UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA A LA HISTORIA BIOPATOGRÁFICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES ADULTOS CON HOMEOPATÍA.

INFORME FINAL

Presentado por: LEONARDO A. MORALES HERNÁNDEZ

Código: 20142002302

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA HOMEOPATICA

TUTORA: DRA. CLAUDIA MARÍA CUBILLOS REYES

AREA DE SEMIOLOGÍA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN POBLACIÓN Y SALUD

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA HOMEOPÁTICA LUIS G PÁEZ

BOGOTÁ D.C.

2015

TABLA DE CONTENIDO

I. MARCO REFERENCIAL 8

1.1. INTRODUCCIÓN 8

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 9

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 10

1.4. OBJETIVOS 10

1.4.1. OBJETIVO GENERAL 10

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10

II. MARCO CONCEPTUAL 11

2.1. ESTADO DEL ARTE 11

2.2. MARCO TEÓRICO 14

2.2.1. LA ENTREVISTA TERAPÉUTICA 14

2.2.2. LA COMUNICACIÓN 16

2.2.3. ENFOQUE YTÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS 18

2.2.4. SEMIOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN 23

2.2.5. SEMIOLOGÍA MENTAL HOMEOPÁTICA 24

2.2.6. FUNDAMENTOS ONTOLÓGICOS, EPISTEMOLÓGICOS Y CONCEPTUALES 25

III. MARCO DE ANÁLISIS Y DISEÑO 27

3.1. DISEÑO 27

3.1.1. POBLACION Y MUESTRA 27

3.1.2. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS 28

3.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 29

3.2.1. ANÁLISIS PARADIGMÁTICO 29

3.2.2. ANALISIS NARRATIVO 29

3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOHOMEOPÁTICO 30

IV.ASPECTOS ÉTICOS 31

V.RESULTADOS 32

PRIMERA PARTE 33

5.1. Paciente RDG 33

5.2. Paciente JAC 35

5.3. Paciente AYB 40

SEGUNDA PARTE 46

RDG 47

JAC 50

AYB 55

TERCERA PARTE 59

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN 61

6.1 LA ESTRUCTURA DE LA SESIÓN 61

6.2 ANÁLISIS DE LAS SESIONES 61

6.2.1. Primera sesión toma del caso 61

6.2.2. Segunda sesión 64

6.2.3. Tercera sesión y las demás sesiones 64

6.3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD 65

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN..... 66

7.1. CONCLUSIONES GENERALES 66

7.2. RECOMENDACIÓN 67

7.2.1. Primera sesión toma del caso 67

7.2.2Segunda sesión 69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Muestra de participantes en el trabajo 28
Tabla 2: Contraste entre dos tipos de análisis de datos narrativos (Bolivar, 2002) 30
Tabla 3: Presentación de la organización del análisis 32
Tabla 4: Resultados de la narrativa de RDG, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios 47
Tabla 5: Resultados de la narrativa de JAC, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios 50
Tabla 6: Resultados de la narrativa de AYB, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios 55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1: Semiología de la mirada según la PNL, también llamado claves de acceso ocular 46

RESUMEN

La integración de las técnicas psicoterapéuticas al abordaje homeopático, amplía la comprensión del paciente y la semiología, lo cual facilita la selección adecuada del medicamento homeopático.

No existe un protocolo estructurado homeopático que integre los elementos semiológicos y de intervención psicoterapéutica, en el paciente adulto. El presente trabajo tiene como objetivo establecer los elementos semiológicos y de intervención que caracterizarían este tipo de protocolo y proponer la estructuración de los pasos como un modelo.

Se revisaron la entrevista terapéutica, la comunicación, el enfoque y técnicas psicoterapéuticas, la semiología de la comunicación y la semiología mental homeopática como temas centrales del marco teórico.

El diseño de investigación corresponde a un estudio de caso cualitativo, en el cual el caso es la entrevista o sesión con el paciente, se realizó el trabajo desde la epistemología sistémico-constructivista-construccionista, con los elementos de autoreferencia generativa y permitiendo la aparición de emergentes.

Se tomaron las sesiones de tres pacientes seleccionados por conveniencia y una entrevista a profundidad realizada al final del proceso a cada uno de ellos; se aplicó análisis narrativo y paradigmático de las narrativas.

Para el análisis se tomaron los elementos de terapia sistémica, programación neurolingüística (PNL), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) y psicoanálisis, con los cuales se hicieron las categorías de análisis.

Se establece como son las sesiones desde este modelo planteado que integra la psicoterapia con la homeopatía, en el abordaje del paciente adulto; y se presenta como un modelo.

Palabras claves: integración, homeopatía, psicoterapia, comunicación, semiología, modelo.

ABSTRACT

The integration of psychotherapeutic techniques to the homeopathic approaching broadens the understanding of the patient and the semiology, which facilitates the accurate selection of the homeopathic medicine.

There is not a structured homeopathic protocol that integrates semiotic and psychotherapeutic intervention elements in the adult patient. The objective of the following paper is to establish the semiologic and intervention elements that would characterize this new kind of protocol and to propose the structure of the steps as a model.

The therapeutic interview, communication, the approach and psychotherapeutic techniques, the communication semiology and the homeopathic mental semiology where reviewed as central subjects of the theoretical framework.

The research design corresponds to a qualitative case study, in which the case is the interview or the session with the patient. The paper was made from the systemic constructivist and constructionist epistemology, with generative auto reference elements allowing the appearance of emerging.

The sessions of three patients were used, everyone selected by convenience, and a deep interview made at the end of the process to each patient; also a narrative and a paradigmatic analysis were used.

For the analysis there were used elements of systemic therapy, neurolinguistic programation (PNL), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and psychoanalysis, which made the analysis categories.

It is established the description of the sessions from the posed model, which integrates psychotherapy with homeopathy in the approaching to the adult patient, and it is presented as a model.

Key words: integration, homeopathy, psychotherapy, communication, semiology, model.

I. MARCO REFERENCIAL

1.1. INTRODUCCIÓN

La inclusión de la psicoterapia a la historia biopatográfica constituye un aporte al proceso de integración de la medicina clásica occidental[1] (para el caso de la especialidad de manejo de la psiquis) a la semiología y la doctrina homeopática.

De la manera en la cual se ha desarrollado la medicina en occidente en especial desde el siglo XVI (Morales, 2012), ha emergido un modelo muy fragmentado que deja por fuera del campo de observación y del trabajo terapéutico a elementos muy valiosos como son por ejemplo la observación de la semiología de la comunicación y algunas intervenciones psicológicas de fácil manejo que permiten resultados excelentes en la interacción con el paciente.

Los profesionales médicos que trabajan desde la medicina alternativa[2], desarrollan otros modelos que amplían su campo de observación y comprensión, aunque no siempre los presentan de manera explícita; de otra parte existen muchos puntos en común entre estos abordajes y los que realizan los "chamanes"[3] y sanadores naturales de las comunidades, quienes tienen de por sí un modelo integral desde su propio marco de referencias y creencias.

Es importante, tanto desde el punto de vista educativo, como de la atención de pacientes, contar con modelos de abordaje específicos explícitos en varias áreas de atención; en particular, en lo concerniente a la homeopatía y además en aquellos tipos de pacientes con algunos grupos de síntomas especiales, es deseable tener un modelo práctico, como es el caso de los pacientes que presentan síntomas mentales o trastornos[4] asociados a la conducta.

---

[1] Para ser breve utilizo el término de occidental, pero en realidad, la clasificación de "occidental" es una clasificación colonialista, impositiva, creada por un tipo de historiadores que considera que Grecia-Roma y sus supuestos herederos (los habitantes centro europeos con los hijos de los mismos en sus excolonias) son el mundo occidental. Esta clasificación, hablando del campo de la Medicina, deja aislados a los otros pueblos que se hallen en estos territorios o que tengan otras vertientes, tal es el caso de la homeopatía (originada en lo que hoy llamamos Alemania) o los nativos americanos.

Sería más apropiado llamar el tipo de medicina como un modelo de ontología positivista, de metodología investigativa empírico analítica y hegemónica en cuanto a sus relaciones con el poder y el status quo, es decir la que se practica habitualmente en clínicas y hospitales en la actualidad, con importantes nexos con los laboratorios y multinacionales farmacéuticas y posicionada dentro del sistema general de seguridad social en salud en la república de Colombia, toda esta es una amplia discusión que sobrepasa los alcances del presente trabajo. (Morales, 2012)

[2] El término mismo de medicina alternativa es campo de una amplia discusión que incluye el tema del lenguaje y la información, así como el acto político de ser "alternativa" ante un modelo hegemónico (Morales, 2012).

[3] La palabra chamán es una lectura a un tipo de sanadores de Siberia, que se generalizo como término, cada cultura les otorga un nombre según su historia, sus principios y sus saberes.

[4] Trastorno es "el conjunto de síntomas que comportan sufrimiento subjetivo e interfieren notablemente en la vida del sujeto [familia o comunidad] o suponen una ruptura biográfica con perdida objetiva de las coordenadas de la

Este modelo permitirá al médico homeópata contar nuevas herramientas o fortalecer las ya existentes en cuanto la relación con el paciente, la inducción de rapport[5], la catarsis, el conocimiento de la individualidad como persona de cada uno, la sanación durante el proceso y la semiología necesaria para la mejor elección del medicamento.

Como institución y como universidad para la FUNHOM, es necesario el desarrollo de guías didácticas, dentro del camino de identidad que fortalezcan el proceso de formación del profesional en homeopatía y orienten el abordaje de los pacientes.

La complementariedad entre varios campos del saber, para el caso de la homeopatía, la psicoterapia, la comunicación humana y la medicina en general, genera nuevos campos que resultan útiles y valiosos para la formación profesional integral y que benefician al paciente y su entorno.

Este trabajo permite fortalecer la práctica clínica y facilita unir distinguiendo diferentes campos complementarios, evidenciando el aporte potencial de cada uno y estructurándolo como un modelo de fácil comprensión y uso por parte del homeópata, con estas herramientas es factible ampliar el perfil del profesional y su visión, redundando probablemente en una mejor comprensión y tratamiento para el paciente.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica clínica tiene esquemas que se utilizan con base en experiencias de la formación médica previa, otros esquemas están fundamentados en las respuestas particulares con los pacientes del médico en su práctica clínica (su experiencia profesional) y otros en las creencias de cada profesional según sus marcos de referencia (personal y profesional); llevar a cabo la documentación de estos esquemas y procedimientos aportaría conocimiento y comprensión sobre los procesos de intervención clínica de una manera más profunda y valiosa.

Como una posición personal estoy buscando dar cuenta de mi quehacer como psicoterapeuta y homeópata, aclarar mis principios maestros y principios lógicos (Morin, 1999)[6], hacer conscientes mis propios métodos y técnicas, de la misma manera fortalecerlos y llevarlos a un modelo estructurado; no existe en la revisión de la literatura un modelo

---

realidad [según cada contexto], así como trastornos del comportamiento no clínicos que conllevan importantes conflictos en la relación interpersonal y/o social" (Vallejo, 2005,pg 69).

Las frases presentadas en corchete recto [ ] corresponden a comentarios del autor del presente trabajo.

[5] La palabra Rapport viene del francés y se la traduce como resonancia, empatía, confianza, es similar al concepto de transferencia proveniente del psicoanálisis.

[6] Edgar Morin presenta en un esquema sencillo los componentes de un paradigma ya sea a nivel de individuos de grandes sistemas de pensamiento, como son los principios maestros, es decir aquellos sin los cuales pierde todo sentido el modelo y los principios lógicos, que se refieren a la forma en cómo se conectan los principios y los diferentes elementos del modelo de pensamiento (Morin, 1999).

estructurado documentado psicohomeopático[7], aunque si hay elementos relativos a experiencias en la temática planteada.

No se encuentran descritos de manera clara y documentada en la literatura los elementos semiológicos sistematizados, basados en la práctica clínica que integre lo psicoterapéutico con lo homeopático.

Es valiosa en este sentido, la presentación de una propuesta de modelo desarrollado específicamente en la práctica de este tipo de situaciones clínicas en nuestro contexto, donde se integren al sistema homeopático los elementos psicoterapéuticos de fácil acceso al especialista homeópata; lo cual fortalece además la comprensión y entendimiento del paciente al mismo tiempo de ofrecer una mayor certeza en la selección del medicamento; de otro lado no existe un protocolo de intervención documentado y sistematizado para el abordaje psicohomeopático, lo cual puede ser suplido por el presente proyecto en específico.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Desde el abordaje Homeopático cuáles son los elementos semiológicos y de intervención, que podrían caracterizar un protocolo psicoterapéutico para el paciente adulto?

.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Construir un modelo integrativo para el homeópata, basado en la práctica clínica de la psicohomeopatica (integración de la homeopatía con la psicoterapia).

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir semiológicamente el contenido de las intervenciones de un especialista en psicohomeopatía (psicoterapia/homeopatía).
2. Identificar y Categorizar los elementos semiológicos de la comunicación, así como las interacciones verbales y no verbales (digitales y analógicas).
3. Estructurar los pasos como un modelo.

[7] Aunque el término psicohomepatía no está claramente definido en la literatura oficial, algunos trabajadores del área dela salud mental y la homeopatía lo usan para referirse a ese trabajo conjunto de los dos espacios, en lo personal integro mis conocimientos en cada una de las dos áreas para brindarle al paciente un abordaje más integral y resolutivo de sus problemas. Utilizo el término para fortalecer la idea de integración de las dos disciplinas, que en realidad en es una reconstrucción de la medicina como conocimiento holístico.

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ESTADO DEL ARTE

La actividad clínica diaria requiere un ejercicio reflexivo que le permita al experto que trabaja en un área determinada, dar cuenta de los puntos de vista o focos de observación que consciente o inconscientemente se involucran en su diario quehacer profesional.

La práctica de la psicohomeopatía[8], es decir la actividad homeopática integrada al tratamiento psicoterapéutico de los pacientes es un campo holístico que permite lograr importantes resultados en cuanto la curación, el manejo de urgencias y el restablecimiento del bienestar o el mejoramiento de la salud de las personas; sin embargo, no se conocen muchas publicaciones sobre el tema y las que circulan más frecuentemente versan solo sobre aspectos semiológicos para selección del medicamento o muestran esquemas que exponen desde la patología la conceptualización de la situación del paciente; de otra parte es deseable la presentación explicita de los elementos teóricos y técnicos que caractericen este tipo de actividad.

La actividad psicoterapéutica así como la homeopática confluyen en una relación médico paciente que se caracteriza por un dialogo fluido[9], el desarrollo de un vínculo terapéutico y la ampliación de conciencia y memoria (acompañada de las emociones), en un contexto o ambiente terapéutico ("setting")[10] que facilite la emergencia de esa intimidad con el respeto pertinente por la intimidad del paciente (Rísquez, 2002).

El estilo de entrevista del médico homeópata entrenado es ya en sí misma un tratamiento para los pacientes a los cuales asiste (Hartog, 2009); de la misma manera las técnicas semiológicas de lectura corporal o de otro lado la elicitación[11] o inducción de asociaciones pueden darle a este esquema de entrevista una estructura mucho más sólida y completa. De otra parte es necesario distinguir los diferentes contextos culturales que producen

[8] En el presente escrito se utilizará el término psicohomeopatía sabiendo que no es un término oficial acuñado por alguna sociedad homeopática o un término reconocido por alguna asociación psiquiátrica o psicológica de poder o prestigio; la razón por la cual se utilizará es debida a la utilidad práctica de ofrecer una idea de integración entre el campo de la salud mental individual y el de la homeopatía, que también es individual. Vale la pena comentar que muchos autores y trabajadores del área utilizan este término.

[9] Este diálogo fluido o comunicación asertiva será uno de los fundamentos del abordaje del presente trabajo; finalmente se trata de una situación en la cual la información trasmitida por una de las partes (sea el médico o el paciente) llegue con una claridad tal a la otra parte, que esta segunda pueda emitirla sin que haya lugar a ninguna corrección por parte de la primera.

[10] Setting se refiere a los elementos que están en un ambiente terapéutico, como lo es un consultorio y que hacen parte de los elementos que se utilizan para la actividad clínica terapéutica.

[11] Elicitar es un anglicismo que significa provocar u obtener, para el caso en psicología se refiere a hacer manifiestas informaciones o contenidos que no eran evidentes y que pueden ser relevantes en los tratamientos o toma de decisiones.

diferencias en las manifestaciones de los síntomas, además de los elementos etológicos[12] y/o psicológicos que caracterizan las manifestaciones del ser humano como especie.

En la exploración que realiza el médico homeópata se busca comprender principalmente dos aspectos importantes[13], el núcleo de la persona y su problema actual; para el primero se requiere establecer cuál es la tendencia individual, es decir cómo afronta la persona los sucesos de su vida, cuáles de ellos han sido cruciales para su energía vital; y para el segundo se requiere comprender cómo se encuentra esta energía vital afectada en el momento presente; para todo lo expuesto en lo anterior, el profesional cuenta en particular con los signos y síntomas que el paciente o su familia manifiestan y con aquellos que el mismo entrevistador puede detectar en su entrevista y examen médico.

En esta estrecha relación médico paciente se basa la necesidad de afinar desde el punto de vista clínico no solo la empatía fundamental, sino también la capacidad de observación de los síntomas que emergen en relación con la tendencia del paciente[14], los sucesos de su historia de vida, sus conexiones biopatográficas y la correlación con su posible alteración de la energía vital, la cual le hace buscar ayuda terapéutica.

El abordaje clínico desde el sistema homeopático[15] tiene algunas cualidades como ser un sistema médico " natural, científico y holístico que promueve la conservación y recuperación de la salud basado en el principio de la semejanza y otras leyes naturales" (Gonzalez, 2005), por ello la toma del caso considera la totalidad de los síntomas del paciente en su contexto, que se clasifican en mentales, generales y particulares, los cuales a su vez, se analizan de diferentes manera según la historia clínica o historia biopatográfica[16] y el marco de referencia del médico tratante[17] para definir el esquema de tratamiento a seguir.

[12] Etología significa el estudio del comportamiento animal en su medio, se han realizado importantes acercamientos al análisis del comportamiento humano desde esta perspectiva y continúa siendo un enfoque que ofrece respuestas a las preguntas sobre las dinámicas de las relaciones humanas.

[13] Este es también un punto de encuentro entre el abordaje psicológico y la homeopatía, ya que se busaca comprender quien es el individuo y como es el contexto actual en el cual se desenvuelve, éste en el que sus síntomas se considerar problema y a causa de ello asiste a esta consulta para buscar ayuda.

[14] Las tendencias de los pacientes pueden ser vistas desde diferentes focos, educativos, de personalidad, genéticos y clásicamente desde Hahnemann se les ha llamado Miasmas, en el sentido homeopático específico, que es completamente diferente al sentido de miasma (Cipolla, 1993)en la historia de la salud pública.

[15] La homeopatía es desarrollada por Samuel Hahnemann (1755-1843), médico nacido en Meissen (ciudad ubicada hoy en Alemania), en respuesta a la medicina europea que existía en su época, la cual era de orientación Galénica (modelo humoral y miasmático), que en el concepto de Hahnemann solo paleaba los problemas y no daba solución a los paciente. Los fundamentos del sistema médico homeopático que se reconocen hoy en día son: las leyes del vitalismo, la ley de la semejanza ("lo similar cúrese con lo similar", a la cual debe su nombre), la individualidad, la experimentación pura, la dosis infinitesimal, la acción –reacción, y la ley de la curación o del orden (de Hering), de otro lado plantea la teoría de los miasmas y el principio del remedio único (Gonzalez, 2005). Vale la pena comentar que para otros autores el vitalismo no corresponde a una ley, sino a un principio, lo cual le da un marco epistemológico diferente.

[16] La historia biopatográfica consiste en una minuciosa historia clínica en la que se busca la probable relación entre la aparición de los síntomas del paciente y los elementos biográficos que le han sucedido, como por ejemplo pérdidas, vivencias particulares o cambios ambientales importantes entre otros elementos.

[17] En un esquema sencillo para el abordaje médico, planteado por Hering , citado por Schmidt, los síntomas son jerarquizados según la situación: en los casos agudos se le da mayor valor a las sensaciones, los

Se sobreentiende que como enfoque holístico la homeopatía no utiliza solamente los signos y síntomas mentales, estos son más bien un aspecto sobresaliente en el cual se puede evidenciar la dinámica de cada ser humano encontrando sus relaciones con los demás síntomas generales y particulares como corresponde a un enfoque integral, sin embargo el presente trabajo busca la profundización sobre la semiología mental.

La semiología mental es para el esquema clínico de la homeopatía un recurso crucial importancia, ya que permite la individualización del paciente de una manera muy especial y por lo tanto la identificación de lo digno de curar en la persona y la selección del medicamento.

Uno de los fundamentos principales del esquema del sistema médico homeopático es la comprensión de cada persona de una forma tal que permita individualizarlo tanto en su terreno, en su estructura, en las problemáticas que le aquejan y en su contexto; la totalidad sintomática orientada en la historia de vida de la persona (biopatografía), las reacciones que manifiesta cada persona ante estos eventos y los contenidos cognitivos, de memoria, oníricos, emocionales, corporales y las sensaciones que lo acompañan entre otros, son un material precioso para orientar la curación de la persona y en la misma ruta orientar la selección del medicamento adecuado en cada circunstancia. De esta forma los sentidos del médico entrenado se agudizan y hay una mayor comprensión del paciente, lo que le permite una mejor selección del remedio y un resultado sobresaliente

El trabajo integrado del acto médico a la lectura de las manifestaciones expuestas en el párrafo anterior encadenan la semiología mental con la psicoterapia y fortalecen el ejercicio de la homeopatía, así como también a la práctica didáctica; por ello un modelo estructurado integrativo en este campo se hace necesario en la investigación y formación de nuestro sistema médico.

Es valiosa tanto desde el punto de vista científico (ampliación del campo de conocimiento), desde el punto de vista clínico (las relaciones entre el modelo médico y la psiquiatría en general), así como también desde el punto de vista didáctico (el enriquecimiento de la formación del homeópata), la presentación de una propuesta de modelo que desarrollaré específicamente en la práctica de este tipo de situaciones clínicas en nuestro contexto, donde se integren los elementos semiológicos, además de los elementos psicoterapéuticos de fácil acceso al especialista homeópata y que ofrezcan en conjunto una mayor certeza en la selección del medicamento.

Este trabajo llena un vacío en cuanto al desarrollo de protocolos de práctica clínica específica de la psicohomeopatía, así como de cualquier abordaje que pretenda considerar al paciente de una manera holística integrando la evaluación psicológica, y será una importante herramienta en el campo educativo e investigativo.

síntomas concomitantes y los locales modalizados; en los casos crónicos se le otorga valor en orden descendente a los síntomas mentales, generales, deseos y aversiones, los síntomas del sueño y los síntomas sexuales (Schmidt, 1976, pág. 41).

2.2. MARCO TEÓRICO

El área de investigación del presente trabajo se circunscribe a la relación médico paciente, la entrevista terapéutica (en cuanto lo semiológico y la intervención) que se lleva a cabo en el acto médico y los procesos comunicativos que lo componen.

La individualización es una parte fundamental del abordaje homeopático, para ello el profesional realiza un interrogatorio, examen clínico e investigaciones de laboratorio (Schmidt, 1976), sin embargo el arte de interrogar es la pieza fundamental del proceso; la entrevista se basa desde los mismos lineamientos planteados por Hahnemann en el órganon y desarrollados por Hering en 1833, los cuales consisten en saber escuchar, interrogar , coordinar la información suministrada por el paciente, escribirla , estructurarla y llegar de esta manera a encontrar lo que tiene valor esencial para cada persona en individual y llevarlo así al diagnóstico terapéutico (elegir el similimun[18] específico).

Sin embargo la entrevista no es un proceso mecánico, de hecho es un arte en el cual participan tanto la personalidad[19] (proceso empático) del médico, como su entrenamiento técnico. Esto hace que en lo fundamental sea un acto humano de comunicación efectiva donde los elementos psicológicos mutuamente interactuantes participan en una dinámica que desde los constructivistas se ha llamado cibernética de segundo orden[20] y que al hacer conciencia de ella se reorienta el enfoque mismo que como persona y como terapeuta realiza cada uno de nosotros (Garzón, 2008).

De otra parte es necesario definir la manera en que se va a realizar el abordaje al objeto de estudio, que es la técnica de atención al paciente, así como los principios que orientarán esa construcción de conocimiento.

Expuestos estos preliminares se hará una exposición sobre los debates en la entrevista terapéutica en homeopatía, la comunicación conceptualizada de manera compleja, las técnicas psicoterapéuticas, la semiología con valor homeopático y los fundamentos ontológicos y epistemológicos.

2.2.1. LA ENTREVISTA TERAPÉUTICA

La entrevista es una experiencia de comunicación entre dos partes, para el caso el homeópata y el paciente, el primero es supuestamente un experto y el segundo asiste en la búsqueda de una solución a un problema de salud.

[18] De hecho se recomienda que las preguntas puedan encontrar su respuesta en los repertorios y materias médicas y el interrogatorio debe facilitar esa búsqueda (Schmidt, 1976).

[19] Lo que también puede denominarse el YO del terapeuta como lo plantea el psicoanálisis, el cual es su principal instrumento.

[20] Este concepto de cibernética de segundo orden se refiere en términos sencillos a que el observador está involucrado en el proceso o de manera folclórica "lo que dice el observador sobre lo observado, dice más del observador que del observado, aunque también dice del observado".

Esta forma de comunicación es fundamental y se puede decir de acuerdo con Hartog (2009) que la "consulta homeopática es en sí misma una intervención terapéutica"; los factores que diferencian el tipo de entrevista de la homeopatía de otro tipo de entrevistas médicas, han sido destacados clásicamente por Hahnemann desde hace 200 años y por Schmidt en el siglo pasado, pero recientemente otros autores han destacado esta relación como un tipo de proceso centrado en el paciente, que incluye los deseos de este, que permite su participación activa y que acerca realmente la agenda de la medicina con la agenda de la vida real que vive cada paciente (Hartog, 2009).

Mientras que el modelo bioclínico[21] que caracteriza a la medicina hegemónica busca entender la enfermedad y ubica al médico en una posición de imbalance de poder (el interrogatorio es orientado tajantemente[22]) en la que a su vez él hegemónicamente es quien determina el diagnóstico y el tratamiento (el cual debe ser acatado "pacientemente" por el paciente);la homeopatía de otro lado busca entender a la persona, se basa en la **empatía**, ofrece esperanza y empodera al consultante, da valor a la **narrativa** (lo realmente importante es la agenda o la versión del paciente con sus significados y sus soluciones), posiciona al paciente como experto en sus propios problemas y conceptos y permite que el paciente controle la comunicación.

Son estos dos esquemas diferentes de entrevista, el primero está centrado en el médico, en la experticia médica y en el ejercicio de autoridad por el mismo, en el segundo la comunicación está centrada en el paciente, se considera la totalidad de la persona con individualidad y autonomía, y por lo mismo quien tiene la información válida es el paciente en su narrativa, con los significados y puntos de solución que él mismo exprese (Hartog, 2009).

Inclusive en componentes como el uso del tiempo, este tipo de esquemas son realmente diferentes, algunos estudios muestran como el modelo bioclínico utiliza entre 18 a 23 minutos[23] por entrevistas (ibid), mientras que el homeopático ocupa por lo regular más de 60 minutos.

Para otros autores son tres los elementos que caracterizan la entrevista homeopática y que permiten comprender su efecto, son estos en primera instancia el **tiempo** el cual consideran la escencia, en segunda instancia el **abordaje holístico** de la persona y en tercera instancia la **buena comunicación** (Wynn & Pettersen, 2009). Todos estos factores deberían

[21] El modelo bioclínico médico ha tenido un desarrollo particular en los últimos tres siglos con la ontología y epistemología positivista y los métodos empíricos y analíticos; sus principales representantes fueron Comte, Bacon, Descartes, Locke y Hume en cuanto desarrollo del modelo y en el campo clínico todo el desarrollo ligado a las grandes industrias farmacéuticas y de equipos médicos; ha facilitado a nivel práctico muchas respuestas a los problemas de la humanidad en lo tecnológico e industrial y de la misma manera tiene grandes limitaciones para su aplicación en el campo de la comprensión de lo humano y de objetos de estudio como "lo terapéutico" que se escapan a su enfoque.

[22] Hartog utiliza el término "Bussines like" que puede traducirse en el sentido de orientado como negocio (Hartog, 2009), para resaltar que ya se tiene un esquema previo al cual se busca que se acomode el relato del paciente, a quién solo se le solicita la información necesaria para corroborarlo.

[23] Vale la pena comentar que en Colombia el SGSSS basado en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, buscó hacer más social la medicina, pero en su ejercicio práctico terminó reduciendo los tiempo de atención a espacios de 15 minutos , deshumanizó más relación médico-paciente y aumentó la brecha entre el paciente y la comprensión del mismo por parte del tratante; todo lo anterior en favor de un sistema de aseguramiento económico que en general enriquece a los intermediarios y empobrece la calidad de la atención.

estar presentes en cualquier esquema médico, pero que a pesar del supuesto énfasis que se hace de ello en la educación médica siguen sin estar realmente integrados al modelo convencional de medicina; de otro lado esos autores reconocen en la homeopatía factores cruciales como la empatía, la esperanza y un modelo de integración centrado en el cuidado de paciente.

La homeopatía en su entrevista terapéutica, se centra por excelencia en la relación médico paciente, crea un ambiente seguro para la expresión de sentimientos (Hartog, 2009), "facilita una mejor comprensión de los síntomas", …"mejora la respuesta terapéutica enfocándose en el modo de reaccionar del paciente" …y "facilita utilizar con eficacia el mejor medicamento del que disponemos: el propio médico[24]" (Torres, Fernandez, & Díaz, 2014).

El ambiente creado en la entrevista debe ser terapéutico por sí mismo, la comunicación fluye en doble vía, se invita al paciente a su autoexploración y a que " se responsabilice de la acción que surge de la necesidad de cambiar algo que no le ha hecho sentir pleno y satisfecho" (Hidalgo), de la misma forma el médico debe haber hecho su propio proceso, pues ¿cómo podría indicarle ("enseñar") a alguien aquello que jamás se ha permitido vivir?.

Utilizando como referencia a Paschero, la entrevista homeopática busca reconstruir "el todo desiderativo" (Pashcero, 1983, pág. 136) del paciente, comprender la "entelequia[25] de la enfermedad o sentido de la misma" (ibid, 144), seleccionar realmente lo digno de curar y establecer finalmente la relación de la persona con el medicamento (ibid., 439)

En conclusión la entrevista homeopática en sí misma es un intervención terapéutica, tiene diferentes componentes, pero su estructura en sí no es exclusiva de este tipo de medicina, solo que particularmente en esta, así como en algunas otras como la psicoterapia, se hace intensivo énfasis de la misma.

2.2.2. LA COMUNICACIÓN

Afirma Paul Watzlawick el adagio de "es imposible no comunicar" (El lenguaje del cambio, 1983) y ciertamente lo estamos realizando en cada una de nuestras relaciones de manera verbal o no verbal, seamos o no conscientes de ello.

El médico debe considerar todos los elementos que se presentan en la entrevista como son las comunicaciones en los dos sentidos (emisor- receptor) y **la actitud empática**, que es la herramienta principal que le facilita captarlos y comprenderlos; la empatía permite un contacto

[24] De la misma manera que lo expresa Torres, en psicoterapia se considera que la principal herramienta de la terapia es el **YO del terapeuta** y entre mayor crecimiento de su yo adulto, mayor será su capacidad como terapeuta.

[25] En este apartado Paschero usa el concepto de entelequia como potencialidad Aristotélica (finalidad en…) que incluye la causalidad formal y final, es decir que un mensaje lleva en sí mismo la in- formación que produce un cambio, para el caso la enfermedad tiene un sentido; la entelequia puede ser usada también para remarcar de manera positiva la posibilidad de la emergencia de nuevos patrones como lo plantea Euguenio Andrade, pero rebosa los objetivos del presente escrito(E. Andrade, 19 de septiembre de 2014, comunicación personal).

más íntimo, llegando a áreas “desconocidas, ciegas e incongruentes” del paciente y llevándolo de una manera suave y rápida a un mayor estado de consciencia (Hidalgo).

Se denomina como comunicación digital a aquello que está dicho expresamente, como podrían ser las palabras y comunicación analógica como todo aquello que hace parte del contexto, estos términos son mucho más precisos que los ya planteados como verbal y no verbal. Estos dos niveles de lenguaje nos hablan casi de dos funciones diferentes una objetiva, lógica y analítica (digital) y otra de imagen, metáfora, “pars pro todo”[26], de totalidad (analógica), las cuales se procesan a su vez en los dos hemisferios cerebrales diferentes, el izquierdo para el primero (digital) y el derecho para el segundo (analógico), aclarando que toda comunicación implica los dos niveles del lenguaje en forma variable (Watzlawick, El lenguaje del cambio, 1983).

El espacio del consultorio, el tono de voz y la prosodia, el lenguaje corporal y las diferentes actitudes hacen parte de ese lenguaje analógico que se está trasmitiendo, vale la pena decir que algunas veces el uno no es coherente con el otro, proceso al cual se le denomina “doble vínculo o doble mensaje” (Meyer, Routier, de Sutter, Guéritault, & Van Rillaer, 2010), el cual caracteriza a muchos de los trastornos de la comunicación dentro de las relaciones humanas (Ceberio & Watzlawick, 2006).

Como lo expresa Paschero, el médico debe “extraer los síntomas característicos… sea por impresión directa… o sea por la veracidad que percibe en él cuando describe sus sentimientos sensaciones y cenestesias,… observado o “leído entre líneas” a través del relato anecdótico, sea por sus gestos, actitudes y comportamiento observados en la consulta…” (Pashcero, 1983, pág. 423). En este sentido es fundamental una semiología sobre la comunicación que permita categorizar, descifrar y comprender esos procesos de comunicación, como lo realiza por ejemplo la etología o la Programación Neuroligüística (PNL).

De la misma manera es fundamental “ el tacto, la discreción, la afabilidad , la entonación con que el médico formule el interrogatorio psicológico”… para conseguir esa “confianza necesaria para hacer un relato de su historia emocional”… (Pashcero, 1983, pág. 427); con lo cual las técnicas de PNL en el campo de la comunicación se posicionan como una herramienta clínica valiosa y se hacen fundamentales en la presente investigación dentro del análisis de la semiología de la comunicación con el paciente (Grinder & Bandler, 2001).

Es de especial importancia hablar de la actitud, ya que independientemente del contenido verbal y del tono de la voz, se pueden reconocer en el comportamiento de las personas diferentes patrones motores que permiten identificar un tipo de actitud determinado; es pertinente comentar que la actitud, por lo general, es de orden inconsciente, ajeno a la voluntad de la persona y que difícilmente puede sostenerla durante mucho tiempo si no es coherente con su estado emocional o cognitivo (Morales H & Morales H, 2013).

[26] Tomar la parte por el todo, se refiere así a un frecuente error epistemológico, que desgraciadamente está profundamente imbuido en nuestra cultura observacional e inclusive científica.

2.2.3. ENFOQUE YTÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

Existen diferentes enfoques terapéuticos que se han desarrollado en momentos y contextos históricos distintos, sin embargo una visión general para la psicoterapia, es aquella con la cual la denominó Franz Alexander (1956) "una experiencia emocional correctiva" (Watzlawick & Ceberio, 2008).

2.2.3.1 Psicoanálisis

El enfoque psicoanalítico se desarrolla desde finales del siglo XIX (Vallejo, 2005), penetró grandemente en la medicina que denominamos occidental y sigue siendo un importante apoyo con sus principios explicativos para la homeopatía; se basa en la existencia del inconsciente y de diferentes maneras técnicas busca "hacer consciente lo inconsciente"[27]; en su método la asociación libre conjugada con la libre atención flotante son los pilares, de otra parte la estrategia de "talking cure"[28] y el uso del Yo[29] del terapeuta son las estrategias que a través de la **transferencia**[30] y la contratransferencia llegan a brindarle al paciente el proceso terapéutico. Entre sus principales exponentes para las aplicaciones terapéuticas se encuentran Sigmund Freud, Carl Jung, Melani Klein y Donald Winnicott, por nombrar a algunos de ellos.

Entre las herramientas terapéuticas utilizadas durante al proceso analítico están la sugestión, persuasión, abreacción o catarsis, manipulación, clarificación, interpretación y elaboración (Brainsky, 1984); de todas estas, la consulta médica en general y en particular en la consulta de homeopatía, es frecuente el uso de la abreacción que permite la liberación de afectos o energías que se encontraban reprimidos o latentes y da una sensación de bienestar, así sea temporal en su situación al paciente.

Este modelo permite comprender los móviles inconscientes de los síntomas o las conductas de las personas, usa como principios explicativos el inconsciente, la represión que lucha por evitar que este se manifieste y los mecanismos de defensa como la forma que encuentra el Yo para manifestar sus deseos insatisfechos; de esta manera la relación terapéutica en transferencia busca que a través del vínculo se expresen esos contenidos inconscientes y así se "haga consciente lo inconsciente", llevando a la persona al camino de la cura.

Algunos enfoques de la homeopatía como la liderada en Argentina por el Tomás Pablo Paschero[31], se apropiaron especialmente de estos fundamentos y le dieron un desarrollo

[27] Esta premisa es el fundamento de todo el dispositivo terapéutico psicoanalítico

[28] La cura a través de llevar a la palabra los contenidos inconscientes que trastornan a la persona, esta denominación se la dio una de sus primeras pacientes al propio Sigmund Freud; para el planteamiento psicoanalítico el síntoma es el sustituto de satisfacción de un deseo o de una pulsión inconsciente y el "talking cure" permitiría al hacer consciente lo inconsciente encontrar el camino de la cura.

[29] Se considera que el terapeuta tiene un Yo fuerte, el cual ha trabajado durante su propio proceso analítico y el paciente un Yo débil que se fortalecerá en el proceso terapéutico.

[30] Esta transferencia es parte fundamental de la relación médico paciente y del proceso mismo, se fomenta la transferencia (es decir la representación simbólica que hace de su pasado precoz el paciente sobre el "objeto" pulsional que es el terapeuta de manera inconsciente) y a través de esta relación se van sanado los problemas de su propia historia; se redefine el pasado desde esa relación presente y se determina un futuro diferente.

[31] Paschero al igual que el autor del presente trabajo era Psiquiatra y Homeópata.

especial en lo epistemológico, lo teórico y lo práctico (Pashcero, 1983). Utiliza este enfoque de la homeopatía muchos de los elementos psicoanalíticos en su estructura logística al abordar al paciente y en el análisis que realizan del mismo; particularmente este enfoque trabaja sobre la transferencia, el crecimiento del médico como terapeuta y la interaccción de su YO (adulto) en relación con el yo (infantil) del consultante o enfermo como se puede concluir de la siguiente frase:

> "En la medida en que el médico hay crecido como persona espiritual, haya concientizado en sí mismo los valores reales de la existencia, haya madurado sus sentimientos de comunidad y caridad, serán sus posibilidades de conocer al enfermo íntimamente en su oculta inaprensible subjetividad, donde residen los factores dinámicos esenciales del *pathos* humano". (ibid, pág 142)

De otro lado, Paschero resume de una manera sencilla, en el siguiente párrafo lo que sería el proceso de enfermar y curar, basado en esta integración psicoterapia-homeopatía a través de la relación terapéutica transferencial, desde la visión psicoanalítica:

> …"la persona enferma se desconecta del mundo, tiende a desvincularse de la realidad y se refugia en el mundo infantil de dependencia. Pero si es capaz de establecer una sana relación es capaz de conectarse eficientemente con sus semejantes, restaurará el equilibrio de su relación emocional con el mundo, pone en marcha el impulso vital que propende a su curación y maduración psicológica, rompe las ligaduras que lo unen a un pasado de sujeción y se capacita para proyectarse al futuro". (Pashcero, 1983, pág. 210)

2.2.3.2. Cognitivo conductual

Los principios cognitivo conductuales se desarrollan en el siglo XX, especialmente en Estados Unidos; aunque esta postura se fundamenta en el asociacionismo fisiológico de I.P. Pavlov, su principal exponente inicial fue J.B. Watson quien plantea el condicionamiento clásico, tiempo después aparece B.F. Skinner, quien estructura el condicionamiento operante y posteriormente Aaron Beck , quien lo complementa con el componente cognitivo (Vallejo, 2005).

Albert Ellis hace un desarrollo posterior de gran aceptación que llamó la terapia racional emotiva[32] o terapia racional emotivo-conductual (TREC), el foco de esta terapia se centra en lo "qué le está pasando al cliente en el presente, y particularmente en que se dicen a ellos mismos que está pasando"… pueden ser que los "sentimientos o emociones… se acompañen de ideas, cogniciones, evaluaciones, creeencias, autoinstrucciones o bien imágenes que ellos firme y y verdaderamente mantienen" (Ellis, 2006, pág. 32). Al igual que con la frase de Epícteto[33] considera que " las personas reaccionan principalmente ante sus propias expectativas o filosofías y no únicamente a las cosas que les ocurren".

[32] El componente cognitivo en este enfoque trabaja ampliamente con la extinción de las **creencias negativas** (por ejemplo "soy débil", "soy tonto") que se viven como absolutas y limitan ampliamente la vida del sujeto,

[33] Epícteto es un filósofo griego nacido en el año 55, quien acuño la frase "lo que realmente no afecta no es lo que nos pasa si no lo que pensamos de lo que nos pasa"

En su logística terapéutica la TREC trabaja frontalmente sobre las creencias negativas que tiene la persona y busca tres objetivos generales grandes: la autoaceptación incondicional, la aceptación incondicional del otro y la aceptación incondicional de la vida.

Es un tipo de terapia que hace mediciones concretas, tiene fundamentos positivistas con métodos empíricos y está muy recomendada por las asociaciones norteamericanas de psiquiatría y psicología; en sus herramientas concretas no es muy conocida dentro del gremio médico y no se usa prácticamente en la homeopatía, aunque si va a influir grandemente sobre la EMDR, especialmente en el tema del trabajo sobre las creencias negativas, como se podrá ver más adelante. Este esquema no considera la relación médico paciente tan importante y centra su efecto principalmente sobre las técnicas.

2.2.3.3 Planteamiento sistémico constructivista y la terapia familiar

De otro lado, la terapia familiar sistémica tiene fundamentos constructivistas (se desarrolló simultáneamente en la mitad del siglo pasado en Europa y Estados Unidos), considera el síntoma como un mensaje que comunica de manera ambigua el malestar de un sistema, como por ejemplo el sistema familiar; busca la definición de problemas desde la propia perspectiva de los pacientes o de la familia[34], da gran importancia a las **"narrativas y los significados"** que particularmente ha construido una familia (Walsh, 1998), centra en la comunicación y en el análisis del lenguaje gran parte de su estrategia terapéutica. Trabaja especialmente la relación terapeuta paciente, comprendiendo que los contenidos y narrativas **emergen en una cibernética de segundo orden**[35], busca soluciones contextuales, ecológicas y sostenibles, emanadas del propio paciente y su familia. En la Homeopatía no es muy conocida en la parte teórica, aunque sus bases son compartidas con muchas de las medicinas alternativas, especialmente en aquello que se acerca al pensamiento complejo (Capra, 2007), de otro lado gran parte de sus fundamentos son usados en la práctica de la entrevista y de las técnicas de comunicación con pacientes y familias.

También se encuentran similitudes con la homeopatía en el sentido de construir realidades diferentes con los pacientes como se evidencia en la siguiente frase "la psicoterapia se convierte en el arte de reemplazar una construcción de realidad, que ya no encaja, con otra que de hecho si encaja de manera correcta" (Watzlawick & Ceberio, 2008), o en otras palabras pasar de una narrativa[36] esclavizante a una narrativa liberadora.

Este tipo de abordaje, en particular en su aplicación narrativa, trabaja especialmente con el significado que las personas le otorgan a aquello que les "pasa en la vida" o en sus síntomas y situaciones, busca que las personas lleguen a "elaborar nuevas categorías de significado, y a

[34] La familia no es lo único que puede ser mirado como un sistema, de hecho la definición original de sistemas la hace el biólogo von Bertalanfy y la aplicación se puede aplicar en diferentes niveles como el individuo, la familia, la comunidad o la sociedad, depende el tipo de problema o situación que pretende abordarse (Klefbeck & Dabas, 2000,Marzo).

[35] La cibernética de segundo orden se refiere a que el observador hace parte del fenómeno o de manera simple "lo que dice pedro de juan dice más de pedro que de juan".

[36] La narrativa corresponde a la explicitación del mapa perceptual o la información contextual del observador, es una construcción de significado asociado entre el modelo del observador y la realidad.

transformar las propias premisas acerca de la naturaleza del significado" (Gergen, y otros, 1996, pág. 216) .

Al igual que los dos esquemas siguientes sus fundamentos se desarrollaron en gran parte en el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto y se pueden apreciar muchos principios compartidos por las tres posiciones.

2.2.3.4 Programación Neuroligüística (PNL)

La PNL o programación neurolingüística es hija de la anterior, se desarrolló en Estados Unidos desde los años 1980 (Palo Alto California, por Grinder y Bandler) y su énfasis se hace sobre la comunicación interna y externa ; tiene aplicaciones prácticas que son de fácil incorporación a la estrategia de las entrevistas clínicas y de las prescripciones terapéuticas. Como tal no es muy nombrada en los textos de homeopatía, pero existe conocimiento de sus beneficios en gran parte de los homeópatas.

Podría denominarse como una tecnología o unas técnicas de comunicación avanzada; sus fundamentos fueron desarrollados básicamente a partir de la observación de los autores Grinder y Bandler de las estrategias comunicativas de tres grandes terapeutas independientes diferentes (Virginia Satir, Milton Erickson y Fritz Perls).

Como temas grandes de ella están: las anclas (asociaciones perceptuales fisiológicas positivas o negativas que se presentan ante un estímulo y que quedan grabadas en el inconsciente), los canales de representación (las personas perciben el mundo de manera diferente visual, auditivo o quinestésico y son distintos sus mapas perceptuales), los movimientos oculares se asocian al contenido del proceso mental (conocido como claves de acceso ocular)[37], la comunicación es 95% analógica y 5 % digital y el lenguaje estructura la neurología de la conciencia y permite establecer rapport entre las personas (Grinder & Bandler, 2001).

La inducción del **rapport[38] o empatía** es uno de los elementos claves trabajado por el presente autor en las sesiones de toma del caso y trabajo terapéutico; esto consiste en comunicarse con el consultante en el mismo nivel del lenguaje verbal y no verbal, para ello se utilizan un chequeo corporal permanente de las formas de comunicación del paciente como son su contenido verbal, su prosodia, sus movimientos de cara, brazos, tronco, piernas, sus expresiones visuales y especialmente su respiración, y así, de manera respetuosa se responde con movimientos similares en conjunto, lo cual permite un mayor grado de comunicación y efectividad en el proceso. Es un dialogo fluido con todo el cuerpo y en mis palabras "el lenguaje que debe hablar el terapeuta es el lenguaje del otro".

La Programación Neuroligüística permite hacer una lectura semiológica de la comunicación que es útil para el médico o terapeuta y facilita la exploración a la información del

[37] En capítulo de los resultados del presente trabajo, en el análisis paradigmático se utilizaron las categorías de contenido mental reconocido por los movimientos oculares como se explica en la gráfica 1 en esa sección.

[38] Rapport es una palabra que proviene del idioma Francés (rapporter: llevar algo a cambio), es decir que lo que una persona envía la otra lo devuelve, dentro de este contexto significa sintonía o sincronía

paciente, especialmente la de orden inconsciente, así como la evaluación de la coherencia de la misma.

2.2.3.5. EMDR

La desensibilización y reprocesamiento por medio de los movimientos oculares (EMDR)[39], es una terapéutica desarrollada desde 1987 por Francine Shapiro (psiquiatra norteamericana), realiza una integración sincléctica[40] de los mejores elementos de los enfoques antes descritos y logra posicionarse en el ámbito terapéutico y de la psiquiatría hasta el punto de tener 24 ensayos clínicos controlados que demuestra su efectividad y ser recomendada por las asociaciones de psiquiatría y psicología norteamericanas como indicación en el trastorno de estrés postraumático y trastornos de ansiedad (Shapiro, 2004).

Los fundamentos del EMDR, tienen gran similitud con algunos de los fundamentos de la homeopatía en temas como la individualidad de cada paciente, la tendencia natural del sistema para sanarse[41], el buscar la raíz biopatográfica[42] del problema actual y lo digno de sanar a partir del hallazgo de ese evento (que para el EMDR es un evento traumático).

En su técnica el EMDR tiene 8 pasos, de los cuales se expondrán los tres primeros pasos y se hará un resumen de los demás:

1. Hacer una historia clínica muy completa enfatizando las posibles situaciones que hayan producido trauma o un recuerdo asociado a las neuroredes[43] de memoria de manera no adaptativa.

2. Preparar la persona para poder pasar a las siguientes etapas con las estrategias de la posición física y respiración, la construcción del lugar seguro, la selección de movimientos apropiados y el uso de metáforas específicas.

Selección de la queja o posible punto de partida (blanco manifiesto) para llegar a través dela técnica puente afectivo a los contenidos traumáticos antiguos (nodos o más inconscientes).

3. Selección del nodo de trabajo en sus componentes ingreso perceptual, creencia negativa, creencia positiva, respaldo afectivo de dichas creencias y se aplican los movimientos de estimulación y reprocesamiento, que corresponden a movimientos de estimulación cerebral bilateral.

El resto de los pasos, así como los formatos que permiten comprender fácilmente la técnica se presentarán en el anexo 2, se han hecho algunas adaptaciones didácticas del texto

[39] Sigla en Inglés de eye movement desensitization and reprocicing.

[40] Sincléctico se refiere a la integración sistemática de diferentes fundamentos, con diversos orígenes en un cuerpo teórico que les da coherencia, diferente a ecléctico, en el cual no la tienen.

[41] Esta tendencia natural descrita por Hipócrates es conocida en homeopatía como “vis medicatrix nature”, en EMDR se le conoce como” SPIA” (sistema adaptativo para el procesamiento de la información.

[42] Esto es conocido en homeopatía como “trastorno por…” y en EMDR se le conoce como blanco y nodo a reprocesar y desensibilizar, más antiguo y probablemente más inconsciente.

[43] Se refiere a neurored de memoria como las estructuras neuronales fundamentales en el aprendizaje y que de manera adaptativa integran las zonas de diencéfalo y telencéfalo de manera amplia, de manera no adaptativa se quedan atrapadas en los circuitos del sistema límbico, especialmente en las amígdalas cerebrales.

de acuerdo al manual de entrenamiento básico de EMDR y al libro original de la autora (Shapiro, 2004).

En esta parte se realizará una breve explicación del sustrato anatómico de este tipo de terapia. Desde el punto de vista neurológico la ansiedad y el temor o miedo (uno de los principales factores de perturbación y trastorno), tienen como referentes anatómicos cerebrales al nucleus ceruleus y al sistema límbico, particularmente en su relación con las **amígdalas cerebrales;** éstas últimas se hallan hiperfuncionantes en las personas con trastorno severos, en especial aquellos quienes tienen experiencias traumáticas (por ejemplo las personas con trastorno de estrés postraumático),y se establece de esta manera una permanente conexión autonómica con el sistema nervioso simpático en relación con la hormona ACTH y la activación de la médula suprarrenal con la adrenalina.

La EMDR, permite realizar conexión de esta neurored hiperfuncionante con otras áreas telencefálicas como corteza frontal anterior y otras áreas del lenguaje y pensamiento, que en conjunto permiten reprocesar la información de manera adaptativa, cambiando así la narrativa o pensamiento negativo y limitante, por otro adaptativo o liberador.

Un buen encuadre, detección del nodo y los movimientos de estimulación cerebral bilateral pueden lograr en la mayoría de los casos este cambio para la adaptación del sujeto con desensibilización y reprocesamiento de la información.

La música por sus características de estimulación de los dos hemisferios cerebrales y de manera especial si se acompaña además de movimientos, realiza una estimulación cerebral bilateral, además del uso de los contenidos simbólicos que mueven elementos emocionales o cognitivos. Por ello, en el presente esquema de trabajo, se usa la musicoterapia como una herramienta más, integrada a las sesiones, especialmente en la primea etapa o de caldeamiento[44] y como tareas de trabajo en casa.

Este modelo terapéutico no es muy conocido por los homeópatas, aunque es de gran utilidad en abordaje psicoterapéutico; debido a mi propia experiencia y formación, fue en gran parte el utilizado en el presente trabajo.

2.2.4. SEMIOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN

La semiología estudia los signos con su interpretación y su sentido, lo hace desde diferentes focos, según el interés de la disciplina que esté utilizando la herramienta, así pueden ser diferentes desde la semiología psiquiátrica a la semiología mental homeopática.

Particularmente en el presente trabajo se abordó la **semiología de la comunicación** y para ello se utilizaron las bases de la PNL, el planteamiento sistémico constructivista, el psicoanálisis y la EMDR.

[44] Caldeamiento significa un tipo de actividad o trabajo que permita una preparación para la continuación de la siguiente etapa de una sesión terapéutica, por lo regular estas actividades se realizan al iniciar la consulta.

En este esquema se analizan los “gestos, actitudes y comportamientos observado en la consulta” en el sentido que lo plantea Paschero (Homeopatía, 1983, pág. 423), y las repuestas de mutua interacción entre el paciente (“observado”) y el terapeuta (“observador”), estos serán los elementos con que se presentarán los resultados, y con los cuales se harán los análisis narrativos y paradigmáticos.

De otra parte complementando el acto de la entrevista terapéutica y del acto del examen médico deseo comentar lo que el autor japonés Wataru Ohashi, quien trabaja con el lenguaje del cuerpo y la medicina oriental, presenta como “los cuatro tipos de diagnosis” (Wataru & Monte, 1991), pero que en realidad corresponden a una actitud dispuesta a recibir lo que viene del paciente:

Bo Shin: Sentir con todo nuestro ser, es vaciarse, liberar el ego, aceptar la vibración del otro con humildad y gratitud. Tomar consciencia de lo que siente por la persona, es muy cercano al concepto de tranferencia/contratransferencia de manera occidental.

Setsu shin: Palpar su ser interior, los dedos y las palmas son los ojos, es menester ser prudente de que la persona que diagnostica no sea el diagnosticado (en el mismo sentido de la regla psicológica de Paschero “lo que dice Juan de Pedro dice más de Juan que de Pedro”).

Mon Shin: Generar la confianza, estar atento al lenguaje verbal y corporal, en el sentido occidental correspondería a los fenómenos transferenciales y de rapport.

Bun Shin: Es conectarse con todos los sentidos, con todo el cuerpo.

2.2.5. SEMIOLOGÍA MENTAL HOMEOPÁTICA

Los síntomas mentales tienen un objetivo y una clasificación diferentes en la semiología psiquiátrica (Sanchez & López, 1992) y en la semiología homeopática, en la primera se busca establecer una medida que agrupada como síndrome permita hacer una clasificación gnosológica y en la segunda se busca caracterizar y modalizar esa conducta, pensamiento o sentimiento y darle un contexto dentro de la individualidad de cada persona.

De otro lado obedecen a momentos diferentes en la construcción de sus referentes clasificatorios, la semiología psiquiátrica se construye entre 1820 y 1850 en Francia (Vallejo, 2005) y sigue prácticamente igual hasta nuestros días, la semiología mental homeopática inició con Hahnemann, se estructuró con Kent, continuó con Demarque entre otros (Demarque, 1978) y sigue construyéndose hasta nuestros días; se pueden establecer relaciones y complementaciones entre estos dos esquemas y ha sido uno de los trabajos didácticos que se han realizado en la Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía (FICH).

Los síntomas que fundamentalmente interesan en el abordaje homeopático son aquellos que pueden orientar hacia la selección de un medicamento con características de “similimum”, sin embargo el proceso de exploración permite al paciente contactarse con aquellos contenidos y significados emocionales, cognitivos, perceptuales o de otro tipo que le permiten su expresión y liberación, así como reevaluar el significado de los mismos.

2.2.6. FUNDAMENTOS ONTOLÓGICOS, EPISTEMOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

Se puede definir como ontología al concepto que tiene un observador sobre los objetos y la realidad; esta realidad puede ser considerada de varias maneras, una posibilidad es considerarla como fáctica, material y mecánica desde una posición positivista y que se basa en el observador externo (Andrade, 2003).

De otra parte la realidad puede considerarse como relativa, construida y cambiante según el observador y de esta manera reconocer que pueden emerger cualidades dentro del sistema observado internamente (ibid), de manera inusitada.

Las dos posiciones expuestas en los párrafos anteriores son diferentes y tienen puntos inconmensurables (es decir que difícilmente podrían integrarse), la primera en cuanto a la posibilidad de medir la realidad, la predictibilidad de los fenómenos y la creencia de poder tener el conocimiento total[45], en oposición a la segunda posición que plantea que existe un componente cualitativo imposible de llevar a una medición totalmente "objetiva", en cuanto la aceptación de la incertidumbre respecto a los fenómenos y a la emergencia de cualidades que no se pueden comprender [46] o predecir previamente, sino solo en el funcionamiento interno del sistema y por el observador participante (u observador interno).

Los planteamientos constructivistas-construccionistas por sus propios principios maestros, consideran la realidad como un proceso que se construye en la interacción de las personas, las familias o las comunidades; dan valor especialmente al sentido y significado que contiene las narrativas en cada contexto y busca comprender los fenómenos desde el observador interno y la autoreferencia generativa (Garzón, 2008), es decir el observador mirándose a sí mismo y haciendo una lectura de él mismo como objeto observador. En este sentido no hay una realidad total sino observaciones (Maturana, 1997), narraciones y acuerdos entre diferentes observadores con dinámicas y principios compartidos.

2.2.6.1 POSICIONAMIENTO ONTOLÓGICO

El presente trabajo se ubica en una posición ontológica en la que se considera a la realidad como relativa y particular, una realidad local constituida dentro del lenguaje por la relación paciente terapeuta (Denzin & Lincoln, 1994), quién para el caso es el investigador.

2.2.6.2 POSICIONAMIENTO EPISTEMOLOLÓGICO

Para este posicionamiento epistemológico, la realidad es una construcción dialógica en una red simbólica de sentidos y significados mediada por el lenguaje, desde esta misma perspectiva el conocer es un proceso en que interactúan el **observador interno** y el objeto observado, quienes se influyen mutuamente, sean o no los dos conscientes de ello, a este proceso se lo conoce como **cibernética de segundo orden** y a nivel práctico se presenta reflexión en cada

[45] Desde la epistemología a esta posición se la conoce como la metáfora del "demonio de Laplace", es decir una inteligencia que es capaz de conocerlo todo y predecirlo completamente (Andrade, 2002).

[46] En oposición al anterior esta posición epistemológica considera que emergen cualidades vitales en el sistema, lo cual no era predecible previamente, es más pueden parecer un capricho de la naturaleza o del demonio, a lo cual se denomina la metáfora del "demonio de Maxwell" y que caracteriza particularmente al planteamiento vitalista (ibid).

uno de los sujetos, en la autoorganización y en la reflexión engendrada, lo cual modifica los significados y las acciones de las dos partes, lo cual en investigación se denomina autorreferencia generativa (Garzón, 2008).

De acuerdo con esta epistemología este trabajo se planteó desde la perspectiva de investigación social de segundo orden (Mejía, 2011). Se busca desde la hetero-observación[47] y la autoobservación[48] comprender el mundo subjetivo del paciente y del terapeuta/homeópata con los sentidos, signos y significados propios de ellos; conocer sus sentimientos, creencias, propósitos, su estructura y sus ritos personales. Para lo cual es fundamental observar el lenguaje que está presente en sus narrativas verbales y corporales.

2.2.6.3. POSTURA CONCEPTUAL

La entrevista y tratamiento homeopático utilizados para el presente trabajo, son una integración de los elementos psicoterapéuticos de EMDR, PNL, Terapia Familiar Sistémica y fundamentos psicoanalíticos que caracterizan el modelo seguido por el presente autor.

Como autoreferencia debo decir que este autor observa desde su posición en la cual es un médico psiquiatra, con entrenamiento psicoanalítico, psicoterapeuta formado en las técnicas descritas y homeópata en proceso de validación, por lo cual necesariamente las narrativas emergentes tendrán relación con mis paradigmas dominantes internos.

[47] La hetero-observación se refiere a poder captar los esquemas de distinción o mapas desde los cuales las personas se encuentran en su mundo fenoménico y de experiencias cotidianas (Mejía, 2011).

[48] La autoobservación se refiere a la capacidad de controlar y dar sentido a mis observaciones, teniendo en cuenta mis propias acciones, respuestas y observaciones, es necesariamente un método interpretativo y de conocimientos que se construyen en el trabajo con la comunidad (Mejía, 2011).

III. MARCO DE ANÁLISIS Y DISEÑO

3.1. DISEÑO

De acuerdo a los principios expuestos y a la calidad del fenómeno se aplicó el diseño de estudio de caso cualitativo (Guerreiro Vieira & Trentini, 2008), en el cual la entrevista o sesión con el paciente es el caso.

Como recurso epistemológico se empleó el constructivismo- construccionismo y la investigación social de segundo orden.

Como lo expone Stake (2005), en el estudio intensivo de caso cualitativo, es fundamental la observación repetida y la reflexión (interpretación o "autoreferencia generativa"[49]), el conocimiento experiencial (la narrativa del experimentador) y la triangulación, los cuales permiten desde múltiples percepciones o focos clarificar el significado de la experiencia (para el presente trabajo la observación de la técnica de intervención con el paciente), verificando la repetición de una observación o interpretación. De esta forma, se logra la identificación de realidades diferentes a través de la diversidad en la percepción.

El diseño del estudio de caso cualitativo desde la investigación social de segundo orden facilita la **aparición de emergentes**, es flexible, abierto, permite tomar decisiones durante el mismo proceso; usa entrevistas, grupos de discusión, observación participante y análisis de contenidos; busca de otro lado, la comprensión por la interpretación de la estructura de las motivaciones (sean para el caso las de los paciente o las mías como observador interno); esta estrategia es empática, está basada en la subjetividad de los participantes y es cíclica, ya que las "explicaciones" (formas de comprender) van de la parte al todo y del todo a la parte (Mejía, 2011). Para el caso del presente trabajo se utilizó la entrevista, la observación participante con autoreferencia generativa, el análisis de contenido y las estrategias de triangulación.

3.1.1. POBLACION Y MUESTRA

Se realizó revisión a profundidad de la entrevista, de la intervención psicoterapéutica y de la observación semiológica del proceso comunicativo de tres pacientes diferentes, los cuales fueron seleccionados por conveniencia, de la siguiente manera, uno con proceso ya finalizado, otro con proceso actual en periodo cercano al cierre terapéutico y otro iniciando su proceso.

Los participantes se seleccionaron de acuerdo al criterio de haber asistido a más de 6 sesiones las dos personas antiguas y el paciente nuevo se seleccionó de acuerdo a que estaba dispuesto a seguir un proceso terapéutico.

[49] Introduzco el término de "autoreferencia generativa" que utiliza Mejía (2011), que corresponde al mismo concepto genérico utilizado por Stake como "interpretación", para enfatizar que el presente trabajo es una investigación de segundo orden.

Los procesos correspondieron a dos pacientes del género femenino cada una de 32 años y un paciente del género masculino de 19 años.

Nombre	Género	Edad	Nivel educativo	Tratamiento
RDG	Masculino	19	Bachiller	Actual
JAC	Femenino	32	Profesional en especialización	Finalizó Mayo de 2014
AYB	Femenino	32	Profesional especializado	Finalizó Abril de 2015

Tabla 1: Muestra de participantes en el trabajo

3.1.2. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se llevó a cabo revisión de historias clínicas homeopáticas biopatográficas y documentos fílmicos para análisis de los materiales de los pacientes que así lo permitieron, según su consentimiento informado, el material seleccionado se llevó a "narrativas" por parte del mismo investigador (observador-participante) para recopilarlo como material de análisis (Chaparro, Eggert, & Alcira, 2013) y al final del período de la investigación (abril de 2015) se realizó triangulación de esa información con una entrevista a profundidad a cada uno de los participantes con el siguiente esquema:

1. ¿Cuál fue el impacto en su vida de este tratamiento?

2. ¿Usted cómo identifica que le sirvió de las técnicas empleadas?

3. ¿Qué de esto le queda como rutina de su vida?

4 ¿A qué personas recomendaría este tratamiento?

Estas preguntas pretenden conocer múltiples aspectos tanto del efecto de este proceso de la vida del paciente como poder establecer los aspectos más relevantes del mismo, por ello en un tipo de entrevista semiestructurada, en la cual las preguntas pueden tener algunas variaciones de acuerdo a la cultura del paciente y pueden ser ampliadas o explicadas según en la retroalimentación se observe si fueron comprendidas con claridad; la información que buscan establecer es la siguiente: el efecto de este tratamiento en la vida de la persona, de las técnicas empleadas cual fue la más provechosa para el consultante, Cual de estas técnicas incorporaría a su estilo o rutina de vida, cuales son las características de él como persona y de otros seres humanos que se beneficiarían de este proceso.

3.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó análisis narrativo y paradigmático de las narrativas de los pacientes, análisis narrativo de las narrativas del investigador (autoreferencia generativa), y de las técnicas de intervención documentadas por historia clínica o fílmicamente.

Estos son dos tipos de análisis del contenido del lenguaje con dos formas diferentes de presentarlo, el uno trata de ser más objetivo basándose en categorías evidenciables y el otro reconoce e incluye la subjetividad del investigador y hace su lectura a partir de esta.

3.2.1. ANÁLISIS PARADIGMÁTICO

El modo paradigmático de conocer, pensar y analizar, se basa en proposiciones, categorías y reglas de orden "científico", con las cuales realiza una matriz de análisis y presentación de la información, en la cual desaparece la voz del investigador. Es un análisis más racionalista y busca en un momento ser generalizable y objetivo; lleva el material verbal a unidades de análisis cuantitativo (Bolivar, 2002).

3.2.2. ANALISIS NARRATIVO

En este tipo de análisis a partir de las narrativas de las personas o los grupos, se crea una nueva narrativa, en la cual, está involucrada la subjetividad del investigador. Es más hermenéutico e interpretativo, busca el significado de las narrativas, acercándose así mucho más a los objetivos de la investigación de segundo orden (Bolivar, 2002).

Para decirlo de manera sencilla "es el cuento del paciente relatado por el investigador", teniendo en cuenta la propia subjetividad (psicología/ sesgo) de cada uno de ellos, observador y observado incluyen su subjetividad y se presentan como dos narrativas. Necesariamente se involucra "esa conciencia subjetiva" o en palabras de Paschero "de acuerdo con la regla psicológica que lo que dice Juan de Pedro, dice más de Juan que de Pedro" (Pashcero, 1983, pág. 422)

En este tipo de análisis se hace presente el investigador, con sus características de género, nacionalidad, raza y cultura. Finalmente, "soy yo quien hago una segunda narración de lo que las personas han narrado en contacto conmigo"; necesariamente la subjetividad y la influencia de quién soy Yo (mis propias narrativas) y cuál es mi historia influirán sobre este proceso. Yo soy el instrumento principal de esta parte de la investigación, y en este análisis se hace manifiesto.

Un ejemplo verbal de ello es cuando presentamos el caso de un paciente a uno de nuestros colegas, presentado en "nuestras propias palabras" y lo que entendimos del mismo.

El siguiente cuadro aportado por Antonio Bolivar permite hacer una comparación entre los tipos de resultados que se obtienen en cada uno de estos análisis, permitiendo que sean contrastados unos con otros y hacer, posteriormente, una triangulación de los mismos.

	Análisis paradigmático	Análisis narrativo
Modo de análisis	Tipologías, categorías, normalmente establecidas de modo inductivo.	Conjuntar datos y voces en una historia o trama, configurando un nuevo relato narrativo.
Interés	Temas comunes, agrupaciones conceptuales, que facilitan la comparación entre casos. Generalización.	Elementos distintivos y específicos. Revelar el carácter único y propio de cada caso. Singularidad.
Criterios	Comunidad científica establecida: tratamiento formal y categorial.	Autenticidad, coherencia comprensible, carácter único.
Resultados	Informe "objetivo": análisis comparativo. Las voces como ilustración.	Generar una nueva narrativa conjuntada -a partir de las distintas voces-por el investigador.
Ejemplos	Análisis de contenido convencional, "Teoría fundamentada".	Informes antropológicos, buenos reportajes periodísticos o televisivos.

Tabla 2: Contraste entre dos tipos de análisis de datos narrativos (Bolivar, 2002)

Se llevó a cabo identificación, descripción y categorización de la observación semiológica, de la comunicación, de las intervenciones psicoterapéuticas y de los emergentes, así como de las interacciones verbales y no verbales (digitales y analógicas).

3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOHOMEOPÁTICO

De acuerdo a los resultados, análisis y discusión se estructuró un modelo de integración de la psicoterapia a la historia biopatográfica para el manejo de pacientes adultos con homeopatía.

IV.ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvieron en cuenta las recomendaciones del decreto 8430.

Existe el compromiso de total anonimato de los participantes y se considera que el riesgo para los pacientes en este trabajo es mínimo.

De acuerdo a los principios de los comités de ética de la investigación (Arango-Bayer, 2008.vol 10 N°1), este trabajo buscó el respeto de la autonomía, el principio de no Maleficiencia, el principio de Beneficencia y de Justicia igualmente, estableció una relación de horizontalidad, permitiendo que la dignidad humana y la unicidad de la cultura del colectivo estuvieran por encima de cualquier circunstancia (Alcaraz & Correa, 2006).

Los intereses del presente proyecto son enteramente académicos y sus resultados son para uso exclusivo como material de investigación y educativo, no existen conflictos de interés con instituciones o empresas de orden económico o de otro tipo.

Se presentó consentimiento informado para la consideración del comité de ética de la FUNHOM el día 27 de febrero de 2015 y fue aprobado con las respectivas correcciones como se presenta en el anexo 1, este consentimiento fue firmado por cada uno de los tres participantes, se realizó el debido proceso de educación sobre el mismo para cada uno de ellos.

V.RESULTADOS

Los siguientes resultados se presentan en tres partes:

1. La **primera parte** se refiere al contenido de las **sesiones**, de la intervención psicoterapéutica y de la observación semiológica del proceso con cada uno de los pacientes; realizando observación repetida y autoreferencia generativa por parte del investigador. **Presento esta información en primera persona**, por ser específicamente una narrativa con reflexión (interpretación o "autoreferencia generativa"[50]) y hago uso de mis elementos como observador participante en primera y segunda persona. Su estructura corresponde a un análisis narrativo de la narrativa, en términos coloquiales es "el cuento del observado, narrado por el observador".

2. En la **segunda parte** se presentan dos tipos de análisis, el análisis narrativo y paradigmático de las **entrevistas a profundidad** realizadas a los tres consultantes al final del período investigativo (abril de 2015). La narrativa corresponde a lo que expresó el paciente en sus propias palabas, el análisis narrativo a la interpretación que *yo hago* de estos contenidos y el análisis paradigmático corresponde a la lectura según los elementos semiológicos de la comunicación como gestos o movimientos que permiten afirmar cual fue el proceso que se dio en el paciente al formular el contenido ya descrito, con lo cual ya se efectúa un primer nivel de triangulación.

Para dar claridad en el texto se organizó como una **tabla** en la que puede leerse la evolución cronológica de la entrevista.

Narrativa del paciente	**Análisis Narrativo**	**Análisis Paradigmático**	**Comentarios**
Se transcriben textualmente las palabras dichas por la persona.	Se transcribe mi narrativa como observador del paciente. En algunas ocasiones uso directamente las palabras del paciente si yo considera que hubiese transcritos las mismas para narrárselo a otro.	Utilizo categorías que me permitan hacer una clasificación. Para el caso analizo el lenguaje no verbal o semiología de la comunicación desde la PNL	Hago una lectura u observación del proceso revisando las tres columnas anteriores (lo cual se puede llamar metaobservación)

Tabla 3: Presentación de la organización del análisis

[50] Al igual que en otra parte del escrito, introduzco aquí el término de "autoreferencia generativa" (Mejía, 2011) como sinónimo de "interpretación" , para enfatizar que el presente trabajo es una investigación de segundo orden.

3. En la **tercera parte** se realizará una **triangulación** entre el análisis de contenido de las **sesiones** y el análisis de las **entrevistas** a profundidad.

PRIMERA PARTE

5.1. Paciente RDG

Paciente de 19 años a quien se le inició tratamiento por otra terapeuta, viene referido personalmente por ésta misma.

Consulta por ansiedad, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que le han deteriorado su funcionamiento social y sus actividades diarias, lo anterior asociado aparentemente a un suceso traumático de origen sexual.

Adulto joven con síntomas ansiosos, obsesivos y compulsivos que le limitan en casi todas las áreas de su vida, hay una aparente asociación con una experiencia sexual vivida como traumática.

Primera sesión

Primera etapa de la sesión

"Inicio buscando ganar la confianza del paciente con comunicaciones amables y un lenguaje verbal y no verbal empático"

"Paso a preguntar sobre su vida y exploro las relaciones y acontecimientos visibles con cada miembro de su familia, pregunto cómo se siente mientras me da sus respuestas, dónde lo siente y cómo lo siente, busco conocer cómo vive, con quien vive y de manera estratégica entender cómo es su vida diaria; reviso las posiciones de su cuerpo y su lenguaje verbal y no verbal"

Busco hacer inducción de rapport, utilizo las técnicas de PNL para observar y dar respuestas verbales y no verbales empáticas.

Selecciono la información importante de su historia de vida como acontecimientos, relaciones, estados emocionales, satisfacción con la vida, cultura, narraciones o pensamientos sobre tópicos claves y lo que los demás dicen de él.

Segunda etapa de la sesión

"Me centro ahora en su motivo de consulta, su experiencia traumática relacionada con las emociones de inseguridad, culpa, vergüenza y miedo a salir, al parecer tiene un bloqueo verbal por lo cual le presento una lista de pensamientos negativos posibles y observo la respuesta ante los que más resuenan para él".

Busco establecer de manera estratégica cuál es el problema, cómo eso es un problema desde su narrativa e intento facilitar conexiones verbales relacionadas con ello.

> *"Selecciono como suceso traumático el que trae el paciente y hago la preparación para iniciar el manejo de desensibilización centrado en el mismo, ello incluye fortalecimiento del rapport, instrucciones específicas, selección de movimientos bilaterales, uso de metáforas y construcción del lugar seguro"*

Se hace observación del lenguaje verbal y no verbal, uso la interacción de estos 2 niveles del lenguaje y de su relación con la situación terapéutica en el aquí y en el ahora; se hace la preparación para dar continuidad al proceso.

> *"Hago selección del nodo a reprocesar y doy inicio al esquema con movimientos de estimulación cerebral bilateral, con lo cual aparecen emergentes que selecciono nuevamente como síntomas repertorizables para la homeopatía"*

Doy continuidad al proceso extraigo los síntomas que emergieron con la desensibilización de movimientos oculares.

Tercera etapa de la sesión

> *"Se deja el cierre incompleto y se hace la preparación emocional para la protección del paciente. Se hace selección del medicamento homeopático"*

Se termina la sesión, se hace el trato terapéutico de continuidad del proceso y se prescribe el medicamento homeopático.

5.1.2. Segunda sesión

Primera etapa de la sesión

> "*Utilizo un lenguaje amable, empático y una actividad con música y movimientos de estimulación cerebral bilateral"*

Busco inducción del rapport.

Segunda etapa de la sesión

> *"evalúo cómo están los síntomas y verifico en las respuestas verbales y no verbales cómo es la situación emocional del paciente y busco dar una respuesta empática"*

Reviso en el tono de voz, los movimientos de las manos y del tronco del paciente, su expresión facial; busco acercarme por su lado derecho, parafraseo el contenido de sus palabras, pido aclaraciones asiento o niego con mi cabeza y mis manos y trato de acompasar su respiración, todo esto desde las técnicas de PNL

"exploramos a partir del suceso traumática su neurored de asociaciones para establecer a partir del blanco la lista de los nodos estratégicos que necesitan ser desensibilizados"

Doy continuidad al proceso de exploración sintomática y de las estrategias a ser trabajadas.

"Selecciono el nodo y continuo el proceso de reprocesamiento"

Se da continuidad al proceso terapéutico.

Tercera etapa de la sesión

"se deja el cierre incompleto se hace preparación emocional para la protección del paciente y se lo lleva al lugar seguro"

Se hace el cierre de la sesión y se dan instrucciones para el manejo en casa.

5.1.3. Tercera sesión y demás sesiones

Se sigue un esquema similar a las otras sesiones; fue necesario un cambio de medicamento en la tercera sesión, y el paciente continúa actualmente asistiendo al proceso terapéutico después de 3 meses de ausencia, con seguimiento telefónico.

En las sesiones se evalúa la coherencia entre los niveles de lenguaje verbal y no verbal, la expresión de los síntomas, los niveles de perturbación y la respuesta a los ejercicios de estimulación cerebral bilateral o de PNL.

5.2. Paciente JAC

Paciente femenino de 32 años, quien consulta por que desea "encontrar mi seguridad, mi grandeza… búsqueda interior, que pasen cosas en mi vida". "Quiero casarme, tener novio, volar, poder, libertad y tranquilidad".

Dice que de niña, después de la separación de sus padres, su madrastra hizo un pacto corrupto con su padre, ella les pegaba, les maltrataba y les invalidaba frente a éste, sin que él realizara ninguna función protectora ante este hecho repetitivo; de otro lado su "mamá no hizo el esfuerzo suficiente por recuperarlos".

Se queja de un "dolor en el pecho y la sensación de impotencia y estar bajo una dominación".

Consultante adulto joven con síntomas que dificultan su crecimiento personal, el desarrollo áreas de su vida como la relación de pareja y la satisfacción consigo misma. Asocia su condición con las primarias relaciones familiares y eventos traumáticos repetitivos infligidos por un adulto en su infancia, con negligencia de sus padres.

Esta paciente finalizó su proceso el 17 de mayo de 2014

5.2.1. Primera sesión

Primera y segunda etapa de la entrevista

"Hago identificación de quién soy yo como profesional y los objetivos del trabajo a realizar".

Me identifico como persona, observo las reacciones no verbales de la persona ante lo que le comunico, le muestro mi rol y mis posibles limitaciones.

"Pregunto datos de identificación como persona a la paciente y cómo realizó el contacto para llegar hasta este espacio terapéutico"

Identifico parcialmente la motivación de venir a esta consulta, reconozco la información previa que tiene sobre este trabajo, algunos de sus recursos de su situación de clase, etnia y género, la manera en que se identifica a sí mismo en el plano social.

"Pregunto su genograma[51], su red de relaciones, calificando cómo se siente con cada una de ellas"

Utilizo como tema neutro y de utilidad en el proceso preguntas sobre su forma de vida, de esta forma conozco de manera más amplia su **contexto relacional**, así como los sentimientos y pensamientos en las narraciones que realiza de cada uno de los personajes importantes de su historia (padres, hijos, abuelos, hermanos, parejas) hasta la tercera generación.

Se muestran aspectos de su historia de vida y extraigo de esta parte de la entrevista posibles síntomas mentales o generales para ubicar en la parte correspondiente de la historia clínica, tengo muy en cuenta el lenguaje que utiliza y tomo nota de ello.

"Realizo refuerzos verbales y no verbales desde esta etapa y durante todo el transcurso de la entrevista, así como revisión de mis propias imágenes, sentimientos, sensaciones e impulsos a lo largo del proceso"

Hago inducción de **Rapport con técnicas de PNL**, rastreo del lenguaje verbal y no verbal y mecanismos de autoreferencia generativa para modular el proceso; así transformo mi manera de comunicar, de acuerdo a lo que "leo" en la retroalimentación de los mensajes con la persona.

De manera sutil empieza la segunda etapa de la entrevista

[51] El genograma o familiograma es un mapa que con unas convenciones sencillas grafica la familia nuclear y extensa, estableciendo los tipos de relaciones; es recomendable hacerlo incluyendo tres generaciones.

"Realizo la historia clínica homeopática completa con especial énfasis en lo biopatográfico, reinicio ahora por el motivo de consulta y luego la modalización de cada síntoma"

Establezco la respuesta a las preguntas ¿Cuál es el problema y como eso es un problema? desde la propia narrativa de la persona; utilizo la posición de "sabia ignorancia"[52], así la persona esclarece sus motivaciones, sentimientos, temores, ansiedades, pensamientos vínculos, deseos o la que corresponda a cada situación, así como los otros síntomas que también modalizo y relaciono con la historia de vida del consultante.

Conozco los valores o esquemas que usa como referencia y sus intereses relacionados con el problema.

Selecciono los posibles síntomas repertorizables y mentales y los ubico en la historia clínica.

"Con cada contenido que parece ser importante le pido al consultante que me responda: ¿que sientes mientras me cuentas eso?... ¡¿dónde los sientes?!... pon tu mano ahí….¿Cómo es esa sensación?

Este procedimiento permite establecer **conexiones entre las diferentes partes de la persona**: pensamiento, sentimiento, sensación, imágenes u otros elementos; y permite la emergencia de contenidos y síntomas, así como de otra parte prepara al sujeto para el trabajo terapéutico posterior de reprocesamiento.

"completo la mayor cantidad posible de información pertinente (incluyendo tratamientos anteriores y sus resultados) y parafraseo, doy una respuesta empática y formulo preguntas aclaratorias"

Se construye una historia lo más completa posible, definiendo las soluciones buscadas anteriormente con sus resultados y los recursos posibles para resolver problemas.

Tercera etapa de la entrevista

"Hago resumen de toda la información, los estados emocionales identificados, el planteamiento del problema, las soluciones intentadas con sus resultados, con la empatía y el respaldo emocional de mi parte hacia lo que el paciente requiere"

Hago un completo parafraseo entre lo verbal y no verbal, con técnicas de PNL, metáforas[53] y mi propio recurso autoreferencial[54], mostrándole al paciente mi lectura del problema y preparo así el terreno para presentar mi propuesta de tratamiento.

[52] Esta actitud correspondería a la actitud etnográfica en la cual se busca poder observar como observador interno, desde el mismo punto de vista (foco) de quien está presentando la narrativa, sin dar por sobre-entendidos necesariamente los conceptos.

[53] Las metáforas son un importante recurso terapéutico que permite el tránsito entre dos lenguajes diferentes, desde dos culturas diferentes, así como la conexión consciente inconsciente.

[54] Para mí mismo y para la paciente uno el recurso sistémico-constructivista de mirarse a sí misma desde la primera posición, en la cual se encuentra casi naturalmente (por ejemplo sentada en su silla) y la segunda posición,

"Le planteo al paciente mi propuesta psicoterapéutica, sobre su sistema de vida y ***opción farmacológica****, validando el trabajo que han realizado otras personas anteriores o actuales sobre su caso; respetando en lo posible la continuidad de esos esquemas o confrontando su falta de respuesta (uso metáforas) y su decisión autónoma de aceptar o no mi propuesta, si desea obtener cambios"*

Es prácticamente el cierre de la entrevista, empodero al paciente en el manejo de su problema y su vida, me baso en sus recursos (establezco la estrategia del vaso lleno en lugar del vaso vacío) y el uso de los mismos; definimos en encuadre o trato terapéutico, incluidos los honorarios, todo lo anterior en el lenguaje cultural o idioma del consultante (verbal y no verbal), verificando que fue comprendido.

"Pasamos a hacer la fórmula e indicaciones terapéuticas, tareas en casa, la definición de la siguiente cita o lo pertinente al caso".

Es el cierre de la entrevista y el establecimiento de un trato terapéutico.

5.2.2. Segunda sesión

Primera etapa de la sesión

"Doy la bienvenida, recibimiento cálido, reforzamiento positivo, hago trabajo con música y movimientos corporales, connotación positiva de los contenidos que trae la paciente, indicación del mismo trabajo en casa"

Inducción de rapport con técnicas de sistémico, PNL y musicoterapia.

Segunda etapa de la sesión

"inicio del trabajo con respiración, busco conexión o alineación entre lo que dice, piensa y siente; uso constantemente la frase: "pon la mano allí en donde lo sientes, observa su textura, forma, color… etc"; hago preparación[55] para la selección de los contenidos a ser elaborados, reprocesados o desensibilizados"

Uso el esquema de trabajo con la autoobservación, conciencia de sus contenidos, del ritmo respiratorio y se construye "el lugar seguro"[56].

---

desde la cual se vería a sí misma en la posición anterior (nos cambiamos de silla y nos miramos desde otra), para lo cual uso recursos lúdicos como títeres o juguetes, con verbalización de ello.

[55] Esta preparación sigue una serie de instrucciones como son, la información sobre los procedimientos a realizar, la respiración, instrucciones específicas, la selección de movimientos de estimulación cerebral bilateral, el uso de metáforas facilitadoras del proceso y la construcción del lugar seguro.

[56] El lugar seguro es un procedimiento de EMDR, en el cual se hace conexión con anclas positivas en los canales de representación o percepción (visual, auditivo, olfatorio, cenestésico), pensamientos positivos, relajación y estimulación de la autonomía. Este procedimiento será usado de manera constante en todo el proceso terapéutico y se estimula su uso autónomo en la vida diaria; para la ampliación de esta técnica e ilustración véase el anexo 2.

"Buscamos el blanco o tema que seleccionado y que conscientemente desea trabajar y aplicamos un método para la emergencia de contenidos inconscientes relacionados"

Luego se hace la selección del contenido manifiesto e inicio y el procedimiento "puente afectivo"[57] para permitir la emergencia del material latente, selecciono el más antiguo y se prepara así el terreno para el reprocesamiento de los contenidos[58] manifiestos y latentes.

Observo el lenguaje corporal, especialmente la respiración profunda y cíclica, las manifestaciones faciales y los parpadeos, así como otros movimientos corporales.

"selecciono el emergente más antiguo e inicio el proceso de reprocesamiento haciendo conexión de contenidos y realizando los movimientos de estimulación cerebral bilateral escogidos, tomo nota clínica de cada emergente y el efecto de los procedimientos sobre el proceso de la paciente".

Hago documentación de cada movimiento de **estimulación bilateral cerebral** y los efectos que produce en el paciente, las palabas, el lenguaje verbal y no verbal; lo cual indica el grado de conexión e indica cada paso a seguir.

Cada uno de estos datos que se presentan en la escena del aquí y el ahora, son un posible síntoma repertorial, que puede ser analizado desde la homeopatía.

Tercera etapa de la sesión

"hago cierre incompleto del proceso, para terminar la sesión, utilizo un "contenedor de emociones" y de acuerdo al contenido emergido selecciono el medicamento e indico el trabajo a realizar en casa"

Se hace preparación y protección emocional[59] para el cierre de la sesión; uso la información emergente para la selección del medicamento homeopático y le doy instrucciones para la continuación de la alineación de contenidos con un programa de trabajo en casa dentro sus contextos diarios.

5.2.3. Tercera sesión y demás sesiones

[57] El puente afectivo es u procedimiento de EMDR en el cual se estimula de manera semi-inconsciente la conexión a estados anteriores de la vida de la persona (regresión), en las cuales existen contenidos relacionados con el problema actual y que son susceptibles de ser procesados terapéuticamente.

[58] Desde el psicoanálisis, el concepto de contenido manifiesto se refiere a las expresiones, afectos, imágenes, sensaciones o ideas que la persona manifiesta fácilmente y tiene en su consciencia; el contenido latente se refiere a aquello que se encuentra en otro nivel de consciencia y que emerge para el caso en los síntomas, los sueños o en las asociaciones que se dan en el proceso terapéutico aquí y ahora.

[59] Esta protección emocional se refiere a que el paciente pueda guardar de manera ecológica nuevamente sus contenidos en el punto en el cual se encuentran , sin que esto le produzca un nuevo trastorno o problemas sociales cercanos; una de las técnicas es el "contenedor de emociones", un cofre en el cual pueda guardar estos contenidos "que va a ser abierto solamente en este espacio terapéutico".

En estas sesiones continúo con un esquema similar, siguiendo el avance de cada síntoma y cada emergente, además de la inclusión de nuevas herramientas como son la escritura, el dibujo y otras estrategias que pueda aceptar o proponer la consultante.

5.3. Paciente AYB

Paciente de 32 años, quien dice "quiero cambiar esa ruleta rusa emocional en la cual mantengo, en las relaciones interpersonales siento que "voy a dañar las cosas" y vivo buscando aprobación"; refiere que tiene eventos tempranos traumáticos, tuvo un padre maltratador y viene de un proceso terapéutico en el cual superó el sentimiento de "me voy a morir."

Refiere múltiples síntomas somáticos asociados (cefalea y dolor abdominal), para los cuales ha buscado ayuda homeopática sin mejoría.

Se desempeña como psicoterapeuta en el campo de la protección de menores y adultos víctimas de la violencia.

Consultante adulto joven quien se queja por presentar dificultades con el manejo de sus emociones y relaciones interpersonales, lo cual relaciona a situaciones de maltrato en la infancia y se asocia a síntomas corporales repetitivos. Es una psicoterapeuta y trabajadora por los derechos humanos.

Esta paciente finalizó su proceso el 4 de abril de 2015.

5.3.1. Primera sesión

Primera etapa y segunda etapa de la entrevista

"hago presentación empática y pregunto su identidad"

"pregunto por su familia, por su genograma, facilito que vea el mapa familiar, le pregunto y observo sus respuestas (digitales y analógicas) con cada uno de sus miembros"

"uso sus mismos términos e inflexiones de voz o prosodia"

Uso técnicas de inducción del rapport con PNL.

Reviso lo que expresa de cada miembro, esto irá adquiriendo sentido en el todo el transcurso del proceso terapéutico.

Las conductas corporales (expresión, tono de voz, prosodia) indican donde profundizar y obtener respuestas emocionales y conexiones con su motivo de consulta o problema.

El trabajo con el genograma permite hacer un circuito de evaluación sistémica familiar.

"el trabajo está centrado en el aquí y en el ahora, cómo siento YO a esta paciente y…¿cómo es el "sentipiensar"[60] de ella?

Es un trabajo de **autoreferencia generativa**, donde se pone en juego la transferencia y la contratransferencia y la primera y segunda posición del observador.

"amplío las preguntas sobre su sistema familiar y su contexto relacionado con su historia de vida: ¿Quién es el más confiable, con quién se siente mejor, qué es lo peor que le ha pasado en la vida, qué piensa él/ella; que dice él /ella de Usted?, como es su reacción ante determinado tema, cual es el perfil de hombre que le gusta?, etcétera"

De esta parte se cotejan los síntomas mentales y se corroboran con preguntas de precisión como: ¿ cómo es eso de…?

Se continúa un patrón de **evaluación circular entre la primera y segunda posición.**

De manera sutil empieza la segunda etapa de la entrevista

"paso a precisar el motivo de consulta, se expresa en palabras y quejas con emociones".. "pido aclaración de sus síntomas y preciso que le han dicho sobre ellos otros terapeutas anteriores, buscando su autoreferencia al respecto: ¿Qué ha sabido de esto… qué le han dicho…que piensa usted de ello?...no entiendo, o sea que….?"

Insisto en un patrón circular de evaluación y autoreferencia para la consultante y para mí mismo.

Respondo a las preguntas estratégicas de ¿cuál es el problema y como eso es un problema?, con la información sobre sus terapias anteriores cotejo ¿qué han hecho para solucionarlo?

"esta paciente es una terapeuta y tiene procesos previos de abordaje homeopático y psicoterapéutico, por lo cual se facilita en paso hacia otra etapa del proceso; tiene en su misma una lectura de sus síntomas y traumas, viene buscando una intervención específica, me alineo a su lectura y propongo la continuación del tratamiento."

"realizamos la estrategia del lugar seguro"

Sus objetivos son precisos en primera instancia y prácticamente se da continuidad al proceso que inició con otros tratantes.

De hecho se establece un encuadre o pacto terapéutico y se precisará al final de la sesión.

[60] Por "sentipensar" me refiere a las conexiones emocionales y cognitivas, es parte del proceso de integración psicoterapéutico, este es un término tomado del profesor Julio Cesar Payán decano de la terapia neutral en Colombia y quién lo usa con fines didácticos en sus seminarios de formación.

Para el lugar seguro se utilizan anclas de PNL, inducción del rapport, y otros elementos rastreables desde la hipnosis Ericksoniana: manejo de la prosodia, el tono de voz, la respiración, "timing"[61] específico para los estímulos, chequeo de la respuesta, estimulación por el tipo de palabas visual, auditivo y quinestésico con cruces de los canales de representación.

Tercera etapa de la sesión

"hago cierre de la sesión con retroalimentación de la sesión, señalamientos positivos y establecimiento de estrategias complementarias en casa"

Se hace el cierre de la sesión y se plantea la realización del diario, el trabajo con musicoterapia y diferentes técnicas de estimulación cerebral bilateral para el trabajo en casa para facilitar el avance terapéutico.

5.3.2. Segunda sesión

Primera etapa de la sesión

"Siempre aplico un esquema general y reviso los ejercicios de estimulación cerebral bilateral que le planteé a la paciente desde la ocasión pasada"

"Hago un trato con familiaridad preguntando cómo han evolucionado los temas de su vida y cómo ha ido con las tareas, pregunto por las personas, el trabajo o su vida según lo que yo inconscientemente recuerde de la persona"

"Ella sonríe y muestra su grado de confianza yo chequeo sus gestos y respuestas"

Induzco rapport, cortejo el lenguaje analógico y digital y trabajo la autorreferencia generativa desde la primera y la segunda persona

Segunda etapa de la sesión

"inicio ficha de trabajo con instrucciones específicas sobre la posición física, respiración, metáforas y movimientos que utilizaré, la paciente sigue las indicaciones y hace algunas preguntas" (ver anexo 2).

Se hace fortalecimiento del vínculo, se resuelven dudas, se hace contacto y contexto corporal.

[61] Timing es un concepto psicoanalítico que se refiere al momento exacto en la selección de un contenido o un emergente para su uso en el proceso, depende fundamentalmente de la transferencia y contratransferencia paciente-terapeuta.

"La problemática se muestra como la punta del iceberg de lo que trae como motivo de consulta; revisamos lo que más le duele, lo que dice negativo de sí misma, la emoción que siente y donde la siente"

Esto me permite entrar a definir el problema, y una vez seleccionado el blanco de ese problema entro a la neurored[62] de memoria para **identificar las narrativas esclavizantes** que la han tenido atrapada en ese tiempo y en ese momento, y que al volver lo hacen con toda su fuerza.

"…no pienses nada, sólo deja tu mente flotar al pasado y dime la primera imagen que aparezca en donde hayas tenido pensamientos negativos de … emoción de … y sensación de ... en tu cuerpo"

Cuando la paciente dice su creencia negativa vienen también de manera contratransferencial las mías y empieza a conectarse mi vibración a la suya.

"La paciente establece los nodos que se asocian a estas neuroredes de memoria"

Voy sacando los elementos de sus creencias negativas y sensaciones para tipificarlos como síntomas si esto es posible, uso la voz de manera hipnótica y doy continuidad al proceso de reprocesamiento con movimientos de estimulación cerebral bilateral.

"La paciente manifiesta en sus expresiones faciales llanto, muecas, temblores, movimientos de sus miembros (especialmente el pie derecho cuando se encuentra conectada con un emergente muy infantil, casi que yo puedo ver la niña asustada "moviendo su patica") y cambios en la coloración de la piel; hago observación permanente de sus mensajes verbales y no verbales, durante el estado de abreacción[63] o descarga"

"selecciono los movimientos que más permiten la descarga emocional y de información en la primera y segunda posición de observación"

"reconozco el arquetipo del bebe inocente y abandonada y el vínculo madre/hija donde las dos están abandonadas y llorando"

[62] Al ingresar un estímulo que perceptualmente tiene partes visuales, auditivas y cenestésicas se hace conexión con el hipocampo (memoria) y las áreas de pensamiento y lenguaje, al identificar una frase inconsciente negativa limitante se tiene la puerta de entrada para la continuación del tratamiento así como la selección de síntomas mentales útiles para la homeopatía.

[63] El estado de abreaccción, descarga o catarsis se refiere a una situación en la cual la persona expresa de manera verbal, conductual y emocional un contenido que se encontraba oculto parcial o totalmente hasta ese momento; es de esa manera un emergente frecuente que indica el valor simbólico personal de ese contenido, puede ser un momento clave si a este instante le sigue un paso de insight, es decir de introspección o "darse cuenta".

Mientras doy continuidad al proceso selecciono los emergentes relacionados con el pensamiento, emoción y arquetipo[64], y los ubico como síntomas repertorizables o importantes para la materia médica.

Reconozco que se dan tres procesos de observación[65]: el primero es sentir con todo nuestro ser, vaciándome de mi mismo, es decir liberándome del ego pero reconociendo como las vibraciones de mi paciente resuenan en mi teniendo una prudente distancia de lo que siento por ella (primera y segunda persona o transferencia y contratransferencia), el segundo preguntar y "sentipensar"[66] sus respuestas en transferencia y el tercero, diagnosticar el estado de la persona con todos los sentidos.

Tercera etapa de la sesión

"La paciente presenta llanto persistente, dice "escucho el llanto de mi mamá" no disminuye la percepción de malestar; trato de dar respuestas empáticas facial y verbalmente, reitero el reprocesamiento con estimulación bilateral y pruebo nuevos movimientos"

Me baso en los síntomas más relevantes y que más me impresionan desde la primera y segunda posición de observación, hago connotación positiva[67] del proceso.

Utilizo el contenedor de emociones para preparar el cierre y protección emocional de la paciente, hago retroalimentación y **prescripción farmacológica**.

Se hace cita para la siguiente sesión.

5.3.3. Tercera sesión

Primera etapa de la sesión

"Trae intenso estrés por situaciones personales y de su trabajo"

"Pregunto y evalúo que la impresionó tanto de esos sucesos y les doy un manejo terapéutico breve"

"se hacen juegos de estimulación cerebral bilateral como estrategia de caldeamiento"

[64] El Arquetipo o emergente muy antiguo que está presente en el inconsciente de todos los humanos y les permite mostrar diferentes facetas ante las cambiantes situaciones, es un recurso teórico y práctico de la terapia psicoanalítica desarrollada por Carl G Jung.

[65] Estos tres procesos, el autor Wataru Osashi los reconoce respectivamente como Bo shin, que es sentir con todo nuestro ser, Monshin que es similar a lo transferencial revisando el lenguaje corporal y Bunshin, que es diagnosticar con todos los sentidos.

[66] Algunos autores, como el doctor Payan utilizan el término "sentipensar" para expresar la permanente conexión entre el sentimiento y el pensamiento que el lenguaje habitual rompe de manera artificial (comunicación personal Octubre del 2013)

[67] La connotación positiva, se refiere a mostrar la paciente el vaso medio lleno en lugar de medio vacío; especialmente ante contenidos o acciones que resultan ser muy dolorosas o sintomáticas.

Se reciben sus sentimientos y pensamientos, se les da valor y se facilita la expresión de los mismos; busco que se alinee con ellos y las técnicas de estimulación cerebral bilateral con musicoterapia le facilitan reprocesarlos superficialmente, calmarse y centrarse en el presente.

Segunda etapa de la sesión

"se retoma el nodo de la sesión anterior se verifica el avance del proceso y se continua con los movimientos de estimulación cerebral bilateral"

Se da continuidad al reprocesamiento con cierre completo del contenido emergente.

Tercera etapa de la sesión

"La paciente me dice "me siento más cómoda, la sensación de malestar es 0, soy una oportunidad" doy finalización a la sesión con cierre completo"

Se verifica la evolución satisfactoria y se dan indicaciones de trabajo en casa.

5.3.4. Cuarta sesión y demás sesiones

Sigo un esquema similar, continuando el avance de cada síntoma y cada emergente, además de la inclusión de nuevas herramientas como son la música, el dibujo, la interpretación de los sueños por parte de la misma paciente, además de otras técnicas pertinentes al caso.

Paso a enunciar la técnica de trabajo con los sueños que trae la paciente hacia a sesión 7 del proceso.

"Trae un sueño de temor "el mundo se abre", dice que hizo bruxismo durante el sueño."

"Aplico la técnica de sueños desde la Gestalt (imágenes, respiración, voz inductora de asociaciones) en la cual la persona narra su sueño en presente, posteriormente se le pide que se identifique con uno de los objetos (aquel que más llamó su atención) y describe sus sensaciones, pensamientos y emociones desde esa vivencia; se complementa con el trabajo con dibujos asociados al sueño"

El sueño es un síntoma homeopático en sí mismo, como las asociaciones que se elicitan son nuevos elementos que sirven como síntomas repertorizables, y así como se les da manejo psicoterapéutico, también se utilizan para la selección del medicamento.

SEGUNDA PARTE

Análisis narrativo y paradigmático de las entrevistas a los 3 pacientes.

La siguiente tabla contiene el resultado de las entrevistas de los tres consultantes, está presentada en cuatro columnas: en la primera columna se encuentra la narrativa como la dijo el consultante, en la segunda columna se encuentra el análisis narrativo de la narrativa que realizo yo como observador (Se utilizan algunas de sus frases en comillas cuando son muy características y hacen prácticamente un resumen de ese proceso), en la tercera columna se encuentra el análisis paradigmático de acuerdo al lenguaje no verbal de los movimientos oculares según el planteamiento de la PNL (Grinder & Bandler, 2001) como se explicará en la figura 1 y en la cuarta columna se encuentran conclusiones u otras anotaciones que hago yo como entrevistador.

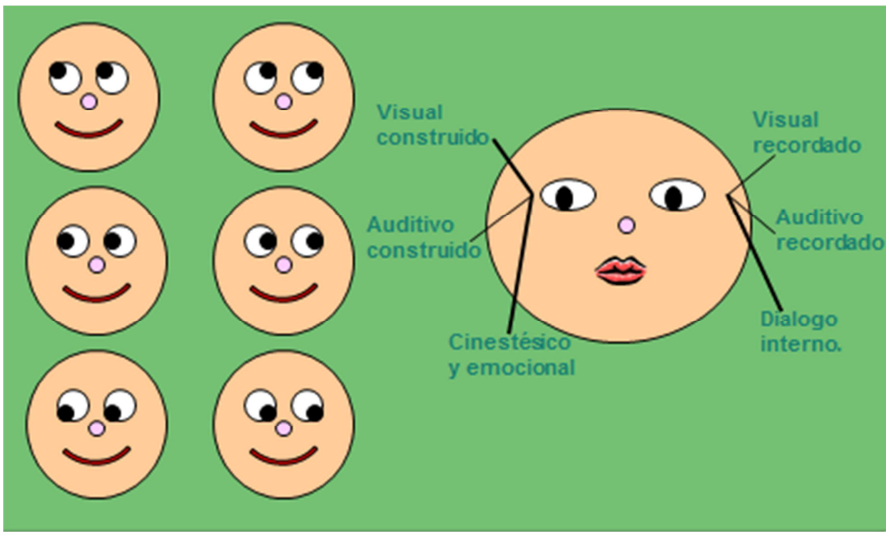


Ilustración 1: Semiología de la mirada según la PNL, también llamado claves de acceso ocular

Los movimientos oculares que ocurren inmediatamente antes de que la persona pronuncie un contenido verbal permiten hacer la correlación con el proceso mental que está teniendo la persona, de esta manera los movimientos oculares hacia arriba corresponden a imágenes visuales que tiene la persona, los que se suceden hacia el nivel medio corresponden a percepciones auditivas y la desviación inferior de la mirada hacia la izquierda de la persona corresponde al dialogo que la persona tiene consigo misma y hacia la derecha la conexión de la persona con un contenido emocional que la impacta o la conexión con la consciencia corporal o cinestesia.

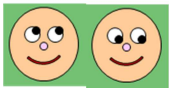
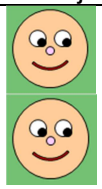
RDG

Hombre de 19 años. Entrevistado el 23 de abril de 2015

Previa a la entrevista se realizó una actividad de caldeamiento con música que buscaba reforzar el vínculo terapeuta-paciente y se habló de la necesidad del cambio. El terapeuta le dice que es como cambiar de rutina, durante esta conversación el paciente toma movimientos de los que está realizando el terapeuta, lo cuál muestra un nivel importante de rapport o empatía en el proceso.

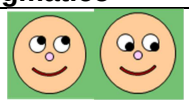
Tabla 4: Resultados de la narrativa de RDG, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios

Pregunta 1: Esto que hemos trabajado ¿qué impacto ha tenido en su vida?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"Me ha ayudado mucho como a relajar" (de como estaba antes) *"A la temperatura del cuerpo" (Puede ser también)* *"A estar un poquito más animado" (Puede ser sí").* *"De proponerme"* *"Uno no piensa nada sólo hace los ejercicios y todo eso"*	Le ayudó a disminuir ansiedad. Disminuyó síntomas corporales como calor genital. Aumentó la motivación. Aumentó la voluntad de hacer las cosas. Disminuyeron los pensamientos persistentes. *"Ha servido para disminuir el malestar"*	  **INSIGHT** Movimiento de ambas manos. .	Se hace una danza o acompasamiento de movimientos, el papel del terapeuta oscila entre ser observador y ser rapporteador (Inductor de rapport)
¿Cómo ha mejorado su vida desde que estamos trabajando?			
"Me he olvidado mucho del pasado, ya eso no me importa mucho" *"¿cuál es la*	Enfocarse en el presente		Afirmo con movimientos de la cabeza, se aumenta rapport

pregunta?" *"a ver en qué más…"* *"me ha ayudado a relajarme. Ha mermado la ansiedad, falta pero si ha mermado"*	Falta mucho por mejorar en la ansiedad	Dialogo consigo mismo Sonríe, mueve cabeza y boca y asiente **Insight** Levanta su dedo y afirma Se expresa con las manos	Muestro misma señal de confianza en si mismo

Pregunta 2: ¿Qué de esto que hemos hecho fue lo que le sirvió?

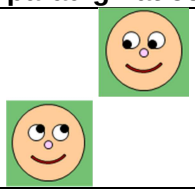
Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"A ver…" *"La dosis única de pronto, para la temperatura del cuerpo"* En Noviembre *"Eso me ha ayudado, ya no siento el calor"* *"Como enfrentar más las cosas, enfrentar a la sociedad"* *"Pues si básicamente eso"*	Medicamento homeopático La medicación tuvo un efecto sanador En la temperatura En salir de su concha y enfrentarse al mundo	 Afirma con las manos	Afirmación y observación Lycopodium? Sulfur? Respondo "Cada una tiene su aplicación"

¿Qué otras técnicas que identifica usted que siente que le sirvió de ahí?			
"*Que me ayuda a controlar el cuerpo, la música y los ejercicios con la música*" *"A ver qué más…."* *"y obviamente el medicamento"*	El trabajo de musicoterapia con movimientos corporales tuvo un efecto sobre el control del cuerpo Reafirma el valor del medicamento		Asumo con mi cuerpo una posición de entrevistador, busco no influir en sus respuestas

Pregunta 3: Estamos en medio del tratamiento, pero ¿qué le queda de lo que hemos hecho?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"Satisfacción , que he madurado" *"Como a ser más eficaz, más o menos así puede ser"*	Da un parte de mejoría Puede ser más eficaz en su vida		Muestro las palmas de las manos y las retrotraigo hacia mi pecho

Pregunta 4: ¿A qué personas les recomendaría ud este tipo de tratamiento?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"No sé" *"Pues a nadie"*			Tomo distancia para que su respuesta sea más neutra
¿A nadie le recomendaría este tipo de tratamiento?			
"A no, ya entendí" *"Si tuviera un*			Sonreímos porque afirma que su mama necesita tratamiento; con lo

problema pues sirve" *"Digamos que a mi mamá pues se estresa mucho, cada día, cada hora, cada minuto, cada segundo"*	Al que tenga un problema de estrés. Su madre es quien más lo estresa y a quién se la podría beneficiar.	Sonrisas de parte de los dos	cual además estoy de acuerdo según lo que he identificado

JAC

Mujer de 32 años. Entrevistada el 28 de Abril de 2015

Previo a la entrevista realizo una evaluación de sus experiencias de vida, sus relaciones y sus expectativas después de la finalización del tratamiento hace un año. Se diligencia el consentimiento informado.

Tabla 5: Resultados de la narrativa de JAC, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios

Pregunta 1: ¿Cuál fue el impacto en tu vida de este proceso que nosotros tuvimos?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"El más significativo fue abrir puerta a otras consideraciones acerca de la forma en la que yo veía pues mi pasado y las capacidades que yo pude potenciar en recursos y posibilidades" *"Flexibilidad en darme cuenta de que los caminos no son tan estandarizados, que las cosas puedan ser de un modo distinto"* *"identificar*	Fue un cambio de segundo orden en su vida, cualitativo.	Se rasca la cabeza con su mano izquierda en la zona parietal Expresión con su mano derecha Afirmaciones con su mano	Actitud confianza Actitud cercana y empática, afirmo y miro a los ojos Esta conducta motora se puede interpretar como una conexión con "lo necesito" Muestro las palmas

unos bloqueos en mi vida"	"Abro la puerta y digo si"	**Insight**	"Se pueden hacer cambios"

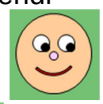
Pregunta 2: ¿Cómo identificas qué te sirvió? De eso que trabajamos.

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"La gimnasia cerebral" *"La tarea de hablar con mi papá (realmente no lo hice con la profundidad que la tarea merecía)"*			Empático, afirmativo.
¿Fue útil? ¿En qué viste que fue útil?			
"Ser capaz de decir lo que tenga que decir y lo traslado a otros campos" *"Expresar inconformidad, no resignarme"* *"Las cosas pueden ser mejores"* *"Ideas negativas un bloqueo"* *"Dejarme de meter esas ideas de "que pesar los otros"* *"Un perdón de mentiras"* *"estaba ocultando lo que*	Identifica las creencias limitantes propias "me ha perseguido por años" Pudo decir lo que quería y necesitaba decir a su papá, madrastra y madre.	Afirma con sus manos **Insight**	La autoreflexión se logró, la paciente revisa su narrativas o creencias limitantes o negativas y hace cambio de ellas.

pensaba” *“No había querido verlo en sí”* *“Me siento tranquila”* *“No como si fuera una niña abandonada por ellos”*	Algo se soltaba Un descanso	 **Insight** Sonrisas	
¿Algo cambio?			
“Esperemos que cambie porque eso fue hace 2 semanas, una semana después se abrieron las posibilidades” *“Tranquilidad interior lo que siento”* *“ Me sorprendí de no sentir nada (tras discusión con mamá)”* *“Confirmación de que había valido la pena”* *“Una sincera apreciación (del proceso), es un punto de inicio de empezar las cosas”* *“AbriWATAó puertas para considerar cosas que no había visto”* *“(haber trabajado una parte de ellos me suelta)”*	Cambio cualitativo Una lectura relacional de dinámica compleja en la cual este cambio es parte	 **Insight** Afirmación en su cuerpo Afirmación con sus manos	Presento las manos abiertas Hago afirmación con mi cuerpo

"Camino que se unió al sinergismo de otras fuentes, se potenció"	sinérgica "Esta fue una de las puertas que se abrió"		

Pregunta 3: ¿Qué de esto que trabajamos te queda?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"En su momento no lo valoré tanto por ejemplo con los dibujos " *"esa metodología es acertada"* *"El medicamento de tomar"* *"Conexión con la naturaleza"* *"Teoría homeopática (la planta tiene un comportamiento similar)* *Que resuelve las 2 cosas simultáneamente"*	"Se pudieron vislumbrar muchas cosas" "empecé a ver cosas que yo no había considerado antes" " yo creo en esa teoría y seguramente me sirvió"	Faltan 2 caritas que no entendí  **Insight** Cambia la posición de su cuerpo, mayor cercanía 	Muestro las palmas y las retrotraigo, lo cual tiene un efecto de énfasis en el mensaje y aumentar la confianza.

"Definitivamente la gimnasia cerebral da otras opciones de pensamiento abre posibilidades" *"Ayuda a potenciar, a dar otras alternativas y a integrar cosas que estaban sueltas o aisladas"* *"Esas tres cosas:* *Gimnasia cerebral* *Medicamento* *Muñecos"* *"Lo estuve haciendo y dije: cierra, no te puedes quedar todo el tiempo en el proceso"*	"Yo creo que sí, ya cerré ese ciclo"	 **Insight** 	"Ayuda a potenciar" " Todavía los usas (los muñecos) " Muestro palmas "es tuyo tu verás cuando lo usas" luego me retraigo

Pregunta 4: ¿A qué personas les recomendarías este tipo de procesos?

Narrativa	Análisis narrativo	Análisis paradigmático	Comentarios
"A personas que quieran profundizar en su vida, yo me estaba evadiendo, todo apunta a lo mismo" *"Por ejemplo al caminar se hacen asociaciones"* *"De pronto detrás de esa vida*	"de pronto haces un click, una asociación"	Asocia sus manos a su visión	

aparentando éxito hay muchas cosas que no se han resuelto" *"Tomé decisiones en busca de éxito pero no es lo único"* *"Antes las pensaba pero ahora me llegaron las que he dejado de tener para mi vida"* *"Yo no estaba en un momento en que me considerara exitosa en mi vida"* *"Las cosas que he dejado de aspirar que he dejado de tener para mi"*			"Hay otras cosas que quieres lograr"

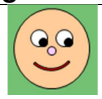
AYB

Mujer de 32 años. Entrevistada el 30 de Abril de 2015

Previo a la entrevista hacemos evaluación y supervisión de dos de sus pacientes. Se diligencia el consentimiento informado.

Tabla 6: Resultados de la narrativa de AYB, análisis narrativo y paradigmático de la misma y comentarios

Pregunta 1: Tuvimos un proceso, ¿Cuál fue el impacto en tu vida de este proceso?

Narrativa	Análisis narrativo	Análisis paradigmático	Comentarios
" El principal impacto fue poder ver mi vida de una manera diferente, de		 Hace	Hace insight o introspección de su proceso,

una manera muy tranquila" *"Que no sean como una carga (las experiencias negativas) como lo venían siendo, sino la explicación de lo que soy en este momento"* *"cambia mi perspectiva de como relacionarme con el mundo"* *"Tengo más herramientas"* *"Mis emociones el motivo de consulta principal, era un caos"* *" no es tal porque ya lo he manejado"* *"Tuve un cambio en la percepción de mi vida"*	Tiene control de sus experiencias y emociones Puede lograr una visión diferente de ella misma y auto-observarse.	movimientos con su boca retrayendo los labios Se rasca la nuca, conducta que se puede asociar con "Necesito algo" **Insight** **Insight**	observa sus problemas como una persona que determina su participación en ellos. Paso de una narrativa esclavizante a una narrativa liberadora que ella misma puede determinar. Es un cambio cualitqrivo o de segundo orden, se puede metaobservar a si misma (autoreferencia generativa)

Pregunta 2: ¿Qué identificas que te sirvió de las técnicas empleadas?

Narrativa	Análisis narrativo	Análisis paradigmático	Comentarios
"Lo que más me sirvió fue el vínculo" *"El saber que tú eres una persona muy consistente, la confianza de seguir trabajando"*	"Sin que tocara mi identidad y hacía cosas en que me	 Retrae los labios **Insight**	Da un valor muy grande al rapport y en particular a la **transferencia** que le permitió proyectar sus propios contenidos (afectivos, de ilusiones, de

"Contarte mis experiencias para que tú me las pudieras devolver de una forma muy tranquila, generó mucha confianza" *"Los ejercicios y toda la parte EMDR"*	sentía ridícula" Observador desde la segunda posición metaobservador/cibernética de segundo orden	 Se rasca con su mano derecha su cuero cabelludo en la zona occipital (autoacicalamiento)	pensamientos, etc), los cuales reconoce como suyos.
"Hubo momentos donde sentía que yo no podía más "si el piensa que se puede, se puede" Sí puede más " *"Yo me he mostrado muy fuerte afuera si digo no puedo más ahí paro"* *"Toqué temas de intimidad que tenía como encapsulados "*	Podía abrir su intimidad con confianza y seguridad.	**Insight** Se tapa la boca	Sus respuestas tienen intensa relación con su instroscpección, es decir que aún en esta enrevista se estaban produción efectos terapéuticos con estas respuestas.
"La confianza y poder enfrentarme a ese tipo de cosas" *"Enfrentarme a esos monstruos traumáticos"* *"Escenas que me daban vergüenza y en este momento no son vergonzosas"*	Lo que pasaba en este caso en este momento, me evoca las situaciones como me las describen los indígenas cuando he trabajado con ellos, se trabaja primero en lo espiritual y después se trabaja lo de afuera. Una vez las cosas han sucedido en espiritual, ya lo demás está hecho.	**Insight**	Puede ver su proceso desde una segunda posición y es una actitud que también ahora desarrolla en su

"Y lo que pasaba acá se me multiplicaba afuera (no sé cómo) tuve que afrontarlas, esos mismos retos" *Era muy emocionante ver venir lo que era una tragedia y ahora decir sí, sí puedo.* *Sesión teórica /Sesión práctica*			vida.

Pregunta 3: ¿Qué quedó para tu vida de todo esto?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"qué me llevo?" *"sentido positivo de mi misma"* *"Muchas herramientas, en realidad no debería llamarlas herramientas porque no son externas"* *"Una forma diferente de afrontar la vida, cosas que hace un año yo no sabría cómo afrontar y hoy puedo hacerlo fácilmente"* *"Una forma diferente de asumir la vida"* *"La vida pasa más chévere"*	Fue un fortalecimiento general y la posibilidad de asumir las riendas de su propia vida. Un importante cambio cualitativo.	 **Insight** Explica con las manos	Este proceso mejoró su percepción del mundo, de sí misma y de su potencial. Esta paciente es una terapeuta y su potencial terapéutico se amplió de manera análoga.

Pregunta 4: ¿A qué personas o a qué tipo de personas le recomendarías este tratamiento?

Narrativa	**Análisis narrativo**	**Análisis paradigmático**	**Comentarios**
"Para que lleguen a este punto tienen que tener cierto nivel de autoconsciencia" *"Dejarse llevar"* *"…Automáticamente yo llego a ciertas escenas, que antes no lo lograba"* *"La persona tiene que tener la posibilidad de tolerar las emociones"*	Reconoce su capacidad de introspección y la considera fundamental en este proceso.	Lleva la mano a sus labios en la actitud de pensar El entrevistador simultanea e inconscientemente también lleva las manos a sus labios	A pesar de haber otros elementos en este caso la instrospección o autoconsciencia fue fundamental
¿Personas que tengan esa posibilidad de mirarse?			
"No es el nivel académico, es para personas que tengan esa facilidad de introspección "	Enfatiza que la introspección no necesariamente está ligada al nivel académico		La introspección es una actitud, no una instrucción.

TERCERA PARTE

Triangulación entre el análisis de las sesiones y las entrevistas

Los tres pacientes reconocen que hubo un efecto positivo en sus vidas con el proceso terapéutico, sin embargo hay algunas diferencias en cómo vivieron el proceso y que elementos consideran que tuvieron más efecto para cada uno de ellos.

El paciente RDG, quien según su propia percepción presenta más síntomas somáticos, hace con menos intensidad el rapport o empatía, su proceso tiene menos insight que las otras dos pacientes y remarca mucho más el efecto del medicamento homeopático.

La paciente JAC, tiene muy buena respuesta con los ejercicios de "gimnasia cerebral" (estimulación cerebral bilateral) y con la realización de muñecos (dibujo proyectivo) y también reconoce el efecto del medicamento. Logró con el proceso un cambio cualitativo y en si misma tiene ya autoreferencia generativa.

La paciente AYB, remarca que lo fundamental fue el vínculo (la transferencia) que tuvo con el terapeuta y el trabajo que éste, en confianza que pudo realizar con ella para entrar en el campo de sus contenidos y emergentes de una manera confiada y constructiva. De la misma manera fue su proceso el que tuvo más insight o introspección a los largo de las sesiones así como a lo largo de la entrevista a profundidad. Se logó un cambio cualitativo o de segundo orden y su capacidad de comprenderse tolerarse y comprender y tolerar a los demás, disminuyendo también (no está reportado en las notas anteriores) disminución de los síntomas somáticos.

Las técnicas de PNL fueron un apoyo permanente para el desarrollo de la confianza, acompasamiento y rapport; la musicoterapia fue complementaria y ya en la fase media, los ejercicios de estimulación cerebral bilateral (EMDR) fueron de la mayor importancia para lograr el reprocesamiento.

En la fase de cierre la protección emocional fue una constante y la indicación de trabajo en casa con la continuación del proceso y ejercicios de estimulación cerebral bilateral.

El medicamento se prescribió en la primera cita para RDG y JAC, y en la segunda cita para AYB.

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN

6.1 LA ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Las sesiones se estructuran en tres etapas o fases:

Etapa primera o inicial, también llamada de caldeamiento o social, en ella se van hacer manifiestos elementos sociales, de empatía (establecimiento del rapport o vínculo), facilitación de la comunicación y es la preparación para poder entrar al resto de la sesión.

Etapa segunda o fase media, en ella es donde se van a manifestar realmente los problemas asociados al motivo de consulta o aquellos que identifica la persona, de otra parte aparecerán contenidos emergentes o latentes, algunos de los cuales no estaban exactamente en la conciencia del consultante. Se hace de manera profunda allí el trabajo de conocimiento sobre el paciente y los procesos sanadores de la psicoterapia; es el tiempo más prolongado de la sesión.

Etapa tercera, final o de cierre, en ella se hace un corte del tema hasta donde se logró su trabajo, se hace protección emocional de los contenidos que se trabajaron, se hace retroalimentación y se selecciona la información para el tratamiento con el medicamento homeopático, así como las instrucciones para el manejo en casa o para las tareas propuestas terapéuticamente.

La sesión inicial o de toma del caso del material revisado tiene unas características especiales que hacen que deba ser considerada aparte de las demás, aunque sigue un esquema también en tres etapas o fases.

Este esquema de división en tres partes es característico de muchos de los eventos humanos que tiene trascendencia simbólica, como lo son las consultas terapéuticas, las historias y los eventos rituales entre otros (Morales H & Morales H, 2013).

6.2 ANÁLISIS DE LAS SESIONES

6.2.1. Primera sesión toma del caso

Primera etapa

Se hace inicialmente una presentación empática de la identidad del terapeuta como tal y de la identidad del consultante.

Esta empatía es un momento fundamental del proceso, puede recibir muchos nombres como “endopatía, introafeccción[68] o proyección sentimental, es decir una introducción en la

[68] Introafección es un término utilizado por Paschero, para referirse a la mutua comunicación afectiva e inconsciente que permite al terapeuta conocer internamente el contenido psicológico emocional del paciente.

situación del enfermo apareciendo *dentro de ella,* un estar nuevo de con-vivir el mundo subjetivo" (Pashcero, 1983, pág. 142) o visto desde los roles que están en juego en la consulta como "la simpatía o capacidad de entronizarse en lo íntimo del enfermo" (ibid, pág. 439), o de otro lado planteado desde los términos de la PNL es el rapport que permite la fluida comunicación de los elementos verbales y no verbales de la "neurología"[69] de la persona. Cualquiera que sea su acepción este elemento es fundamental para la continuidad del proceso, sin él la consulta puede ser inauténtica, puede ser vivida como intrusiva o inclusive dañina o agravante de lo que ya le ocurre a la persona como consultante.

Se inicia la historia clínica homeopática con énfasis en el genograma, el cual se usa como un tema neutro respecto al motivo de consulta, y se profundiza en las características de las relaciones familiares (3 generaciones) y de su red de vínculos.

El indagar sobre su red de contactos o "¿en qué condiciones familiares vive usted?" (Pashcero, 1983, pág. 427) permite conocer la red de relaciones y los sentimientos, pensamientos, sensaciones y roles que juega en paciente en el transcurso de su vida diaria y es en sí con frecuencia la fuente principal de sus preocupaciones y síntomas.

Se hace inducción a conexiones ante los contenidos de esa información:

Se busca estimular el contacto del paciente consigo mismo y favorecer las conexiones entre sus diferentes contenidos.

"¿Qué sientes mientras me cuentas eso?

¿Dónde lo sientes?

Pon la mano allí donde lo sientes."

De ser posible se amplía con las preguntas:

"¿Cómo es esa sensación?

En una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima perturbación ¿cuán molesta o perturbadora es esa sensación?"

Se hace chequeo permanente de la respuesta para definir qué se logró y en qué se fracasó como efecto de las interacciones entrevistador- consultante; para ello se revisa la coherencia entre los niveles del lenguaje verbal y no verbal, la expresión de los síntomas, los niveles de perturbación y la respuesta a los ejercicios de la estimulación cerebral bilateral.

Se busca el establecimiento permanente del rapport.

[69] La PNL enfatiza por lo regular el término neurología para recalcar la importancia del sistema nervioso y su programación del mismo por medio del lenguaje y la comunicación interna o externa.

"Es una danza de movimientos como asentimiento, risa/sonrisa, dialogo, asentimiento y uso cuidadoso de las palabras de parte mí, revisando minuciosamente el tipo de palabras, tono y estilo comunicativo del consultante"

Se modera y uso el tono de voz, los movimientos de las manos y el tronco, la expresión facial, se dirigen las comunicaciones especialmente hacia el lado derecho de la persona, se hace retroalimentación y parafraseo del contenido, se piden aclaraciones, se asienta o se niega corporalmente, las manos acompañan el diálogo, se revisa la respiración de la persona y se emulo. Esta actitud se mantiene durante toda la entrevista.

Este es el desarrollo de la inducción de rapport que se hace basado en la PNL.

Se usan refuerzos verbales y no verbales y se toman posibles elementos de la información emergente para definir posibles síntomas mentales.

Segunda etapa

Se precisa el motivo de consulta con un esquema que directa o indirectamente contiene las siguientes preguntas:

"¿Cuál es el problema?

¿Cómo esto es un problema?

¿Qué se ha hecho para solucionarlo?"

Se da un buen espacio para saber qué tratamientos previos ha habido, qué narrativa (positiva o negativa) tiene de ellos, qué ha funcionado, qué expectativas tiene con su llegada a "mi espacio terapéutico y a qué me puedo comprometer".

Este tipo de exploración hace parte del abordaje sistémico estratégico y permite establecer todo un plan de evaluación y definición de metas dentro del proceso.

Se culmina la historia clínica homeopática biopatográfica completa.

Se extraen los síntomas mentales, generales y particulares, modalizandolos, con el timing e intervención psicoterapéutica pertinente según cada uno de los contenidos.

Tercera etapa

Se hace una lectura de retroalimentación mutua con el paciente, se realiza la prescripción homeopática si hay elementos suficientes elementos para ello y se formula un plan procurando establecer una alianza terapéutica

6.2.2. Segunda sesión

Primera etapa

Se hace inducción rapport con elementos de musicoterapia, PNL o técnicas sistémicas.

Se hace revisión de ejercicios y de los contenidos emocionales, cognitivos, comportamentales o narrativos, cotejando la relación entre lenguaje verbal y no verbal.

Se hace selección de los síntomas repertorizables homeopáticamente.

Segunda etapa.

Se hace chequeo corporal del consultante e inducción de rapport.

Se busca el fortalecimiento del vínculo, promover la autoobservación y consciencia de los contenidos.

Se estimula el establecimiento de conexiones entre el contenido manifiesto o consciente y el latente o inconsciente. Como autoreferencia generativa "observo"[70] las situaciones desde la primera y segunda posición de observación y "reviso"[71] la transferencia y contratransferencia.

Se hace reprocesamiento y desensibilización con estimulación cerebral bilateral.

Se hace selección de los síntomas repertorizables homeopáticamente.

Tercera etapa

Se hace cierre de la sesión bien sea completo o incompleto, con protección emocional de la persona y psicoeducación de instrucciones para trabajo en casa.

Se hace selección de los síntomas y prescripción del medicamento homeopático o reforzamiento de la información si ya tenía formulado un medicamento anterior.

6.2.3. Tercera sesión y las demás sesiones

Se sigue un esquema similar al de la segunda sesión teniendo en cuenta la información nueva y los emergentes que varían en cada sesión.

Se involucran nuevas estrategias según las características del contenido y según el estilo comunicativo de cada paciente como son por ejemplo el uso de los dibujos o el trabajo con los sueños.

[70] Lo expreso en primera persona para enfatizar que se hace desde mi posición terapéutica en cibernética de segundo orden.

[71] idem

6.3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Se presentará según el balance general de las respuestas ante la entrevista a profundidad.

1. ¿Cuál fue el impacto en su vida de este tratamiento?

Para el paciente que no ha finalizado proceso (RDG) los síntomas que mejoraron son la ansiedad y los síntomas corporales de calor, para las otras dos pacientes fue un cambio cualitativo o de segundo orden en su vida.

2. ¿Usted cómo identifica que le sirvió de las técnicas empleadas?

Para el paciente RDG, que se encuentra en medio del proceso lo que más logró efecto en su tratamiento fue el medicamento homeopático; para las otras dos personas fueron los ejercicios de estimulación cerebral bilateral ("la gimnasia cerebral"), el medicamento homeopático y el trabajo con dibujos para JAC, quien concluyó hace 1 año; y para la paciente AYB que concluyó recientemente lo que más le sirvió fue el vínculo con el terapeuta y la confianza en el mismo.

3. ¿Qué de esto le queda como rutina de su vida?

El paciente RDG, que no ha concluido tratamiento considera que puede ser más eficaz en su vida y hace algunas conexiones de insight.

La paciente JAC, que terminó hace 1 año dice "se pudieron vislumbrar cosas que yo antes no había considerado y… esto le ayuda a potenciar e integrar otras alternativas que estaban sueltas o aisladas". Mientras hace esta apreciación su lenguaje no verbal muestra un alto grado de insight y repuestas acordes con su verbalización.

Para AYB, quien concluyó recientemente quedó " un sentido positivo de la vida, una forma diferente de abordar la vida y asumirla….la vida pasa más chévere". Mientras expresa estas ideas muestra un altísimo novel de insight y resonancia con sus contenidos.

4 ¿A qué personas recomendaría este tratamiento?

El paciente RDG se la recomendaría a "su mamá", a quien él identifica que tiene mucho problemas de estrés.

JAC se lo recomendaría a "personas que quieran profundizar en su vida".

AYB considera que este proceso es recomendable para personas que tienen "cierto nivel de consciencia, …que tengan facilidad de introspección y que puedan tolerar sus emociones".

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

En esta parte se presentaran las conclusiones generales y se estructurará un modelo de integración de la psicoterapia a la historia biopatográfica para el manejo de pacientes adultos con homeopatía como recomendación del presente trabajo.

7.1. CONCLUSIONES GENERALES

1. La sesión debe tener tres (3) etapas claras en su evolución: 1 Primera. Inicio, fase social o rapport, 2 Segunda. Fase media o de definición del problema, y 3. Tercera. cierre o finalización.

2. El esquema de la toma del caso (o primera sesión) tiene un desarrollo particular.

3. El modelo de intervención trabaja con un amplio énfasis en la inducción de empatía o rapport, para lo cual las técnicas de PNL, resultan ser muy útiles y prácticas.

4. La exploración del genograma o mapa familiar es una estrategia de evaluación que permite conocer directamente las relaciones del consultante y sirve como tema inicialmente "neutral" para dar inicio al proceso.

5. Hay una actitud permanente de chequeo corporal (lectura del lenguaje del paciente) y técnicas de inducción de rapport, que acompañará todo el transcurso de la sesión, que puede denominarse una actitud empática.

6. La fase media de la entrevista inicial debe resolver tres preguntas de manera clara, explicita y profunda en los propios términos del paciente:

"¿Cuál es el problema?

¿Cómo esto es un problema?

¿Qué se ha hecho para solucionarlo?"

Los síntomas motivos de consulta son un punto de partida importante para la primera pregunta, pero no necesariamente determinan el problema, solo el trabajo empático, la modalización de los síntomas y la entrevista con un alto grado de confianza, permitirán establecer esa información humana.

Durante esta etapa especialmente se pueden ir seleccionando los síntomas mentales emergentes, además de los generales y particulares pertinentes a cada caso.

7. Las estrategias de estimulación cerebral bilateral pueden ser usadas en esta segunda etapa siempre y que haya una buena definición del problema a abordar y se utilicen con el esquema de manera tolerable para el consultante.

8. El cierre de la sesión se indica por la finalización de las preguntas anteriores en el lapso de tiempo adecuado, de manera empática y teniendo en cuenta la necesidad de "protección emocional" para el paciente con los contenidos que ha expresado; por ello debe

dedicarse el tiempo, las técnicas y retroalimentación y tranquilización necesarias según la situación del paciente.

Se debe plantear un plan de manejo que establece una “alianza terapéutica” (encuadre o contrato terapéutico) con objetivos (y en lo posible tiempo y recursos) concertados y claros; la prescripción del medicamento homeopático (repertorización) solo se debe llevar a cabo si existen los criterios para hacerlo en este momento y se ha tenido la comprensión del caso.

Los ejercicios de musicoterapia, PNL y estimulación cerebral bilateral, sean estos de manera escrita, gráfica (dibujos), corporal u otros, son una excelente estrategias de trabajo en casa, aceleran los cambios, generan rapport y dan confianza en el manejo de los contenidos emergentes que puedan ser perturbadores.

9. Las siguientes sesiones manejan un esquema similar en tres partes, en donde la primera parte sigue siendo la inducción y promoción del rapport, los ejercicios de estimulación cerebral bilateral son de gran utilidad en ello, particularmente la musicoterapia con movimientos corporales.

La fase media, se dedica para el cumplimiento del plan trazado en el contrato terapéutico, existen diferentes técnicas y las de EMDR, pueden brindar especial ayuda en el procesamiento de las situaciones de difícil manejo, sin embargo son recomendables para personas que tienen un “cierto nivel de autoconciencia” o “ desean profundizar en su vida”, según las pacientes del presente trabajo.

La fase de cierre siempre hace una evaluación del caso, revaluación de la prescripción homeopática, protección emocional de los contenidos del paciente y se concertación de tareas para el avance en casa con ejercicios propuestos (en especial técnicas de estimulación cerebral bilateral).

10. La siguiente parte presenta de manera estructurada en una serie de pasos, las indicaciones pedagógicas de la entrevista producto del presente trabajo, éstas serían las bases para un proceso de capacitación a realizar en los grupos de formación de homeópatas o dentro del curso de especialización en homeopatía en la Universidad FUNHOM, y de esta manera constituye un aporte al proceso de crecimiento de la especialidad en nuestro país, así como el complemento a un modelo propio.

7.2. RECOMENDACIÓN

MODELO DE INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA A LA HISTORIA BIOPATOGRÁFICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES ADULTOS CON HOMEOPATÍA.

Se tomará de base un esquema general basado en el que se extrajo de los resultados y sobre este se hará ampliación en los tópico que se considere pertinentes.

7.2.1. Primera sesión toma del caso

Primera etapa

Se hace inicialmente una presentación empática de la identidad del terapeuta como tal y de la identidad del consultante.

Se inicia la historia clínica homeopática con énfasis en el genograma, el cual se usa como un tema neutro respecto al motivo de consulta, y se profundiza en las características de las relaciones familiares (3 generaciones) y de su red de vínculos.

Se hace inducción a conexiones ante los contenidos de esa información:

Se busca estimular el contacto del paciente consigo mismo y favorecer las conexiones entre sus diferentes contenidos.

"¿Qué sientes mientras me cuentas eso?

¿Dónde lo sientes?

Pon la mano allí donde lo sientes."

De ser posible se amplía con las preguntas:

"¿Cómo es esa sensación?

En una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima perturbación ¿cuán molesta o perturbadora es esa sensación?"

Se hace chequeo permanente de la respuesta para definir qué se logró y en qué se fracasó como efecto de las interacciones entrevistador- consultante; para ello se revisa la coherencia entre los niveles del lenguaje verbal y no verbal, la expresión de los síntomas, los niveles de perturbación y la respuesta a los ejercicios de la estimulación cerebral bilateral.

Se busca el establecimiento permanente del rapport.

"Es una danza de movimientos como asentimiento, risa/sonrisa, dialogo, asentimiento y uso cuidadoso de las palabras de parte mí, revisando minuciosamente el tipo de palabras, tono y estilo comunicativo del consultante"

Se modera y uso el tono de voz, los movimientos de las manos y el tronco, la expresión facial, se dirigen las comunicaciones especialmente hacia el lado derecho de la persona, se hace retroalimentación y parafraseo del contenido, se piden aclaraciones, se asienta o se niega corporalmente, las manos acompañan el diálogo, se revisa la respiración de la persona y se emulo. Esta actitud se mantiene durante toda la entrevista.

Se usan refuerzos verbales y no verbales y se toman posibles elementos de la información emergente para definir posibles síntomas mentales.

Segunda etapa

Se precisa el motivo de consulta con un esquema que directa o indirectamente contiene las siguientes preguntas:

"¿Cuál es el problema?

¿Cómo esto es un problema?

¿Qué se ha hecho para solucionarlo?"

Se da un buen espacio para saber qué tratamientos previos ha habido, qué narrativa (positiva o negativa) tiene de ellos, qué ha funcionado, qué expectativas tiene con su llegada a "mi espacio terapéutico y a qué me puedo comprometer".

Este tipo de exploración hace parte del abordaje sistémico estratégico y permite establecer todo un plan de evaluación y definición de metas dentro del proceso.

Se culmina la historia clínica homeopática biopatográfica completa.

Se extraen los síntomas mentales, generales y particulares, modalizandolos, con el timing e intervención psicoterapéutica pertinente según cada uno de los contenidos.

Tercera etapa

Se hace una lectura de retroalimentación mutua con el paciente, se realiza la prescripción homeopática si hay elementos suficientes elementos para ello y se formula un plan procurando establecer una alianza terapéutica

7.2.2Segunda sesión

Primera etapa

Se hace inducción rapport con elementos de musicoterapia, PNL o técnicas sistémicas.

Se hace revisión de ejercicios y de los contenidos emocionales, cognitivos, comportamentales o narrativos, cotejando la relación entre lenguaje verbal y no verbal.

Se hace selección de los síntomas repertorizables homeopáticamente.

Segunda etapa.

Se hace chequeo corporal del consultante e inducción de rapport.

Se busca el fortalecimiento del vínculo, promover la autoobservación y consciencia de los contenidos.

Se estimula el establecimiento de conexiones entre el contenido manifiesto o consciente y el latente o inconsciente. Como autoreferencia generativa “observo”[72] las situaciones desde la primera y segunda posición de observación y “reviso”[73] la transferencia y contratransferencia.

Se hace reprocesamiento y desensibilización con estimulación cerebral bilateral.

Se hace selección de los síntomas repertorizables homeopáticamente.

Tercera etapa

Se hace cierre de la sesión bien sea completo o incompleto, con protección emocional de la persona y psicoeducación de instrucciones para trabajo en casa.

Se hace selección de los síntomas y prescripción del medicamento homeopático o reforzamiento de la información si ya tenía formulado un medicamento anterior.

[72] Lo expreso en primera persona para enfatizar que se hace desde mi posición terapéutica en cibernética de segundo orden.

[73] idem

BIBLIOGRAFÍA

Alcaraz, G., & Correa, A. (2006). La ética de la investigación: el caso de los Tule (Kunas) de Urabá, Colombia. *Biomédica, 26*, 9-21.

Andrade, E. (2003). *Los demonios de Darwin, semiótica y termodinámica de la evolución biológica.* Bogotá: Universidad Nacional.

Arango-Bayer, G. (2008.vol 10 N°1). Los Comites de ética de la investigación.objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. *Investigación en enfermería: imagen y Desarrollo*, 9-20.

Asociación Mexicana para ayuda mental en crisis. (2008). Manual de entrenamiento básico en EMDR parte 2. Mexico: Asociación Mexicana para ayuda mental en crisis.

Bolivar, A. (2002). ¿De nobis ipsis silemus?: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista electrónica de investigación educativa*, 1-29.

Brainsky, S. (1984). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas, fundamentos de psicoanálisis.* Bogotá: Editorial Pluma.

Ceberio, M., & Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo.* Buenos Aires: Herder.

Chaparro, O. L., Eggert, A., & Alcira, T. (2013). Metodología narrativa en investigación cualitativa en enfermería. En M. Lenise do Prado, M. De Souza, M. Monticelli, M. Cometto, & P. Gómez, *Iinvestigación cualitativa en enefermería. Metodología y didáctica.* (págs. 154-163). Santa Catarina,Brasil: Organización Panamericana de la salud.

Cipolla, C. M. (1993). *"Miasmas y humores", En contra un enemigo mortal e invisible.* (M. Carol, Trad.) Barcelona: Crítica.

Ellis, A. (2006). *El camino de la tolerancia, filosofía de la terapia racional emotivo-conductual.* Barcelona: Ediciones Obelisco.

Garzón, D. I. (2008). Autorrferencia generativa y estilo terapéutico: su inserción en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas, 4*(1).

Gergen, K., McNamee, S., Kaye, J., Hoffman, L., Goolishian, H., Andersen, T., & Cecchin, G. (1996). *La terapia como construcción social.* Buenos Aires: Paidos.

Gonzalez, F. (2005). Introducción a la homeopatía. En F. I. Paez, *Doctrina Homeopática* (págs. 12-17). Bogotá: Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Paez .

Grinder, J., & Bandler, R. (2001). *De sapos a príncipes, transcripsción del seminario de los cradores de la PNL.* Mqdrid: Editorial Gaia.

Guerreiro Vieira, D., & Trentini, M. (2008). La narrativa en investigación en enfermería. En M. De Souza, T. Carraro, & M. Lenise do Prado, *Investigación cualitativa en enfermería:contexto y bases conceptuales* (págs. 195-211). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Hidalgo, P. (s.f.). *Enfermedades psicosomáticas y homeopatía.* Editado por http:// homeopatia.com.mx [consultado 15 Octubre 2014].

Klefbeck, J., & Dabas, E. (Marzo de 2000). Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. *Sistemas Familiares*, 47-63.

Maturana, H. (1997). *La objetividad: un argumento para obligar.* Chile: Dolmen.

Mejía, J. (Noviembre de 2011). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Cinta de Moebio, 14*, 1-12.

Meyer, C., Routier, C., de Sutter, P., Guéritault, V., & Van Rillaer, J. (2010). ¿ Qué nos enseña paul Watzlawick? En C. Meyer, *Los nuevos PSI* (págs. 479-493). Buenos Aires: Editorial Suramericana.

Morales H, G. A., & Morales H, L. A. (2013). *Guia básica de semiología psiquiátrica y comunicación humana, estrategias integrales para la práctica clinica, familiar y comunitaria.* Bogotá: En prensa.

Morales, L. A. (2012). *La reconstrucción del concepto integral de salud y la musicoterapia comunitaria.* Bogotá: en prensa.

Pashcero, T. (1983). *Homeopatía.* Buenos Aires: El Ateneo.

Rísquez, F. (2002). *Psiquiatría y Homeopatía.* New Delhi: B.Jain Publishers(P) LTD.

Sanchez, R., & López, A. (1992). *Entrevista y semiología psiquiátrica.* Bogotá: Femarped.

Shapiro, F. (2004). *EMDR, desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular.* México: Editorial Pax México.

Shapiro, F., & Silk Forest, M. (2008). *EMDR, Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas.* Barcelona, Barcelona: Editorial Kairós.

Wataru, O., & Monte, T. (1991). *Cómo leer el cuerpo, manual de diagnosis oriental.* Estados Unidos: Urano.

Watzlawick, P. (1983). *El lenguaje del cambio.* Barcelona: Herder.

ANEXO 1.

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Leonardo Alfonso Morales Hernández, Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta, Musicoterapéuta, estudiante en proceso de validación del título de especialista en Homeopatía en la Fundación Universitaria de Homeopatía FUNHOM y candidato a Doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y dirigida por la Dra. Claudia Cubillos, Médica especialista en docencia universitaria y docente de Fundación universitaria Escuela colombiana de Medicina Homeopática Luis G Páez

La meta de este estudio es describir los procedimientos que hace un especialista en tratamiento psicoterapéutico y homeopático y construir un protocolo o modelo pedagógico para beneficio de los pacientes.

El nombre de la presente investigación es **UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA A LA HISTORIA BIOPATOGRÁFICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES ADULTOS CON HOMEOPATÍA**

Si usted accede a participar en este estudio, es posible que se realicen filmaciones y se le pida participar en entrevistas. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria, usted no recibirá ninguna retribución económica. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista u otras técnicas utilizadas, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

El investigador se compromete guardar la cadena de custodia y se almacenarán los materiales en los archivos de la universidad Funhom.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con cc_____

En uso de mis facultades físicas y mentales acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Leonardo Alfonso Morales Hernández; He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

_____
_____
_____
_____

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Leonardo Alfonso Morales Hernández al teléfono 321 3436175, o al correo electrónico leonardomorales2010@gmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, al investigador principal.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha

ANEXO 2: INSTRUCTIVO DE EMDR

Los formatos presentados en este anexo, tienen solo un fin académico e ilustrativo, permiten al lector comprender más fácilmente la técnica, pero no son en sí un entrenamiento; se han hecho algunas adaptaciones didácticas del contenido de acuerdo al manual de entrenamiento básico de EMDR parte 2 (Asociación Mexicana para ayuda mental en crisis, 2008), al libro original de la autora que construyó este tipo de terapia (Shapiro, 2004), y a un segundo libro que escribió con otra colaboradora (Shapiro & Silk Forest, 2008); todo lo anterior para la mejor comprensión del texto del trabajo de grado.

CONSTRUIR EL LUGAR SEGURO[74]

"El terapeuta pide al cliente que construya un lugar real o imaginario de seguridad antes de comenzar el reprocesamiento. El cliente imagina ese lugar, por ejemplo: la playa, las montañas, etc., con palabras, emociones y sensaciones que lo hagan sentir calmado y seguro. Esta imagen puede ser un lugar de refugio durante los momentos de estrés. Además, el "lugar seguro" se puede utilizar para cerrar una sesión incompleta."

"Es importante averiguar si el cliente en verdad se siente seguro y calmado. A veces el lugar imaginario puede provocar emociones perturbadoras y el cliente empezará de inmediato con el procesamiento. Ante tal situación, el terapeuta dependerá de su juicio clínico."

Si el paciente siente ansiedad o síntomas de perturbación, esto significa que no es un sitio realmente seguro y se debe hacer un cambio. El lugar ideal debe ser ocupado mentalmente solo por el paciente, la presencia de familiares u "otros seres", puede convertirse en una perturbación potencial, en ese caso es recomendable buscar una situación positiva en la cual están esos vínculos y hacer un ancla con la situación, una vez hecho esto se puede llevar el paciente nuevamente a la construcción de su lugar seguro.

"En donde dice "movimientos bilaterales" se refiere al tipo de movimiento (ocular, táctil, auditivo) que el cliente prefiere.

"Existen ocho pasos a seguir para establecer el lugar seguro:

[74] Como se ha comentado en el texto de trabajo el lugar seguro es una estrategia que permite a la persona conectarse con pensamiento , emociones, sensaciones positivas que le permiten sentirse sereno, seguro, tranquilo, y a lo largo del proceso se pide al paciente que lo utilice en caso de necesidad o diariamente.

Paso 1: **Imagen:** Con la ayuda del terapeuta, el cliente evoca una imagen de un lugar seguro que fácilmente provoque en él un sentimiento personal de calma y seguridad. Puede ser algo real o imaginario, lo importante es que produzca respuesta de calma.

Hay los que buscan "una isla de la memoria" para prevenir que el lugar seguro se conecte con algo negativo.

> *"En tu mente, en tu imaginación, ¿has tenido alguna vez un lugar especial, un lugar ideal en donde puedas sentirte seguro y calmado? Si nunca lo has tenido, imagínate cómo sería? ¿Dónde sería?. Cuéntame."*

Si no hay un lugar seguro, debe ayudarle al cliente a construir uno: *¿Qué te parece que yo te ayude a construir uno?*

Paso 2: **Emociones y Sensaciones:** El terapeuta pide al cliente que se concentre en la imagen, sienta las emociones que le provoca e identifique en donde se localizan como sensaciones en su cuerpo.

> *"Ahora, por un momento imagina estar en ese lugar especial, ese lugar seguro, ¿Qué sentimientos o emociones tienes?, ¿Dónde las sientes en tu cuerpo?"*

Paso 3: **Embellecer la Imagen y la Emoción:** El terapeuta puede ayudar en el proceso utilizando un tono de voz tranquilo para establecer un sentido de seguridad para el cliente, a quien se le pide que narre sus experiencias y que agregue submodalidades de sonidos, olores, temperatura, colores, etc.

> *"Si volvemos a ese lugar ideal que me has descrito, ¿notas si hay sonidos?, ¿Cuáles son?, ¿existen olores?, ¿Cómo es la temperatura?, ¿Cuál es la hora del día o de la noche que tu prefieres?, ¿Qué colores predominan?"*

Observando ahora ese lugar, ¿Qué tan calmado y seguro te sientes?, ¿Podrías decir que es al cien por ciento? Si dice que SI, se sigue al siguiente paso. Si dice que no tanto, se le pregunta ¿Qué necesitarías cambiar, quitar o agregar para llegar al cien por ciento?.

Paso 4: **Movimientos bilaterales:** (tandas cortas, de 4 a 6 pases): la respuesta positiva se incrementa al incluir las tandas de movimientos bilaterales. El terapeuta debe usar el tipo de

movimientos que el cliente ha identificado como más confortables: velocidad, distancia, etc. Mientras tanto debe decir:

"trae a tu mente la imagen del lugar donde tú te sientes seguro y calmado. Concéntrate en el lugar en tu cuerpo en donde sientes las sensaciones placenteras y permítete disfrutarlas . Ahora concéntrate en esas sensaciones y sigue los movimientos"

Al final de la tanda de movimientos bilaterales, el terapeuta pregunta al cliente:

"Como te sientes ahora"

Si el cliente se siente mejor, **y el terapeuta se asegura que es al 100%**, el terapeuta hace 4 ó 6 movimientos más. Si la respuesta indica que su emoción positiva no ha aumentado, el terapeuta deberá usar movimientos alternativos, por ejemplo otra dirección ocular, o movimiento táctil en vez de ocular. Hasta que el cliente reporte que ha mejorado.

Paso 5: **Palabra clave:** Se le pide al cliente que piense en una sola palabra que se identifique con la imagen (por ejemplo: "paz", "playa", "montañas", "árboles", "tranquilidad", "seguridad") y la practique mentalmente mientras nota como se incrementan las sensaciones placenteras y la sensación de seguridad emocional.

El terapeuta usa de 4 a 6 movimientos bilaterales. (Otra opción es usar un anclaje físico.)

"Si pudieras con una palabra representar ese lugar especial, seguro, ¿Qué palabra sería?. Ahora, trae de nuevo a tu mente ese lugar especial con todos los detalles que me has dicho, (repetirlos para el cliente). Fíjate en la palabra que has escogido y sigue los movimientos. Y cuando sientas intensamente esa sensación de calma y seguridad, oprime el centro de la palma de tu mano con tu dedo pulgar. "

(Nota: el anterior es un ejemplo para hacer un anclaje físico. Puede elegirse otro lugar como anclaje físico. Enfatizar el hacer el anclaje físico cuando se siente "intensamente" la sensación de calma y seguridad).

Paso 6: **Haciéndolo solo:** Se le pide al cliente que por si solo repita este procedimiento, trayendo la imagen y la palabra clave, experimentando los sentimientos positivos, SIN

movimientos oculares. Cuando el cliente ha repetido con éxito este ejercicio, el terapeuta le indica como puede usar su lugar seguro para relajarse durante los periodos de estrés.

("Ahora quiero que nuevamente traigas tu lugar seguro, ideal, con todos los detalles que me has dicho (repetírselos), que te fijes en la palabra que elegiste y sin movimientos hagas tu solo este proceso).

Paso 7: **Probarse con la guía del terapeuta:** Para reafirmar lo aprendido, el terapeuta pide al cliente que traiga una perturbación pequeña y que note las sensaciones negativas que la acompañan. El terapeuta guía al cliente en el uso del lugar seguro para disipar las sensaciones negativas.

"Ahora, quiero que te imagines una pequeña molestia o perturbación que hayas tenido recientemente. Tráela a tu mente y nota las sensaciones negativas que te surgen. Y entonces, trae a tu mente tu lugar especial, con todos los detalles que me has mencionado, la palabra elegida y las sensaciones placenteras que lo acompañan. ¿Qué notas?"

Opcional: Aquí se pueden utilizar cuatro a seis movimientos bilaterales para fortalecer más el estado de bienestar.

Paso 8: **Probarlo solo con una perturbación:** El terapeuta pide al cliente que traiga una perturbación pequeña nuevamente y que haga el ejercicio sin la ayuda de él hasta que se sienta completamente bien.

"En este momento, quiero que traigas otra perturbación pequeña que hayas tenido recientemente y luego pienses en tu lugar seguro, ideal, con todos los detalles que pusiste, la palabra elegida y las sensaciones placenteras que lo acompañan. Hazlo tu solo".

Por fin se le pregunta al cliente ¿Alguna duda?."

FICHA DE TRABAJO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DESENSIBILIZACIÓN Y EL REPROCESAMIENTO CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL BILATERAL

Este formato tiene solo un fin académico e ilustrativo, permite al lector del trabajo de grado comprender más fácilmente la técnica, pero no es en sí un entrenamiento, ni pretende reemplazar los procesos de formación específica sobre el tema.

NOMBRE:

_____

FECHA:

_____

Instrucciones:

- Las marcas con palabras subrayadas "_____" y entrecomilladas indican lo que usted como terapeuta debe decirle al paciente/cliente.

1. PRIMERA FASE: HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

- Condiciones Médicas : Epilepsia
- Problemas oculares
- Tendencias disociativas
- Condiciones psicológicas y/o psiquiátricas
- Tema que trabajará: se hace preparación con búsqueda de blanco y selección del Nodo (lista de nodos) que será reprocesado en las siguientes etapas.

2. SEGUNDA FASE: PREPARACIÓN

- Fortalecer el Rapport o empatía (Vínculo Terapéutico)
- Informar sobre la estimulación cerebral bilateral.
- El consentimiento informado del paciente.
- Instrucciones específicas
- Acordar la señal de PARE
- Posición física
- Probar los movimientos bilaterales
- Usar una metáfora: "Deja que todo corra como el agua de un rio…"
- Construir el lugar seguro o el lugar especial

3. TERCERA FASE: EVALUACIÓN

IMAGEN: ("¿Cuál es la imagen que representa la peor parte de esa experiencia difícil/perturbadora?")

Si no hay imagen se puede preguntar: (¿"Qué surge cuando piensas en ese incidente?")

CREENCIA NEGATIVA: ("Cuando traes a la memoria esa imagen de la experiencia perturbadora, ¿Qué piensas o crees negativo sobre ti mismo AHORA como ese niño?)

CREENCIA POSITIVA: ("Cuando traes a la memoria esa imagen de la experiencia perturbadora, ¿qué quisieras o qué preferirías creer sobre ti mismo ahora?"… como ese niño[75])

VOC (Validez de la Creencia): ("Mirando esa imagen de la experiencia, ¿Cuán verdaderas SIENTES AHORA las palabras"), el terapeuta repite la creencia positiva aquí…. ("en una escala donde 1 se siente totalmente falso y 7 totalmente verdadero?")

Totalmente falso **1 2 3 4 5 6 7** Totalmente verdadero

[75] Esta experiencia traumática no corresponde necesariamente a episodios infantiles, aunque si sucede de esa manera en la mayoría de los nodos iniciales.

EMOCIONES: (“Cuando aparece en tu mente esa experiencia y las palabras negativas”…) el terapeuta repite la creencia negativa aquí …. (“Qué emociones sientes ***ahora***?”)

SUDS: (“En una escala de cero a diez, en donde cero es ninguna perturbación o neutral, y diez es la perturbación más alta que tu puedas experimentar, ¿Cuánta perturbación siente **ahora?”)**

Sin perturbación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor perturbación

LOCALIZACIÓN DE LAS SENSACIONES CORPORALES:

(“Dónde sientes la perturbación en tu cuerpo?”)

4. CUARTA FASE: DESENSIBILIZACIÓN:

SUDS Final:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notas Clínicas:

5. QUINTA FASE: INSTALACIÓN

VOC Final:

0 1 2 3 4 5 6 7

6. SEXTA FASE: CHEQUEO CORPORAL

7. SÉPTIMA FASE. CIERRE

8. OCTAVA FASE: SEGUIMIENTO