

La crítica internalizada desde el paradigma sistémico

Armendáriz Espadas, Bárbara Ivana

2021

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5068>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANAPUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por
DecretoPresidencial del 3 de abril de 1981



LA CRÍTICA INTERNALIZADA DESDE EL PARADIGMASISTÉMICO

Director del trabajo:
Dr. Raúl José Alcázar Olán

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO que para obtener el Grado de MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

presenta

BÁRBARA IVANA ARMENDÁRIZ ESPADAS

Puebla, Pue.

2021

Contenido

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	5
Apego	5
Pérdida de la figura de apego	6
Afrontamiento emocional.....	7
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	8
Autocríticas	10
Caso clínico.....	12
Datos de identificación.....	12
Motivo de consulta	14
Instrumentos de evaluación.....	14
Inventario de depresión de Beck (BDI).....	14
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	16
Escala de Enojo Rasgo	17
Escala Global	18
Instrumento de Experiencias en Relaciones Cercanas	19
Inventario de Trastornos de la Ingesta (Eating Disorder Inventory [EDI]).....	21
CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure	23
Diagnóstico del paciente	24
Formulación de caso	25
Elección de tratamiento.....	28
Técnicas terapéuticas.....	29
Implementación del tratamiento.....	30
Proceso terapéutico	34
Resultados del tratamiento	35
Resultados cuantitativos.....	35
Resultados cualitativos.....	42
Evaluación de seguimiento a los tres meses.....	43
Factores asociados al terapeuta	44
Fortalezas	45
Áreas de oportunidad	46

Discusión.....	46
Referencias.....	50

RESUMEN

En el presente trabajo se muestra un estudio de caso de una mujer de 40 años de edad con dificultad para relacionarse con otros y cuyo método de afrontamiento era a través de alejarse de las personas, así como comer de forma emocional. Acudió a la clínica OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla y se trabajó bajo el modelo sistémico durante 12 sesiones, modalidad en línea, bajo la tutela de una supervisora experta en el enfoque. Se utilizaron diferentes instrumentos para cuantificar los avances en el tratamiento, entre ellos la Escala de Enojo Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala Global y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), así como el instrumento de Experiencias en Relaciones Cercanas y el Inventario de Trastornos de la Ingesta. Los resultados después de 12 sesiones fueron favorables, debido a que hubo un decremento significativo en las subescalas en las que se trabajó: diferenciación familiar y salud física. En la sesión de seguimiento después de tres meses la paciente informó pasar por problemas laborales, acoso, problemas sociales, por lo que en las escalas salió con puntajes similares a los del inicio de la terapia; por otro lado, desde lo cualitativo, la paciente comenta estar satisfecha con los objetivos y resultados.

Palabras clave: apego, trastornos alimenticios, terapia sistémica, críticas familiares, familias psicosomáticas

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso muestra el proceso psicoterapéutico de una mujer de 40 años desde el modelo sistémico. Ella presentaba constantes autocríticas, por lo que se hará una revisión de conceptos importantes para una mayor comprensión, comenzando con el desarrollo y estilo de apego, el afrontamiento emocional y la internalización de la dinámica familiar.

Apego

La manera en la que los seres humanos se relacionan a nivel afectivo se debe al vínculo que existe con los cuidadores primarios durante los primeros seis años de vida. John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista, fue el fundador de la teoría de apego, en la cual señala que existen dos grandes variaciones: apego seguro y apego inseguro. La posición de los padres para reconocer cuáles son las necesidades emocionales y fisiológicas de su hijo, así como su efectiva satisfacción, generarán en el menor la seguridad de explorar su entorno, y consecuentemente, tendrá un estilo de apego seguro. En contraste, el estilo de apego inseguro se da cuando los cuidadores primarios son negligentes, tienen una figura ausente, ejercen conductas impredecibles para el infante, tienen expectativas irrealistas, y/o hay abuso emocional, físico o verbal, enseñando así al niño que su entorno no es un lugar seguro y que debe mostrarse cauteloso antes de confiar en otras personas (Brogaard, 2015).

Continuando con las investigaciones de Bowlby, Ainsworth (recuperado de Barroso, 2014) llevó a cabo el experimento de “la situación extraña”, en la cual se observaba el

comportamiento de los infantes ante la ausencia física de sus figuras de apego, la introducción de una persona desconocida, y la reintroducción de sus padres a la habitación. De ahí parten los tres grandes estilos de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ansioso. Solomon, en estudios posteriores, incluiría un nuevo tipo de apego: el apego inseguro desorganizado (Aleem, 2018; Barroso, 2014).

El proceso de la construcción del vínculo entre cuidadores e hijos otorga capacidades emocionales como la destreza de identificar y discernir las emociones, así como habilidad de regularlas; un desarrollo escaso de estas habilidades emocionales puede limitar la posibilidad de establecer relaciones interpersonales sexoafectivas maduras, equilibradas y satisfactorias (Barroso, 2014; Brogaard, 2015).

El estilo de apego está formado por estructuras con la tendencia a la permanencia a lo largo de la vida, sin embargo, existe la posibilidad de cambio (flexibilidad neuronal) a través de tener nuevas experiencias con distintas figuras de apego que no sean sus cuidadores. La experiencia psicoterapéutica puede generar cambios significativos en el apego siempre y cuando se logre que el paciente pueda reconocer y explorar las representaciones de apego en sus relaciones interpersonales y familiares (Barroso, 2014).

Pérdida de la figura de apego

Cuando el vínculo de apego entre una figura paterna e hijo se quiebra debido al fallecimiento del padre, el sobreviviente sufre estrés por separación, generando así un apego interrumpido. La vulnerabilidad a no tener un proceso de luto adecuado es especialmente alta durante las edades de 5 a 7 años, ocasionando síntomas depresivos o incapacidad de formar relaciones interpersonales cercanas. Esto se debe a que el desarrollo cognitivo durante esas

edades es suficiente para entender la permanencia de objeto, pero tienen muy pocas habilidades de afrontamiento ante un estresor como la muerte de un cuidador (Worden, 2018). El luto de los infantes no suele ser completamente entendido ni estudiado, y quienes han teorizado previamente al respecto señalaban que los niños no eran tan afectados a la muerte por su incapacidad de comprenderla (Aleem, 2018).

El duelo es un proceso cognitivo y emocional, y diversas investigaciones han encontrado que los niños cuyos padres han fallecido tienen mayor posibilidad de desarrollar problemas con su salud mental como un mecanismo de afrontamiento, tal como la somatización (Aleem, 2018; Worden, 2018).

Los estresores son mediados a través de la habilidad de afrontamiento de cada individuo: qué tanto expresa sus emociones, qué tan bien encara la ansiedad y cómo nos relacionamos con situaciones estresantes. Ciertamente, la muerte de alguien requiere de tales habilidades. Hay distintas teorías para comprender los mecanismos de afrontamiento; en el presente trabajo se enfocará especialmente en el modelo de solución de problemas, desde el cual se ve al afrontamiento como lo que hace alguien para enfrentar un problema, obtener sosiego y resolución (Worden, 2018).

Afrontamiento emocional

Para el modelo de solución de problemas, existen dos tipos de afrontamiento emocional: el afrontamiento emocional activo y el afrontamiento emocional evitativo. El afrontamiento emocional activo suele apoyarse en la “redefinición”: encontrar algo positivo o redentor de una mala situación; el humor es otra herramienta efectiva, desde la cual se genera distancia emocional de la situación vivida; la ventilación emocional también es útil,

en contraste a guardarse las emociones, así como la capacidad de aceptar apoyo de otros ante momentos difíciles. Por otro lado, está el afrontamiento emocional evitativo, el cual resulta menos efectivo: puede dar la ilusión de hacer sentir bien, pero su duración es efímera. Los métodos de afrontamiento evitativo suelen basarse en la culpa (de sí mismo y de los demás); distracción; la negación, la cual es similar a la distracción, debido a que busca evitar una realidad dolorosa pero que no suele mantenerse por mucho tiempo; la alienación social, la cual puede ser un respiro para quien adolece, pero, nuevamente, de forma momentánea; y, por último, está el uso y abuso de sustancias (Worden, 2018).

El afrontamiento evitativo ha sido altamente relacionado con el desarrollo de desórdenes alimenticios. Existen modelos que sugieren que los trastornos de conducta alimentaria, específicamente el trastorno por atracón, funge como un mecanismo de afrontamiento para evitar ansiedad psicológica. Rosenbaum y colaboradores (2020) investigaron sobre la relación entre individuos quienes habrían sufrido negligencia y maltratos en la infancia, y cuál es el rol de los trastornos de conducta alimentaria como regulador emocional.

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

En el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) conceptualizan a los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos como la alteración persistente relacionada con la conducta alimentaria, causando un deterioro significativo en la salud física y/o del funcionamiento psicosocial. Es una afección multideterminada por distintos factores: los predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento, los cuales deben de ser explorados y entendidos para poder vislumbrar cómo se desarrolló el trastorno y cómo se mantiene (Grilo & Mitchell, 2011).

Grilo y Mitchell (2011) afirman que los factores predisponentes son las vulnerabilidades del paciente para desarrollar un trastorno alimentario, tales como:

- Factores socio-culturales: sociedad de consumo, la búsqueda del ideal de belleza occidental.
- Factores individuales: rasgos ansiosos, ser perfeccionista, tener una autoestima baja, historia de vida, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, familiares con obesidad o que comen de más, altas expectativas familiares, padres ansiosos, comentarios negativos sobre el peso, género, ser adolescente o una mujer joven.
- Factores biológicos: tiroides, problemas de peso hereditarios, alteraciones en la regulación de apetito.

Los factores desencadenantes son los detonadores, por lo que la persona con cierto grado de vulnerabilidad puede desarrollar un trastorno alimentario:

- Estresores: abuso sexual infantil, divorcio parental, accidentes, mudanza, viajes, acoso escolar.
- Dietas/prácticas de control de peso.
- Circunstancias del ciclo vital: pérdida de familiares, fiestas de 15 años, sucesos importantes sociales.

Cuando ya se estableció el trastorno, existen factores que sostienen la conducta, tales como:

- Rasgos de personalidad
- Consecuencias físicas y emocionales
- Conflicto en la resolución de problemas
- Nula red de apoyo y/o problemas para adaptarse a contextos sociales

- Prácticas de control de peso

La familia funge un rol importante en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios. Minuchin y colegas (citado en Lock & Le Grange, 2015) encontraron características en común en las familias de pacientes con anorexia: existía un énfasis en una relación sumamente cercana entre familiares, difuminando las líneas que separaban lo trigeracional; y, por otro lado, se encontró una tendencia a evitar conflictos.

Desde la terapia familiar, los desórdenes alimenticios le pertenecen a toda familia y no solo a quien lo padece, por lo que tienen una postura despatologizante, en la cual separan el síntoma del paciente, y en cambio tratan a la familia psicósomática. Quien padece el trastorno tiene un papel poderoso a nivel familiar, debido a que a través de ella se evita encarar los conflictos. La niña vulnerable se encuentra en familias cuyas características transaccionales incluyen sobreinvolucramiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos (Lock & Le Grange, 2015).

Autocríticas

Para Boszormenyi-Nagy (2014), existen patrones en la interacción del sistema familiar multigeneracional, tales como los compromisos ante las expectativas familiares, aspiraciones, obligaciones y limitaciones heredadas, los cuales son incorporados como pertenecientes a uno mismo. A esto se le conoce como introyecto. El compromiso entre sus expectativas y obligaciones emerge un conjunto de valores y dinámicas que regirán la mayoría de las interacciones del hijo con otras personas, tanto dentro como fuera de su contexto familiar. Un sistema relacional importante es el de la lealtad simbiótica basada

en culpa, desde la cual la madre tiene conductas intrusivas y protectoras que limitan el crecimiento independiente y autónomo de la hija. La hija, al querer buscar su propio camino, pasa por periodos de alta culpa al sentir que abandona a su madre.

Los teóricos del desarrollo cognitivo, así como quienes investigan perspectivas analíticas, argumentan que existe una relación entre amenazas a la autoestima y los síntomas depresivos. Bajo esa línea, se ha encontrado de quienes padecen de depresión suelen ser altamente autocríticos, así como con tendencia a culparse y a tener dificultades para la autoaceptación. Considerando lo anterior, se ha sugerido en trabajar la autocompasión como alternativa para afrontar las autocríticas. La autocompasión es una postura emocional hacia uno mismo basada en el entendimiento sin juicio de nuestro pensar y sentir ante situaciones difíciles, para así enfrentar el dolor con aceptación, amabilidad y calidez. La autocrítica, en contraste, busca enjuiciar a uno mismo como culpable, por ende, ocasionar sufrimiento gracias a los pensamientos que surgen ante la crítica (Zhang et al., 2019).

El presente trabajo expondrá un caso psicoterapéutico individual desde el modelo sistémico, el cual tuvo como objetivo trabajar con eliminar la culpa de la paciente en torno a su relación con la madre, procesar cuáles fueron sus mecanismos de afrontamiento ante la muerte de su padre en la infancia, y mejorar la relación consigo misma, especialmente en el tema de la alimentación y relaciones interpersonales. El tratamiento fue en modalidad en línea, bajo los lineamientos de la clínica Orientación Psicoterapia y Aprendizaje significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Caso clínico

A continuación, se describe el caso de Mariana (pseudónimo), quien solicitó atención psicoterapéutica en la clínica OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla durante el otoño de 2020.

Datos de identificación

Mariana es una mujer de 40 años, trabaja en el giro automotriz de forma independiente. Tiene una formación académica superior de ingeniería industrial. Por interés propio, suele estar tomando capacitaciones y cursos relacionados a temas diversos, entre ellos, psicología.

Ella nació en la Ciudad de México, pero llegó a vivir a Puebla durante sus primeros años de vida debido al trabajo de su padre; su padre fallece en un viaje de trabajo, debido a problemas en la avioneta en la que se trasladaba. Ella es la hija de en medio de tres hijas, con quienes mantiene una relación distante. Ella es soltera y reside en una casa propia.

Suele visitar a su madre de forma seguida, aunque son reuniones cortas debido a que tienen una relación complicada. Mariana siente que, tanto sus hermanas como su madre, la critican de forma constante y prefiere mantener su espacio.

En la figura 1 puede observarse el genograma de la paciente (todos los nombres son pseudónimos). Su familia nuclear tiene nulo contacto con la familia paterna desde que el padre falleció, y dado que han vivido durante toda su vida en Puebla, la relación con la familia de lado materno también es lejana.

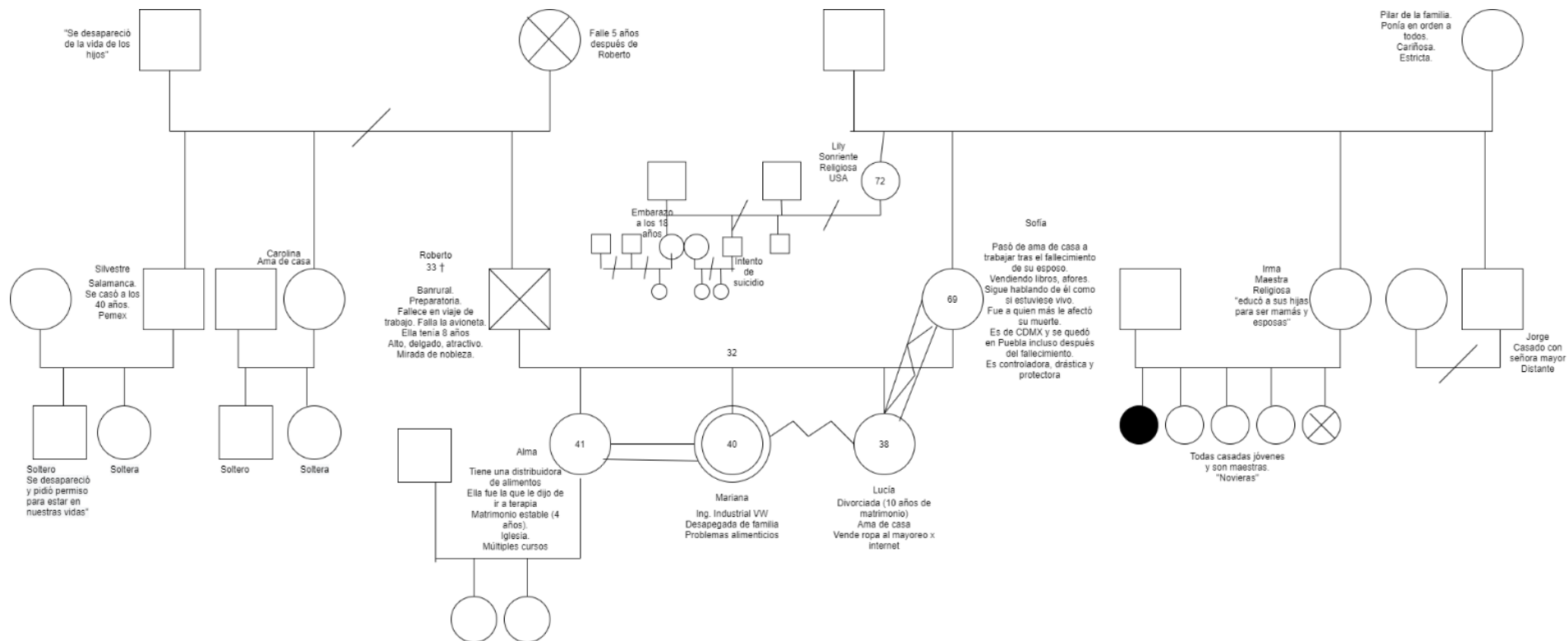


Figura 1. Genograma de Mariana. Para ver con mejor calidad presionar Ctrl + clic.

Motivo de consulta

Mariana acudió a psicoterapia por sugerencia de su psiquiatra, quien le recomendó trabajar sobre el autosabotaje, especialmente en el tema de relaciones de pareja. Anteriormente, ya había acudido a los servicios de OPTA en al menos dos ocasiones, pero debió interrumpir su tratamiento por cuestiones laborales. Anteriormente trabajó el tema de poner límites y problemas con el abuso de alcohol por estrés laboral.

Al inicio del proceso psicoterapéutico, Mariana se encontraba bajo un tratamiento psicofarmacológico de Prozac (20mg dos veces al día), Lamotrigina (100mg) y Resulti, este último en caso de que se sintiese muy mal. Anteriormente, ha sido motivada por su hermana mayor para acudir a procesos terapéuticos y psiquiátricos, así como a buscar cursos y podcasts relacionados a la autoayuda.

En su evaluación psicológica, ella escribe en las notas que está preocupada por la forma en la que está comiendo y su salud, por lo que es otro tema que ella remite como motivo de las sesiones.

Instrumentos de evaluación

La evaluación del proceso psicoterapéutico del presente caso fue a través de diversas escalas clínicas, cuyas variables a medir son las siguientes: ansiedad, depresión, enojo, apego, relación con la alimentación y funcionamiento global. A excepción de los instrumentos dedicados al apego y la relación con la alimentación, todos los instrumentos se aplicaron en la primera, quinta y décima sesión. Los instrumentos para medir apego y la relación con la alimentación se aplicaron al concluir con las sesiones, es decir, en la sesión número 12.

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Este inventario fue desarrollado con la intención de medir cualitativamente la intensidad de la sintomatología depresiva, y nace por la inquietud de distintos psiquiatras ante la discrepancia entre colegas para poder determinar con certeza si un paciente padecía depresión. Fue creada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) y tomaron en cuenta las siguientes 21 categorías para su implementación: estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, odio a sí mismo, sensación de autocastigo, autoacusaciones, deseos de castigo contra sí mismo, llanto, irritabilidad, distanciamiento social, indecisión, imagen corporal, inhibición laboral, problemas del sueño, fatiga, pérdida de apetito y peso, preocupaciones somáticas y bajo deseo sexual.

La prueba fue estandarizada y adaptada para México por Jurado y colaboradores (1998), con población de la Ciudad de México, y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.87 de confiabilidad.

Es un inventario de escala Likert que puede ser auto administrado y considera la sintomatología experimentada en los últimos quince días. Se conforma de 21 ítems que puntúan del 0 al 3, considerando que entre mayor sea la puntuación, mayor será el grado de afectación. Los siguientes son ejemplos de los ítems encontrados en el inventario:

4.

- (0) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- (1) Siento que he fracasado más que las personas en general
- (2) Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- (3) Siento que soy un completo fracaso como persona

5.

- (0) En realidad yo no me siento culpable

- (1) Me siento culpable una gran parte del tiempo
- (2) Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
- (3) me siento culpable todo el tiempo

6.

- (0) Yo no siento que esté siendo castigado
- (1) Siento que podría ser castigado
- (2) Espero ser castigado
- (3) Siento que he sido castigado

El puntaje para medir los niveles de depresión son los siguientes:

Tabla 1

Niveles de depresión para el Inventario de Depresión de Beck

Puntaje	Nivel de depresión
0 a 9	Mínima
10 a 16	Leve
17 a 29	Moderada
30 a 63	Severa

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) diseñaron este instrumento para medir la sintomatología ansiosa, teniendo como objetivo que tales síntomas puedan ser diferenciados de aquellos presentes en la depresión. Es una escala de tipo Likert, los cuales se puntúan con cuatro valores (0 al 3), dependiendo de la regularidad con las que hayan sido experimentados en los últimos siete días. Entre mayor sea el puntaje, la afectación de la ansiedad es más fuerte. El

inventario consta de 21 ítems en total, y a continuación se presentarán ejemplos de los reactivos:

1. Entumecimiento, hormigueo
2. Sentir oleadas de calor
3. Debilitamiento de piernas
4. Dificultad para relajarse
5. Miedo a que pase lo peor
6. Sensación de mareo

El inventario de Ansiedad de Beck fue adaptado y estandarizado para México gracias a la contribución de Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Su confiabilidad tiene un alfa de Cronbach que va de 0.83 a 0.84, y cuenta con altos puntajes de “test” y “retest”.

Tabla 2

Niveles de sintomatología ansiosa para el Inventario de Ansiedad de Beck

Puntaje	Nivel de depresión
0 a 5	Mínima
6 a 15	Leve
16 a 30	Moderada
31 a 63	Severa

Escala de Enojo Rasgo

Esta escala tiene como objetivo medir la predisposición del enojo ante distintas situaciones (Moscoso, 2000). El instrumento es de tipo Likert con 10 ítems, con una puntuación de 1 a 4, significando así 1 como “casi nunca”, 2 como “algunas veces”, 3 como “frecuentemente” y 4 es “casi siempre”. Entre más alto sea el puntaje total, mayor será la predisposición del enojo.

Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011) adaptaron la escala a la población mexicana. Obtuvieron una medida de confiabilidad en alfa de Cronbach de 0.83.

La interpretación del puntaje es la siguiente:

- **Puntajes del 10 – 16:** bajo puntaje. Es alguien que no tiene tendencia a enojarse.
- **Puntajes del 17 – 22:** puntaje promedio o normal. Obtener este puntaje significa que las reacciones de enojo son promedio en relación con la mayoría de la gente.
- **Puntajes del 23 – 40:** alto puntaje. Puntuar así significa una mayor propensión a enojarse ante situaciones de su entorno.

Escala Global

Como su nombre lo indica, la escala global es un instrumento que, en comparación a los instrumentos anteriormente mencionados, mide constructos de una forma más amplia y no específica, tales como el funcionamiento en distintas áreas: escuela, trabajo, pareja, familia, salud física y salud sexual. Fue creada por Raúl Alcázar Olán, director de tesis de la alumna Moreno Andrade (2014), quien empleó dicha escala para su investigación. Tiene un puntaje de estilo Likert. Sus reactivos se puntúan del 1=nada al 6=muchísimo; mayor puntaje indica mayor afectación o daño. Las personas responden a la afirmación “durante las últimas dos

semanas, a causa de mis problemas...” y luego indican el grado en que están siendo perjudicados en cada ítem. Los siguientes reactivos son una muestra del instrumento:

1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas
4. Mi relación con mi familia está siendo perjudicada
5. Mi salud física está siendo perjudicada
6. Mi vida en general está siendo perjudicada

Instrumento de Experiencias en Relaciones Cercanas

El instrumento de experiencias en relaciones cercanas fue diseñado por Brennan, Clark y Shaver en 1998, y en el año 2000 se hizo una revisión por parte de Fraley, Waller y Brennan. Este instrumento es utilizado para analizar los estilos de apego en población adulta, y está basado en la teoría del apego de John Bowlby.

Es un cuestionario de escala Likert que puede ser auto administrado. Se ocupó una versión corta, la cual cuenta con 21 ítems y están separadas en dos subescalas: la de *ansiedad* con 9 ítems y *evitación* con 12 ítems. La ansiedad hace referencia a la expectativa temerosa de rechazo o abandono, mientras que la evitación hace referencia a las conductas dirigidas a prevenir la cercanía e intimar en sus relaciones (Zambrano et al., 2009).

El cuestionario original fue confeccionado a través de la traducción inversa y fue aplicado en una población de origen colombiano. No se encontró una estandarización para

México, por lo que los resultados deben de ser tomados con precaución. Una puntuación alta indica baja presencia de la característica.

Ítems del cuestionario de experiencias en relaciones cercanas, separados por las escalas que evalúa

Tabla 3

<i>Ítems del cuestionario de experiencias en relaciones cercanas, separados por las escalas que evalúa</i>	
Escala	Ítems
Ansiedad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Evitación	10, 11, 14, 15, 16, 20 Ítems invertidos: 12, 13, 17, 18, 19, 21

Los siguientes son ejemplos de los ítems encontrados en el inventario:

Ítems de ansiedad:

1. Temo perder el amor de mi pareja

1. Siempre

2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

2. A menudo me preocupa que mi pareja no quiera estar conmigo.
3. A menudo me preocupa que mi pareja realmente no me ame.

Ítems de evitación

10. Temo que cuando mi pareja llegue a conocerme, a él o ella no le gusta quien realmente soy
11. Me preocupa que yo no esté a la altura de otras personas
12. Me siento cómodo compartiendo mis pensamientos y sentimientos privados con mi pareja

Inventario de Trastornos de la Ingesta (Eating Disorder Inventory [EDI])

El inventario de trastornos de la ingesta fue desarrollado en 1983 por Garner y cols. Su segunda versión fue publicada en 1991 y actualmente se encuentra en la edición número tres. Tiene como objetivo observar rasgos psicológicos relacionados a los trastornos alimenticios. La prueba puede ser auto administrada y consiste en 61 ítems, categorizados en 8 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez (Garner & Olmsted, 1991).

Es un cuestionario de escala Likert con un valor de 6 puntos, cuyas evaluaciones van de 0 = nunca a 5 = siempre, con algunos ítems cuyo valor es inverso. Actualmente, no se encontró una versión estandarizada para población mexicana, por lo que los resultados

presentados deben ser tomados con precaución. La suma de todos los ítems en cada subescala señala las áreas con mayor afectación, por lo que tiene mayor relevancia el valor cuantitativo de cada escala en separado, que el total de todo el inventario. La puntuación de cada subescala se compara con los datos normativos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En la siguiente tabla podrá observarse los puntos de corte.

Tabla 4

Ítems del Inventario de Trastornos de la Ingesta (EDI) y sus puntos de corte según la subescala.

Subescala	Punto de corte	Ítems
Inclinación a la delgadez	12	1, 7, 11, 16, 25, 32, 49
Bulimia	8	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61
Imagen corporal	15	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 56, 59, 62
Autoestima	12	10, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56
Perfeccionismo	8	13, 29, 36, 43, 52, 63
Relaciones interpersonales	6	15, 17, 18, 23, 30, 34, 54, 57
Conciencia interoceptiva	11	8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64
Maduración	5	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58

A continuación, se presenta unos ejemplos del inventario:

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
2. Creo que mi estómago es demasiado grande

3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro
4. Suelo comer cuando estoy disgustado
5. Suelo hartarme de comida

CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure

El instrumento CORE-OM fue diseñado para evaluar el progreso terapéutico de pacientes con diversas patologías y/o afectaciones. Es una prueba gratuita y su uso se encuentra libre desde su página web oficial en idioma español.

Fue diseñada por Core System Group y su adaptación al español fue cargo de Feixas y colaboradores (2012). Es una escala tipo Likert con valores del 0 al 5 y cuenta con 34 reactivos divididos en las siguientes dimensiones:

- Bienestar subjetivo (4 ítems):
 - 14. He tenido ganas de llorar
 - Nunca 0
 - Muy pocas veces 1
 - Algunas veces 2
 - Muchas veces 3
 - Siempre o casi siempre 4
- Problemas/síntomas (12 ítems):
 - 2. Me he sentido tenso, ansioso y nervioso
- Funcionamiento global (12 ítems)
 - 7. Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal
- Riesgo (6 ítems):
 - He sido violento físicamente hacia los demás

Cuenta con una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.75 y 0.90 en toda la prueba. Para su calificación, se suman los puntajes de cada dimensión, se dividen por el número de ítems pertenecientes a esa subescala y se multiplican por diez. Los puntos de corte son los siguientes:

- 0 – 10: nivel de afectación leve
- 11 – 15: nivel de afectación medio
- 16 – 20: nivel de afectación moderado
- 21 – 25: nivel de afectación moderado-severo
- Superior a 25: nivel de afectación severo

Diagnóstico del paciente

El enfoque sistémico no diagnostica de manera individual, sino a todo el sistema en el que se posiciona el paciente, por lo que se habla de una “familia psicosomática”, lo que significa que la evitación del conflicto es manifestada a través de la sintomatología de un integrante de la familia, en este caso, Mariana.

No obstante, se considera de relevancia mencionar el diagnóstico clínico contemplando las pruebas aplicadas, la entrevista clínica, así como el eje multiaxial del DSM-IV TR.

Evaluando las pruebas, así como a través de las entrevistas en sesión, se descarta una afectación del estado de ánimo o ansiedad, debido a una baja sintomatología según las pruebas aplicadas. Se concluye que tiene un estilo de apego ansioso y que presenta varias conductas significativas relacionadas a los trastornos de la ingesta.

La evaluación multiaxial es la siguiente:

- Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (307.50)
- Eje II: Rasgos del trastorno de personalidad límite
- Eje III: sin afectaciones
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 - o Afectación en su forma de relacionarse con sus familiares, con constantes peleas que despiertan mecanismos de defensa mal adaptativos, como comer compulsivamente.
- Eje V EEAG: 60-51 síntomas moderados
 - o Muestra dificultades moderadas en lo social e interpersonal. Tiene crisis compulsivas en situaciones estresantes.

Es importante señalar que la paciente no cubre con todos los criterios para ser diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria. Cubre con algunos síntomas propios del trastorno por atracón, mas no son los suficientes para ser diagnosticada con la afectación. Con respecto al trastorno de personalidad límite, la paciente cuenta con rasgos característicos de dicha personalidad, sin embargo, no se pudo corroborar a través de pruebas o con el diagnóstico del psiquiatra al que acude.

Formulación de caso

Desde la terapia sistémica, la importancia se sitúa en la dinámica interrelacional de los integrantes del sistema, por lo que es relevante conocer el contexto familiar y las conductas del sistema de la paciente. Mariana nace en la Ciudad de México y durante los primeros años de su vida, su familia decide mudarse a la ciudad de Puebla por motivos laborales de su padre.

Cuando la paciente tenía 7 años, su padre fallece en un viaje de avioneta, situación que ocasiona un apego interrumpido ante la pérdida de una figura de apego. Worden (2018), tomando la teoría del apego como referencia, señala que los infantes de 5 a 7 años son especialmente vulnerables, debido a que cuentan con un desarrollo cognitivo suficiente para entender la permanencia de objeto, pero tienen muy pocas habilidades de afrontamiento. La pérdida de un padre durante la infancia ocasionó que Mariana no tenga un proceso de luto adecuado y que, al crecer, tuviese dificultades para formar relaciones interpersonales cercanas.

El papel de los cuidadores primarios es establecer vínculos afectivos con el infante, los cuales determinarán cómo la paciente gestionará sus relaciones de pareja. Mariana, al perder a su padre, interrumpe su vínculo afectivo y se torna hacia un estilo de apego evitativo, desde el marco de la teoría del apego. Para los teóricos del apego, el desarrollo socioemocional y mental de quienes tienen un vínculo problemático con sus padres genera dificultades en la diferenciación y en la identificación de las propias emociones, así como la gestión y regulación de estas mismas (Ainsworth, Bowlby, Main & Solomon, citados de Barroso, 2014).

La paciente recuerda que, durante su proceso de luto, se repetía constantemente que debía ser fuerte y que no debía dolerle la muerte de su padre. Fue durante esa época que empezó a comer en exceso y a ganar peso; lo anterior se concibe como un mecanismo de afrontamiento evitativo, cuya finalidad es protegerla del dolor. Este estilo de afrontamiento deviene desde el modelo de solución de problemas, en el cual se observa las conductas afrontativas, mecanismo para conseguir sosiego y resolución a una situación que lastima (Worden, 2018). Existe el afrontamiento emocional activo, el cual resulta más efectivo para

gestionar el estrés. Y, por otro lado, existe el afrontamiento emocional evitativo, el cual da una sensación reconfortante al momento, pero no es útil para resolver el problema: la culpa, la distracción, la negación, la alienación social, así como el uso y abuso de sustancias (incluyendo alimentación) son las estrategias de afrontamiento de este estilo evitativo. Actualmente, la relación de Mariana con la comida es de forma emocional (atracones) y su autopercepción corporal suele distorsionarse al momento de verse al espejo (dismorfia).

Desde la terapia sistémica, los síntomas de Mariana funcionan como una manera de que exista equilibrio en el sistema después del fallecimiento de su padre. Con la pérdida del padre, la madre de la paciente decide quedarse a vivir en Puebla, lejos de su familia en la Ciudad de México, por lo que pasaba mucho de su tiempo trabajando para poder sustentar económicamente a sus hijas. Pittman (citado en Moreno, 2015) teoriza sobre la tipología de crisis familiares, en la cual se ve como crisis a la tensión que afecta a un sistema y ocasiona que los miembros se movilicen para la adaptación homeostática del sistema.

La familia de la paciente se compone de tres hermanas -contándola a ella- y su madre. La dinámica de relación entre ellas es a través de críticas sobre sus decisiones de vida y apariencia física; desde la terapia sistémica, estas críticas funcionan como medio de comunicación, de mostrar atención y preocupación, así como también como una forma de protección hacia la paciente: las críticas generan dudas e inseguridad sobre la paciente, y como consecuencia, ella evita cualquier involucramiento maduro y responsable hacia la vida.

La conceptualización de los desórdenes alimenticios desde el enfoque familiar señala que la presencia de un trastorno alimenticio suele estar relacionada con sistemas familiares exigentes, controladores, estrictos y con constantes críticas (Lock & Le Grange, 2015). En el caso de Mariana, se observa que, a través de la relación que tiene con la comida, ella protege

a su madre de la soledad: si Mariana empezara a responsabilizarse de nutrirse, cuidarse y quererse como una adulta y no como una niña, significaría que tendría que dejar de orbitar su vida alrededor de su madre. La relación simbiótica de la madre hacia la paciente se destaca por ser controladora y explosiva, probablemente potencializada por un temor a la pérdida desde el duelo de su esposo.

Tal situación ocasionó que la paciente sintiese que debe evitar a su familia, así como a otras personas, debido a que interiorizó las críticas y el control familiar. Ella, al reproducir dichas críticas hacia sí misma, genera insatisfacción, culpa y embotamiento emocional. La funcionalidad del síntoma con el sistema es que contribuye a que la familia no cambie y que la paciente siga comportándose como hija confluida con su madre, criticándose a sí misma constantemente y alienándose socialmente. Ella se ve a sí misma como una hija menor e incapaz de controlar su vida.

Elección de tratamiento

Para la terapia sistémica, la solución implicaría romper el lazo simbiótico entre madre-hija, logrando que Mariana reconozca los introyectos familiares. Se generará cambio a través de una nueva narrativa sobre cómo percibe su realidad, sus recursos, creencias y emociones, basándose en la diferenciación con su madre. Al romper el lazo simbiótico entre Mariana y su madre, la paciente dejará de relacionarse con los otros como hija, y podrá hacerlo desde un apego más seguro, con confianza y respeto hacia su propia persona. De igual manera, logrará tomar responsabilidad de sí misma como adulta, y podrá confiar en sus propios recursos para nutrirse y cuidarse.

Con base en lo anterior, los objetivos terapéuticos son los siguientes:

- Compasión: aceptarse y quererse a sí misma. Trabajar en ser más segura a través del reconocimiento de los introyectos familiares y la diferenciación con la madre.
- Apego: reconocer cuando pone distancia para protegerse. Cuestionar la probabilidad de ser lastimada. Aceptar su vulnerabilidad y no temerle.
- Recursos: ser consciente de sus recursos para afrontar las situaciones y reducir su medicación psicofarmacológica.
- Nutrición: mejorar su relación con la comida. Eliminar las distorsiones de su percepción corporal.

Técnicas terapéuticas

A continuación, se describen las técnicas desde el marco sistémico ocupadas en el proceso:

- Técnica de uso de metáforas: el uso de analogías, metáforas y símbolos funge como medio para evocar cambio de manera indirecta y con menos resistencias. Esta técnica trabaja desde el propio discurso y creencias del paciente, y su implementación ocasiona que se evoquen las emociones, para así entender el cambio desde el sentimiento y no únicamente de forma racional. Para Minuchin (citado en Moreno, 2015) es importante que el terapeuta esté inmerso en las costumbres y cultura del consultante, para “dejar a un lado la técnica y vivir el proceso”.
- Técnica de las redefiniciones: las redefiniciones buscan cuestionar las construcciones históricas que sean inflexibles o estereotipadas, cambiándolas por otras positivas (“connotación positiva”). No se connota positivamente el síntoma, sino su función protectora/benéfica ante la familia. Para Watzlawick, cambiar la definición de un problema ocasiona que éste se vuelva solucionable (Moreno, 2014).

- Tarea de probar algo nuevo: A través de accionar distinto se desbloquean los paradigmas problemáticos que sostienen el problema. De igual manera, se preparó de forma estratégica al paciente para dar ciertos pasos hacia nuevas conductas, logrando fomentar su seguridad para llevarlo a cabo y lograr flexibilizar sus posibilidades de actuar. Desde el modelo estratégico de Jay Haley, este es un tipo de tarea directiva que da pauta a que el paciente reconozca sus recursos y la capacidad de tener nuevas formas de entender una situación (Moreno, 2015).
- Pregunta milagro: es una técnica ocupada en la terapia de enfoque centrado en la solución, y consiste en hacerle la siguiente pregunta al paciente: “si mañana, al momento de despertar, hubiese ocurrido un milagro y el malestar por el que acudes a sesión ya no estuviese, ¿cómo sería? ¿quién se daría cuenta? ¿qué sería distinto?”. Se le invita al paciente a describir de forma específica y tangible qué cosas serían distintas, debido a que genera una pauta sobre las conductas que tiene que llevar a cabo para lograr sus objetivos terapéuticos (Cade & O’Hanlon, 2003).
- Excepción a la regla: esta técnica se basa en la certeza de que, en la vida, siempre existen excepciones a las ideas, emociones, comportamientos e interacciones que estén o puedan estar involucradas al problema. El reconocimiento de dichas excepciones por parte del paciente pueden ser un puente para cambios posteriores, debido a que se flexibiliza la idea constante que tenían sobre sí mismos y/o el problema (Cade & O’Hanlon, 2003).

Implementación del tratamiento

A continuación, se presentan fragmentos de dos sesiones terapéuticas (sesión cuatro y ocho) en las cuales se usó la técnica de metáforas. El objetivo de la sesión número cuatro fue

explorar la emoción relacionada a su cuerpo y la comida, mientras que el objetivo de la sesión ocho fue abrirse a la vulnerabilidad emocional. En ambos casos, la aplicación estratégica de la metáfora tuvo como función disminuir resistencias racionales para permitirse estar en contacto con sus emociones.

En la sesión cuatro, una parte del diálogo fue la siguiente:

Paciente: No quepo en mi pellejo. Como cuando te pones una ropa y sientes que va a dar el botonazo... así siento, pero en mi propio pellejo.

Terapeuta: Si este pellejo pudiese hablar, ¿qué te estaría diciendo?

P: [Silencio] No sé [sale una lágrima]. Que quizás me tengo que romper para algo.

T: ¿Hay algo en ti que sientas que está a punto de dar el botonazo? ¿Algo que hayas guardado en ti y que sientas que ya quiere salir?

P: Creo que principalmente es... las cosas que me llego a callar. Por ejemplo, sentirme tan incómoda con mi mamá, o el sentirme incómoda a veces con mis hermanas. Muchas veces con los jefes en el trabajo me sentía con ganas de contestarles y me quedaba con las ganas de contestarles, pero me lo guardaba y ahí me quedaba con la molestia yo. Con los novios que llegué a tener me pasaba muchísimo. Hacían cosas que no me parecían y me las guardaba. Y creo que es lo que ahorita podría pensar, que ya no quiero seguir guardando. Por lo pronto ya empecé.

[Posterior en la sesión]

T: ¿Con quién sientes que todavía estás con ese pellejo a punto de explotar, que quiere romperse?

P: Con mi familia. Principalmente con mi mamá. Con ella sí me cuesta muchísimo decirle las cosas. Y aún no lo he logrado.

T: Me da la impresión de que hay varias cosas que le quieres decir. Piensa en esos chipotes [al inicio de la sesión mencionó que no se reconocía frente al espejo y que se veía “chipotes” en el rostro], ¿qué le quieren decir a ella?

P: No sé. Lo que se me vino a la cabeza fue, que se alejen, que no me vean.

T: ¿Qué verían?

P: [con lágrimas] ¿Qué verían? [silencio] No sé si lo llegaran a ver, pero lo que yo percibo es mucha inseguridad.

T: ¿Qué pasaría si ven esa inseguridad?

P: Tengo la idea de que, si la ven, van a estar más encima de mí. Como queriendo resolver la vida. [...] Me da la impresión de que, como no les digo nada para mantenerlas lejos, se quedan con la duda de que algo está pasando con mi vida y más se meten, como algo contrario a lo que yo estoy intentando hacer. [...] Y en parte no se los digo porque siento que van a empezar a criticarme, a decir que lo que hago está mal. Y no es algo que quisiera escuchar.

T: Me imagino que no es algo que quieras escuchar. Pero, ¿es algo que vale la pena hacer?

P: Ahorita que me escucho, me pasó el pensamiento de “creo que prefiero escuchar que me critiquen un rato, que lo que hago está mal, total me bloqueo un rato porque yo sé que lo que hago está bien para mí, y con eso quitármelas de encima”.

El resultado de la cuarta sesión fue que logró conectar emocionalmente con lo que necesitaba y expresarlo, de tal manera que empezó a notar mejorías en su higiene del sueño.

Al mirarse al espejo, las distorsiones de su imagen corporal habían desaparecido. Asimismo, la clarificación de su necesidad y comportamiento gracias a la metáfora generó que se reuniera con su madre con la intención de accionar de una forma distinta. El resultado de lo anterior fue poder relacionarse con su madre desde una postura menos defensiva.

Con respecto a la sesión ocho, aquí está un fragmento del diálogo:

P: [hablando de un sueño relacionado a su madre] Soñé que estaba en mi casa, llegaba mi mamá y se metía. Y decía que “esta casa es mía, y yo voy a entrar cuando se me dé la gana” [...]

T: ¿Qué representa la casa de tus sueños?

P: Mi espacio, mi mundo. Y cuando se metió así, me sentí invadida. En mis sueños intentaba sacarla a empujones.

T: ¿Y en la vida real cómo haces eso? ¿Cómo le haces para sacarle de tu mundo?

P: La verdad es que no he sido capaz de ponerle un freno, un “hasta aquí, ya párale”. [...] Me hace dramas y siento que lo hace para no perder el control.

T: ¿Para qué crees que ella use el control? ¿Con qué finalidad?

P: Quizás para no sentirse sola.

Al trabajar las metáforas en esta sesión, la paciente llegó a la conclusión sobre el control que ejerce su madre sobre ella, y comenta que, al estar soltera, su madre siente que la paciente sigue siendo su responsabilidad, así como la ganancia secundaria de no sentirse sola. Metafóricamente hablando, lo anterior generó en la paciente la resolución de “abrirle la puerta” en lugar de que la madre entre a la fuerza a su casa, y así tomar mayor responsabilidad

de cómo se relaciona con su familia, especialmente con su madre. La paciente se dio cuenta que ella tenía el poder de cuándo abrir y cerrar.

Proceso terapéutico

El trabajo terapéutico de Mariana tuvo una duración de 12 sesiones, las cuales fueron en su mayoría semanales. Las últimas dos sesiones fueron espaciadas cada quince días como sugerencia de la supervisora terapéutica dado el avance que mostraba la paciente.

En la tabla 3 se describen cuáles fueron los temas abordados en cada sesión.

Tabla 3. Temas tratados durante el proceso terapéutico de Mariana

Número de sesión	Temas
1	Rapport y encuadre respecto a la metodología de las sesiones. Exploración de síntomas, motivo de consulta e historia familiar. El objetivo fue entender la situación de la paciente y hacer rapport.
2	Exploración de apego de la paciente, y cómo se relaciona con la dinámica familiar. El avance fue relacionado a la alianza terapéutica.
3	Indagar roles familiares para conocer su papel en la estructura familiar. Explorar históricamente su relación con la comida para conocer patrones. La paciente se mostraba con mayor apertura.
4	Metáforas en relación con su cuerpo y la comida para hacer contacto con sus emociones. Reconoció sus emociones y que está cambiando.
5	Generar nuevas pautas y conductas para que ella sea compasiva consigo misma. Dejó de tener distorsiones perceptuales con su cuerpo.
6	Exploración y disminución de varios sentimientos de culpa, relacionados a cómo se expresa y la <u>alimentación</u> .

7	Indagar el significado de la comida en su vida y cómo se relaciona con el afrontamiento ante situaciones de crisis. Explorar críticas interiorizadas, rechazo y evitación social.
8	Abrirse a la vulnerabilidad emocional. Insight sobre sus patrones y cómo afrontarlos.
9	Recapitulación de lo avanzado en sesiones. Explorar si hay otro tema que guste tratar.
10	Reforzar avances y espaciar las sesiones.
11	Reforzar avances logrados: distinguir la voz de crítica familiar y discernir lo que acepta en una relación y cómo pedirlo.
12	Cierre del proceso terapéutico sistémico. Recuento de lo trabajado, avances y áreas de oportunidad.
13	Sesión de seguimiento.

Resultados del tratamiento

En la presente sección se detallarán los resultados del proceso terapéutico del caso de Mariana, considerando los datos cuantitativos, así como cualitativos. Los resultados de la sesión de seguimiento serán analizados en el apartado de “evaluación de seguimiento a los tres meses”.

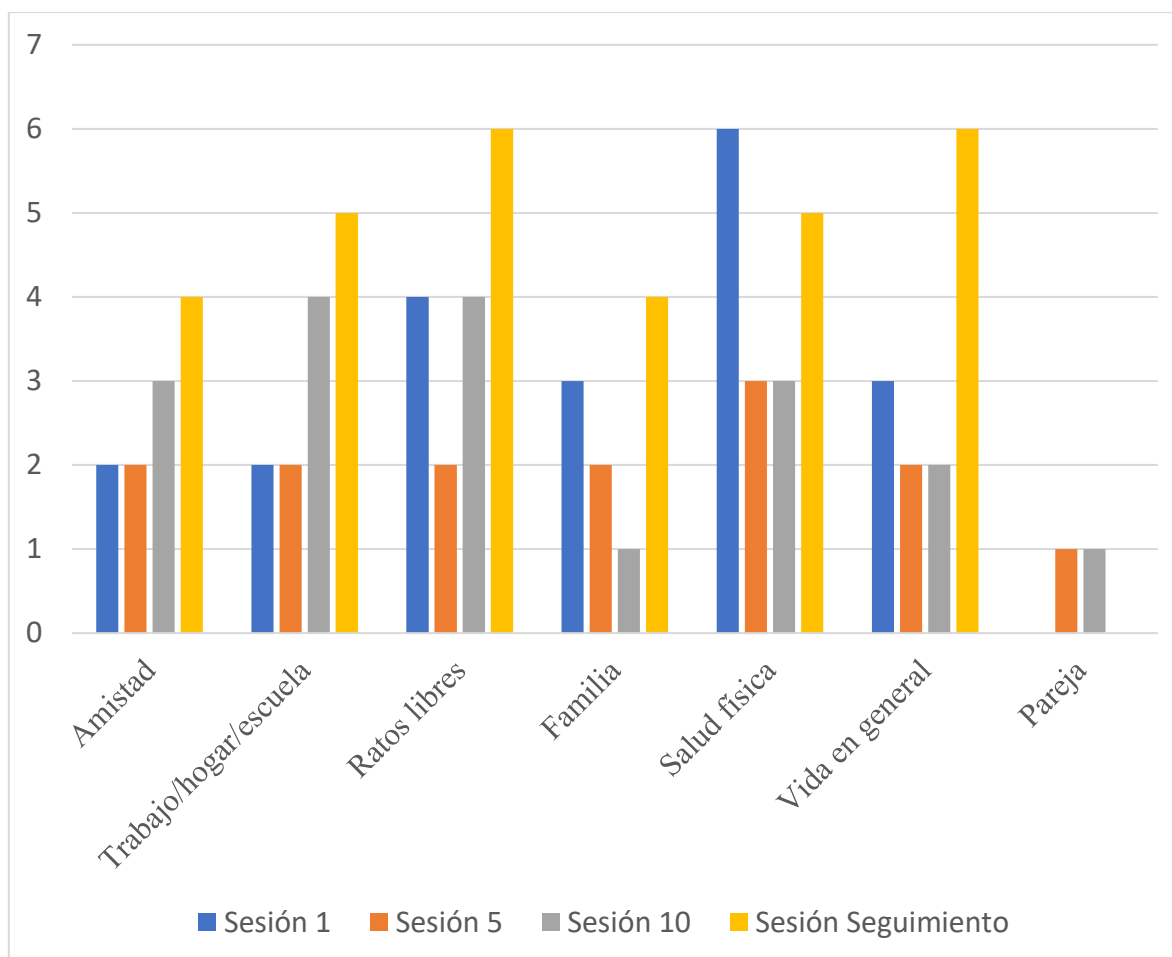
Resultados cuantitativos

Como se pudo observar en los resultados de la escala global, se puede concluir de forma general que la paciente inició las sesiones con un grado de afectación moderado en el área de amistad, trabajo y tiempo libre, las cuales aumentaron para la última medición. Durante la entrevista de seguimiento después de los tres meses, se le preguntó a la paciente sobre cómo

explicaba tales resultados, a lo que señala que empezar a ver gente después de la contingencia podría haberla estresado al momento.

Figura 1

Frecuencias de las dimensiones de la Escala Global



Debido a que el enfoque terapéutico trabaja especialmente el sistema familiar, el reactivo número 4 es de suma importancia. Se pudo observar una mejoría gradual, puntuando en la primera sesión un grado de afectación medio (3 puntos), y para la décima sesión señala un grado de afectación bajo, observándose una mejora, llegando a una afectación mínima sobre sus relaciones intrafamiliares.

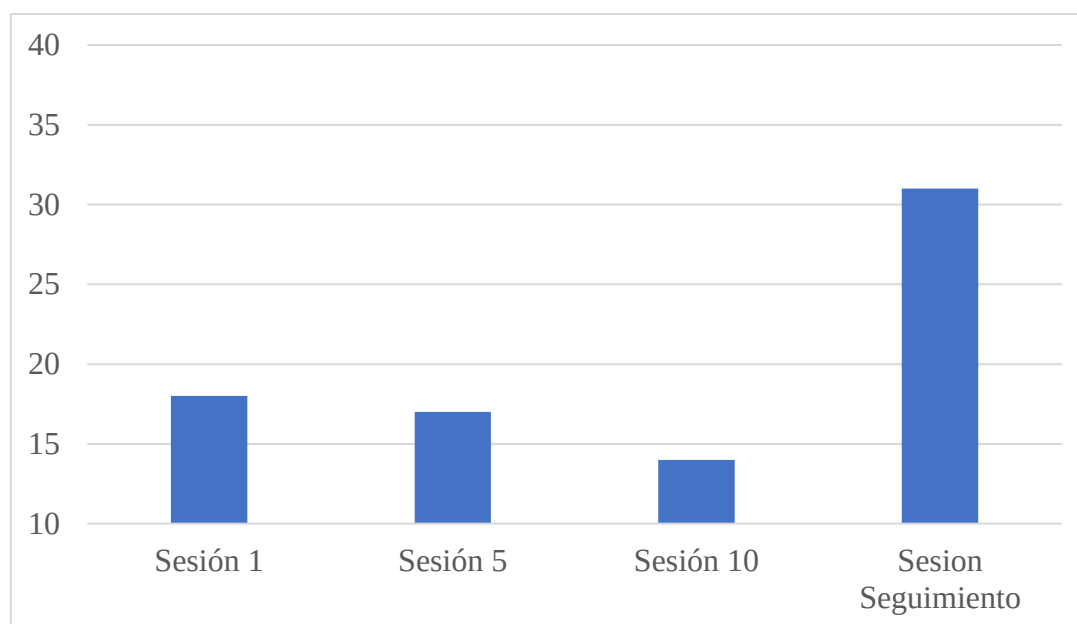
El reactivo de salud física también es de mayor relevancia, dado que uno de los objetivos terapéuticos estaba relacionado al cuidado corporal. Fue el marcador más alto de esta gráfica, puntuando con un nivel de afectación mayor (6 puntos). En la sesión número 5,

así como en la décima, se vio reflejado un decremento de tres puntos, teniendo un punto de afectación medio (3 puntos), lo cual indica un cambio en el cuidado de sí misma físicamente.

En cuanto al enojo (gráfico 2) la paciente llegó con puntajes bajos desde el inicio del tratamiento, y se mantuvo así durante las sesiones, hasta la última medición, en la cual se observó menor frecuencia a enojarse.

Figura 2

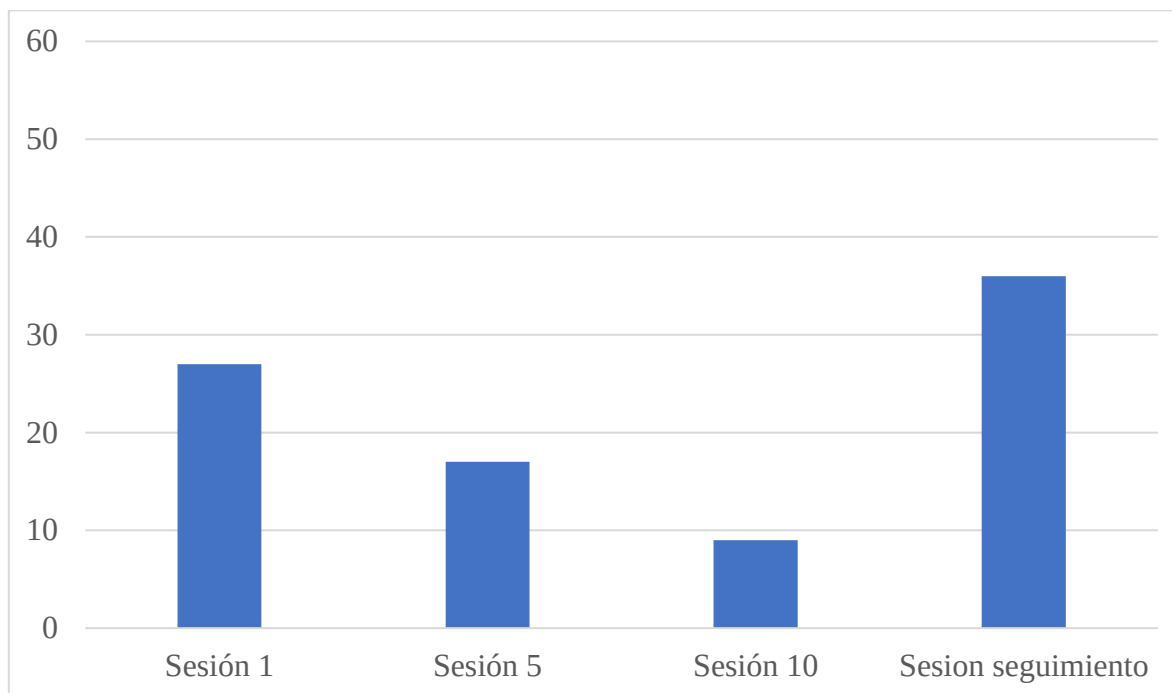
Resultados Escala Enojo-Rasgo



La gráfica 3 hace referencia a los resultados del Inventario de Depresión de Beck. Durante la primera sesión, Mariana puntuó en el límite superior de depresión moderada. Para la quinta sesión, disminuyó su sintomatología de depresión, pero se mantuvo en depresión moderada. En la sesión décima, se observa un decremento que la sitúa en una depresión leve.

Figura 3.

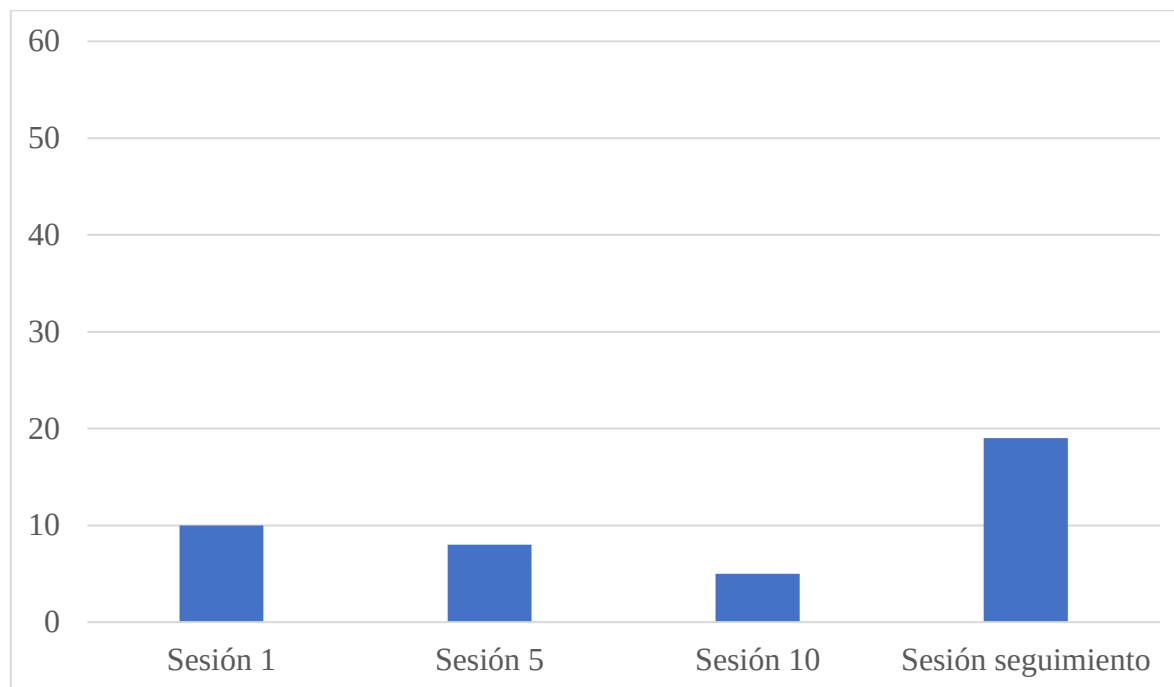
Resultados del Inventario de depresión de Beck (BDI)



Respecto a los resultados del Inventario de ansiedad de Beck, Mariana inició las sesiones con un puntaje leve, y posteriormente fue disminuyendo: la quinta sesión decrementó su grado de sintomatología, pero se mantuvo en leve, y en la décima sesión entró en la categoría de ansiedad mínima.

Figura 4

Resultados del Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

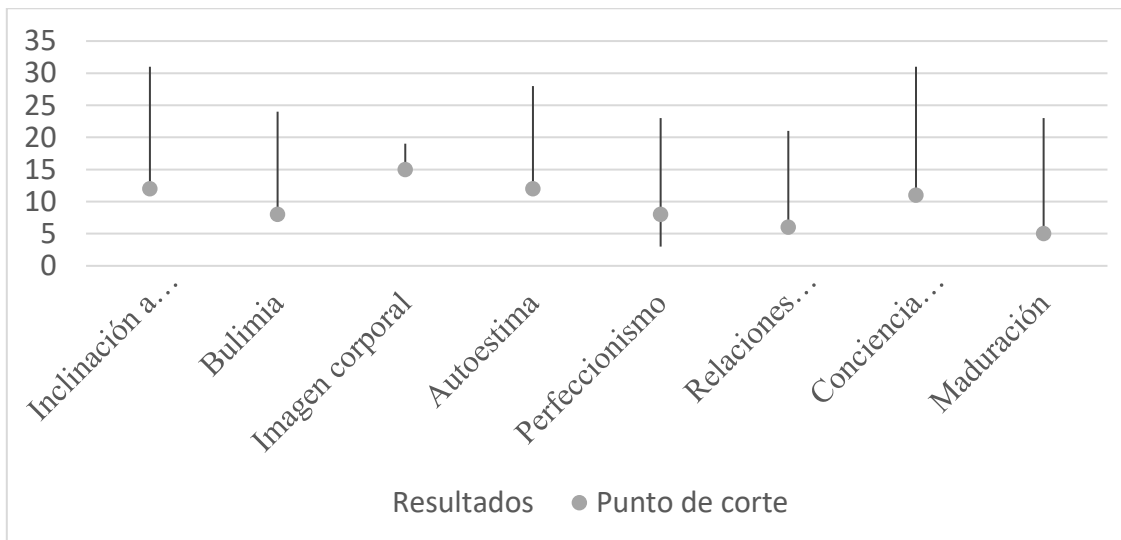


En cuanto al apego, medido con el instrumento de experiencias cercanas, la paciente tuvo un puntaje de 18, el cual se dividió con el número de ítems para la subescala de ansiedad (9), resultando en un puntaje de 2, lo que equivale al “casi siempre” de la escala Likert pertinente al instrumento. Basándome en lo anterior, el puntaje de evitación equivale a “algunas veces”. Se puede concluir que Mariana cuenta con un estilo de apego ansioso.

Los resultados del inventario de Trastornos de la Ingesta (gráfica 6) deben ser entendidos en separado por cada subescala y no en su totalidad, debido a que se busca observar los rasgos psicológicos relacionados a los trastornos de la alimentación. Por lo tanto, los puntajes con mayor afectación son “inclinación a la delgadez” (30 puntos) y “conciencia interoceptiva” (30 puntos). Debe recordarse que esta prueba no fue validada en México.

Figura 6

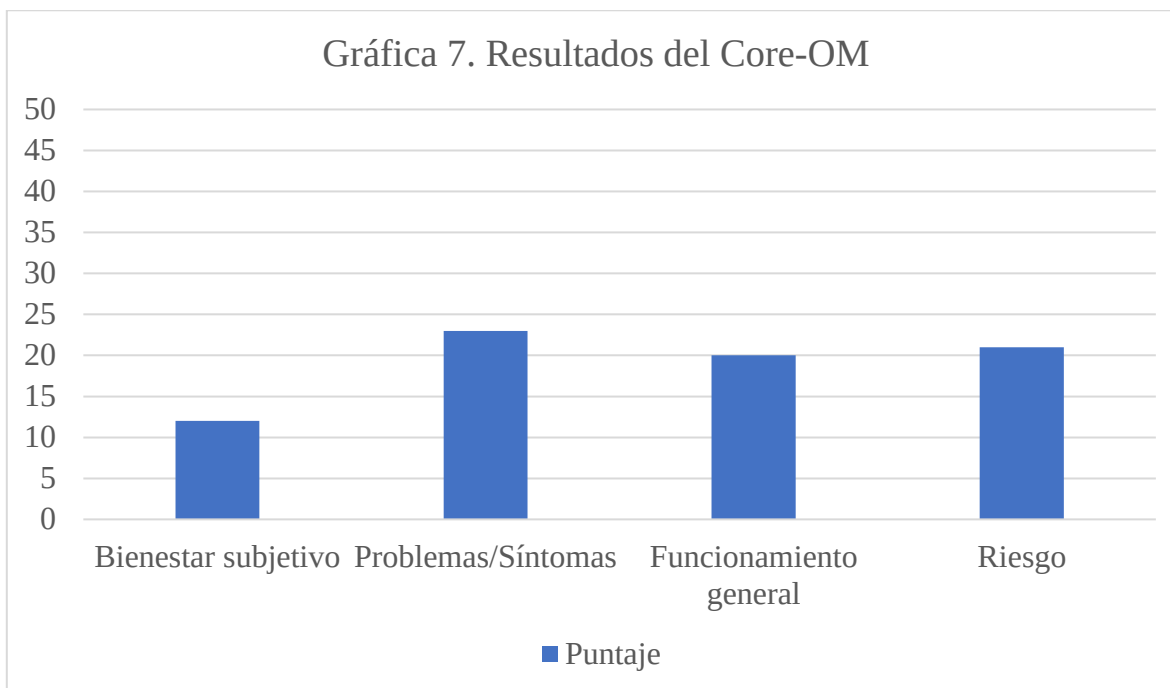
Resultados del Inventario de Trastornos de la Ingesta (Eating Disorder Inventory [EDI])



En la gráfica 7 puede observarse el instrumento CORE-OM, el cual fue aplicado en la sesión de seguimiento. La paciente se encuentra en todas las dimensiones en la categoría de moderado-severo. Respecto a la categoría de “bienestar subjetivo”, puntuó en “medio”, lo cual puede ser interpretado como que la paciente percibe su situación actual como insatisfactoria. En el apartado de resultados cualitativos se indagará más a profundidad respecto a este instrumento.

Figura 7

Resultados del Core-OM



Resultados cualitativos

Los resultados cualitativos fueron notables a partir de la quinta sesión, considerando el comportamiento no verbal de la paciente, su presentación, conductas expresadas, así como los comentarios de la paciente.

La paciente señala que, después del tratamiento, ha logrado expresar lo que siente y quiere, logrando ser asertiva con su pareja, así como con su madre. Esto es importante debido a que parte del tratamiento fue enfocado a no guardar sus emociones, para así no explotar o tener conductas evitativas que lastimen sus relaciones, como a sí misma.

Asimismo, ha logrado discernir e identificar pensamientos distorsionados, los cuales suelen estar relacionados a la crítica. Es importante éste logro debido a que, al identificar

esas ideas, su sentir y comportamiento cambia. Anteriormente solía escuchar esas críticas internas como una brújula que guiaba su conducta, pero no le era funcional.

Respecto a la relación con la alimentación y el cuerpo, su dismorfia se redujo. Ya puede verse al espejo, y al mirarse no hay una distorsión en la percepción de sí misma. De igual manera, el psiquiatra le dijo que “me ve muy bien, distinta”, por lo que su dosis psicofarmacológica fue reducida a la mitad.

Durante las últimas sesiones, el cambio físico de la paciente fue notable: procuraba su aseo personal y se maquillaba, a comparación con las primeras sesiones, en las que se mostraba recién despertando por la mañana y sin interés en cómo se veía. Su conducta no verbal empezó a sonreír más, a mostrarse más abierta y confiada, logrando tocar sus emociones sin recurrir fácilmente al llanto.

[Evaluación de seguimiento a los tres meses](#)

Al concluir la intervención, se decidió llevar a cabo una sesión de seguimiento a los 3 meses para evaluar los cambios y el estado emocional de la paciente. Se aplicaron las escalas clínicas de BAI, BDI, Escala Enojo Rasgo y Escala global, junto con CORE-OM.

Como se pudo observar en las gráficas, la paciente muestra una mayor frecuencia al enojo, junto con perturbaciones en la mayoría de las áreas de la escala global. Al hacer énfasis respecto a tales datos, la paciente comentó que este mes en particular fue difícil para ella: estuvo viviendo una situación de acoso laboral, la persona con la que salía le confesó que le interesaba su amiga y no ella, tuvo desacuerdos con los vecinos del fraccionamiento que administraba, y la semana anterior a nuestra sesión de seguimiento le dijeron que su ex pareja

le fue infiel. Ella expresa que, de haber sido evaluada hace un mes, los resultados hubiesen sido distintos.

Comenta que se reconoce enojada pero que ese enojo no lo ve como algo malo. Cuando empezó a sentirse así dice que pensó en ir al psiquiatra para ser medicada por ello, pero reflexionó y se dio cuenta que en realidad el enojo le estaba alertando de situaciones que no estaban bien en su vida y que debía de enfrentar. Ve al enojo más como una emoción necesaria en este momento de su vida.

Al preguntarle sobre si considera que el proceso terapéutico tuvo resultados satisfactorios respecto a su motivo de consulta (autosabotaje), la paciente menciona que sí: reconoce que ahora logra poner límites con su madre, reconoce cuando aparece la voz interiorizada de ella y puede hacerla a un lado. Lo anterior tuvo efecto en ella respecto a ser más independiente.

Asimismo, comenta ya no tener distorsiones cognitivas, pero su relación con la comida y su autoconcepto siguen fluctuando, al punto en el que se siente muy incómoda consigo misma. Considera que es algo que, a pesar de que sí se trabajó y que puede reconocer sus patrones como la culpa y la evitación, sigue teniendo dificultades para accionar distinto. Comenta que le gustaría continuar con un proceso terapéutico específicamente para tratar el trastorno alimenticio.

Factores asociados al terapeuta

En este apartado se presentan las fortalezas y áreas de oportunidad de la terapeuta, tomando como referencia las observaciones del equipo de supervisión. Desde la terapia sistémica, el papel del terapeuta influye en el sistema familiar del paciente, y se logra desde las características personales y familiares del propio psicólogo, siempre siendo autoconscientes de mantener cierta distancia sobre los preceptos e historias propias, esto con la finalidad de no contaminar el proceso del paciente. Asimismo, el estilo de apego de la paciente puede transformarse con la guía del terapeuta, quien toma el rol de figura de cuidado (Moreno, 2014). A continuación, se presentan las retroalimentaciones a la terapeuta.

Fortalezas

El equipo terapéutico enfatizó la capacidad de empatizar de la terapeuta, la cual fue importante para generar una buena alianza terapéutica debido a que la paciente podía sentirse segura y en confianza; desde el marco sistémico, “hablar el lenguaje” del paciente reduce las resistencias. Esta capacidad empática dio paso al uso del sentido del humor, cualidad también remarcada por el equipo terapéutico como una estrategia que generó conexión emocional y enganche al proceso.

La flexibilidad también fue elemental, debido a la capacidad de la terapeuta para identificar y reformular desde diversas perspectivas las hipótesis y objetivos de cada sesión. Esto fue logrado gracias a la escucha activa y la capacidad de hacer conexiones no tan evidentes entre la historia de la paciente y su discurso. La terapeuta podía modular su tono de voz gracias a la escucha activa, usando la voz como un recurso para evocar y conectar con emociones. La supervisora comentó que la terapeuta logró conectar y sensibilizar a la paciente a sus emociones para así generar un cambio más allá de lo intelectual.

Por último, se mencionó que la terapeuta ocupaba estratégicamente los silencios, lo cual denotaba confianza en los recursos que tenía la paciente para poder hacer un cambio desde la responsabilidad.

Áreas de oportunidad

El equipo terapéutico mencionó que la terapeuta podría reducir resistencias del proceso terapéutico al disminuir su uso de lenguaje técnico durante las sesiones. La supervisora invitó a la psicoterapeuta a trabajar y flexibilizar su lenguaje debido a que los pacientes deben entender lo que se les comunica sin complicaciones.

Asimismo, se recomendó trabajar el manejo de la ansiedad, debido a que dicha ansiedad generaba expectativas sobre el ritmo y resultados de la terapia que podrían dificultar la alianza terapéutica.

Por otro lado, se recomendó establecer metas terapéuticas más específicas para cada sesión, debido a que los objetivos estaban estipulados a un largo plazo, y no en cada sesión. Por último, se hizo la acotación de cuidar hacer demasiadas interpretaciones, debido a que primero debía generar hipótesis al respecto y ver si la paciente reconocía tales interpretaciones como una realidad para ella.

Discusión

Después de exponer los resultados obtenidos con la intervención psicoterapéutica desde el enfoque sistémico, se procede a establecer conclusiones para consolidar el caso y se puedan obtener sugerencias para futuros casos clínicos relacionados a estilos de apego ansiosos y trastornos alimenticios.

El objetivo general del proceso terapéutico fue que la paciente se diferenciara de su madre para empezar a tratarse con mayor compasión, y que a través de la figura del terapeuta encontrara un apego seguro para cambiar su forma de relacionarse con los demás. Específicamente, los objetivos fueron la aceptación de sí misma, reconocer sus conductas de apego ansioso y cuestionarlas, hacer consciencia de sus recursos y reducir la medicación, y mejorar la relación que tiene con la comida y su percepción corporal.

Se puede concluir que los objetivos propuestos fueron adecuados y que hubo avances, empero quedan aún aspectos importantes a seguir trabajando. Los objetivos logrados pueden ser entendidos como la capacidad de la paciente a intentar ser más compasiva consigo misma, reconocer sus patrones y las habilidades que tiene para afrontar situaciones difíciles, especialmente las relacionadas con ser vulnerable emocionalmente, y el implementar límites hacia los demás. Durante la sesión de seguimiento, se puede concluir que los objetivos relacionados a su dinámica con la comida, así como las actitudes hacia sí misma respecto a su figura, aún deben continuar en proceso terapéutico.

La paciente considera que su forma de relacionarse con los demás es asertiva; el cambio fue notorio debido a que tuvo una relación amorosa después de mucho tiempo, en la cual pudo vulnerarse y poner límites que no perjudicaran su bienestar. En la sesión de seguimiento, la paciente describe estar pasando por situaciones que afectan su bienestar emocional, pero considera que cuenta con las herramientas para poder afrontarlo, aunque le gustaría reforzar y seguir trabajando consigo misma en el ámbito terapéutico, haciendo énfasis en su alimentación. Por otro lado, su medicación psicofarmacológica fue reducida a la mitad, y ella considera que su estabilidad se debe especialmente a enfrentarse a sí misma en el proceso terapéutico, y no a los fármacos. Con respecto al tema de salud física, en la

última sesión comentó que ya no presenta distorsiones en su percepción corporal y que sus hábitos de sueño cambiaron positivamente; no obstante, durante la sesión de seguimiento, expresa que sigue teniendo una relación complicada con la comida, aunque ya no hay dismorfia. Por lo tanto, considerando a Kazdin (1999), se puede decir que existe un cambio real y un cambio percibido por parte del cliente como de su ambiente.

Los resultados obtenidos coinciden con la teoría relacionada al duelo desde la terapia sistémica: la génesis de la sintomatología (en este caso: la evitación ante la intimidad, trastornos de la ingesta, críticas) se suele situar en momentos de crisis del sistema, como lo es la pérdida de un rol importante como el padre y la forma en la que el sistema hizo frente a la desestructura. El afrontamiento del sistema de Mariana fue a través de la evitación emocional: su madre con trabajo excesivo, y sus hermanas con exigencias académicas y de estándares estéticos. La literatura señala (Bogza, 2012) que las familias que procesan y hablan sobre la muerte y se vulneran al respecto son mayormente funcionales, por lo que empezar a expresar emociones, deseos e intimar es parte elemental para dejar de somatizar la pérdida.

Desde el marco sistémico y de apego, reconocer el síntoma como producto de las relaciones familiares ocasiona una reorganización. Este reequilibrio genera nuevos vínculos pertinentes al momento presente y no al momento de crisis, ocasionando que existan lazos de seguridad y confianza entre los miembros. La paciente cambió la forma en la que se relacionaba con su madre a través de la implementación de límites adecuados a su ciclo vital, por lo que era importante una diferenciación en la que ella decidiera por sí misma y empezara a juzgarse desde sí misma, no desde la voz materna, por lo que los resultados coinciden con investigaciones previas relacionadas al apego (García-Torres, 2019).

Con respecto a los objetivos relacionados al trastorno de atracón, Butryn y compañeros (2011) señalan que los desórdenes alimenticios suelen ser tratamientos longevos (más de 6 meses) y con constantes recaídas. Asimismo, este modelo teórico se enfocó en psicopatología individual y factores familiares, sin explorar las respuestas metabólicas y neurobiológicas de la paciente ante la comida. La psicopatología compartida de los desórdenes alimenticios es la sobreevaluación, vigilancia y control del peso y figura. Sin embargo, para quienes tienen trastorno por atracón, el control de su alimentación puede ser alterado por la resistencia a la insulina, así como por el impacto biológico del consumo frecuente de comidas altas en carbohidratos y grasas, por lo que es importante incluir en las intervenciones terapéuticas los factores relacionados al mantenimiento, vulnerabilidad e impacto de una sociedad que comercializa comidas altamente procesadas y que facilitan el comer en exceso (Ayton & Ibrahim, 2020). Considerando lo anterior, la implementación de psicoeducación sería necesaria, así como la consideración de factores como la reactividad emocional, reactividad ante la comida, antojos, y control cognitivo.

Entre las limitaciones de este estudio de caso se encuentran las pruebas no estandarizadas para la población mexicana, como el Instrumento de Experiencias en Relaciones Cercanas (Zambrano et al., 2009) así como el Inventario de Trastornos de la Ingesta (Garner et al., 1991); este último cuenta con una versión actualizada, por lo que esta investigación podría beneficiarse de tal instrumento, sin embargo, no fue posible su acceso. De igual manera, al ser un estudio de caso individual, no es posible que los resultados sean generalizados.

Por otro lado, es importante mencionar el contexto de la pandemia SARS-CoV-2 que acontecía durante el proceso terapéutico, el cual tuvo que implementarse remotamente desde

la plataforma Zoom. Las sesiones en líneas limitan la observación e interpretación de las expresiones no verbales, debido a que únicamente se podía observar el rostro de la paciente.

Como recomendaciones para el futuro, es necesario investigar la efectividad, limitaciones y ventajas de la terapia en línea considerando el contexto de SARS-CoV-2 (Swartz, 2020), haciendo énfasis en factores como la alianza terapéutica, comodidad/privacidad, accesibilidad a internet de calidad para no tener interrupciones y distractores. En este caso, la terapia se mostró efectiva desde la modalidad en línea, por lo que este estudio de caso podría aportar a un creciente cuerpo académico relacionado a la efectividad clínica de intervenciones terapéuticas remotas.

Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307–318.
- Aleem, S. (2018). Bereavement in childhood and the role of attachment.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 [DSM-5]* (5ta ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Ayton, A., & Ibrahim, A. (2020). The Western diet: a blind spot of eating disorder

research?—a narrative review and recommendations for treatment and research.
Nutrition reviews, 78(7), 579-596.

Barroso, B. O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M. D., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 571–577.

Bogza, I. A. (2012). La terapia familiar sistémica y el duelo.

Boszormenyi-Nagy, I. (2014). *Invisible loyalties*. Routledge.

Brogaard, B. (2015). On romantic love: Simple truths about a complex emotion. *Philosophy in Action*.

Butryn, M. L., Webb, V., & Wadden, T. A. (2011). *Behavioral treatment of obesity*. *Psychiatric Clinics*, 34(4), 841-859.

Cade, B., & O'Hanlon, W. H. (2003). *Guía breve de terapia breve*. Paidós Ibérica.

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Á., Botella, L., Corbella, S., ... López-González, M. A. (2012). CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135.

García Torres, R. (2019). El proceso de duelo: una revisión desde la Terapia Familiar

Sistémica y la Teoría del apego.

Garner, D. M., & Olmsted, M. P. (1991). *Eating disorder inventory-2* (p. 48). Odessa, FL: *psychological assessment resources*.

Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.

Kazdin, A. E. (1999). *The meanings and measurement of clinical significance*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332–339.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332>

Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.

Moreno Andrade, L. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Universidad Iberoamericana Puebla, no publicada.

Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321–343.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211–218.

Rosenbaum, D. L., White, K. S., & Artime, T. M. (2020). Coping with childhood maltreatment: Avoidance and eating disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*,

135910532093706. doi:10.1177/1359105320937068

Swartz, H. A. (2020). The role of psychotherapy during the COVID-19 pandemic.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. springer publishing Company.

Zambrano, R., Villada, J., Vallejo, V. J., Córdoba, V., Giraldo, J. J., Herrera, B., & Correa, C. (2009). Propiedades psicométricas de la prueba de apego adulto. *Pensando Psicología*, 5(8), 6-14.

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., Patterson, B., & Kaslow, N. J. (2019). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *Omega: Journal of Death & Dying*, 80(2), 202–223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>