terapeuta y del cliente, en este caso en particular recuerdo la petición del internamiento, donde se jugaron nuestras visiones sobre el mismo tema y se logró un dialogo donde no encabezara mi opinión. Habría que depender de las certezas momentáneas, la espontaneidad y la sinceridad, sabiendo que tienen un efecto en las personas que vienen a consultarnos.

Creo indispensable en este momento escribir sobre la familia en el tiempo, donde la familia presentada con anterioridad congenia en “arritmias” y “sintonías”, los padres, Elizabeth y Raúl ante las circunstancias sociales, económicas y familiares mostraban ritmos rápidos pero compartidos, el hecho de que Elizabeth aceptara participar en asambleas populares junto a su esposo y que Raúl aceptara acompañar a Elizabeth a sesiones de la cooperativa conlleva a una demostración de sincronización, sin embargo los síntomas de Laura lograban un “freno” a los ritmos rápidos de los padres, llevándolos a un conflicto en los tiempos de la pareja con los de crianza y cuidado de un hijo enfermo; viviendo entre pausas e intervalos largos, entre descanso, preocupación y satisfacción, no fue hasta que entendieron los ritmos diferentes, más lentos de su hija, de sus necesidades y que no congeniaban con la idea de una “recuperación rápida”, con ello, pudieron observar cambios en la coevolución armónica de los tiempos en las relaciones familiares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2000a). *Manual Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado* Barcelona: Ed. Masson.
- Bateson. G. (1972), Steps to an ecology of mind. New York, Ballantine.
- Bertrando, P. (2011). El Terapeuta Dialógico. México: Pax.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. Paidós
- Boscolo, L. Cecchin, G. Hoffman, L. Penn, P. (1987) La Terapia Sistémica de Milán. Amorrtoru.
- Cruzat, C. Ramirez, R. Melipillán, P. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhe*, 17, 81-90
- Frank, G. K., Kaye, W., y Marcus, M. (2001). Sertraline in underweight binge-eating/purging-type eating disorders: five cases report. *international Journal of Eating Disorders*, 29, 495 - 498.
- Fruggeri, L. (2005), Diverse normalità. Psicología Sociale delle relazioni familiari. Italia: Carocci.
- Garner, D. M., Garfinkel, D., y O`Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with without anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 142 581 - 587.
- González-Macías, L., Unikel, C., Cruz, C. S., y Caballero, A. R. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3 junio), 1 - 8.
- Mancilla, J. M., López-Aguilar, X., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., y Tellez-Girón, M. (2009). Effect of gender and school level on disordered eating behaviours and attitudes in Mexican adolescents *Eating and Weight Disorders*, 14(4), 169-175.
- Ochoa, I. (2004). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Herder. Barcelona.
- Rausch, C., y Bay, L. (2000). *Anorexia nervosa y bulimia, amenazas a la autonomía* (5 ed.). Buenos Aires: Paidos.

- Reséndiz, G. (2011). Elementos de la Concepción Sistémica de la Familia en el Modelo de Milán. México: ILEF.
- Ruiz, A. (2007). Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. UVM - Lago de Guadalupe.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Sepulveda, A., López, C., Tood, G., Whitaker, W., y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers. A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 584 - 591.
- Selvini (2006). La Escuela de Milán Hoy. Red Sistémica. Argentina.
- Selvini-Palazzoli, M. Selvini, M. Cirillo, S. Sorrentino, A. (2000). Juegos psicóticos de la familia. Paidos. Barcelona.
- Selvini-Palazzoli, M. Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1978). Paradoja y contraparadoja. Paidos. Barcelona.
- Hsu, L. (1996). *Epidemiology of the eating disorders* (Vol. 19). Estados Unidos de Norteamérica: W.B. Saunders Company.
- Hoffman, L. (1981). Historia de la terapia familiar. FCE. México
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Alcantar, E. N., Fleiz, C., y Hernández, S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140 - 147.
- Yoma, R. Ibáñez, A. Garay De, E. González, E. Espinoza, A. (2010). La función familiar y los trastornos alimenticios en adolescentes universitarios. *Psicoterapia y Familia*. Año 2010, Vol 23, No 2. AMTF.