

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL

Núria Grañó Solé, Diana Beriain Romera, Lluís Botella García del Cid
FPCEE/SAAP Blanquerna
Nuriags@blanquerna.url.edu, Dianabr@blanquerna.url.edu, Lluísbg@blanquerna.url.edu

This article presents a case study of body dissatisfaction symptoms accompanied by a food disorder which was approached from a narrative constructivist perspective. The work structure is as follows: firstly the case and the method used is contextualized, secondly the description of the client is provided, thirdly the conceptual framework guiding the therapist intervention is described, fourthly the challenges and the client goals are assessed, fifthly a treatment plan is formulated. Finally the course of the therapy is described and an evaluation of the results of the therapy is made.

Keywords: body dissatisfaction, narrative therapy, the family's relational dynamics and case study.

CONTEXTO DEL CASO Y MÉTODO

En este artículo analizaremos un caso de psicoterapia trabajado básicamente desde una perspectiva constructivista narrativa. En primer lugar vamos a justificar por qué hemos elegido el siguiente caso así como a describir cual fue la metodología de trabajo y el encuadre clínico.

La elección de este caso se produjo por ser representativo de un proceso psicoterapéutico en que se aplicaron distintas técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para personas con un trastorno de la conducta alimentaria.

Para maximizar el rigor metodológico del estudio de caso se han incluido notas de las sesiones, así como ejercicios y técnicas realizadas por la cliente y se ha contado, además, con la colaboración de un grupo de supervisión. Así que la información relativa a la cliente de la que disponemos es la aportada por ella misma en las sesiones de terapia. Ésta tuvo lugar en un centro médico ambulatorio privado de Barcelona y en el proceso psicoterapéutico colaboró una nutricionista que revisaba de forma quincenal la parte nutricional.

Para garantizar el anonimato del caso se han modificado los datos de la cliente

y su familia.

LA CLIENTE

Seguidamente vamos a describir el contexto biográfico del caso de este estudio y su demanda. Anna residía en una población cercana a Barcelona con sus padres de 65 y 57 años. Cuando inició la terapia estaba a punto de cumplir 27 años y trabajaba como auxiliar de contabilidad en una cadena de hoteles de Barcelona. Tenía un hermano tres años mayor que ella que vivía con su pareja desde hacía tres años; la relación que Anna tenía con ellos era distante y no muy buena. Su madre tenía síntomas depresivos desde que a su hermano le diagnosticaron una enfermedad renal crónica, hacía unos dos años.

Hacía dos años inició su primera relación de pareja estable con Jordi de 26 años que vivía con sus padres en un pueblo de la provincia de Girona. Considera que lo único que le había hecho feliz en su vida es la relación con su novio. Tenían planes de ir a vivir juntos y en ese momento estaban buscando un piso en el pueblo de Jordi ya que él no quería moverse de allí. Anna había aceptado aun sabiendo que tendría que dejar su trabajo en Barcelona.

Según ella no tenía muchos amigos: solamente dos. Una era Silvia con quien se veía muy poco y la otra Esther con quien se había peleado dos días antes de iniciar la terapia. Tenía una buena relación con los compañeros del trabajo aunque no los consideraba amigos.

Cuando terminó el colegio, Anna empezó a estudiar los estudios de auxiliar de enfermería pero los dejó ya que no le gustaba e inició los estudios de auxiliar de contabilidad, asegurando que su trabajo actual le encanta.

Anna llama a nuestro centro pidiendo ayuda psicológica porque según ella no se siente bien porque no se gusta y se ve gorda. Su motivo de consulta era que quería ser feliz y sentirse bien consigo misma a nivel físico y psicológico. Anna había acudido con anterioridad a un centro dietético donde una nutricionista le había propuesto hacer una dieta y comprar unos productos dietéticos para perder peso. Al cabo de tres meses Anna no había adelgazado y continuaba con su malestar por su cuerpo y decidió dejar de ir a dicho centro.

A la primera sesión acude sola y afirma que tanto su familia como su pareja no encuentran bien que acuda a un centro de psicología; es un gasto y lo único que le pasa es que está gorda y tiene que adelgazar.

MARCO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN

La gran relevancia de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria en la actualidad está ligada a dos factores, por una parte al aumento de su incidencia en los últimos años y por otra a su compleja etiología y patogenia y su gravedad.

A continuación abordamos estos trastornos desde una perspectiva multicausal, integradora y compleja inspirada en una adaptación del modelo de Mapa Cognitivo

Borroso del Proceso de Formación y Resolución de Problemas Humanos (MCB-FRP: Botella, 2007). En este sentido, se parte de la concepción de que un trastorno psicológico se manifiesta como una combinación no lineal de Factores Predisponentes (FP) y Factores Desencadenantes (FD). Además, para mantenerse o cronificarse inhibiendo los procesos sanos y naturales de recuperación espontánea es necesario que actúen Factores de Mantenimiento (FM). La relación entre estos factores sería la siguiente:

- (1) $FP + FD = Problema$
- (2) $Problema + FM = Cronicidad$

Las definiciones de cada uno de estos factores son las siguientes:

Factores predisponentes. Entendemos por factores predisponentes todas aquellas variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un trastorno. Entre los más contrastados e investigados se encuentran los siguientes: (1) relaciones familiares disfuncionales, (2) estilos de apego inseguros, (3) vulnerabilidad personal, (4) sumisión a narrativas opresivas.

Los estudios que relacionan la dinámica familiar con los pacientes con problemas de alimentación son muchos. Desde los primeros trabajos de Bruch en los años 70 hasta la actualidad varios autores que han trabajado con familias psicósomáticas afirman que la disfuncionalidad de las relaciones familiares (principalmente una comunicación perjudicada y falta de establecimiento de unos límites familiares adecuados) son factores predisponentes y de mantenimiento de los problemas alimentarios (Vandereycken, Kong y Vanderlinden, 1989; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Minuchin, 2001; Espina, Joaristi, Ortego, y De Alda, 2003). Estos estudios derivan del Modelo Circumplejo de Olson (Olson, Russell y Sprenkle, 1983) que postula que las familias y parejas que manifiestan un equilibrio en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación son más funcionales que las que no.

En esta línea, Botta y Dumlao (2002) analizaron como el conflicto y los patrones de comunicación entre padres e hijas pueden ser factores predisponentes de los TCAs. Estos autores destacaron que la capacidad de resolución de conflictos y la comunicación abierta entre los miembros de una familia pueden contrarrestar la aparición del TCA y que una carencia de estas capacidades puede contribuir a aumentar las conductas propias de estos trastornos.

En la misma línea son muchos los trabajos destacados que identifican las implicaciones clínicas del apego inseguro y que lo relacionan con los problemas de la alimentación (Ward, Ramsay y Treasure, 2000; Liotti, 2001; Crittenden, 2002; Diamond y Stern, 2003; Moretti y Holland, 2003; Kobak y Mandelbaum, 2003).

Estos estudios indicaban, independientemente del instrumento de evaluación empleado, que los procesos de apego en la población con TCA eran mayoritariamente inseguros. Un apego inseguro y una dinámica familiar disfuncional no promueven el proceso de individuación de los hijos en una familia, factor que también se identifica como predisponente de los problemas de alimentación (Moretti y McKay, 2000). Sin embargo, el estudio realizado por Delannes, Doyen, Cook-Darzens y Mouren (2006) no confirma la relación entre AN y apego inseguro, ni tampoco la relación entre estilo de apego y funcionamiento familiar. Otros estudios se centraron en encontrar qué aspecto de los patrones de apego inseguro tiene más relación con los TCAs, indicando que la mayor parte de las pacientes con TCA revelaban un patrón de apego ambivalente con sus madres, es decir, buscaban su proximidad y al mismo tiempo la rechazaban (Greenberg, 2001; Eckerd, 2005).

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Tasca, Kowal, Balfour, Ritchie, Virley, y Bissada (2006) con una muestra de mujeres con TCA sugiere que el apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal (Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale y Siracusano; 2006), en otras palabras, un apego inseguro puede ser un factor predisponente de estos trastornos. En conclusión, un estilo de apego inseguro así como un pobre estímulo del crecimiento personal puede conducir a baja autoestima e insatisfacción corporal, lo cual puede llevar al desencadenamiento de un TCA.

En conclusión, una comunicación abierta y clara, dicho de otra manera cooperativa, promueve un vínculo seguro, ya que los padres pueden empatizar con las necesidades de su hijo y como consecuencia responder adecuadamente a ellas (Kobak y Mandelbaum, 2003). Es evidente, que la relación que se establece entre padres e hijos está determinada por la calidad de comunicación existente entre ellos, y no es extraño que uno de los principales focos de atención de muchos terapeutas sea la comunicación. En este sentido, un vínculo seguro promueve la confianza en la relación entre padres e hijos, y como consecuencia, los sentimientos entre ambos son comunicados directamente, lo que potencia la habilidad de empatizar y abrir puertas para la negociación de los diferentes puntos de vista. En otras palabras, una buena comunicación y un vínculo seguro favorecen estas habilidades, especialmente importantes en la etapa de la adolescencia, y consecuentemente la capacidad de resolución de conflictos, tan necesaria para poder crecer como sistema vital. Por otro lado cuando los niños perciben amenazas del cuidado de sus cuidadores, características de un apego inseguro, emergen sentimientos de miedo y de cólera, ansiedad y comportamientos defensivos (Bowlby, 1973) que a menudo son expresados de manera sintomática (Kobak y Mandelbaum, 2003).

Otros estudios se han centrado en el perfil de personalidad de pacientes con un trastorno relacionado con la conducta alimentaria como factor predisponente. En la mayoría de estudios se identifica un perfil de personalidad caracterizado por la autoexigencia, inteligencia, la aceptación de normas sociales, aparente autonomía,

perfeccionismo, necesidad de aprobación externa, hipersensibilidad, rasgos ansiosos, falta de respuestas a las necesidades internas y conformismo, siendo personas con unas expectativas muy altas y con una gran necesidad de complacer a los demás a expensas de tener una autoestima muy baja (Morandé y Casas, 1997; Herscovici y Bay, 1997; Mesa, Rodríguez y Blanco; 1989). Wechselblatt, Gurnick y Simon (2000) destacan que las características de personalidad de perfeccionismo y complacencia resultan ser un alto riesgo para el desarrollo de los TCAS.

La característica de personalidad identificada en estos pacientes referente a la aceptación de normas sociales hace pensar que son más susceptibles al deseo de conseguir el canon de belleza promovido por la moda y la publicidad. En las sociedades en las cuales la falta de comida no es un problema el hecho de estar delgado es sinónimo de atractivo y éxito. Parece ser que el valor del aspecto físico se ha convertido en una “cultura” y existe un autentico bombardeo de mensajes culturales que proponen modelos y comportamientos basados en la idea de restricción, autocontrol, apariencia y modificación del propio cuerpo (Onnis, Bernardini, D’amore, Dentale, Di Gregorio, Ferilli *et al*; 2005).

En este sentido, el estudio de Botella, Velázquez y Gómez (2006) sobre las correlaciones del peso corporal en la construcción de la identidad femenina puede resultar ilustrativo en este punto. Los resultados indicaron que el constructo “gorda versus delgada” era uno de los que tenía mayor carga factorial, es decir, que la mayoría de participantes consideraban el peso corporal como un aspecto importante a la hora de atribuir características psicosociales y de identidad a las mujeres y que por tanto el discurso del peso es relevante para la formación de primeras impresiones en nuestro contexto cultural al menos en las mujeres. A partir de los resultados también se observó un discurso muy propio de nuestro contexto “las mujeres gordas como fracasadas y dejadas pero simpáticas y las mujeres delgadas como exitosas y atractivas pero menos simpáticas y sociables”.

Factores desencadenantes. Los factores desencadenantes de un problema son en general acontecimientos insidiosos, traumáticos o críticos que activan procesos de invalidación. Debido a la heterogeneidad de los problemas humanos a la que nos referíamos antes, también los factores desencadenantes pueden variar enormemente-incluso más que los propios problemas pues parece haber una tendencia humana a reaccionar a diferentes factores desencadenantes con la misma manifestación sintomática.

Factores de mantenimiento. Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo. Entre los factores más investigados destacan los siguientes: (1) posición respecto al cambio pre-contemplativa o contemplativa (Prochaska, 1994), es decir, negación del problema o falta de compromiso con su resolución, (2) creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes, (3) problema egosintónico, es decir, problemas que paradójicamente contribuyen

a dar mayor coherencia a la identidad personal, y (4) coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente.

EVALUACION DE PROBLEMAS Y METAS

En este apartado describiremos a la paciente de este estudio a partir de la evaluación que se realizó durante la primera sesión y analizaremos cuál era su demanda y sus metas terapéuticas.

Anna se consideraba una persona nerviosa, a veces demasiado tonta, con una autoestima bajísima, sencilla y bastante tolerante con los demás. Físicamente no se gustaba, se consideraba gorda y más concretamente odiaba sus piernas que le parecían desproporcionadas, por el contrario le gustaba su cara y su pelo que cuidaba especialmente. Para disimular su exceso de peso vestía siempre con ropa oscura y discreta, aunque ese tipo de ropa no era de su gusto. Anna se había medicado porque tenía varices y estaba pendiente de una operación.

Cuando tenía 13 años Anna comenta haber sufrido acoso en la escuela y un episodio de abuso sexual por parte de sus compañeros. En una excursión de final de curso unos chicos la inmovilizaron y le tocaron sus genitales.

Consideraba que la gente que le importaba le fallaba muy a menudo. En el momento que llegó a terapia Anna se sentía hipersensible, irritable, triste, impotente y con una gran inestabilidad emocional; todo ello según ella desde hacía dos años, momento que había dejado de tomarse las píldoras anticonceptivas. Cuando dejó de tomárselas aumentó en muy poco tiempo de peso, pasó de pesar 65Kg (peso en que se sentía a gusto) a pesar 90Kg (peso con el que no se siente bien). Inició varias dietas e incluso estuvo una semana sin comer nada. Consideraba que no había tenido apoyo de su familia ya que estaban todos centrados en la enfermedad de su hermano y por este motivo se sentía resentida con sus padres y con él. Como consecuencia Anna compraba su propia comida y se preparaba platos distintos a los de su familia, esto le hacía sentirse muy diferente y aumentaba su sensación de problema. Comentaba que su pareja le decía que estaba gorda y que debía adelgazar y le prohibía comer ciertos alimentos. En casa de su novio seguía la misma dinámica de comprarse y prepararse su comida ya que su novio y el resto de la familia les gustaba mucho la comida “basura” (pizza, hamburguesa...). Algunas veces, Anna había decidido comer la misma comida que ellos pero la miraban mal y les decían que no debería hacerlo, así que se sentía mejor comiendo sus verduras y pescado o carne a la plancha.

En resumen, la paciente presentaba una insatisfacción corporal con cierta distorsión de su imagen, malestar psicológico significativo y una baja autoestima. Estaba resentida con su familia por el poco apoyo que le habían ofrecido y lo único que le hacía feliz era la relación con su novio.

La evaluación de los problemas se realizó en la primera sesión mediante una entrevista semiestructurada elaborada por el mismo centro en que se desarrolló la

terapia. Con la finalidad de concretar el trabajo psicoterapéutico se exploraron los objetivos que Anna quería conseguir con la terapia, para que estos fueran realistas y hubiera un acuerdo con las dos terapeutas que llevaron el caso.

Anna expuso que su principal objetivo terapéutico era ser feliz. Este objetivo era demasiado general para poder establecer un trabajo psicológico y por este motivo las terapeutas le ayudaron a concretar unas metas preguntándole cómo sería feliz. Estos fueron los objetivos terapéuticos de Anna:

1. Disminuir de peso
2. Gustarse y quererse más
3. Mejorar la relación con sus padres y hermano

Para complementar la evaluación se le administraron dos test psicométricos de personalidad, dos cuestionarios sobre el estado de ánimo y dos sobre conductas alimentarias e imagen corporal. Seguidamente describiremos los resultados obtenidos a partir de la administración de estas pruebas.

Concretamente se le administró el **Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)** en que destacó en las escalas de personalidad clínica esquizoide y evitativa con la combinación de una puntuación alta en la escala esquizotípica de personalidad patológica, describiendo así un cuadro de personalidad de alejamiento defensivo de las relaciones sociales, surgido por el temor del rechazo posterior, una expectativa de que le rechazarán los demás, tendencia a amortiguar su hipersensibilidad interpersonal, una persistente tendencia a la depresión y la soledad, y un intenso resentimiento hacia aquellos de los que depende. En cuanto a la alta puntuación en el síndrome clínico de pensamiento psicótico, destacaríamos los pensamientos psicóticos relacionados en las problemáticas alimentarias.

En el **Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF-5)**, destacaban una extrema puntuación en el polo bajo de asertividad que podía inducir a la cliente a pensar en los demás cómo desinteresados por sus necesidades, una puntuación alta en la escala de autosuficiencia, indicando una ineficiencia relativa a cooperar confortablemente con otros, así como también una alta puntuación en la escala ansiedad combinada con la baja fuerza del yo, reconociendo así la afectación por múltiple problemas.

En el **Symptom Check List-90-Revisado (SCL-90-R)**, destacó en las escalas de introversión, ansiedad y paranoia, con alta puntuación en el GSI, índice de sufrimiento y gravedad de los síntomas y PST, índice del número de síntomas.

En el **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**, obtuvo un nivel de ansiedad elevada en ambas escalas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, por encima de puntuaciones de 75.

En el **Beck Depression Inventory (BDI)** obtuvo una puntuación de 21, indicadora de depresión moderada.

En el **Eating Disorders Inventory-III (EDI-III)** destacó en las escalas de impulso a la delgadez, insatisfacción corporal e inefectividad y baja autoestima, lo

que evidencia su insatisfacción con su cuerpo, el deseo de adelgazarse y su baja autoestima.

Después de esta sesión evaluativa se pudo hacer un análisis del caso de Anna desde la perspectiva integradora que se expuso en el apartado anterior. Como factores predisponentes del problema de Anna se identifica una dinámica familiar disfuncional caracterizada por una comunicación perjudicada entre los miembros de una familia y el patrón de apego ambivalente que ha establecido Anna con sus padres; la baja autoestima de Anna, su complacencia y perfeccionismo y el discurso social del cuerpo deseable de la sociedad dónde Anna vive. Como factores desencadenantes se destacaría el aumento de peso de la cliente después de dejar de tomar las píldoras anticonceptivas y la enfermedad de su hermano. Finalmente, como factores de mantenimiento se identificarían la no conciencia de sus factores predisponentes y desencadenantes, así como los constructos y creencias de que se ve incapaz de solucionar su problema, generados a partir de su poca confianza en sí misma, la percepción de poca ayuda familiar y la sensación de frustración de los intentos fallidos anteriores.

FORMULACIÓN DEL TRATAMIENTO

Seguidamente describiremos de forma general el plan de tratamiento de Anna. Para formularlo se partió de los objetivos acordados entre ella y las terapeutas y en este sentido se propuso a la cliente un proceso psicoterapéutico individual y de una hora a la semana y una vez cada tres semanas acudir a una nutricionista recomendada por el centro. Hubiera sido de mucha utilidad hacer algunas sesiones familiares pero se descartó la opción partiendo de la base de que tanto la familia como la pareja de Anna no la apoyaban en el proceso psicoterapéutico que había decidido iniciar.

En las sesiones de terapia se trabajaría la vulnerabilidad personal de Anna, la aceptación de su cuerpo, las narrativas opresivas del discurso social del cuerpo femenino deseado, la dinámica familiar y las relaciones de apego mediante técnicas narrativas y cognitivas. Esta inclusión partía de la idea de que estos factores son predisponentes y a la vez mantenedores de los problemas relacionados con el cuerpo y la alimentación (Botella y Grañó, 2007).

Como se ha indicado anteriormente la literatura científica indica que un perfil de personalidad caracterizado por la autoexigencia, la aceptación de normas sociales, la necesidad de aprobación externa, la aparente autonomía, el perfeccionismo y la baja autoestima son factores predisponentes de los problemas relacionados con la insatisfacción corporal y con la alimentación. La insatisfacción corporal que presentan los pacientes con TCAs está asociada con su autoestima, así que cuanto más distorsionada sea su imagen más baja será su autoestima. Partiendo de lo dicho, es importante trabajar la autoimagen y la autoestima de forma paralela durante el proceso psicoterapéutico.

La investigación revela que la influencia de los aspectos físicos de la construc-

ción personal del *self* sobre el autoconcepto en general es mucho más determinante para las mujeres que para los hombres. Esta mayor importancia es probablemente la que hace que las mujeres sean más vulnerables a experimentar dificultades psicológicas a causa de una discrepancia percibida entre su propio físico y el que la sociedad presenta como deseable. Respecto a otros aspectos de la imagen corporal (talla, forma física, características de la cara), el peso es con diferencia el factor vivido como más problemático y con una mayor contribución potencialmente negativa a la autoestima femenina.

Otro aspecto importante que no podemos obviar durante el proceso psicoterapéutico es promover el conocimiento del discurso social del cuerpo deseado ya que se puede considerar un factor predisponente y de mantenimiento de los problemas relacionados con el cuerpo y la alimentación.

En referencia a lo dicho sobre la relación entre la dinámica familiar y los TCAs es obvia la importancia del trabajo sobre las relaciones familiares en el caso de Anna, aunque entendiendo la situación familiar de la cliente el trabajo familiar se realizaría de forma individual.

La nutricionista propondría un estilo de vida saludable para Anna que le permitiera disminuir de peso ya que su IMC indicaba sobrepeso; en este sentido elaboraría una dieta hipocalórica y un plan de ejercicios así como un seguimiento de sus nuevos hábitos.

CURSO DE LA TERAPIA

En este apartado describiremos la construcción de la alianza terapéutica así como la intervención de las terapeutas (técnicas, estrategias y procedimientos) y las respuestas de Anna. Para organizar la siguiente información hemos dividido esta sección en cinco apartados, en ellos se describe cada una de las temáticas tratadas a lo largo de las 17 sesiones realizadas.

Alianza terapéutica

Una buena alianza terapéutica está considerada la variable con mayor capacidad predictiva de la mejoría del cliente (Corbella y Botella, 2004; Botella y Grañó, 2006). Una adecuada relación terapéutica requiere un buen vínculo entre terapeuta y cliente que permita un acuerdo entre metas y tareas terapéuticas, siendo un prerequisite para que se lleve a cabo un buen proceso psicoterapéutico. En este caso se tuvo una especial atención a construir la alianza terapéutica con la cliente ya que, como hemos apuntado anteriormente, Anna tenía un apego inseguro y este tipo de vínculo dificultaba el establecimiento de una buena alianza.

En este sentido, durante las primeras sesiones las terapeutas se interesaron por la vida de Anna así como por sus aficiones e intereses sin cuestionarla, facilitándole un espacio de confianza donde sus opiniones eran muy válidas, mediante una escucha activa y respetando su silencio si no quería contestar alguna pregunta. Esta

aproximación fue muy útil para establecer una buena alianza ya que Anna verbalizó en varios momentos sentirse escuchada y que no dudábamos de lo que nos explicaba ya que por parte de su familia y pareja sentía lo contrario. Anna empezó a colaborar desde el inicio, implicándose en las tareas y considerándolas útiles, lo que también contribuyó al establecimiento de la alianza. En este sentido, a lo largo del proceso terapéutico no hubo ningún hecho que evidenciara una ruptura de la alianza, al contrario la alianza fue aumentando como demostraban los cuestionarios de alianza terapéutica que se le iban administrando a lo largo de las sesiones.

En la primera sesión se le pidió como tarea una autocaracterización (ver tabla 1) que se describiera a sí misma en tercera persona, tal y como lo haría una persona que la conociera muy bien. Cuando se le explicó la tarea, Anna consideró muy difícil el hecho de describirse a sí misma. Nunca había pensado que valiera la pena saber cómo se veía, y además de la instrucción de tener que escribir desde el punto de vista de alguien que la conociera bien y la viera con buenos ojos sería difícil de cumplir; ya que no encontraría palabras bonitas para describirse.

TABLA 1: Autocaracterización

¿CÓMO ES EN TERCERA PERSONA?

Yo creo que a veces es adulta, otras en cambio es como si fuera una niña pequeña, al comportarse de esta manera parece que todo lo que le rodea no le hiciera daño.
 Siempre busca una segunda opinión, aunque acaba haciendo siempre lo que ella tiene pensado desde un principio.
 Es demasiado confiada con la gente.
 Es dulce y cariñosa con la gente que ella ve que le aporta el mismo cariño que ella da.
 Es extrovertida y habladora cuando está bien con la gente que le rodea.
 Es extremadamente sensible, llora enseguida y se siente mal con ella misma.
 En su trabajo actual se siente muy a gusto, sobre todo con su compañera, al principio no había mucha comunicación entre ellas pero ahora sí y eso le gusta. El resto de la gente casi toda es maja y se portan bien.
 Ya no se que poner más...

En la siguiente sesión, Anna trajo una hoja con una descripción pasada a ordenador, tal como se le había pedido. Se comentó dicha tarea, felicitando primeramente a Anna por su buen trabajo. De la autocaracterización se destacaron varios aspectos importantes: en cuanto a contenido, Anna se definía en función de las relaciones con los demás, dando mucha importancia a lo que la “gente” (como ella misma decía) pensaba de ella; aspecto relacionado con una baja autoestima. Y en lo que se refiere a aspectos estructurales, hay un uso considerable de adverbios de cantidad con un significado dicotómico (como por ejemplo: nunca, demasiado, muy, extremadamente, mucho...); así como una utilización del “pero” para contra-

restar los aspectos positivos que Anna indica en su descripción.

Aceptación de su cuerpo

En los pacientes con una insatisfacción corporal, como el caso de Anna, es muy importante evaluar su autoimagen para determinar si hay distorsión de la imagen corporal y la gravedad de su insatisfacción. Para realizar una buena evaluación de la autoimagen, las terapeutas se plantearon las siguientes preguntas: ¿Cómo se ve? ¿Qué piensa y siente de lo que ve? ¿Qué desea hacer o qué hace con lo que ve?

Para poder responder a la primera pregunta se le administró el test de las siluetas, que consistía en que Anna tenía que indicar con qué cuerpo se sentía identificada y cuál deseaba tener. Los resultados indicaron que Anna tenía una leve distorsión negativa de su imagen corporal y que no estaba lejos de su cuerpo ideal. La distancia entre su autoimagen e imagen ideal era óptima para estar motivada para el cambio.

Anna respondió a la segunda pregunta comentando que pensaba que en general estaba gorda y que concretamente sus piernas eran horribles y desproporcionadas. Estaba convencida que las otras personas pensaban lo mismo de ella y por este motivo tenía pocos amigos.

Respecto a la tercera pregunta Anna verbalizó que evitaba el contacto con la gente así como comer delante de otras personas. También comentó que varias veces había realizado conductas compensatorias, estado unos días en ayuno total para perder peso pero nunca había hecho conductas purgativas (vómitos, laxantes o diuréticos) o ejercicio excesivo. Verbalizó que en los días que estaba más desanimada había tenido pensamientos autolesivos con respecto a las piernas que le venían de forma automática pero que nunca los había llevado a cabo.

Para trabajar la autoimagen propusieron a Anna que aprendiera a centrarse en las partes de su cuerpo que le gustaban o que menos le disgustaban y que las resaltara con la finalidad de que no se recreara negativamente con las que no le gustaban. Esto lo tenía que hacer diariamente sin dejarse llevar por su estado de ánimo. En este sentido, Anna decidió que se iba a centrar en la parte superior de su cuerpo (cabeza y torso) que era lo que según ella menos le disgustaba. Con esta tarea Anna desvinculó su estado de ánimo de su autoimagen y al mismo tiempo a no estar tan pendiente de sus piernas que era lo que le creaba más malestar.

Para trabajar los pensamientos negativos le propusieron que hiciera un registro de sus pensamientos negativos sobre su imagen indicando cuando aparecían. Con el registro Anna se dio cuenta que estos aparecían principalmente después de las comidas o cuando se miraba en el espejo. Durante las sesiones se hacía una reestructuración cognitiva mediante la discusión sobre esos pensamientos y se buscaban pensamientos alternativos más adecuados para que Anna pudiera recurrir a ellos y así invalidar los negativos.

Estas dos tareas (centrarse en las partes que menos le disgustaban y el registro

de pensamientos) se revisaron a lo largo de todo el proceso, evidenciándose una mejoría significativa. A medida que avanzaban las sesiones Anna había automatizado la actitud de centrarse en las partes de su cuerpo que menos le disgustaban siendo el registro de pensamientos cada vez más corto y los pensamientos alternativos le aparecían de forma automática. Su malestar psicológico disminuyó significativamente, aunque los pensamientos negativos sobre sus piernas prevalecieron hasta la última sesión.

Con la finalidad de trabajar la aceptación del cuerpo se le pidió a Anna como tarea que escribiera una carta a su cuerpo para que pudiera narrar y expresar todas aquellas preocupaciones, juicios personales e insatisfacciones hacia él. De esta manera las terapeutas querían poder diferenciar y desdoblar esas dos percepciones que Anna tenía de su propia persona en aspectos generales y su exigente y distorsionada percepción corporal. Anna comentó no poder ser capaz de realizar la tarea debido a sus dificultades para dirigirse a su cuerpo. Las terapeutas decidieron utilizar una sesión para poder identificar las preguntas que tenía hacia su cuerpo con la finalidad de poner palabras a su insatisfacción y poder escribir todo aquello que le produjera rabia hacia ella misma, entre lo cual destacaba el porqué de todo aquello que le estaba pasando acompañado de su manifestación de no entender por qué su cuerpo estaba reaccionando así y la imperiosa necesidad de poder ser feliz y estar contenta consigo misma (ver tabla 2).

Al finalizar esa sesión, Anna parecía más segura a la hora de poder escribir esa carta a su cuerpo, y así lo demostró trayendo a la siguiente sesión un esquema de todo lo que había hablado con las terapeutas la sesión anterior, incluyendo la carta que se le había pedido y una pequeña descripción de cómo se había sentido al decidir escribirla.

TABLA 2: Preguntas a mi cuerpo

<p>Hola *****,</p> <p>Ni siquiera se por donde empezar, me resulta extraño escribiros un mail. La verdad es que no llevo una semana muy buena, ya que el viernes fue la despedida de una compañera y fuimos a comer fuera, no comí del todo mal, pero el sábado que me fui a Andorra con mi novio ahí si que me pasé y el domingo de llegada, como llegamos a las 16h a mi casa tenía hambre y tampoco comí del todo bien, por lo tanto llevo desde el domingo por la noche con la vocecita esa, que me dice "no comas" y me siento muy mal, esta mañana tenía nauseas, la leche me sabía mal, creo que todo lo produce esa voz... Pero bueno yo tenía que haceros un esquema sobre mi cuerpo, ¿no? No se como hacerlo... Supongo que serán las preguntas que me hago a mi misma, que me hacen sentir mal...</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Porqué has reaccionado de esa manera, con unas pastillitas?- No conozco ningún caso como tu.- ¿Porqué has engordado tanto?
--

- ¿Porqué ahora te cuesta tanto perder el peso que has ganado?
- ¿Porqué no me facilitas las cosas?
- Solo pones impedimentos a mi felicidad.
- ¿Porqué me siento tan mal cuando veo una chica delgada?
- ¿Porqué no estás como todas las chicas delgadas?
- ¿Porqué me haces sufrir de esta manera?
- No me gusta sentir esto
- Quiero ser feliz, estar contenta conmigo y no me dejas.

No se si lo he planteado de la manera que vosotras queríais, pero es lo que siento dentro de mi siempre. Muchas preguntas sin respuesta.

Adeu,

Se utilizó otra sesión, en la que primeramente se la felicitó por haber sido capaz de hacerlo, a sabiendas de lo que significaba para la cliente. En la carta que Anna escribió se observa primeramente una descripción cronológica de la relación de ella con su cuerpo; en la que se diferencia constantemente la visión de debilidad que Anna tiene hacia su cuerpo por las constantes respuestas fisiológicas de que algo no iba bien, y la fortaleza que a veces demostraba pudiéndola herir con tanto ímpetu y no permitirle ser feliz. Una carta que finaliza con alguna esperanza, por pequeña que sea, de la cliente por poder volver a ser la de antes y poder estar como antes (ver tabla 3).

TABLA 3: Carta a mi cuerpo

Hola *****,

Siento no haberos mandado la carta antes, pero me ha costado mucho hacerla, no me salían las frases, en cambio las tengo todas en mi cabeza. Es una cosa que no entiendo.

A lo largo de toda mi vida he visto que eres más débil de lo que pensaba, algo frágil que se supone que tengo que cuidar más, porque me has demostrado que me puedes hacer mucho daño. Te ofrecí unas pastillas para que me dejaras más tranquila mensualmente cuando tenía la regla, pero no te gustaron y en vez de decírmelo has ido creando un daño a medida que pasaba el tiempo, un daño del que no me di cuenta, hasta pasados los años. Empezaste a crear un exceso de líquido en mi cuerpo, que no se notaba al principio, pero al final ya era imposible no verlo o notarlo, empecé a estar incómoda, me dolía todo el cuerpo, me hiciste sentir pequeñita, triste, enojada, dolida... Creaste de mi hacia ti un odio, que no puedo sacar de dentro, un dolor que se nota día tras día y una tristeza que no se irá nunca. Y lo peor de todo unas ganas enormes de echar el tiempo hacia atrás y haberme pensado más de una vez el haberte dado esa medicina, pero te la di a pesar de que la gente me dijera que no era aconsejable. Y así me lo has pagado. Mis deseos de sentirme como antes son a diario y miro a la gente que me rodea con envidia, intento ser como ellos pero no me dejas, ya es demasiado tarde, ¿no? Haga lo que haga vas a negarme la felicidad.

Espero que algún día me des esperanzas para estar y ser la de antes.

Creo que esto es lo que me pedíais.

Adeu.

Alimentación

Como se ha apuntado anteriormente, le propusieron a Anna sesiones con una nutricionista cada tres semanas paralelamente con el proceso psicoterapéutico, lo que fue de gran ayuda. Anna empezó una dieta hipocalórica y saludable, y consiguió realizarla sin problemas ya que no presentaba conductas compulsivas, y además ir al gimnasio tres días a la semana haciendo un plan de ejercicios aeróbicos propuestos por el mismo. Lo que le resultó más difícil de seguir fueron las cinco comidas (porque encontraba que eran demasiadas) e ir al gimnasio ya que a Anna no le gustaba el deporte porque se sentía ridícula haciendo ejercicio.

Al inicio de cada sesión se le revisaban la realización de la dieta y del ejercicio como tareas propias del proceso psicoterapéutico. De esta forma Anna tenía un espacio para comentar cambios o preocupaciones respecto a sus nuevos hábitos y al mismo tiempo el hecho de comentarlos era un refuerzo positivo para ella.

Para hacer un trabajo interdisciplinar manteníamos contacto telefónico con la nutricionista, lo que a Anna le hacía sentir tranquila y segura, teniendo en cuenta su anterior experiencia negativa con una nutricionista.

Anna fue perdiendo peso consiguiendo llegar a 77Kg en la última sesión y cada vez se sentía más a gusto con su cuerpo aunque seguía viendo sus piernas gordas y desproporcionadas.

Narrativas opresivas del discurso social del cuerpo femenino deseado

Como se ha señalado en el apartado anterior, el cuerpo deseado es un discurso social propio de una época y de una sociedad. En este sentido dedicamos una sesión a hablar de las narrativas opresivas del discurso social que participan en la idea de que un cuerpo delgado es sinónimo de belleza y éxito. Así que salieron a relucir temas como la publicidad, la moda, las tallas de la ropa y las películas y series de televisión.

Esta sesión ayudó a Anna a identificar qué parte de su malestar era inducido por este discurso social y a no dejarse llevar por el marketing que se hacía a este respecto. Esto contribuyó al cambio de actitud que adoptó Anna respecto a su cuerpo, continuaba con el deseo de perder peso pero iba disminuyendo la idea de que veía horrible.

Dinámica relacional familiar

Después de unas diez sesiones se empezó a trabajar más intensamente con Anna la dinámica familiar y las relaciones de apego; ya que como se ha apuntado

anteriormente, son factores predisponentes de la problemática de Anna.

Las terapeutas consideraron que la familia de Anna era una familia disfuncional, ya que había una comunicación perjudicada así como también se observaba un patrón de apego inseguro entre Anna y su madre y una figura paterna ausente. Respecto a la comunicación familiar cabe destacar que no era una comunicación abierta y que el poder hablar de sentimientos, emociones y necesidades personales estaba prohibido. Por este motivo Anna nunca pudo expresar lo que sentía y pensaba respecto a su cuerpo y en consecuencia dificultó el apoyo de su familia. Este tipo de comunicación participa en la construcción de un patrón de apego inseguro-ambivalente entre Anna y su madre. La madre de Anna tenía un comportamiento intrusivo respecto a la alimentación de su hija y su manera de vestirse. Se mostraba muy exigente con que Anna debía hacer dieta y vestir colores oscuros para disimular su figura. En cambio, tenía una actitud distante respecto a los sentimientos que pudiera mostrar, en ocasiones desacreditando las opiniones de Anna. Se le propuso como tarea que describiera su rol de hija en tercera persona. En esta narrativa se puso de manifiesto la comunicación perjudicada entre Anna y sus padres a partir de la descripción de la relación distante que mantenía con su padre y la relación ambivalente con su madre: Anna indicaba que le encanta hablar con su madre dependiendo de los temas que se hablaran y que a pesar de su negativa a recibir muestras de afecto, en realidad le gustaban ya que quería mucho a sus padres (ver tabla 4).

TABLA 4: Descripción del rol de hija

¿CÓMO ES	COMO HIJA EN TERCERA PERSONA?
	como hija es bastante seca y sin apenas conversación con sus padres. Le encanta hablar con su madre dependiendo de que temas para sentir que la escucha. Con su padre no habla tanto pero porque es un padre muy serio. Los quiere muchísimo. Lo daría todo por ellos. Cuando más se nota que los quiere es cuando tienen algún problema de salud, tipo resfriados, operaciones o están pachuchos los cuida mucho y es muy atenta con ellos. Es buena hija aunque ellos no lo vean así. No es que ayude mucho en casa porque siempre anda con mil cosas en la cabeza y no se acuerda. Pero en cuanto puede y se acuerda sí hace cosas. A veces su madre va a su cuarto y le da un beso en la parte de atrás del cuello, ella es reacia a ese beso pero en el fondo le encanta que se lo de... Porque lo hace poco.

A mediados del curso de la terapia, tuvo lugar una situación crítica en el seno de la familia; Anna y su madre tuvieron una fuerte discusión, que desencadenó un aumento de síntomas de su problemática alimentaria. Las terapeutas consideraron este hecho como un factor que afectó negativamente al proceso terapéutico, ya que Anna se negó a hablar o a trabajar las relaciones y dinámicas familiares durante dos sesiones. Es por eso que las terapeutas consideraron que era oportuno que Anna pudiera escribir una carta a su madre en la que pudiera expresar sus sentimientos hacia ella (no necesariamente para enviársela), aunque Anna nunca la llegó a escribir por no sentirse preparada para ello. Sin embargo, el hecho de no poder dedicar estas sesiones al trabajo familiar, facilitó a que la terapia se recondujera para trabajar la sintomatología alimentaria.

Otro aspecto importante que se trabajó con Anna fue el ayudarla a dar un significado alternativo a la relación que mantenían sus padres con su hermano. Anna pudo entender que sus padres dedicaban más tiempo a su hermano porque consideraban que una enfermedad física requería más atención que un malestar psicológico, y no por un tema personal, por ser ella. Este aspecto se trabajó desde el inicio de la terapia porque se consideró uno de los factores desencadenantes del malestar psicológico de Anna.

EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO Y RESULTADO DE LA TERAPIA

En la decimoséptima sesión, las terapeutas consideraron que había una mejora significativa a nivel sintomático y a nivel relacional de Anna, aunque quedaban aspectos relevantes para conseguir sus objetivos y metas terapéuticas iniciales. En este momento del proceso terapéutico fue cuando Anna decidió abandonar la terapia debido a que se iba a vivir con su pareja en un pueblo de Girona, donde este actualmente residía. Anna verbalizó que estaba muy contenta y satisfecha de los resultados obtenidos con la terapia, mostrando miedo a las consecuencias que podía tener el abandono de esta. Por este motivo, las terapeutas consideraron oportuno el poder derivarla a un terapeuta cercano a su nueva residencia para poder continuar con el trabajo terapéutico iniciado.

En resumen, el caso clínico analizado en este estudio parte de un punto de vista multicausal e integrador, es decir, se entiende que el TCA de la cliente se manifiesta como una combinación de unos Factores Predisponentes, unos Factores Desencadenantes y unos Factores de Mantenimiento. En este sentido, durante el proceso terapéutico se identificaron y trabajaron estos factores mediante técnicas narrativas como la autocaracterización y las cartas terapéuticas así como mediante técnicas cognitivas como el registro alimentario. En conclusión, este caso describe claramente un proceso psicoterapéutico trabajado desde una perspectiva constructivista en que se utilizaron técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para personas con un trastorno de la conducta alimentaria.

En este artículo se presenta un estudio de caso de insatisfacción corporal acompañada de una sintomatología alimentaria que fue abordado desde una perspectiva constructivista narrativa. El trabajo incluye en primer lugar la contextualización del caso y la metodología empleada, en segundo lugar la descripción de la cliente, en tercer lugar se describe el marco conceptual que guía la intervención de las terapeutas, en cuarto lugar se evalúan la problemática y las metas de la cliente, en quinto lugar se presenta el plan de tratamiento, a continuación se describe el curso de la terapia y finalmente se realiza la evaluación de los resultados.

Palabras clave: *insatisfacción corporal, terapia narrativa, dinámica relacional familiar, estudio de caso.*

Referencias bibliográficas

- BOTELLA, L. (2007). Simulación de los procesos de formación y resolución de problemas humanos mediante mapas cognitivos borrosos: Aplicaciones a la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 34-52.
- BOTELLA, L., VELÁZQUEZ, P., y GÓMEZ, A.M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina. En L. Botella (Comp.). *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. (pp. 411-438). Barcelona: Edebé.
- BOTELLA, L., i GRANÓ, N. (2007). *La construcció social de la feminitat*. Document no publicat.
- BOTELLA, L. i GRANÓ, N. (2006). Dimensions evolutives, neurobiològiques i clíniques dels vincles d'aferrament. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Aloma*, 18 (1), 229-238.
- BOTTA, R., & DUMLAO, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication*, 14(2), 199-219.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- CORBELLA C. i BOTELLA, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- CRITTENDEN, P.M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DELANNES, S., DOYEN, C., ATTACHE, P., COOK-DARZENS, S. & MOUREN, M. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(7), 565-572.
- DIAMOND, G.S. & STERN, R.S. (2003) Attachment-based family therapy for depressed adolescents. Repairing attachment failures. En S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 191-214). New York: The Guilford Press.
- ECKERD, L. (2005). The relation of attachment style and perfectionism in women with eating disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, 65, 6647. Retrieved October, 2007, from PsycINFO database.
- ESPINA, A., JOARISTI, L., ORTEGO, M.A. y DE ALDA, I.O. (2003). Trastornos alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*, 24 (3), 359-375.
- GREENBERG, D. (2001). Attachment themes relevant to young women with eating disorders. *Dissertation Abstracts International*, 63, 4953. Retrieved September 27, 2007, from PsycINFO database.
- HERSCOVICI, R.C. & BAY, L. (1997). Anorexia nerviosa: un abordaje integral. *Sistemas Familiares*, 3 (1), 35-42.
- KOBAC, R & MANDELBAUM, T. (2003). Caring for the caregiver. Attachment approach to assessment and treatment of child problems. En S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 144-164). New York: The Guilford Press.
- LIOTTI, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 63-85.

- MESA, P., RODRÍGUEZ, J.M. y BLANCO, A. (1989). Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. *Boletín de Psicología*, 25, 75-102.
- MINUCHIN, S. (2001). *Familias y terapia familiar* (4ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- MORANDÉ, G. y CASAS, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- MORETTI, M.M. & HOLLAND, R. (2003) The journey of adolescence. Transitions in self within the context of attachment relationships. En S.M Johnson & V.E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 234-257). New York: The Guilford Press.
- MORETTI, M.M & MCKAY, S. (2000). *Self-discrepancy in adolescents: Parental autonomy support and self-esteem in girls*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington DC.
- OLSON, D.H., RUSSELL, C.S. & SPRENKLE, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family systems, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- ONNIS L., BERBARDINI, M., D'AMORE, S., DENTALE, R.C., DI GREGORIO, L., FERILLI, C. et al. (2005). Cuando el tiempo está suspendido: individuo y familia en la anorexia mental. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 15, 9-24.
- PROCHASKA, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, M., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- TASCA, G., KOWAL, J., BALFOUR, L., RITCHIE, K., VIRLEY, B. & BISSADA, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7(3), 252-257.
- TROISI, A., DI LORENZO, G., ALCINI, S., NANNI, R., DIPASQUALE, C. & SIRACUSANO, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- VANDEREYCKEN, W., KONG, E. & VANDERLINDEN, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corporation.
- WARD, A., RAMSAY, R., & TREASURE, J. (2000) *Attachment research in eating disorders*. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- WECHSELBLATT T, GURNICK G, SIMON R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series using grounded theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(1), 91-123.