

TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN APLICADA A
UN CASO DE BULIMIA

SOLUTION FOCUSED THERAPY APPLIED TO
A CASE OF BULIMIA

TERAPIA CENTRADA NA SOLUÇÃO APLICADA A
A CASO DE BULIMIA

Mariana Medina Catacora¹ y Bismarck Pinto Tapia²
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

RESUMEN

En el presente estudio se pretendió describir la aplicación de las técnicas de la Terapia Centrada en la Solución a un caso de Bulimia. Se utilizaron técnicas como las excepciones, el elogio, la externalización y la deconstrucción. La Terapia Centrada en la Solución se considera eficaz en la intervención de trastornos de la conducta alimentaria por la importancia que este modelo otorga a los objetivos del cliente lo cual es imprescindible debido a la resistencia en este tipo de intervenciones. A lo largo de la terapia se llevaron a cabo ocho sesiones durante ocho semanas. Los resultados finales del tratamiento mostraron una disminución en la sintomatología de la cliente y sobre todo un restablecimiento de recursos para la confrontación de su problema y la sostenibilidad del cambio. A lo largo de la intervención se trabajó con diferentes técnicas que potencializaron los recursos de la cliente. A través del elogio se logró legitimar habilidades que la cliente ya presentaba. De igual forma se logró potenciar situaciones en las que el problema no aparecía a través de la excepción. Con la técnica de la externalización se logró intervenir en factores de predisposición de su sintomatología

¹ marianamedina1012@gmail.com

² Director de la investigación. Referencia: bpintot@ucb.edu.bo

como el aislamiento. Finalmente, la utilización de la técnica de la deconstrucción permitió a la cliente descubrir las fuentes de las cuales provenía su discurso predominante en el que el concepto de belleza estaba vinculado a la delgadez.

Palabras clave: Terapia Centrada en la Solución, Excepciones, elogio, externalización, deconstrucción

ABSTRACT

In the present study we tried to describe the application of the techniques of Solution Focused Therapy to a case of Bulimia. Techniques such as exceptions, compliments, externalization and deconstruction were used. Solution Focused Therapy is considered to be effective in the intervention of eating disorders because of the importance this model gives to the client's objectives, which is essential due to the resistance in this type of interventions. Throughout the therapy eight sessions were performed for eight weeks. The final results of the treatment showed a decrease in the symptoms of the client and, above all, a reestablishment of resources for the confrontation of their problem and the sustainability of the change. Throughout the intervention we worked with different techniques that potentiated the client's resources. Through the compliments was able to legitimize skills that the client already presented. In the same way it was possible to strengthen situations in which the problem did not appear through the exceptions. With the technique of externalization, it was possible to intervene in predisposing factors of its symptomatology such as isolation. Finally, the use of the technique of deconstruction allowed the client to discover the sources from which her prevailing discourse came, in which the concept of beauty was linked to thinness.

Keywords: Solution Focused Therapy, exceptions, compliments, externalization, deconstruction

RESUMO

No presente estudo, tentamos descrever a aplicação das técnicas de terapia centrada na solução para um caso de bulimia. Foram utilizadas técnicas como exceções, elogios, terceirização e desconstrução. A terapia centrada na solução é considerada eficaz na intervenção de distúrbios alimentares devido à importância que este modelo dá aos objetivos do cliente, o que é essencial devido à resistência neste tipo de intervenções. Ao longo da terapia, oito sessões foram realizadas por oito semanas. Os resultados finais do tratamento mostraram uma diminuição dos sintomas do cliente e, acima de tudo, o restabelecimento de recursos para o confronto de seu problema e a sustentabilidade da mudança. Ao longo da intervenção, trabalhamos com diferentes técnicas que potencializaram os recursos do cliente. Através do louvor foi capaz de legitimar as habilidades que o cliente já apresentou. Da mesma forma, foi possível fortalecer situações nas quais o problema não apareceu pelas exceções. Com a técnica de terceirização, foi possível intervir em fatores predisponentes de sua sintomatologia, como o isolamento. Finalmente, o uso da técnica de desconstrução permitiu ao cliente descobrir as fontes de onde seu discurso predominante veio, em que o conceito de beleza estava ligado à magreza.

Palavras-chave: terapia centrada na solução, exceções, louvor, terceirização, desconstrução

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del caso

Isabel* de 20 años, soltera, estudiante universitaria, acude al consultorio psicológico de la Universidad Católica Boliviana con la intención de abordar su problema con su

* Nombre ficticio delegado para proteger la identidad de los participantes

ingesta de comida. Explica Isabel que ingiere grandes cantidades de comida y posteriormente se provoca vómitos.

Explica que actualmente vomita con menor frecuencia, una vez cada dos semanas, sin embargo, continúa ingiriendo grandes cantidades de comida de forma reiterada. La frecuencia con la que sucede es de cuatro a cinco veces por semana. También explica que siente una preocupación constante por la cantidad de calorías en la comida que ingiere.

Después que tiene un atracón suele sentirse triste y culpable por no tener control, además se pone de muy mal humor e irritable con el resto de las personas. De acuerdo con ella para contrarrestar esta situación, de culpabilidad trata de asistir con más frecuencia al gimnasio.

En cuanto a la bulimia (no diagnosticada) de Isabel, y tras un análisis de la sintomatología que presenta en base al Manual de Diagnóstico DSM-V la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes. Un atracón se define por la ingesta de alimentos en un corto lapso de tiempo, aproximadamente dos horas, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar (APA, 2013).

También se caracteriza por la presencia de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Por ejemplo, los individuos tienen la sensación de no poder parar de comer o de no poder controlar el tipo o cantidad que ingieren. Asimismo, se da la presencia de conductas compensatorias, con el objetivo de no ganar peso (APA, ob. cit.).

Estas conductas son por ejemplo provocarse vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos. Pueden formar parte también de este grupo de conductas compensatorias el ayuno y el ejercicio excesivo (ob. cit.).

Isabel explica que, su desorden alimenticio se inicio cuando ella tenía 17 años durante su adolescencia. De acuerdo con la literatura la adolescencia es el grupo de mayor riesgo de padecer trastornos alimenticios, como la bulimia, por los cambios propios de la etapa.

Isabel relata que siempre se “sintió gorda” durante la ultima etapa del colegio y cuando comenzó a bajar de peso, las personas la empezaron a tratar mejor, esto impulsó los recursos de Isabel para bajar de peso de manera agresiva, empezó provocarse vómitos. De acuerdo con la teoría los adolescentes comparten el concepto de que la delgadez corporal se asocia a la belleza, prestigio y aceptación social.

De igual forma en esta etapa de su vida, fueron diferentes variables que acentuaron su conducta, los amigos, la televisión y sobre todo, sus hermanas mayores. Danitza* de 21 años, no era delgada y siempre estaba pendiente del tema del peso corporal. Según la cliente Danitza cuando veía a modelos en la televisión se disgustaba mucho consigo misma por no tener una figura corporal ideal como la que mostraban los medios de comunicación.

Debido a que solían ser bastante unidas Isabel empezó a obsesionarse también con el mismo tema. Y por otro lado, Andrea* la hermanastra mayor de 24 años era delgada y siempre criticaba a Danitza e Isabel por su peso y figura corporal.

Isabel es la segunda hija de María José* y Héctor* los cuales actualmente están casados. María José es una señora que no pasa de los 45 años y la edad de Héctor esta alrededor de los 50 años. María José tuvo a Andrea en una previa relación a su matrimonio con Héctor. Con él posteriormente tuvo cuatro hijos de los cuales Danitza es la primera de 21 años, Isabel de 20 años, Catalina* de 12 años y Dante* de 9 años.

Isabel explica que estableció una relación conflictiva con su padre debido a su alcoholismo, comenta que llegaba a la casa ebrio y violento tanto verbalmente como físicamente y solía atacar a su mamá, esto producía mucho miedo en la familia y desde

* Nombre ficticio delegado para proteger la identidad de los participantes

entonces Isabel siente mucho rencor hacia él, sentimiento del que no desea hablar.

La relación con su mamá es conflictiva y distante debido a que Isabel demanda pasar tiempo con ella y esta demanda resulta en enfrentamientos continuos, la principal explicación de María José es que asume largas jornadas laborales fuera de casa, que no le permiten pasar tiempo con sus hijas.

En toda la dinámica familiar, Isabel hace énfasis en la cercanía conflictiva que siempre sintió con Danitza, la cual, en las tres semanas previas a la consulta había sufrido un brote psicótico con alucinaciones y conductas extrañas. Según Isabel esto fue muy impactante para ella y el motivo de porque acudió a terapia. Explica que su problema con la ingesta de comida estaba “estable” durante un mes hasta que tuvo una crisis coincidente con el brote psicótico de su hermana.

Objetivos

Objetivo General

Describir el procedimiento de la aplicación de las técnicas de la Terapia Centrada en la Solución a un caso de bulimia de una joven de 20 años.

Objetivos Específicos

- Analizar la efectividad de las excepciones en el tratamiento de la bulimia
- Describir la utilidad del elogio como método en un caso de bulimia
- Observar la efectividad de la técnica de la externalización en el tratamiento de la bulimia
- Examinar la utilidad del procedimiento de la deconstrucción narrativa en un caso de bulimia

Justificación del Proceso de Intervención

Uno de las grandes problemáticas hoy en día que involucra a la juventud son los trastornos de la conducta alimentaria. Debido a que una gran parte de la población juvenil lo padece, el interés por el estudio de estos trastornos se ha incrementado (Oregón y Noriega, 2011).

En los países desarrollados el estudio de los trastornos alimenticios ya lleva varias décadas de desarrollo a diferencia de lo que ocurre en países en vía de desarrollo. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2000) muestra que de 1% a 3% de población adolescente femenina presenta trastornos del comportamiento alimentario (Vázquez, Mancilla, González, López Álvarez, Ruíz, Franco).

La prevalencia encontrada de los trastornos de la conducta alimentaria entre las tres ciudades de Bolivia es alta de 4.4%. Incluso si se la compara con la reportada en otros países desarrollados como en el caso de Estados Unidos y España con una prevalencia de 6.8% y 8% respectivamente. (Daroca y Velasco, ob. cit.).

De acuerdo con los datos alarmantes de los distintos estudios sobre la prevalencia de este trastorno entre los jóvenes es imprescindible el desarrollo de modelos terapéuticos de intervención que contengan herramientas y recursos eficaces para el abordaje de individuos que presenten problemas en la conducta alimentaria. Este modelo tiene características importantes para la intervención con trastornos alimenticios. Por un lado promueve la relación de cooperación entre cliente y terapeuta y en segundo lugar favorece al incremento de recursos del cliente.

Sin embargo, no existe un estudio que demuestre la utilidad del modelo de la terapia centrada en la solución aplicada a trastornos de conducta alimentaria como la bulimia nerviosa en Bolivia. En este sentido esta investigación se plantea como innovadora por su aplicación de dicho modelo al desorden alimenticio de la bulimia.

BULIMIA NERVIOSA

De acuerdo con el DSM-V la Bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes. Un atracón se define por la ingesta de alimentos en un corto lapso, aproximadamente dos horas, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar (APA, 2013).

Se identifica la presencia de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Los individuos tienen la sensación de no poder parar de comer o de no poder controlar el tipo o cantidad que ingieren. Asimismo, se advierte la presencia de conductas compensatorias, con el objetivo de no ganar peso, como provocarse vomito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos. Pueden formar parte también de este grupo de conductas compensatorias el ayuno y el ejercicio excesivo (APA, ob. cit.).

SUBTIPOS DE BULIMIA

De acuerdo con el DSM-V existen dos subtipos dentro de este trastorno. La de tipo purgativa y la de tipo no purgativa. La purgativa se caracteriza por el hecho de que cuando sucede el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (APA, 2000).

La de tipo no purgativa cuando sucede el episodio de bulimia, la persona utiliza otras conductas compensatorias inapropiadas, como por ejemplo el ayuno, el ejercicio excesivo, sin recurrir regularmente a provocarse el vómito, ni usar laxantes, diuréticos o enemas en exceso (APA, ob. cit.).

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

La principal característica del desorden alimenticio de la bulimia es la existencia de una preocupación constante por la comida, se presentan deseos irresistibles de comer, por lo que el enfermo termina por rendirse ante ellos. Se presentan episodios de apetito

durante los cuales consumen grandes cantidades de comida en periodos relativamente cortos de tiempo (CIE-10, 1992).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se trata de un tipo de trastorno que se caracteriza por una ingesta de grandes cantidades de alimentos con una sensación de descontrol que se asocia a un deseo por adelgazar. Presentan este tipo de pacientes un modelo de alimentación anormal (León y Castillo, 2003).

Con episodios de atracones, o sea, ingesta voraz en un corto tiempo perdiendo el control sobre el acto de comer. Los atracones los llevan a cabo de forma secreta y seleccionan alimentos que suelen ser de alto contenido calórico que usualmente se prohíben (León y Catillo, ob. cit.).

MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

En relación con el perfil de personalidad es característico la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la introversión. Incluso se describe un subgrupo que incluye conductas de abuso de alcohol, otras drogas, autoagresiones, intentos de suicidio, cleptomanía y promiscuidad sexual (ob. cit.).

MANIFESTACIONES COGNITIVAS

Las pacientes bulímicas presentan pensamientos erróneos relacionados con la comida, figura y peso corporal y rechazo a la posibilidad de ser obesas. A diferencia de la anorexia suele estar preservada la consciencia de enfermedad. El paciente es más consciente de su conducta anormal (ob. cit.).

MANIFESTACIONES AFECTIVAS

El índice de depresión es bastante alto en este desorden alimenticio. Además existe una alta posibilidad de que exista historia familiar de depresión. Una vez instaura el cuadro depresivo tiene una evolución paralela al trastorno alimenticio (ob. cit.).

FACTORES DE RIESGO

A continuación, se presentará estudios sobre bulimia en tres grandes áreas en relación a los factores de riesgo, como ser biológicos, socioculturales y psicológicos.

FACTORES BIOLÓGICOS

En Moreno y Ortiz (2009); Hunot, Vizmanos, Vázquez, Celis (2008) comentan que predisposiciones fisiológicas con posibles determinantes genéticos pueden producir un nivel de vulnerabilidad biológica. Los factores genéticos tienen un papel muy importante en la predisposición a desarrollar cierto tipo de personalidad o producir ciertos desordenes afectivos, como también la vulnerabilidad fisiológica.

Existe evidencia acerca de la disfunción hipotalámica en pacientes que presentan bulimia, de todas formas, no es demostrable hasta que punto los factores nutricionales son la etiología principal de este tipo de trastorno. De todas formas, el comportamiento dietético es vital ya que forma parte de los factores de riesgo en la aparición de trastornos alimenticios (Santana, Junior, Mora, Raich, 2005).

FACTORES SOCIOCULTURALES

Diferentes componentes de nuestra actual sociedad contribuyen a la aparición de cada vez más casos de trastornos alimenticios como la bulimia. Factores como el incremento de anuncios y programas tanto televisivos como por vía internet que promocionan la reducción de peso junto con el diseño de ropa y el modelaje para cuerpos delgados y deportes que estimulan la figura esbelta (Santana, Junior, Mora, Raich, 2005).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Uno de los principales factores psicológicos es la constante preocupación por la delgadez y la internalización del ideal de delgadez. Esta preocupación es reflejada en el cuerpo mayormente de adolescentes en la mayoría de los casos en adolescentes mujeres. La internalización de este ideal de la belleza asociada a la delgadez significa un riesgo ya que se vincula con la insatisfacción corporal y con conductas de riesgo de alimentación (Sierra, 2005).

FACTORES PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES

Los rasgos psicológicos que se encuentran vinculados a los trastornos alimenticios son por ejemplo déficits en la autoestima, dependencia, temor a la pérdida de control, vivencia de soledad y temor al abandono, vivencia de control externo, inseguridad y problemas de identidad (Aguinaga, Fernández, Varo, 2000).

CICLO VITAL UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

La psicología evolutiva o del desarrollo humano analiza la manera en que los seres humanos se transforman a lo largo de la vida. Esta comprende el estudio del ciclo vital, estudia la forma en que cambian continuamente las acciones del individuo y como este va reaccionando a un medio que de igual forma cambia constantemente (Dulcey y Uribe, 2002).

CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA

La adolescencia alcanza una década más o menos, de acuerdo con la Asociación Mundial de Salud empieza en la etapa de la pubertad, entre las edades de doce y catorce. Luego esta la etapa de la adolescencia media que comprende las edades de quince y dieciséis. Después tenemos la adolescencia tardía que estaría entre los diecisiete y veinte años (Maganto y Cruz, 2000)

De acuerdo con algunas investigaciones el inicio de la adolescencia es biológica y es dada por cambios endocrinos que producen cambios somáticos y finaliza cuando el adolescente es capaz de estabilizar el concepto de pareja y vocación (Maganto y Cruz, ob. cit.).

ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Con la llegada de la pubertad la mujer presenta un aumento normal de grasa corporal lo cual puede producir una preocupación excesiva en relación a su imagen corporal y el control sobre su peso. Muchas veces el objetivo de no convertirse en obesos causa problemas más serios que la propia obesidad. Por la presión social que se recibe la cual desemboca en una batalla en contra de ellos mismos para poder reducir o mantenerse en el mismo peso (Merino, Pombo, Godás, 2001).

FAMILIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Al igual que otro tipo de alteraciones en la conducta, los individuos con trastornos alimenticios provienen de familias que se caracterizan por cierto tipo de funcionamiento. Desde una perspectiva interaccionar la forma de organizarse y su funcionamiento de las familias son peculiares (León y Aizpuru, 2010).

Por ejemplo, una de las tendencias dentro de este tipo de familias con miembros con trastornos alimenticios es el amalgamiento, con esto nos referimos a que la autonomía y la privacidad son pobres. Los límites individuales y generacionales son débiles lo cual produce en la mayoría de los casos confusión de roles y funciones (León y Aizpuru, ob. cit.).

TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

Es un tipo de modalidad de la terapia breve elaborada en el Centro de Terapia Breve Familiar de Milwaukee por Steve de Shazer y su equipo de trabajo surge a partir de las revisiones de los sustentos teóricos y prácticos del trabajo terapéutico de Milton H. Erickson y también por el Instituto de Investigación Mental MRI (Beyebach, Rodríguez, Arribas, Hernandez, Martín, Rodríguez, 1997).

Este modelo profundiza el uso del lenguaje y los fundamentos teóricos de la posición posestructuralista. Propone trabajar no con realidades si no con construcciones por lo cual es necesario quedarse en el lenguaje y no elaborar lecturas muy estructuradas (Beyebach, Rodríguez, Arribas, Hernandez, Martín, Rodríguez, ob. cit.).

SUPUESTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

Uno de los principales supuestos de este modelo es el enfoque no patologizante hacia el cliente. Este se enfoca en la salud mental de los clientes, da importancia a los recursos del individuo y no así a sus carencias e incapacidades. No trata de buscar lo que este mal en el individuo y tratar de arreglarlo sino de buscar lo que esta bien e intentar descubrir como utilizarlo (Tarragona, 2013).

Otro de los fundamentos es la utilización terapéutica esto se refiere a que el terapeuta debe comprender primero todo el marco conceptual desde el que se desenvuelve el cliente y trabajar desde este. Por ejemplo utiliza sus recursos, habilidades, conocimientos, motivación, red social, circunstancias, etc. (Tarragona, ob. cit.).

TÉCNICAS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

En general esta práctica terapéutica se conforma de un conjunto de conversaciones en las que conversa sobre lo que ha ido bien, en general en la vida del individuo o de lo que puede incluso a mejorar. Este proceso se inicia desde el primer contacto con el cliente o la familia (Ramírez y Rodríguez, 2012).

En este sentido la primera sesión se focaliza mucho más en establecer una buena relación terapeuta cliente y explorar minuciosamente el motivo de consulta para lo cual se cuenta con preguntas de tipo lineales; que tienen la finalidad de recaudar información sobre la secuencia del problema y preguntas circulares que son orientadas a indagar sobre factores interpersonales que puedan estar manteniendo el problema.

PROYECCIÓN AL FUTURO

Consiste esta técnica en incitar al cliente a que imagine un futuro en el que el problema por el que vino a consulta está resuelto y lo empieza a describir con detalle. Esta técnica es fundamental ya que posibilita llegar a la negociación de objetivos finales de toda la intervención (Ramírez y Rodríguez, 2012).

EXCEPCIONES

Se denominan excepciones a las circunstancias y acciones en la que la queja se atenúa o no ocurre. El trabajo del terapeuta es retener la conversación en estas acciones o circunstancias donde la queja desaparece o es mínima. En este sentido el terapeuta debe preocuparse mayormente por las conductas del cliente o de la familia que realizaron para resolver el problema o por lo menos estuvieron encaminados hacia la resolución (Beyebach, Rodríguez, Arribas, Hernández, Martín, Rodríguez, 1997).

CAMBIO PRETRATAMIENTO

Es una buena manera de investigar sobre excepciones antes de las sesiones psicológicas. Una de las utilidades de este tipo de preguntas es que cuando los clientes informan de cambios anteriores al tratamiento, la transformación comienza desde ese cambio y simplemente en la terapia se continúa esta transformación (Sierra y Fernández, 2009).

PREGUNTAS DE ESCALA

Esta técnica consiste en proponer al cliente que ubique su problema y al él mismo o ella y su avance en una escala numerada. Es muy necesaria esta técnica para que terapeuta y cliente se pongan de acuerdo tanto en el lenguaje ya que hablar de números remite a todos a un lenguaje universal (Sierra y Fernández, 2009).

USO DEL ELOGIO

El elogio esta introducido de manera sistemática en la estructura de la entrevista, con el fin de resaltar los aspectos positivos del cliente. Puede elogiarse desde cambios que favorecen al cliente frente al problema hasta recursos con los cuales puedan vencer al problema (Espina y Cáceres, 1999).

LAS PRESCRIPCIONES O TAREAS

Al momento de proponer una prescripción es muy importante tener en cuenta algunos aspectos. La prescripción debe ser total mente coherente con lo que se converso en la sesión. Debe ser muy coherente lo que se prescriba con lo que se fue hablando en la sesión o lo que el cliente fue comentando (Tarragona, 2013).

SESIONES POSTERIORES

Las sesiones siguientes se mantiene el patrón, se sigue la conversación y al final se da un mensaje final. Entre sesiones se va preguntando que cosas fueron bien, que cosas mejoraron, o sea, vamos buscando excepciones. Si se presenta problemas en encontrar excepciones debemos proceder a introducir perspectivas múltiples. En este caso se pide al cliente que pida diferentes opiniones sobre su proceso, tal vez otras personas puedan ver cambios a diferencia del propio paciente (Aranda, Beyebach, Herrero, 2006).

En el caso de que al terapeuta le cueste mantener el foco sobre las excepciones puede empezar a marcar cualquier tipo de excepción por más pequeña que fuera. También se

puede recurrir a las preguntas de afrontamiento para hacerle notar que pudo hacer algo frente a una situación similar problemática anterior, por ejemplo, ¿qué hiciste para lidiar con esa situación en ese entonces?, ¿Cómo es que no te desmoronaste?, etc. (Aranda, Beyebach, Herrero, ob. cit.).

III. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 1

Estructuración de la Intervención

SESIONES	DESCRIPCIÓN	TÉCNICAS	DURACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> • Contención 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas lineales • Preguntas circulares 	1h. 15min.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización • Definición del Motivo de Consulta • Delimitación de Objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas lineales • Preguntas circulares • Pregunta de proyección al futuro (la bola de cristal) • Retroalimentación • Reencuadre • “Tarea de la primera sesión” • Tarea “bitácora” 	1h.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de la anterior sesión • Exploración del primer objetivo: la timidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Externalización • Tarea metafórica: personificación de “Isabel tímida” 	45min.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas de la anterior sesión • Exploración del segundo objetivo: organización 	<ul style="list-style-type: none"> • Excepciones • Elogio • Elaboración de Horario 	1hr.

5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea de la anterior sesión • Explora del tercer objetivo: expresión de afecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Elogio • Utilización de la metáfora: relato de una anécdota propia 	1hr.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea de la anterior sesión • Exploración del cuarto objetivo: bulimia 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas lineales • Preguntas circulares • Excepciones • Deconstrucción 	1h. 15min.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Collage 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de Narrativa Dominante • Tarea de la a “Carta de despedida/bienvenida” 	45min.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea de la anterior sesión • Verificación del cumplimiento de objetivos • Cierre de la terapia • Introducción del concepto de las sesiones de seguimiento • Incorporación de la definición de recaídas para su prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea de la “Carta a otro consultante” 	1h. 15min.

Estructuración de la intervención de Isabel; de acuerdo al numero de sesiones, se especifica también lo que se realizo en cada sesión, las técnicas que se utilizaron y la duración de cada una.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA

El presente estudio se llevó a cabo en el consultorio de la Universidad Católica Boliviana. Como parte de esta entidad se ofreció el servicio de terapia psicológica gratuita lo cual benefició a la consultante. Se hizo todo lo necesario por producir el bien a través del ejercicio profesional.

Salvaguardando los derechos de la consultante aplicando la norma de mantener el secreto profesional. Se tuvo como obligación primordial y se tomó las precauciones necesarias para proteger la información confidencial obtenida y conservada de las grabaciones. Asimismo, se proporcionó un trato igualitario hacia la beneficiaria tanto en recursos materiales como humanos.

En este sentido se otorgó a la beneficiaria un consentimiento informado. A través de dicho documento se otorgó una explicación apropiada procurando en todo momento el acuerdo de la paciente. Tomando en cuenta sus preferencias e intereses así obteniendo su permiso.

De igual forma se debe tomar las precauciones necesarias para asegurar que límites de competencia no permitieran llevar a cabo prácticas injustas hacia la cliente. En este caso es importante la colaboración multidisciplinar como corresponde a esta patología biopsicosocial.

Es imprescindible consultar al equipo de Salud Mental para obtener un diagnóstico de bulimia, para que posteriormente se puedan realizar las respectivas evaluaciones y tratamientos pertinentes.

La delegación a otros centros especializados para que los clientes puedan recibir un tratamiento multidisciplinar tiene el propósito de salvaguardar su bienestar ya que nuestras acciones y juicios profesionales pueden afectar la vida de estos.

ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA INTERVENCIÓN

Análisis de la Familia como Contexto

Tras un análisis relacional del funcionamiento de la familia de Isabel, varios son los factores que se constituyen en determinantes para la aparición y mantenimiento de un trastorno de alimentación en alguno de sus miembros.

Entre ellos, los más importantes son, el alcoholismo del padre y los conflictos producto de las infidelidades manifiestas del padre y como estas se convirtieron en una forma de relacionamiento parental, que afecta de manera directa a los hijos, a través del ambiente de inseguridad y conflicto constante que marca su relacionamiento.

La falta de atención por parte de los padres, hacia las necesidades emocionales de las hijas mayores (especialmente) han permitido que, entre estas se establezca un relacionamiento marcado por el conflicto y constantes peleas que debilitan el auto concepto de cada una en función del aspecto físico y que, en Isabel han colaborado a la aparición de la bulimia.

Primera Sesión

Isabel acudió al consultorio acompañada de su mamá María José, empezó a explicarme el problema por el cual traía a su hija a consulta. Indica que Isabel vomitaba después de grandes atracones de comida.

Después de esta breve explicación, María José manifestó, que ella prefería que su hija Isabel hablara a solas conmigo, por lo que decidió salir de la sesión. Una vez cedidos estos minutos a la madre, hice participe a Isabel sobre como pensaba ella que era la mejor manera de iniciar su tratamiento terapéutico, ella estuvo de acuerdo en que sus sesiones se llevaran a cabo sin la presencia de su madre.

Una vez iniciada la sesión, Isabel comenzó su relato describiendo que el verdadero motivo de consulta era la reída que había sufrido con respecto a la bulimia que tenía hace 4 años.

Explicó que esta coincidía con el episodio que había presenciado 1 mes atrás, donde su hermana mayor Danitza había sufrido un brote psicótico. Recordar estos incidentes por demás impactantes, resultaban muy conmovedor para Isabel que inmediatamente rompió en llanto.

Segunda Sesión

Durante la segunda sesión se exploró el motivo de consulta con pregunta lineales, circulares y sobre intentos fallidos. Se realizaron preguntas lineales para conocer sobre todo la secuencia del problema.

El motivo de consulta de Isabel era la compulsiva ingesta de comida no así el vómito, ya que últimamente no sucedía. Esta situación se daba hace cuatro años y su frecuencia era de cuatro a cinco veces por semana. Explicó que anteriormente lo único que había hecho para resolver este problema fue evitarlo, poniéndolo de lado y tratando de no pensar en esto.

Se observó que el silencio y el aislamiento eran factores que mantenían el problema. Solo cuando Isabel decidió contarle a su mamá se movieron para buscar ayuda.

Las preguntas sobre excepciones permitieron explorar el camino por el cual la consultante podría continuar y se convirtieron en los objetivos de la terapia. Isabel explicó que cuando se puso un horario tanto para comidas como para actividades no tuvo atracones. El organizarse le permitía comer sano, ordenadamente, tener tiempo para ir al gimnasio y salir con sus amigos. Todas estas actividades la hacían sentir muy relajada, feliz y en control de la situación.

Sobre su contribución en las excepciones con el propósito de que reconozca su aporte en estas, Isabel. Explico que realizaba diferentes tareas que la hacían sentir mejor en relación a su desorden alimenticio, como ponerse un horario, ir al gimnasio, salir con sus amigos y para la realización de estas tareas nos indicó que solía apoyarse internamente con frases alentadoras.

Posteriormente se vinculó estas excepciones con su problemática actual. Se le mostró que estas actividades que tanto disfrutaba podrían serle útiles al lidiar con su problema en la actualidad. Como el ir al gimnasio, salir con su familia y amigos.

Se establecieron metas y objetivos concretos para organizar las sesiones posteriores. Para esto se utilizó la pregunta de proyección al futuro más específicamente la pregunta de la bola de cristal.

Los objetivos terapéuticos fueron que comparta comidas con su familia, organice sus horarios para ir al gimnasio y para comer sano, sea sociable compartiendo con amigos y por último sea más amable con las personas en general, que exprese más cariño, siendo estos los problemas que más interferían en su estabilidad y tranquilidad, así definidos por la propia consultante.

Seguidamente se realizó una síntesis de toda la temática abordada. También se realizó un reencuadre con el propósito de otorgarle una nueva visión sobre su narrativa saturada de los efectos negativos y perjudiciales que experimentaba en su vida en relación con su síntoma.

Se le mostró que gracias a este se había transformado en una persona mucho más sociable y consciente de su salud. Con lo cual Isabel experimentó una nueva perspectiva a su experiencia.

Como parte importante del cierre se realizó un resumen de los recursos que se encontraron. Fue fundamental mostrarle a Isabel los recursos con los que cuenta ya que estos le servirán para enfrentar y resolver posteriormente su conflicto.

Tercera Sesión

Posteriormente durante esta sesión se comentó sobre los objetivos que se obtuvieron en la primera sesión con la actividad de la bola de cristal. Se destacaron cuatro objetivos principalmente; ser más organizada, el que pueda hablar en público sintiéndose segura y que pueda expresar afecto.

Ser más cariñosa en general con las personas y finalmente tener más control sobre la ingesta de comida. Explicó que quería empezar con el objetivo de poder hablar en público y poder sentirse más segura y confiada.

A lo largo de la sesión se trabajó con el objetivo que Isabel eligió al cual denominó “timidez”. Para trabajar con este se eligió la herramienta terapéutica de la externalización. Con la finalidad de modificar la percepción que Isabel tenía respecto a la “timidez” como parte de su identidad.

Esta forma de percibirse profundizaba y obstaculizaba el cambio ya que la timidez esta estrechamente relacionada a una sensación de debilidad. Se consideró muy útil este tipo de intervención ya que Isabel se describía a sí misma y su dificultad como una unidad.

Se hizo referencia a sus propias palabras utilizadas para definir la dificultad para hablar en público “la timidez” sin embargo señalamos a esta como un concepto separado de su propia identidad, es decir, haciendo referencia a que “la timidez” interfiere en su vida en ciertas ocasiones.

Primero se indagó sobre la historia de este problema. Luego se exploraron los efectos de esta en la vida de Isabel. Y finalmente como afectaba su vida personal, social, familiar, etc.

En este sentido se utilizaron preguntas que le permitieran a Isabel distanciarse respecto de su problema y así poder estimular su creatividad para que luego ella pueda enfrentarla. En este caso Isabel confronta a la timidez; empujándola, la hace un lado cuando aparece y también se apoya internamente con frases como “ya no soy así”.

Una vez que se realizó la externalización de este problema con éxito, nos centramos en las soluciones, o sea, en situaciones en que logró vencer al problema. Por ejemplo Isabel le puso un alto cuando esta timidez empezó a aparecer cuando estaba con sus amigos.

Al finalizar la sesión se vio pertinente dar a Isabel una tarea metafórica que consistía en que personifique a su parte tímida, la cliente, empezó por llamarla “Isabel tímida” como otra versión de ella misma, alguien separado de ella, pero que debía llevarla todo el tiempo a su lado, entonces Isabel, debía aprender a reconocer los mensajes que provenían de este personaje interviniendo en situaciones sociales especialmente.

Cuarta Sesión

Luego se revisó la tarea que consistía en que debía llevar a la “Isabel tímida” con ella y debía identificar sus mensajes. Esta actividad tenía el objetivo de externalizar y personificar el problema para generar nuevas ideas para poder enfrentarla, estas no eran visibles para ella cuando hablaba del problema como parte de su identidad.

Isabel a través de esta tarea pudo observar de forma mucho más clara los mensajes que provenía de la “Isabel tímida”. Los mensajes que recibía eran bastante crítico e hirientes a los cuales les pudo hacer frente esta vez ya que era mucho más conscientes de estos.

Isabel considero que estos mensajes no eran ciertos por lo que decidió no prestarles atención e ignorarlos. Justamente con esta tarea se pretendía que Isabel generara nuevas ideas o estrategias de enfrentamiento hacia el problema como el no estar de acuerdo e ignorarlos.

Luego se indagó mayormente el segundo objetivo que Isabel eligió; la falta de organización. Se trabajó con las excepciones ya que la cliente realizó acciones exitosas en el pasado para lidiar con su desorganización. Desarrollando horarios que le ayudaron a enfrentar esta situación y procurarle una sensación de control sobre su vida. Las preguntas que se realizaron estaban dirigidas principalmente a indagar excepciones que se habían dado anteriormente; posteriormente se habló únicamente del horario que Isabel había creado con el objetivo de que este cobrara importancia ante los ojos de la cliente.

Una vez que fue identificada la excepción pasamos a profundizar sobre esta. Se le pregunto más detalladamente sobre como había armado su horario, que actividades entraban dentro de este, etc. Con la finalidad de que esta excepción cobrara valor terapéutico. Asimismo, se le preguntó sobre su contribución en la creación de este horario con el propósito de que reconociera y valorara su aporte en el desarrollo de este. Finalmente se vinculó la excepción del horario con la problemática actual de Isabel; la desorganización.

Durante esta sesión también se vio conveniente trabajar con el elogio ya que se observaron recursos de Isabel muy importantes. Tenía la habilidad para encontrar soluciones a problemas que en el pasado no le permitieron cumplir sus metas. Isabel que mostró flexibilidad planteó crear un horario no muy estricto para poder cumplirlo esta vez.

Quinta Sesión

En este sentido se vio nuevamente necesario intervenir con el elogio sobre su habilidad para encontrar soluciones a problemas que no le permitían lograr sus objetivos.

Se le preguntó como podría solucionar este conflicto de prohibirse estrictamente algunas comidas, planteó la posibilidad de enfocarse en las porciones en vez de la prohibición. Lo cual en posteriores sesiones le daría buenos resultados y le permitiría cumplir el horario de forma exitosa.

Se indagó también sobre el tercer objetivo acordado al inicio del proceso terapéutico, referido a la expresión de afecto. Isabel comentó que le resultaba incómodo en general ser cariñosa, aunque se esforzaba para no ser fría. Se sentía culpable por esta situación ya que consideraba que la gente no se merecía ese tipo de trato.

En este sentido se vio conveniente intervenir con el uso de metáforas; el relato de una anécdota propia sobre la necesidad de ser uno mismo aunque a los demás no les agrade, se le explicó que muchas veces ponía las necesidades de los demás antes que las mías y así también mostrarle sentimientos de empatía.

Con el objetivo de que Isabel sea más flexible y pueda analizar su necesidad de ser fría frente a la necesidad de los otros que de acuerdo con ella no merecían ese tipo de trato.

Sexta Sesión

Isabel explica que su desorden alimenticio se da hace cuatro años sin embargo la frecuencia en el último mes había disminuido bastante, prácticamente no sucedía este episodio hace dos semanas. Se identificó que el aislamiento era uno de los factores interpersonales que favorecía al problema, cada vez que ocurre un atracón, Isabel tiende a aislarse, alejarse de las personas y esto la entristece mucho más aún.

Se examinaron las excepciones ocurridas respecto el problema. Se encontró diferentes situaciones en las que estas se atenuaban. El organizarse con un horario le favorecía pero sin ser muy estricta con el mismo, también ir al gimnasio, manejar las porciones más adecuadamente y salir con amigos. Situaciones que le permitieran controlar su ingesta de comida

Finalmente, durante esta sesión se consideró necesario intervenir con la deconstrucción. A través de un lenguaje principalmente interrogativo y desde la curiosidad se indagó como Isabel fue armando una historia que terminó por aceptarla completamente. Se le propuso ir más allá de este discurso con el objetivo de poder desarmarlo. Para luego conjuntamente ir construyendo una narrativa elegida y no impuesta.

Se puede observar como Isabel fue creando una realidad en la que la belleza estaba totalmente vinculada con la delgadez. Se indagó sobre los factores que aportaron a la construcción de este discurso dominante. Esta idea provenía de diversas fuentes, como la televisión, el internet y finalmente de su propia familia; de sus hermanas mayores, todas estas fuentes colaboraban con el mantenimiento del problema.

Isabel fue construyendo un nuevo discurso que se diferenciaba bastante del anterior. Ya no creía en muchos conceptos que antes daba por sentado como que la belleza era sinónimo de delgadez. El discurso nuevo que fue creando contenía ideas más elaboradas y propias, elegidas y ya no, ideas impuestas por la sociedad a través de los medios de comunicación.

Desde esta perspectiva fue imprescindible intervenir con el elogio, ya que el nuevo discurso de Isabel, desafiaba antiguos supuestos que entorpecía la relación consigo misma y con los demás. Se elogió también y de manera continua, su capacidad de analizar y deconstruir viejas ideas perjudiciales; se resaltó este logro tan importante que Isabel alcanzó; el empezar a elaborar un nuevo discurso basado en el respeto y amor a sí misma.

Séptima Sesión

Durante esta sesión se procuró hacer algo diferente a las demás sesiones. Se le pidió a Isabel hacer un collage. Se utilizó este medio creativo con el propósito de afirmar nuevas

narrativas acerca del problema. Se pretendió que Isabel a través de esta herramienta organizara y consolidara ideas nuevas que desarrollo en los últimos meses.

Se le proporcionó la consigna de que, en tres láminas distintas y con la ayuda de recortes de revistas, representara su proceso de cambio y que una vez terminado su trabajo, pueda relatar lo que significaban. De acuerdo con Isabel, la primera lámina estaba representada su antigua identidad, con recortes de revista de una modelo y palabras como; autodestrucción, miedos, resentimientos, preocupación y pesimismo.

La segunda lámina simbolizaba su presente, con recortes de revista de una sonrisa y palabras como; grandes cambios, decisiones importantes, amor, energía positiva, sentirse viva. En esta lámina se plasmaron los recursos que identificó como propios y que le permitieron hacer frente a su problema.

Finalmente, en la tercera lámina, representaba lo que le gustaría seguir haciendo en un futuro como el ser extrovertida, tener amor propio, ser fuerte, feliz y saludable. Habilidades que le permitirían continuar con su proceso de cambio. Al finalizar el relato sobre las tres láminas, fue evidente y sorprendente, el cambio que estaba presenciando ella misma.

Octava Sesión

Luego se procedió a sugerir el cierre de la terapia ya que se había logrado la mayor parte de las metas y objetivos acordados. Este cierre fue concertado con Isabel nunca se trató de imponerlo.

Fue importante en el momento del cierre, incorporar la posibilidad de una recaída, nos referimos a esta posibilidad como parte de cualquier proceso que incluya cambios significativos. La importancia está en prevenir falsas ideas de que los desafíos y dificultades terminaron.

Con el propósito de promover la autonomía de la cliente y como parte del cierre, fue necesario disminuir la frecuencia de las sesiones y darle la oportunidad de demostrarse a sí misma que situaciones en las que antes requería de apoyo, ahora será capaz de enfrentar usando sus propios recursos.

Al finalizar la sesión se consideró pertinente realizar en sesión, una carta mas, esta vez dirigida a otro consultante que pudiera presentar una situación similar a la suya; con la finalidad de cerrar con un ritual en el que se daba la oportunidad a Isabel de mostrar su proceso de transformación en relación a su problema, siendo este un aporte desinteresado a la sociedad de la que ella es ahora parte activa.

En esta carta Isabel comentó sobre varios recursos personales que le ayudaron a hacer frente a sus problemas entre los que resaltaba la fortaleza. La cual fue imprescindible para sobrellevar su proceso de cambio. También advierte a la persona que va dirigida, aprovechar su vida en vez de estar constantemente preocupándose de cosas que carecen de valor.

Se pudo hacer evidente el nuevo discurso que Isabel mantenía sobre su propia imagen, su valor como persona y sobre todo una profunda reflexión sobre el concepto de belleza que es transmitido a todas las jóvenes en la actualidad y la importancia de manejar este concepto pero esta vez vinculado al simple hecho de ser mujer y ser genuina.

CONCLUSIONES

El resultado final de la terapia nos muestra una disminución de la sintomatología, como también la recuperación de recursos personales de la cliente y la manifestación de un funcionamiento autónomo. Se logró disminuir la frecuencia de vómitos y atracones en primera instancia y como forma de proteger su salud; en segunda instancia se logró restablecer las potencialidades personales fundamentales para la confrontación del problema y la sostenibilidad del cambio.

El modelo de la Terapia Breve Centrada en la Solución, proporcionó herramientas

muy útiles para el trabajo con Isabel. Las estrategias que se emplearon permitieron centrarnos en situaciones en las que se daban soluciones exitosas, se resaltaron las pautas vinculadas a la solución más que al problema.

A lo largo de la intervención se trabajó con diferentes técnicas de la Terapia Breve Centrada en la Solución, sobre múltiples factores de predisposición y mantenimiento del trastorno de alimentación (bulimia), estas técnicas estuvieron dirigidas y centradas principalmente, en la potencialización y fortalecimiento de sus recursos.

Isabel desplegó habilidades propias que al mismo tiempo le permitieron modificar la percepción de su propio problema; de esta manera Isabel fue aplicando soluciones efectivas que le otorgaron una mayor sensación de control. Todo esto produjo que se sintiera inmediatamente autora y protagonista de su propio cambio.

Una de las técnicas con la cual se trabajó en el caso de Isabel fue el elogio, este permitió legitimarla ya que mostraba muchas habilidades utilizadas en el pasado que habían resultado exitosas, y que en la actualidad se constituyen en herramientas importantes para lidiar con su problema. A través del elogio se logró que reconociera como valiosas estas aptitudes y transformaciones que había logrado en el pasado.

Fue imprescindible resaltar, a través del elogio, su capacidad de resolver diferentes conflictos que no le permitían llegar a una meta; en la actualidad, una meta importante y detectada por Isabel, era su ingesta de comida desorganizada en frecuencia y cantidad. Isabel identificó que una solución efectiva para ello, sería la instauración de un horario para actividades sociales y para la comida esto como resultado podrían ayudaban a lidiar con su problema.

Se elogió, también un cambio enorme que desarrolló en los últimos meses en relación al concepto que solía manejar sobre la belleza vinculada a la delgadez. Logró desechar viejas ideas impuestas por los medios de comunicación que, dañaban la relación consigo

misma. Isabel fue capaz de llevar a cabo esta gran transformación, pero al ser validada lo largo de la intervención cobró mucha más fuerza.

De igual forma se trabajó con excepciones al problema. Estas lograron que, Isabel potenciara situaciones en las que su problema de ingesta y vómitos no se daban; se consiguió fortalecer el cumplimiento de algunas actividades que pertenecían al horario, previamente establecido, que había desarrollado y le permitían lidiar con su desorden alimenticio, se potencializó actividades como, ir al gimnasio, comer de manera sana y que saliera con amigos.

A lo largo del trabajo con Isabel también se utilizó la externalización del problema de la timidez, ya que, por la antigüedad de este, había llegado a formar parte de su propia identidad, la cual permitió mostrarle de forma más clara donde se originaba esa constante descalificación que no le permitían sentirse segura de sus propias fortalezas y poder socializar sin inseguridades.

Asimismo, se utilizó con Isabel la deconstrucción de su propia narrativa y de ideas que formaban parte de los conceptos con los que veía el mundo, esto le permitió cuestionarse sobre la realidad, sobre lo que puede considerarse verdadero o falso, funcional y disfuncional, adecuado e inadecuado, entre otros; en este sentido, se llegó a cuestionar el origen del desorden alimenticio.

A través de la deconstrucción se logró determinar cómo fuentes de gran influencia, a los diferentes anuncios televisivos y de internet que promocionaban la reducción de peso ligada a el éxito social y personal, mensajes que eran confirmados por la narrativa de su entorno, especialmente de su hermana mayor Danitza (la cual también recibía estos mensajes del entorno social y medios de comunicación).

Identificada esta situación y tras una reflexión profunda sobre el funcionamiento del mundo y de los jóvenes en la actualidad, Isabel se propuso ser una modelo a seguir y cuestionar los conceptos de belleza y delgadez de su hermana menor Catalina, y

convertirse en una influencia positiva para ella, cuestionando los diferentes mensajes tanto de los medios de comunicación como de su propia familia ya que esta mostraba tendencias de padecer un desorden alimenticio que realmente alarmaron a Isabel.

La terapia centrada en la solución permitió que Isabel, reafirmara una nueva narrativa y conceptualizara de manera diferente los criterios que regían su vida y su autoconcepto, le proporcionó nuevas posibilidades de enfrentar sus problemas y de lograr los objetivos que se propuso, así como, mejorar su relacionamiento con sus hermanas, su madre y entender su comportamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta, M., Gómez, G. (2003). Insatisfacción Corporal y Seguimiento de Dieta. Una Comparación Transcultural entre Adolescentes de España y México. *Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 3 (1), 9-21.
2. Aguinaga, M., Fernández, J., Varo, J. (2000). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revisión y Actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (2), 279-292.
3. American Psychiatric Association. (2013). DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed.). Barcelona: Masson.
4. Aranda, B., Beyebach, M., Herrero, M. (2006). El Estatus Científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: Una Revisión de los Estudios de Resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 33, 33-41.
5. Beyebach, M. (2000). *La técnica de la Externalización en el Trabajo con Trastornos de la Alimentación*. Bilbao. AldaKuntza.
6. Beyebach, M., Rodríguez M., Arribas, J., Hernandez, C., Martín, MJ., Rodriguez, M. (1997). Terapia Familiar Breve: Resultados de la Terapia Centrada en la Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 15, 9-29.
7. Carvajal C. (2014). Terapia Breve en un Caso de Bulimia Nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacal*, 17 (4), 1500-1524.
8. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE-10). (2000). Madrid: Meditor.

9. Cordella, P., Castro, L., Díaz, C., Zavala C., Lizana P. (2006). Las Madres de Adolescentes y Jovenes Chilenos con Trastornos Alimentarios. *Revista Médica Científica*, 137, 785-790.
10. Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundaria de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17 (1), 81-90.
11. Daroca O., Velasco C. (2004). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de las Ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija. *Ajayu*, 2(1), 67-76.
12. Dulcey, E., Uribe, C. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.
13. Espina, G., Cáceres, J. (2007). Una Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (69), 23-38.
14. Espina, J., Cáceres, J. (1999). Una Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 19 (69), 23-38.
15. García, F. (2015). *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve*. Santiago, Chile. Mediterraneo.
16. González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., Venegas, M. (2002). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11 (1), 91-115.
17. Hewitt N., Gantiva C.A. (2009). La Terapia Breve: Una Alternativa de intervención Psicológica Afectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 162-173.
18. León, R., Aizpuru, A. (2010). Antecedentes Familiares y Sintomatología en Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (2), 119-124.
19. León, T., Castillo, D. (2003). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*, España. Formación Alcalá.
20. Losada, A., Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la Terapia Sistémica en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Borromeo*, 4, 393-424.
21. Maganto, C., Cruz, S. (2000). La Imagen Corporal y los Trastornos Alimenticios:

- una Cuestion de Género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30 (3), 45-48.
22. Marín A., Bedoya M. (2009). Cuerpo Vivido en la Experiencia de Mujeres con Diagnóstico de Anorexia o Bulimia. *Iatreia*, 22 (3), 219-226.
 23. Morales, A., Ramírez, W., Ureña, M., Sevilla, A., Umañ P., Chaves, R. (2002). Anorexia y Bulimia: Caracterización y Sistematización de la Experiencia de Intervención de una Clínica de Adolescentes. *Scielo*, 16 (3), 93-108.
 24. Morales, A., Ramírez, W., Ureña, M., Sevilla, A., Umaña, P., Chaves, R. (2002). Anorexia y Bulimia: Caracterización y Sistematización de las experiencia de Intervención de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional del Niños. *Scielo*, 16 (3), 93-108.
 25. Moreno, M., Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-189.
 26. Mrino, M., Pombo, M., Godás, A. (2001). Evaluación de la Conducta Alimentaria y la Satisfacción Corporal en una Muestra de Adolescentes. *Psicothema*, 13 (4), 539-545.
 27. Nardone, G., (2013), *Hartarse, Vomitar y Torturarse: La Terapia en Tiempo Breve*, Barcelona, Herder.
 28. Nuño, B., Celis A., Unikel, C. (2004). Prevalencia y Factores Asociados a las Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Escolares de Guadalajara Según Sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61 (4), 286-293.
 29. Oregón E., Noriega, G. (2011). Conductas Alimetarias de Riesgo en Estudiantes de las Facultades de Psicología y Nutrición de la Generación 2009 de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz (Tesis de Pregrado). Facultad de Nutrición Campus Veracruz, México.
 30. Osorio, J., Weisstaub, G., Castillo, C. (2002). Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones. *Scielo*, 29 (3), 280-285.
 31. Paniagua R., García C. (2003). Signos de Alerta de Trastornos Alimentarios, Depresivos, del aprendizaje y Conductas Violentas entre Adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (3).
 32. Ramírez, J., Rodríguez, J. (2012). El Proceso en Psicoterapia Combinando dos

- Modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 610-635.
33. Romero Y., Sayago, P., Moreno, A. (2015). Complicaciones Médicas de las Conductas Purgativas. Consecuencias de la Alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 32 (2), 2260-2276.
34. Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Alvarez, J., Tena, A. (2009). Funcionamiento Familiar en el Riesgo y la Protección del Trastorno del Comportamiento Alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-455.
35. Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Scappatura, M. (2010). Trastornos Alimentarios: Detección en Adolescentes Mujeres y Varones de Buenos Aires. *Revista de Trastornos Alimentarios*, 1 (1), 48-61.
36. Saldaña, C., Tomas, I., Bach, J. (1997). Técnicas de Intervención en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2), 319-337.
37. Santana, M., Junior, H., Mora, M., Raich, R. (2012). La epidemiología y los Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios en la Adolescencia; una Revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
38. Sierra M., Fernández, M. (2009). La Terapia Familiar en el Tratamiento de las Adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 339-352.
39. Sierra, M. (2005). La Bulimia Nerviosa y sus Subtipos, *Perspectivas en Psicología*, 1 (1), 79-87.
40. Tarragona M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Scielo*, 31 (1), 115-125.
41. Vázquez R., Raich, R. (1997). El Papel de la Familia en los Trastornos Alimentarios. *Psicología Conductual*, 5 (3), 391-407.
42. Vázquez, R., Mancilla, J., González, C., López, X., Álvarez, G., Ruíz, A., Franco, K. (2005). Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de Riesgo en una Muestra Incidental de Jóvenes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.

Recibido: 18/05/2018

Aceptado: 6/07/2018

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS