



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 4

Diciembre de 2014

TERAPIA BREVE EN UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA¹.

Cynthia Carvajal Alemán¹
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

Se presenta el estudio de caso de una mujer de 19 años con bulimia nerviosa a la que se le aplicó terapia breve utilizando técnicas cognitivo conductuales y del modelo sistémico² centrado en soluciones. Inicialmente se abordan los aspectos teóricos de los trastornos de la conducta alimentaria y los hallazgos de investigaciones acerca del tema; posteriormente se describen las técnicas que se aplicaron por sesiones, y finalmente se brindan resultados, conclusiones y la discusión. Los objetivos planteados son: que la paciente lograra dejar de inducirse el vómito; además, que comprendiera las consecuencias negativas de las técnicas ineficaces para bajar de peso que había estado utilizado (vomitar, tomar agua en exceso, hacer ejercicio intensamente, tomar pastillas para disminuir el hambre), y empezara a implementar prácticas sanas de alimentación que le ayudaran a cumplir su expectativa de reducir su peso. Se concluye para esta investigación que el tratamiento terapéutico fue exitoso, pues se cumplieron los objetivos a pesar de que la paciente no concluyera el tratamiento que se había planeado. Por lo que se considera que hubiera sido ideal reforzar aún más los aspectos que se trabajaron, para garantizar la consolidación del cambio y evitar posibles recaídas en el futuro.

¹ AGRADECIMIENTOS. Se agradece a las maestras de posgrado de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León que revisaron este trabajo y brindaron sus enriquecedores aportes para mejorarlo, entre ellas la supervisora de este caso y directora del producto integrador María Esther Fernández Solís. Además las maestras Melissa Bennett Vidales y Mónica González Ramírez.

² Psicóloga Forense. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León en México. Correo electrónico: carvajal.cynthia@gmail.com

Palabras clave: Bulimia nerviosa, trastornos de alimentación, tratamiento, bulimia en mujeres, imagen corporal.

BRIEF THERAPY IN A CASE OF BULIMIA NERVOSA.

SUMMARY

Is a case study of 19 years old woman with bulimia nervosa in which applied brief therapy using cognitive behavioral techniques and solution-focused systems model. So initially in this document provide the theory aspects of eating behavior disorders, the findings of researches about the topic, and describes techniques applied by sessions and finally provide results, conclusions and discussion. For this research the patient's therapeutic goals was achieve stop the induce vomiting; understand the psychoeducational elements about consequences of ineffective techniques to lose weight the patient was using until now (vomiting, drink water in excess, exercise heavily, taking pills to decrease hunger), began to implement healthy eating practices and physical activity to help her reach the goal of losing weight in a healthy way. This study is concluding that therapy was successful in the sense that objectives were obtained, however there appears no adherence by the patient from the onset of therapy, so should be ideal to work even more in these aspects to ensure the consolidation of change and prevent a recurrence in future.

Keywords: Bulimia nervosa, eating disorders, treatment, bulimia in woman, self-image.

Para conocer los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y en especial la bulimia nerviosa (BN), que es el estudio de caso que se presenta en esta investigación, es necesario retomar lo que algunos autores han aportado al tema, tanto desde aspectos teóricos como investigaciones que hay al respecto; para con ello contar con el referente de lo que otros profesionales han indagado y planteado acerca de dicho trastorno, y así se comprenda el trabajo que se realizó a nivel terapéutico desde el enfoque de terapia breve en específicamente el caso que se muestra en esta investigación.

Síntomas y signos de la bulimia nerviosa

Las personas con bulimia nerviosa pueden utilizar métodos compensatorios con el fin de reducir peso, sin embargo como lo indica Ekstrand y Roca (2011) los

métodos purgatorios son ineficaces debido a que los laxantes no afectan la absorción de calorías en el organismo, y el vómito no elimina ni la mitad de las calorías adquiridas.

Realizar estas prácticas pueden causar daños en el organismo, estos pueden notarse tras una valoración médica y psicológica, por ello Rava y Silber (2004), mencionan los siguientes síntomas en personas con bulimia: irregularidades menstruales, ardor esofágico, dolor abdominal inespecífico, letargo, distensión abdominal (vientre inflamado), fatiga, cefaleas, diarrea, tumefacción de manos y pies (inflamación), dolor de garganta, depresión.

Además, se refieren algunos signos: callosidades en manos, hipertrofia de las glándulas salivales, erosión del esmalte dentario, enfermedad periodontal (afectación en las encías), caries, petequias faciales (lesiones pequeñas de color rojo), irritación perioral (erupción roja alrededor de la boca), úlceras orales (lesiones abiertas en la boca), hematemesis (expulsión de vómito con sangre), edemas en tobillo y en el párpado o alrededor del ojo (acumulación de líquido).

Inicio de trastornos alimenticios y factores de riesgo

Considerando que hay etapas en la vida en que puede haber más vulnerabilidad para la aparición de ciertos trastornos, Portela de Santana, Da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, y Raich (2012), señalan como principal hallazgo de su investigación que trastornos alimenticios como bulimia y anorexia nerviosa se presenta principalmente en la fase media y final de la adolescencia, asimismo los factores de riesgo que incrementan que se den estos trastornos son los cambios corporales, vulnerabilidad ante ideas de tener poco peso, presión social, dieta restrictiva, depresión, insatisfacción por su silueta y baja autoestima, así como la genética.

Con respecto a este último, es relevante destacar que se han identificado genes relacionados con el trastorno alimenticio, por lo que se han generado hipótesis acerca de su influencia en los mismos, y su interacción con el ambiente, con los factores psicológicos y la época de la vida en que aparece. Ante este aspecto, estos autores indican que:

Se sugiere que con la activación de las hormonas ováricas (estradiol sobre todo) en el inicio de la pubertad, también se registra un aumento de los factores genéticos. Sin embargo, el estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo, como la serotonina, puede influir en la predisposición genética de los TCA en la pubertad. (p. 394).

Estos autores señalan además, que pese a que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV (DSM IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) definen claramente los criterios de los trastornos alimenticios, no son propiamente aplicables a niños y adolescentes, y esto hace que sea difícil visualizar la incidencia en estas edades.

Por otra parte, Espina (2009), también aporta como factores de riesgo que influyen en los trastornos alimenticios, los factores predisponentes (individuo, familia, contexto sociocultural), factores precipitantes (acontecimientos vitales estresantes, conductas alimentarias patológicas), y factores de cronificación (refuerzos del entorno, efectos en la conducta).

Tratamientos psicológicos cognitivo conductual y sistémico

Con respecto a la terapia cognitivo conductual, Ekstrand y Roca (2011) indican que esta ha demostrado ser efectiva en tratamientos de trastornos alimenticios, y es de los primeros tratamientos en bulimia nerviosa que mostró resultados efectivos, los cuales se dieron a mediados de los años ochenta.

Asimismo, estas autoras citan a Fairburn, Cooper y Shafran (2003), los cuales indican que lo que mantiene la disfuncionalidad es la autoevaluación, pues estas personas se juzgan así mismas en relación al consumo de alimentos, su silueta y peso corporal y además el control ante esto. Y esto perpetúa las dietas estrictas, conductas para controlar el peso, rituales para comprobar aspectos sobre su figura, y la constante preocupación acerca de todo lo anterior.

Siguiendo el lineamiento de las autoras citadas, los atracones aparecen como consecuencia de estrictas dietas, sin embargo esto genera la sensación de pérdida de control, lo que produce que vuelvan a las medidas compensatorias, las

cuales pueden incluir medidas purgatorios que contribuyen a que se sigan dando los atracones, los cuales pueden estar asociados a estados de ánimos.

En cuanto al abordaje sistémico, Espina (2009), señala que la terapia centrada en soluciones se enfatiza en el sistema de creencias orientándose a excepciones (soluciones eficaces que ha implementado en algún momento la persona consultante), se centrará en cambios mínimos, recursos del paciente, se elogia el esfuerzo realizado y estrategias de afrontamiento que han sido efectivas.

Así mismo, la terapia se centra en alterar la secuencia sintomática o contexto en el que ocurre, se resalta lo satisfactorio y con ello se desarrolla la autoimagen, percepción de capacidades, con el fin de promover la perspectiva de cambio. Además, habrá tareas de fórmula, metafóricas y otras orientadas a soluciones. Las técnicas utilizadas son redefiniciones, connotación positiva, pregunta escala, pregunta milagro, externalización, rituales y ordalías.

Este mismo autor, describe a la escuela estratégica Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, la cual utiliza terapia individual para personas colaboradoras y terapia familiar con personas resistentes. La intervención consiste en prescribir el síntoma (atacón, vómito), y si el paciente colabora con la prescripción se hacen cambios mínimos en la secuencia, posteriormente se le indica disminuir la frecuencia o cambiar la secuencia por una actividad relacionada con la conducta. En caso de que el paciente no cumpla con la tarea de vomitar determinadas veces, se le indica que no se esfuerce tanto, y se pasa a la estrategia de colaboración. Finalmente, las recaídas se valoran de manera positiva al verse como una necesidad acerca de algo que aún hay que solucionar, por lo que puede seguir con el síntoma mientras se encuentran soluciones mejores.

Otro aspecto a considerarse, con respecto al tema del tratamiento en relación a la familia, es lo planteado por Godfrey, Rhodes, y Hunt (2013), pues a través de la búsqueda de literatura, en este artículo analizan la interacción de las familias con niños y adolescentes durante las comidas; encontrando que en 10 estudios demuestran la relación significativa, ya que hay menos interacciones positivas a la hora de comer. Además, están asociados con los trastornos alimenticios los conflictos a la hora de la comida, control parental alto, comentarios

críticos por parte de los padres. Por el contrario, no se asocia con trastornos alimenticios el apoyo de los padres, estructura a la hora de comer, comunicación sana y un ambiente positivo. Por ello, los autores concluyen que la interacción familiar en las comidas debería ser un foco de atención importante en la intervención, ya que los terapeutas podrían alterar los patrones inútiles, sustituyéndolos por otros más eficaces y adaptables.

Investigaciones acerca de trastornos alimenticios

Con respecto a los avances de la ciencia para el tratamiento de TCA, específicamente el área médica, es que Hernández, Zarate, Valencia, Meneses, Ochoa, Torres, Lucino-Castillo, y Martínez (2009), exponen en su artículo tres casos de personas con trastornos alimenticios que no han respondido al tratamiento y los médicos consideran que se trata de bulimia o anorexia terminal, a los cuales se les realizó una cirugía del sistema límbico guiada por estereotaxia en la que se extirpa partes específicas en el cerebro (talamotomía tipo Zamboni y leucotomía límbica tipo Kelly modificada), y como resultado se obtuvo la mejoría en síntomas relacionados con depresión, discapacidad y agresividad, sin embargo no observaron cambios en el trastorno obsesivo compulsivo. Por lo que los autores concluyen, que esta puede ser una alternativa eficaz y segura para mejorar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con trastornos alimenticios que no han respondido a tratamiento.

Y acercándose al ámbito que atañe a la psicología, es necesario retomar lo aportado por Camacho, Mancilla, Escoto, y Yáñez (2009), ya que en este estudio, a través de la prueba Stroop, pretenden evaluar sesgos en la atención de palabras relacionadas con la comida y la figura en personas bulímicas. Participaron 32 mujeres sin bulimia y 32 con el trastorno, en las que se le presentó la prueba original y la versión adaptada (cuatro listas de palabras con valencia positiva y negativa relacionadas con comida y figura corporal). Y obtuvieron como resultado que las personas con bulimia respondieron más lento al color de palabras vinculadas con la figura con valencia positiva o negativa, además presentaron más errores en palabras positivas relacionadas con la figura. Por lo que los autores

discuten que se confirma el sesgo en la atención en palabras que tienen que ver con la figura corporal, y además la utilidad de esta versión modificada de Stroop en personas bulímicas.

Asimismo, otros estudios se han centrado en valorar cómo influyen diversos factores en personas con bulimia, por lo que Gómez, Yela, Salgado, y Cortés (2011), evaluaron la intensidad craving rasgo (deseo fuerte), el efecto del estado de ánimo y restringir los alimentos ante la reacción de imágenes de comida. El estudio se realizó con 26 mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa, se hicieron dos grupos en los que se produjo estados de ánimos positivos y negativos, además algunas personas consumieron comida antes de la prueba y otras no. Con ello obtuvieron como resultado que ante estados de ánimo negativos, las imágenes de comida son valoradas como desagradables, generadores de emociones intensas y pérdida de control.

Investigaciones relacionadas con la prevención

Hay estudios sobre la relación entre las mujeres con o sin trastorno alimenticio. Como bien lo refiere Suárez, Vaz, Guisado, y Gómez (2003), en su estudio analizaron el caso de 127 mujeres sin presencia de trastornos, 57 subclínicas, y 63 con bulimia, del medio rural de España, encontrando que las adolescentes con riesgo de disfunciones tendrían resultados positivos en cuanto a rasgos de personalidad patológica, por otro lado, hallaron diferencias significativas entre las edades medias e inicio de dificultades alimentarias. Anudado a esto, las personas sin trastornos presentan índice de masa corporal inferiores a las subclínicas, y estas que las personas bulímicas. Por lo que concluyen que debido a que el 30% puntúan con riesgo para trastornos alimenticios, debería implementarse intervenciones desde la infancia y adolescencia para prevenir el desarrollo del mismo.

Por otro lado, es relevante tomar en cuenta agravantes en el cuadro clínico para una adecuada intervención y prever factores que acrecienten la situación. Por ello Rodríguez y Guerrero (2005), en el estudio realizado con 362 mujeres de Bogotá, las cuales 130 son anoréxicas, 141 bulímicas, 91 con trastornos por

atracción; y se tomó en cuenta la frecuencia de las lesiones autoinfligidas en personas que no tenían una intencionalidad suicida y las que sí.

Como resultado encontraron que 82 mujeres, además del trastorno bulímico o anoréxico, se cortaban o quemaban a sí mismas, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo, se mutilaban dedos u otras partes, o incluso estos comportamientos se daban en conjunto. Específicamente para el caso de bulimia, 38 de estas mujeres padecían dicho trastorno. Así mismo, la automutilación se asoció significativamente con el trastorno de estrés postraumático, personalidad limítrofe, trastorno afectivo bipolar (con episodios mixtos e intentos de suicidio). Y por último, el riesgo de trastorno de estrés postraumático en trastornos alimenticios que autoinfligen lesiones es el doble de las personas sin automutilación. Por lo que las autoras llegan a la conclusión acerca de que este tipo de población requiere una aproximación terapéutica específica.

Otro punto a considerarse concerniente a la prevención, es sobre la relevancia de tomar en cuenta también el rol de las personas que directamente atienden estos casos. Por ello, Gismero-Gonzalez (2012), a través de un cuestionario recopiló información de 500 médicos, psicólogos y enfermeros, con el fin de saber cómo valoraban los trastornos alimenticios, así como la gravedad y causas; teniendo como resultado que estos profesionales piensan que dichos trastornos son muy severos, y las causas se relacionan principalmente con problemas emocionales e influencia social. Específicamente en la bulimia, los resultados destacan que dichos profesionales consideran que este trastorno está relacionado con hábitos de vida y factores endocrinos. Por otro lado, algunos resultados sugieren que los profesionales sanitarios podrían presentar emociones negativas con respecto a los trastornos alimenticios, ya que atribuyen control y responsabilidad del problema a las personas que lo padecen, lo que puede afectar el abordaje terapéutico que se le brinde al mismo. Por ello este artículo sugiere la importancia de reconocer estereotipos, con el fin de ayudar a evitar que la interacción de los profesionales y pacientes se vea afectada.

Investigaciones específicas de acuerdo al país

Es relevante conocer acerca del desarrollo de los TCA en diversos países, pues esto ayuda a darse una idea de las características generales y saber además sobre las particularidades según la cultura y contexto en que se da.

Así, el estudio realizado por Bahamón (2012), indaga sobre la relación de presencia de síntomas de bulimia con la utilización de estrategias de afrontamiento y variables socio demográficas. Para ello participaron 278 mujeres Colombianas entre los 10 y 17 años, teniendo como resultado que el 41% tenían síntomas de bulimia, y mostraban correlaciones entre la gravedad y estrato socio económico; así como correlaciones positivas entre los síntomas y estrategias como autoinculparse y buscar apoyo espiritual; además correlaciones positivas entre gravedad y búsqueda de apoyo espiritual y distracción física.

En relación a los hallazgos de varios países, aproximándose a lo identificado específicamente en México, es que Benjet, Méndez, Borges, Medina-Mora (2012), en su estudio estiman la prevalencia de la anorexia, bulimia y trastorno por atracones de 3005 personas entre 12 y 17 años del Distrito Federal, este estudio refleja que menos de una cuarta parte de las personas con trastornos alimenticios ha recibido tratamiento. Y específicamente para el caso de la bulimia nerviosa, se obtuvo como resultado que la prevalencia es de 1.0%, asimismo casi la mitad de las personas con bulimia reportan discapacidad grave, pues se presentan generalmente en conjunto con trastornos psiquiátricos comórbidos (como los trastornos de ansiedad, ánimo, impulsivos, y por uso de sustancias), que se acompañan de conducta suicida y adversidades psicosociales. Estos autores añaden en sus conclusiones la importancia de programas preventivos, identificación temprana en grupos vulnerables, y disminuir barreras entre la búsqueda y utilización de los servicios.

Otras investigaciones

De acuerdo con Bermejo, Saul y Jenaro (2011) señalan la existencia de páginas web en las que se expresan situaciones sobre los desórdenes en la alimentación, sin embargo estos pueden generar consecuencias negativas, ya que

estos foros son pro trastornos alimenticios. Por lo que reinventan términos, como Ana para nombrar la anorexia, y Mia para la bulimia, y en estas páginas hay personas que defienden el mantener dicho trastorno, ya que siendo la negación y distorsiones cognitivas parte del mismo, publicarlo en estas páginas genera que otros jóvenes perpetúen la enfermedad, pues ante una idea falsa de comprensión, puede que se compartan métodos no sanos para adelgazar y dejen de lado buscar ayuda profesional, pues no se visualiza incluso como una enfermedad.

Por otro lado, un estudio cualitativo profundiza acerca de lo que individualmente las mujeres con trastornos alimenticios viven en su cuerpo y su relación con la sociedad; por ello, Bedoya y Marín (2010), por medio de entrevistas a profundidad y grupos focales, encontraron que la evaluación que hacen de ellas mismas está relacionado con lo que piensan los otros, hay contextos sociales que propician que inicien los trastornos alimenticios, identificaron tres formas de configuración (estético- erótica, estético-atlética, y estético afectiva), y la recuperación consiste en que el cuerpo muestre las marcas del paso del tiempo.

Acerca de este estudio de caso

Todos estos autores aportan aspectos relevantes acerca de dicho trastorno, y enriquecen el abordaje del mismo. Para esta investigación en particular, la consultante trae la demanda de dejar de provocarse el vómito, por lo que la terapia se centró tanto en este aspecto como en otros que se ampliarán más adelante, pues al lograr fortalecer los avances obtenidos se promueve que estos se mantengan a largo plazo.

Por ello, específicamente el objetivo planteado en esta investigación consiste en aplicar el tratamiento cognitivo conductual, en combinación con la terapia breve centrada en soluciones para lograr modificar el comportamiento de inducirse el vómito, e implementar prácticas saludables en su vida, en un caso de una paciente de sexo femenino de 19 años de edad.

MÉTODO

El caso es de una mujer de 19 años, con la preparatoria completa, que trabaja como asistente educativa en un instituto para niños. Ella asiste a terapia debido a que su novio y su madre le han dicho que le limitarán ciertas actividades si no acude a un proceso terapéutico. La paciente no creía tener un problema pues consideraba que con asistir a la nutrióloga podría dejar de inducirse el vómito (práctica que realizaba hace más de 6 meses 2 o 3 veces al día).

Se atiende en una cámara Gesell de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se implementó el enfoque de terapia breve, que incluye técnicas cognitivo conductuales y terapia centrada en soluciones. Con el consentimiento de la paciente se grabaron con una cámara las sesiones, por lo que se cuenta con un registro de lo trabajado en terapia.

Inicialmente se aplica el test de ideas irracionales de Ellis tomado de Davis, Mckay, Eshelman (2002), y además se le solicitó llenar un formato de autoimagen de acuerdo a M. E. Fernández (comunicación personal, 07 de febrero, 2013), el cual permite detectar aspectos a trabajar en autoimagen (cómo se percibe, como cree que debería de ser y cómo le gustaría ser en los diversos roles en su vida).

Como resultado las ideas irracionales detectadas son: ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas; se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Asimismo, en el cuadro de autoimagen se detectó que señala aspectos negativos de sí misma y que se encuentra inconforme con su manera de ser y actuar.

La terapia breve consiste en que la primera sesión se presenta el terapeuta, el equipo de trabajo (el cual se indica está del otro lado de la cámara gesell) y la forma de trabajar. Seguidamente se realiza una fase social, en la que se busca realizar rapport y posteriormente se indaga sobre el motivo de consulta, realizándose un breve análisis funcional, y se crea la demanda. Así mismo se realiza la pregunta pretratamiento (los cambios previos a la primera sesión), la pregunta milagro, y la pregunta escala de avance. Se hace una pausa en la que se

reúne el terapeuta con el equipo terapéutico para elaborar el mensaje final (elogios sobre aspectos positivos) y la tarea. Finalmente se transmite dicho mensaje al paciente.

En las siguientes sesiones, inicialmente se buscan excepciones, se revisa la tarea, se realiza la estrategia de intervención (la cual puede ser centrada en soluciones, cognitivo conductual, hipnoterapia o terapia de posibilidades), la pregunta escala, y por último se realiza el mensaje final junto al equipo terapéutico.

Específicamente, para el tratamiento de esta paciente se enfatizó en excepciones, se hizo el breve análisis funcional, se realizó la pregunta milagro y la pregunta escala, se elaboraron mensajes finales (elogios y tareas), se aplicaron instrumentos como el cuestionario de ideas irracionales y el formato del cuadro de autoimagen, se incluyeron sesiones de psicoeducación acerca de la alimentación sana y las consecuencias negativas de vomitar u otros métodos poco saludables. En cuanto a las tareas que se dejaron durante todas las sesiones, algunas de las que fueron más útiles en la terapia son el autoregistro que permitió a la paciente analizar lo que consumía y darse cuenta de la importancia de modificar dichos hábitos por más saludables, anudado a esto otra tarea fue incorporar alimentos más sanos, y finalmente, otra de las tareas consistió en alterar la secuencia problema postergando el momento de vomitar, y alargando el tiempo que duraba comiendo.

Además se aplicó la técnica de relajación de contraer y relajar partes del cuerpo, se alteró la secuencia de inducirse el vómito (solicitándole que esperara un tiempo antes de vomitar y realizara la técnica de relajación), se cuestionaron sus pensamientos con el fin de incorporar una aserción encubierta, además se hizo hipnosis para trabajar la autoestima (utilizando una metáfora), y se realizaron sesiones de psicoeducación acerca de asertividad (se reforzó con una lectura acerca del tema), con el fin de fortalecer este aspecto y además la autoestima, y se realizó reestructuración cognitiva durante las sesiones, principalmente sobre lo relacionado a los comentarios de otras personas acerca de su apariencia física.

Estas técnicas se detallan más ampliamente en los resultados, al explicarse qué se trabajó específicamente en cada sesión, y lo que se logró con la aplicación de las mismas.

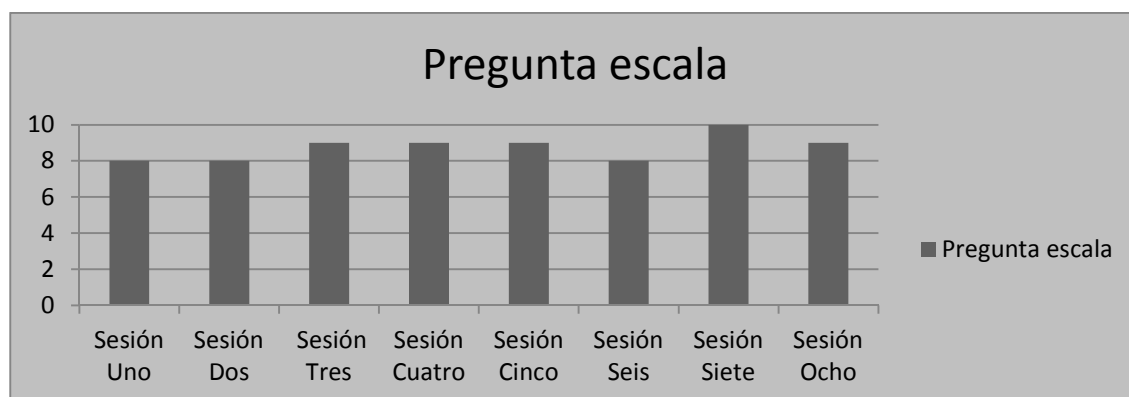
RESULTADOS

Como resultado se obtuvo que se alcanzaron los objetivos de la terapia, debido a que la paciente logró controlar el comportamiento de inducirse el vómito, así mismo la consultante cambió hábitos de alimentación que le ayudaron a realizar prácticas más sanas en su vida cotidiana.

Con respecto a los instrumentos para valorar las ideas irracionales y percepción de la autoimagen, estos solo se aplicaron en una ocasión y no se logró emplearlos nuevamente debido a que la consultante no asistió a la última sesión, por lo que por lo menos a través de estos instrumentos no se pudo realizar una comparación acerca de los cambios que pudieron darse con respecto al inicio y finalización del tratamiento.

Por otro lado, se cuenta con la observación conductual y lo expresado verbalmente por la paciente en las sesiones, notándose cambios positivos con respecto a su manera de percibir a los demás y a ella misma, así mismo muestra un poco más de seguridad con respecto a la manera en que afronta algunas situaciones que se le presentan en su diario vivir. Y anudado a esto, la paciente se mostró en las sesiones como una persona más asertiva y aseguró sentirse mejor con ella misma.

Asimismo, se puede observar en el siguiente gráfico el parámetro reportado por la paciente en las sesiones acerca de su avance en la pregunta escala:



Específicamente, las sesiones se trabajaron de la siguiente manera:

Primera sesión

Se recaba información sobre la frecuencia de los síntomas, así como un poco de la historia del problema (intentos por adelgazar consumiendo en exceso agua, tomando pastillas para disminuir el apetito, ejercicio intenso, inducirse el vómito), las respuestas a nivel de pensamiento, conductuales, físicas; acá la joven indica que antes de vomitar siente angustia, se mira y se ve inflamada en su vientre, y después de vomitar piensa “por qué lo hiciste”, sin embargo se siente más ligera y mejor.

Además, se clarifica la demanda, se buscan excepciones (indica tener una semana de no vomitar antes de la cita, pues constantemente la vigila su familia y conocidos) y se explora recursos con los que cuenta (redes de apoyo familiar, pareja), se realiza la pregunta escala, la cual indica que se encuentra en un ocho, y se realiza la pregunta milagro. En el mensaje final, se elogian fortalezas que se observan (el haber venido aunque no quisiera, atribución de control por abstenerse de vomitar en la semana) y se deja de tarea un autoregistro de lo que come y el horario, y anotar si en algún momento se induce el vómito; además traer su talla y peso; y de tarea, se le solicitó que siguiera haciendo lo que considera le ha funcionado hasta este momento.

Segunda sesión

Se hace en dos partes, inicialmente se entrevista a la madre y seguidamente a la paciente.

A la madre se le preguntó información acerca de los comportamientos que notaba en su hija con respecto a dicha situación, e indica que se enteró debido a que la suegra de su hija le dijo dos meses antes de que la joven viniera a terapia, sin embargo el tiempo estimado en que empezó a vomitar es de seis meses. Ella observaba que constantemente su hija se miraba al espejo y decía que no debía comer más, sin embargo comía más, como desesperada. Cuando se dio cuenta la confrontó y esta le prometió no hacerlo más, pero no lo cumplió. La relación de la joven y el resto de la familia es tensa, pues constantemente les grita, excepto al

padre, con quien tiene una mejor relación. Indica además, que las hermanas de la joven son delgadas y altas, y a la joven le dicen “gordita” de cariño.

La joven indica que desde hace dos meses tiene dolor de cabeza, hace cuatro meses dejó de ver a sus amigas debido a que el novio se lo pidió (ella tiene 7 meses de noviazgo con este joven), señala que generalmente dura 10 o 15 min comiendo debido a que no tiene tiempo. Además, en esa semana vomitó en una ocasión, pero nadie se dio cuenta, y ante esto refiere sentirse triste, pues no lo debería de hacer. En esta sesión se retoma problemas que ha tenido con su novio en esa semana. Se retoma la tarea solicitada la sesión anterior, e indica que su talla es de 152cm y su peso de 57 kilos. En la pregunta escala indica que igualmente se encuentra en un ocho debido a que se siente igual.

En el mensaje final, se elogia haber hecho el autoregistro y haber sido honesta, se le agradece haber compartido además la situación con respecto al novio, que es un tema relevante para ella, se le felicita por mostrar una actitud positiva en la sesión. Se le pide de tarea continuar con el autoregistro, llenar el cuadro de autoimagen, realizar una lista de pros y contras acerca de la relación con el novio, se le indica que trate de comer durando 20 minutos, y agregue frutas antes de la comida del medio día, y finalmente que piense en aspectos positivos a su alrededor.

Tercera sesión

En esta sesión se toma en cuenta la situación relevante para la paciente, acerca de haber terminado con su novio en esa semana y haber vuelto con él unos días más tarde. Se buscaron excepciones, se retomó la tarea, se aplicó el instrumento para identificar las ideas irracionales, se retoma la importancia de aprender a comer más saludable y hacer ejercicio por salud, más que por bajar de peso. La joven indica además que retomó el gimnasio, no vomitó en la semana a pesar de que deseó hacerlo, e indica que se encuentra en un nueve en la pregunta escala debido a que no vomitó y porque logró poner algunos límites en su relación de pareja.

En el mensaje final, se elogia el haberse dado cuenta de los alimentos que consumía y que los ha ido cambiando, se le atribuye control por no haber vomitado a pesar de haber querido hacerlo, se le felicita por haber sido más asertiva con su novio. De tarea se le pide traer el nombre de las pastillas que había tomado para adelgazar, se le pide incluir más frutas y verduras a su dieta, dedicar al menos 20 minutos a su comida, leer el libro Manual de la perfecta cabrona de Elizabeth Hill, ir al gimnasio máximo por una hora cinco días en la semana, dejando de descanso dos días sin que estos sean seguidos, continuar con el autoregistro y de tarea hacer lo que piensa que hasta ahora le ha sido funcional.

Cuarta sesión

En esta sesión se exploraron excepciones, se retomó la tarea, se indagó el orden en que había realizado las técnicas para adelgazar que no le funcionaron, se analizan las respuestas del cuadro de autoimagen, se hace psicoeducación de las comidas saludables, se enseña la técnica de relajación que consiste en contraer y relajar las diferentes partes del cuerpo.

Además, indica que vomitó una vez en esa semana, en las excepciones refiere que si fue al gimnasio, priorizó su propio punto de vista con respecto a comportamientos y decisiones de ella misma, discutió menos con su novio, considera cambiar de trabajo a uno mejor, incluyó frutas y disminuyó algunas cantidades en sus comidas.

En esta sesión se indaga el orden de los métodos que ella utilizó para tratar de reducir peso antes de asistir a terapia, por lo que señala que primero empezó a tomar pastillas para adelgazar, esto lo hizo por dos meses y simultáneamente estaba ingiriendo agua en exceso, luego comenzó asistir al gimnasio todos los días por varias horas y mantuvo la cantidad de consumo de agua, posteriormente continuó yendo al gimnasio y empezó a inducirse el vómito (surgió la idea al ver un capítulo de una novela por internet).

Se sitúa en un nueve en la pregunta escala, debido a que implementó límites con su novio y así logró tomar decisiones y acciones desde el punto de vista de

ella misma; además está considerando la posibilidad de cambiarse a este nuevo trabajo y ha variado su manera de comer.

En el mensaje final, se le felicita por estar en un nuevo y estar consciente de ello; se elogia reclamar sus derechos como persona pues es parte de una relación sana mantener su individualidad; se le felicita por venir más arreglada, pues esto refleja aspectos positivos en ella; además se elogia su capacidad de análisis en los autoregistros, en donde pudo notar que ahora come distinto y son cambios adecuados; también se le elogia seguir las sugerencias que se le han dado en terapia. Se le deja de tarea leer el libro que se le había solicitado antes y no pudo leer para esta sesión, asistir con la nutrióloga, esperar 30 minutos en el momento que sienta el deseo de vomitar (mientras tanto realizar la técnica de relajación que se le enseñó en sesión, y distraerse con otras cosas), ir al gimnasio, salir y divertirse para sentirse bien.

Quinta sesión

Se realiza psicoeducación, en donde se explica las técnicas que la paciente ha utilizado y no le ha funcionado, se confronta sobre la falta de evidencias sobre aumentar de peso con haber comido en ocasiones de más, pues ella cree que mirarse a sí misma es suficiente para decir que engordó. Además se describen las consecuencias negativas de inducirse el vómito, y se enfatiza en que no es malo que desee bajar un poco de peso, sin embargo la manera en que lo ha hecho es poco saludable. Se explica la cadena de pensamiento y una posible aserción encubierta al respecto (pensar en que ya lo que comió está ahí, y que la próxima comida podría no comer tanto). Se cuestionaron los pensamientos que expresó tener con respecto a la situación y se sugirió que podía añadir a su cadena de pensamiento la aserción encubierta.

Se retoma la técnica de relajación y se explica más ampliamente. Como excepción señala que no ha vuelto a pelear con las hermanas. Además, refiere que no volvió al gimnasio debido a que teme que el novio se enoje (pues este se lo había prohibido). También indica que su novio se puso celoso por el elogio de la sesión anterior sobre que ella se veía bien, a lo que se le aclara, que el elogio iba

en referencia de que al sentirse mejor, se veía reflejado en ella misma. En la pregunta escala indica estar en un 9 debido a que no ha ido al gimnasio, disminuyó las galletas, no vomitó, fue a la iglesia y le hizo caso al novio respecto a dejar el gimnasio.

En el mensaje final, se le felicita por mantenerse en un 9 y porque no ha vuelto a vomitar, además se le elogia que ha seguido las sugerencias de la terapia, y también porque recuperó esa parte de la vida familiar al ir a la iglesia. De tarea se le indica ir a la nutrióloga, ya que no ha ido, practicar la relajación y espaciar el tiempo de espera al sentir el deseo (ahora a 40 minutos), ir al gimnasio por una cuestión de salud, y se le deja de tarea que continúe realizando lo que le ha funcionado hasta ahorita.

Sexta sesión

En esta sesión, se retoman excepciones, la tarea, se hace un trance hipnótico con una metáfora para trabajar autoestima, se explica la autoimagen y la influencia del medio, se explica cómo las ideas irracionales afectan en lo que siente y hace, se explica un poco sobre asertividad y la importancia de hacer las cosas como objetivo primordial de salud. En la pregunta escala se encuentra en un 8 debido a que le habló fuerte a la madre, no fue al gimnasio y la nutrióloga.

En el mensaje final, se felicita por retomar la terapia (pues había faltado a la última sesión), se le elogia no haber vomitado pese al estrés que reportó haber pasado en esa semana, y se le felicita porque reconoce lo que ha hecho y lo que le falta por hacer. Se le deja de tarea que regrese al gimnasio o practique algún deporte o actividad física (agradable y relajante), cuide la alimentación (en donde de igual manera puede darse un gusto), y siga con el autoregistro.

Séptima sesión

En esta sesión se inicia la psicoeducación de asertividad. Se retoman aspectos relevantes en la vida de la paciente, como que se va a casar, canceló el contrato del gimnasio por una cuestión de dinero, y no ha acudido a consulta con la nutrióloga. Como excepciones, indica que ha hecho ejercicios con hermanas en

un par de ocasiones, salió a caminar, no ha vuelto a vomitar, ha practicado los ejercicios de relajación. En la pregunta escala indica estar en un 10 debido a que no ha vomitado; no ha comido comida chatarra; en la relación con su novio ha mejorado, pues ahora tienen más su propio espacio cada uno.

En el mensaje final se le elogia no haber vomitado, además que le nota más relajada y ha sido más asertiva, se le invita a continuar así pues la solución a las dificultades es ella misma, y finalmente se le felicita por ser consciente de las razones por las que se encuentra en un 10. De tarea se le encarga hacer lo que le funciona, además identificar situaciones en las que es asertiva, y por último, seguir comiendo saludable y realizando alguna actividad física.

Octava sesión

Se toman en cuenta las excepciones, la tarea, se continúa la psicoeducación en la que se explican los derechos asertivos y las técnicas de asertividad. Se toma como ejemplo en asertividad lo sucedido en la semana, acerca de un comentario en el que le dicen que parece que está embarazada, y se le reestructura acerca de la importancia de no influenciarse tanto por comentarios de otras personas.

En esta sesión indica que ha tenido mucho trabajo, por lo que le ha dolido la cabeza, y no ha salido a caminar. Como excepciones, indica que no se ha inducido el vómito, no se ha peleado con el novio, y ha comido bien. En la pregunta escala, indica que está en un nueve, debido a que no ha ido a caminar, se estresó por detalles como haber perdido la tarjeta citas de terapia, por el enojo del novio esta semana, y porque le afectara el comentario de la compañera acerca de que parecía estar embarazada.

De mensaje final, se le felicita por mantenerse sin inducirse el vómito, ya que se ha controlado, además mantiene hábitos de salud, y para seguir manteniendo todo esto es importante fortalecer aspectos de su personalidad a través de la asertividad y un concepto de sí misma adecuado. De tarea se le encargó identificar comentarios negativos, cómo responde y cómo se siente; tratar de aplicar las técnicas de asertividad y notar la que más le agradó.

Última sesión planeada: No realizada

Debido a que se acordó con la paciente una novena sesión y esta no asistió, se obtuvo comunicación telefónica con la paciente, en la que indica que le es difícil asistir debido a que pronto se va a casar y mantiene destinado su tiempo y dinero a este acontecimiento, y afirma que va a tratar de asistir en algún momento.

Por teléfono refiere que ha continuado aplicando las técnicas de terapia y que ha mantenido los cambios logrados en las sesiones, como abstenerse de vomitar. Se le enfatiza en la importancia de concluir el tratamiento y asistir a esta última sesión para brindarle recomendaciones finales, ya que en esta sesión se tenía planeado realizar una prevención de recaídas.

Llamada de seguimiento

Aproximadamente cinco meses después de la última sesión realizada, se hace la llamada de seguimiento. Sin embargo, no se logra comunicación con la paciente, por lo que se habla con su madre, la cual indica que la joven ya no tiene teléfono y como se casó el mes anterior ya no vive allí.

Según el reporte de la madre, esta no ha vuelto a vomitar, por lo que indica que ha seguido bien, a excepción de mantener los dolores de cabeza. Señala que se encuentra preocupada por su hija, pues el esposo la trató de golpear recientemente, y ellos como padres hablaron con él al respecto. Por lo que se le brindan algunas medidas de seguridad en caso de violencia, para que se las trasmita a su hija, y se enfatiza en la importancia de ser ellos una red de apoyo.

Con respecto a que antes la paciente se inducía el vómito, se le señala que es común que se den recaídas, por lo que esta podría intentar lo que se trabajó en las sesiones o retomar la terapia. Y la madre se compromete a facilitar la información a su hija y a indicarle que de ser posible devuelva la llamada para hablar con ella directamente.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, facilitó el cumplimiento de los objetivos que la paciente, pese a que no quería acudir a terapia en un inicio, realizó gran parte de

las tareas, especialmente al principio del proceso. Además, otro aspecto que benefició el tratamiento, es que la joven cuenta con la red de apoyo de su familia de origen, pues fue la que en un inicio hizo que empezara a llevar el proceso terapéutico, y que en caso de recaer podría ayudar a que lo retomara.

Y entre las dificultades, se identifica el hecho de que no asistiera a la última sesión, debido a que se estaba ocupada con la preparación de la boda y además consideró que ya logró dejar de vomitar. Por lo que no se le pudo brindar la prevención de recaídas, y no se pudo evaluar los cambios en las ideas irracionales y percepción de autoimagen, al no aplicársele nuevamente los instrumentos utilizados al inicio de la terapia.

Como se explicó en la introducción, para el tratamiento de TCA es necesario no solamente disminuir o que no se presente del todo los síntomas, sino además, como lo mencionó Ekstrand y Roca (2011) citando a Fairburn, Cooper y Shafran (2003), lo que mantiene el trastorno es la autoevaluación acerca de la silueta según el peso corporal. Por lo que en las sesiones se trabajó este aspecto, igualmente se cree pertinente sugerir que se podrían mejorar los procedimientos si la terapia se centrara aún más en estos aspectos.

Por otro lado, como lo señala Heilbrun (2001), parte de la recolección de datos son las fuentes colaterales; por lo que es una manera válida de obtener información acerca de las personas, sin embargo es relevante conocer el reporte directo de la paciente, que en este caso no se logró obtener, debido a que no se pudo comunicar directamente con ella, sino solamente con su madre por teléfono.

Anudado a esto, el hecho de que en la llamada de seguimiento la madre reportara situaciones que parecen relacionarse a posibles situaciones de violencia intrafamiliar entre la paciente y su esposo, podrían ser factores de riesgo para una posible recaída en el futuro, pues podrían ser situaciones que generen estrés, influyan en la autoestima, y dificulte actuar de manera asertiva. Por lo que podría volver a comportarse de la manera inicial, en la que se inducía el vómito.

Con respecto a los factores de riesgo, es necesario retomar lo expuesto por Alsinet, Pérez y Agulló (2003), que señalan la relevancia de identificar factores que pueden impedir o facilitar conductas de riesgo. Por lo que tomando en cuenta que

pueden existir diversos factores de riesgo o situaciones que pudiesen surgir en el futuro que posibiliten una posible recaída en la paciente, se sugiere que podría mejorar los procedimientos en el proceso terapéutico, que la terapia desde un inicio explique de manera breve sobre las recaídas, con el fin de que en caso de abandono de la terapia, la paciente tenga mayor conciencia acerca de la importancia de mantenerse implementando las herramientas brindadas en el tratamiento, o en caso de que le fuesen insuficientes, retome la terapia.

CONCLUSIONES

Como conclusión se puede decir que la terapia ha alcanzado un grado de efectividad satisfactorio, en cuanto a la intervención se refiere de este caso de bulimia nerviosa en una mujer de 19 años, implementando la combinación de la terapia cognitivo conductual y la terapia breve centrada en soluciones.

Por lo que se han cumplido con las expectativas planteadas inicialmente, ya que la consultante reporta sentir control ante las situaciones que se le presentan, en las que implementa tanto las técnicas abarcadas en las sesiones como sus propios recursos, dando como resultado que en este momento ya no se induce el vómito después de comer. Así mismo modificó hábitos alimenticios, propiciando así un estilo de vida más saludable. Además se muestra más asertiva, lo cual fortalece su autoestima y previene posibles recaídas acerca de realizar la conducta inicial.

Sin embargo, no parece haber una completa adherencia al tratamiento, pues no asistió a la última sesión de cierre. Y como lo señaló en la penúltima sesión, ella indica que considera ya sentirse mejor y no necesitar asistir más a terapia, por lo que aunque en esa sesión se retomó este aspecto y la importancia de asistir a esta sesión, refiere que no pudo asistir por cuestiones de tiempo y dinero que se encontraba invirtiendo para su boda.

Se concluye, que el proceso de terapia parece haber sido exitoso hasta este momento, tomándose en cuanto la información proporcionada por la fuente colateral, que en este caso es el reporte de la madre en la llamada de seguimiento realizada cinco meses después de la última sesión, en el que indica que su hija ha

mantenido los cambios de abstenerse de inducir el vómito. Sin embargo, no se cuenta con el reporte directo de la paciente, el cual confirmaría que hay un control sobre la conducta de vomitar.

Se considera que aunque existen factores de riesgo para una recaída, las sesiones a las que la paciente asistió y la colaboración en las mismas, genera que los aspectos que se trabajaron mostraran mejorías, por lo que se espera que se mantengan a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alsinet, C., Pérez, R y Agulló, M. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de Estudios sobre Juventud*. 90-101.
- Bahamón, M. (2012). Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1), 105-122.
- Bedoya, M., y Marín, A. (2010). La inclusión social por la vía del cuerpo en mujeres diagnosticadas con anorexia bulimia en la ciudad de Medellín, Colombia. *Iatreia*, 23 (4), 319-328.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, 483-490.
- Bermejo, B., Saul, L., y Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mía dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Acción psicológica*, 8 (1), 71-84.
- Camacho, E., Mancilla, J., Escoto, M., y Yáñez, M. (2009). Diseño y Validación de una Tarea Computarizada Tipo Stroop para Evaluar Sesgos de la Atención en Bulimia Nerviosa. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 2, 75-89.
- Davis, M., Mckay, M., y Eshelman, E. R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ekstrand, A., y Roca, E. (2011). Terapia cognitiva conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica, *Acción psicológica*, 8 (1), 21-33.
- Espina, A. (2009). Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios. En J. A. Ríos (ed.), *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*. Madrid: CCA.
- Gismero-Gonzalez, M. E. (2012). Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios. *Acción Psicológica*, 9(2), 77-86.
- Godfrey, K., Rhodes, P., y Hunt, C. (2013). The Relationship Between Family Mealtime Interactions and Eating Disorder in Childhood and Adolescence: A Systematic Review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 54–74.

- Gómez, M., Yela, J., Salgado, A., y Cortés, M. (2011). Evaluación de la reactividad emocional ante imágenes de comida en bulimia nerviosa. *Psicothema*, 23 (4), 580-586.
- Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Hernández, M., Zarate, A., Valencia, F., Meneses, O., Ochoa, M., Torres, S., Lucino-Castillo, J., y Martínez, B. (2009). El papel actual de la cirugía del sistema límbico: el caso de la anorexia y la bulimia terminales. *Archivos de Neurociencias*, 14 (1), 11-21.
- Portela de Santana, M. L., Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión, *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Rava, M., y Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones, *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102 (5), 353- 363.
- Rodríguez, M., y Guerrero, E. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3), 343- 354.
- Suárez, F., Vaz, F., Guisado, J. A., y Gómez, L. (2003). Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 18, 259-263.