

**NOMBRE:** MÓNICA VÁZQUEZ ELIZONDO

**GRUPO:** LP20

**MATRÍCULA:** 99884

**MATERIA:** PSICOTERAPIA BREVE Y EN CRISIS

**ASESOR:** MTRA. HEIDY MONTALVO

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 4. DESARROLLANDO UN PLAN DE TRATAMIENTO

MONTERREY, N.L. 22 DE NOVIEMBRE 2020

**Objetivo:**

Desarrollar un plan de tratamiento de un trastorno de los revisados en la presente unidad, con el fin de poner en práctica la información teórica revisada a lo largo del curso.

**Instrucciones:**

* Elegir el trastorno de mayor interés. Elaborar un plan de tratamiento, incluyendo los procedimientos de técnicas específicas, material a utilizar u otras herramientas de las que te valdrás para llevarlo a cabo.
* En el reporte incluir la historia clínica del paciente, el diagnóstico y el protocolo de intervención a utilizar, incluyendo los tiempos de trabajo, herramientas y técnicas a utilizar de acuerdo a la problemática del paciente.
* Elaborar una conclusión acerca de las problemáticas con las que puedes enfrentarte en el uso de las técnicas de trabajo para dicho trastorno o problema en particular.

**CASO CLINICO. Sobrepeso en adolescente tardía 19 años**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombre:** Miriam

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 19 años

**Lugar de nacimiento:** Monterrey, N.L México

**Domicilio:** Calle Cantabria Sur N°48

**Ocupación:** Estudiante

Con quien vive: Padre, Madre y Hermano

**Motivo de consulta:** Sobrepeso desde la infancia, con un diagnóstico de obesidad mórbida, derivada por el departamento de cirugía bariátrica, debido a un diagnóstico de TCA (Trastorno por Atracón) y depresión, que son diagnósticos incompatibles con la cirugía bariátrica a la que se quiere someter. Quiere bajar de peso, pero considera que la única forma es a través de esta cirugía.

**ANTECEDENTES**

Miriam tiene un IMC 56,68 kg/m2. Convive con su padre (57 años, con sobrepeso), su madre (54 años, con obesidad) y su hermano (25 años, perdió 60 kg mediante dieta y ejercicio, anteriormente obeso mórbido). La relación familiar ha sido siempre conflictiva, refiriendo burlas de varios familiares en torno a su peso. En el ámbito académico siempre ha presentado un elevado rendimiento. La relación con sus iguales siempre ha sido adecuada, pese a referir episodios aislados de burlas de compañeros en el colegio e instituto. Entre sus aficiones destacan el baile o la natación, la música, los animales y el cine. En cuanto al nivel educativo de sus progenitores, ambos poseen estudios primarios, su padre es empleado del calzado y su madre cocinera. Su nivel socio-económico es medio-bajo. Está dispuesta a acudir a terapia y verbaliza compromiso de esfuerzo para solucionar su problema.

**HISTORIA DEL PROBLEMA**

Según informa Miriam, su problema de peso y sus hábitos alimentarios inadecuados existen desde la infancia. Su peso ha aumentado gradualmente desde los siete años, produciéndose hace dos años un mayor incremento. Asegura que en su casa se ingieren muchos hidratos de carbono, fritos, cenas copiosas y comida rápida. Hace dos años, coincidiendo con el final de bachiller y selectividad, comienzan los atracones y, en alguna ocasión, vómitos como conducta compensatoria. Actualmente asegura que los vómitos han desaparecido y sólo persisten los atracones. La falta de control de impulsos se inicia a los ocho años, cuando empieza a pellizcarse en brazos y cara para aliviar la ansiedad. Este hecho coincide con un episodio puntual de abuso sexual en forma de tocamientos por encima de la ropa por parte de un familiar lejano. Según relata Miriam, en alguna ocasión recuerda algún estímulo característico de aquel momento como el olor a café, pero no le causa ninguna interferencia en su vida diaria. Refiere que la conducta de pellizcarse cuando está nerviosa la realiza desde entonces sin darse cuenta, normalmente por la noche cuando está sola en su cuarto y llegando a provocarse heridas leves en la piel. Por ello, con catorce años se puso en tratamiento psicológico durante seis meses sin éxito. En cuanto a la sintomatología depresiva, Miriam refiere sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa e inferioridad desde la niñez, y los asocia a su exceso de peso y a sus relaciones familiares insatisfactorias. Además, estos sentimientos los maneja comiendo y pellizcándose, por lo que finalmente aumentan. En el momento actual Miriam ha alcanzado su peso máximo (141,5 kg), a causa de los atracones y los hábitos de vida desadaptativos. Muestra ligeras heridas cutáneas como consecuencia del impulso de pellizcarse. Presenta sintomatología ansioso-depresiva, con conductas de evitación de situaciones sociales que están interfiriendo en su rutina diaria, aumentando su aislamiento social. Todo ello en el contexto de unas relaciones familiares disfuncionales.

**De acuerdo al DSM V [ 307.51 (F50.8) ]:** Trastornos de la conducta alimentaria, Trastorno de Atracones, con depresión como comorbilidad.

|  |
| --- |
| **Críterio Diagnóstico** |
| A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. C. Malestar intenso respecto a los atracones. D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.  |
| **Evaluación** |
| Los factores de vulnerabilidad de Miriam hacen referencia al apego inseguro con sus figuras de referencia, los problemas de obesidad desde la infancia, las burlas de familiares y compañeros y el historial de fracaso en la pérdida de peso. Respecto a los factores precipitantes, se encuentran las situaciones de estrés en las que Miriam considera que exceden sus recursos personales, así como emociones negativas relativas a culpa, frustración y situaciones de aburrimiento. Los factores de mantenimiento se observan en las consecuencias reforzantes que obtiene Miriam en los atracones, como la reducción de la ansiedad o la regulación de emociones negativas. La ausencia de actividades agradables el aislamiento social y los conflictos familiares actuales, están contribuyendo también al mantenimiento del problema. |
| **Características Diagnósticas** |
| La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (Criterio D). Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos Trastorno de atracones 351 que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio Al). El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Un único episodio de atracón no necesita limitarse a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón. La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos refieren características disociativas durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control que se relaciona con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entra de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos refieren que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que existe pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar. El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico |
| **Diferencial** |
| * Diagnóstico diferencial Bulimia nerviosa. El trastorno de atracones comparte con la bulimia nerviosa los atracones recurrentes, pero difiere de ella en otros aspectos fundamentales. En lo que se refiere a la presentación clínica, el comportamiento compensatorio recurrente inapropiado (p. ej., purgas, ejercicios dirigidos) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno de atracones. A diferencia de los individuos con bulimia nerviosa, los individuos con trastorno de atracones no suelen restringir intensa o sustancialmente la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones. Pueden, sin embargo, referir intentos frecuentes de hacer régimen.
* Obesidad. El trastorno de atracones se asocia al sobrepeso y la obesidad, pero tiene características fundamentales distintivas que lo diferencien de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobreevaluación Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado del peso y la constitución corporal son más elevados en las personas obesas con el trastorno que en aquéllas sin el trastorno. En segundo lugar, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre las personas obesas con el trastorno que entre las que no lo presentan. En tercer lugar, los resultados satisfactorios a largo plazo de los tratamientos psicológicos basados en datos científicos, para el trastorno de atracones contrastan con la ausencia de tratamientos eficaces a largo plazo en la obesidad. Trastornos depresivo y bipolar. El aumento del apetito y el aumento de peso se incluyen entre los criterios del episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas de los trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la alimentación en el contexto de un episodio depresivo mayor puede o no estar relacionado con la pérdida de control. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos. Se pueden observar atracones y otros síntomas de un comportamiento alimentario alterado en el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.
* Trastorno de la personalidad límite. Los atracones se encuentran entre los criterios de comportamiento impulsivo que forman parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.
 |
| **Tratamiento seleccionado** |
| Tratamiento conductual por espacio de 12 sesiones de 1 hora a 1 hora y 20 min de duración y sesiones empleando técnicas de psicoterapia Gestalt.Sesión 1: Explicación del Trastorno de Atracón, sus comorbilidades, revisión detallada de los síntomas y afectaciones en el cuerpo.Sesión 2 y 3: Revisión de Técnicas de autocontrol que incluyen auto-observación, registro de comida, registro de situaciones desencadenantes relacionados con la emoción y pensamientos al estar comiendo, registro de metas realistas a corto-largo plazo, control de estímulos (comer sentado, despacio, sin otras actividades, límites y lista de comida, levantarse de la mesa al comer, compra controlada)**Tarea:** Decorar el diario que le estará acompañando durante su tratamiento, de forma que lo personalice y lo haga “suyo”Sesión 4 y 5: Técnica de debate empírico, ayudarle a cuestionar sus acciones y comportamientos respecto a la comida la forma en la que come, encontrar ganancia escondida de su obesidad, los detonadores internos. ¿Para que te sirve subir de peso? ¿Al estar con este nivel de peso, que ganas? (ejemplo: poder cargar mas cosas, no ser atractiva para el sexo masculino, ser “vista”) ¿Te sientes fuerte o débil?**Tarea:** Escribir en su diario todas las creencias que tiene acerca de las personas con sobrepeso, de las personas delgadas, de las personas saludables, de las personas atractivas, del significado de la comida en su casa, del significado de las comidas familiares y en una segunda columna ¿Quién dijo? Es decir, de donde lo aprendió o quien más lo hace o dice así en su casa.Sesión 6: Reestructuración cognitiva: conocimiento que el cliente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas.Sesión 7: Técnica de llenando el vacío: Trabajar con la polaridad de “Lleno y vacío”, dejar el libre dialogo de estas partes, ¿Para que esta ese vacío ahí? ¿Qué es lo que se quiere llenar a través de los atracones de comida? Utilizar dos cojines o peluches para representar cada polaridad e irlos acercando conforme vayan llegando a un acuerdo de para que coexisten dentro de Miriam.**Tarea:** Que, a la hora de acostarse a dormir, tome ambos objetos que representaban sus “dos partes o polaridades” y que las ponga juntas debajo de la almohada si son objetos pequeños, o si son peluches o cojines se acueste abrazándolos y visualizando y verbalizando que estas dos partes ya están juntas y conciliadas integradas en ella, que repita este ejercicio al menos un par de semanas.Sesión 8: Entrenar a Miriam en el control de estímulos para reducir los atracones y las conductas compulsivas de pellizcarse. Se plantean estrategias para eliminar situaciones en donde se da el atracón, por ejemplo, desinstalar aplicaciones de comida a domicilio de su celular, no entrar a la cocina, no cocinar ni para ella ni para otros. Por otro lado, como reforzamiento de conductas incompatibles de pellizcarse, se acordó con Miriam el uso de unos calcetones gruesos amarrados con cinta aislante para ponérselos por la noche en su cuarto, ya que era la situación donde más ocurrían estas conductas. **Tarea:** Por cada día que no se hace daño pellizcándose, coloca una felicitación en un papelito con una felicitación para ella, en el “frasco de los elogios”Sesión 9: Trabajar con su autoestima, autoimagen corporal, actitud ante las críticas, hacer un “pizarrón de la visión” en donde forme a través de recortes y frases una imagen de como se ve al corto plazo y haciendo que, cuando baje de peso (por ejemplo: una figura que represente a una persona comiendo saludable, un paisaje que represente el lugar a donde quiere ir, frases positivas de afirmación: estoy sana, tengo un peso saludable, soy activa, soy feliz, etc.**Tarea:** Una vez realizado el pizarrón, ponerlo en un lugar visible de su recamara, y que todos los días a l levantarse y al irse a la cama se visualice realizando y viviendo lo que puso ahí, reafirmando “Ya estoy ahí, ya estoy haciendo lo que me corresponde”Sesión 10 y 11: Desarrollo de otras habilidades de manejo de dificultades: aprender conductas alternativas en vez de comer, estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, además de prevención e interpretación de recaídas. Se trabajó con Miriam, mediante la técnica de la flecha descendente, debate socrático y experimentos conductuales se elaboraron pensamientos racionales alternativos. Se abordó la ingesta emocional con ayuda del autorregistro, haciendo consciente a Miriam que no comía en respuesta a señales de hambre sino para manejar emociones negativasSesión 12: Se trabajó con Miriam la asertividad, a través de entender como se puede expresar adecuadamente lo que una persona siente, o piensa, reconociendo la propia responsabilidad y la de la persona quien recibe el comentario. |
| **Evolución y Pronóstico** |
| Después de las 12 sesiones Miriam se mantuvo estable en sus hábitos para mantener un peso saludable, mejoró su autoimagen y pudo ser intervenida en su cirugía bariátrica, a la fecha a perdido 10 kilos. Se le aplican sesiones de seguimiento y se le indica un Programa de auto-refuerzo, en donde siga escribiendo en su diario logros alcanzados.Se sugiere como seguimiento al tratamiento abordar la problemática familiar con mayor profundidad, considerando como alternativa estrategias de índole interpersonal.  |

**Conclusión**

Me doy cuenta de la importancia del conocimiento y auto-aplicación de las propias técnicas en mi como terapeuta, ya que, de otra manera, pienso que no sería efectivo el poder guiar a la persona en su uso, ayudar a la empatía, explicar los beneficios, compartir experiencias, etc. (quedaría hueco el tratamiento). Si bien somos diferentes y no necesariamente hemos vivido todo lo que las personas que llegan a pedirnos apoyo, pienso que es primordial el que “demos el ejemplo”.

Por otro lado, las técnicas sin un apoyo multidisciplinario adecuado de otros expertos de la salud en los casos donde se requieren para el tratamiento sistémico, incluyendo de otros miembros de la familia, pueden hacer que los resultados no sean los esperados o que se puedan sostener en el tiempo.

# **REFERENCIAS**

Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 27. Núm. 1. Pp. 165 - 176

IEU Universidad. (SN). Apuntes digitales. noviembre 2020, de IEU Universidad Sitio web: <https://lic.ieu.edu.mx/pluginfile.php/187185/mod_resource/content/2/PBC_ApunteB3.pdf>

Bastida, M. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado a un caso de insomnio severo comórbido con ansiedad generalizada. Revista Psiquiatria. Vol. 16. No. 13