

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
EN UN CASO TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE
ALIMENTOS**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN

ANGELICA MARÍA ORJUELA GÓMEZ



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA, 2020**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL
EN UN CASO TRASTORNO DE EVITACIÓN - RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE
ALIMENTOS**

Proyecto presentado por:

ANGELICA MARÍA ORJUELA GÓMEZ

Para optar el título de Especialista en Psicología Clínica

Director del Proyecto:

JAIRO ÁVILA LÁZARO

Esp. En Psicología Clínica y de la Salud



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

BUCARAMANGA, 2020

Dedicatoria

A mi madre Lilia Gómez quien a pesar de no estar junto a nosotros siempre sembró en mi la necesidad de prepararme y continuar construyendo un proyecto de vida centrado en el estudio obteniendo así grandes beneficios, éxitos y oportunidades personales, profesionales y familiares.

A mis hijos quienes me motivan día a día para que sea un ejemplo de disciplina y así lograr con actos concretos ser un modelo a seguir para el éxito académico y profesional de ellos.

A mi esposo por su paciencia y colaboración haciendo posible con su apoyo económico y moral para la consecución de mi título como especialista en psicología clínica.

Angelica María

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos

A **MI MADRE** quien aun en su ausencia dejo en mis sentimientos de superación profesional y recursos económicos para lograr el éxito que hasta hoy sin la ayuda de ella no hubiera sido posible.

A la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA** porque una vez más me abrió sus puertas para formarme como la mejor especialista reconociendo que todos los profesionales que estuvieron frente a mis módulos y experiencia de practica dejaron en mi lo mejor de ellos para que de aquí en adelante yo refleje valores éticos, de respeto y reciprocidad con todo aquel que se beneficie de lo aprendido en tan prestigiosa universidad.

A mi esposo **JOSÉ JIMÉNEZ VELANDIA**, a mi hijo **JUAN ANDRÉS JIMÉNEZ ORJUELA** y a mi hija **MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ ORJUELA** quienes asumieron con responsabilidad cada una de mis usencias, cada sábado sin poder compartir con ellos, cada noche de estudio y cada momento que fue invertido en mi especialización y no en ellos.

A **JAIRO ÁVILA LÁZARO**, asesor de mi práctica quien durante un año demostró su confianza por mi desempeño, haciendo que cada una de mis propuestas terapéuticas fueran posibles y aportando para que se desarrollaran de la mejor forma para el bienestar de mis usuarios intervenidos y de mi desarrollo académico y profesional.

Al **Hno. LEONARDO ENRIQUE TEJEIRO DUQUE**, Rector del **COLEGIO LA SALLE DE BUCARAMANGA** quien con su apoyo y confianza me permitió cursar mi especialización, su actuar directo, específico y oportuno con la dirección de las prácticas me permitió poder continuar desempeñándome como psicóloga en tan prestigiosa institución y culminar mi especialización.

Tabla de Contenido

Introducción	12
1. Justificación.....	16
2. Referente Conceptual	19
3. Objetivos	34
3.1 General.....	34
3.2 Específicos.....	34
4. Método	35
4.1 Tipo de estudio	35
4.2 Método de estudio	35
4.3 Enfoque metodológico.....	37
4.4 Participantes.....	38
4.5.1 Entrevista semiestructurada	38
4.5.2 Historia Clínica	39
4.5.3 Consentimiento Informado	39
4.6 Instrumentos de evaluación	40
4.6.1 Autorregistros	40
5. Análisis Funcional.....	41
5.1 Formulación del caso clínico.....	41

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRASTORNO DE EVITACIÓN-RESTRICCIÓN

5.2 Familiograma.....	41
5.3 Plan de acción.....	43
5.4 Objetivos terapéuticos	46
5.5 Procedimiento.....	47
6. Resultados	50
6.1 Sesiones de exploración.....	50
6.2 Sesiones de tratamiento	58
7. Discusión.....	75
Conclusiones	82
Recomendaciones.....	85
Referencias	87
Apéndices	93

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Tipos de respuesta consecuente</i>	25
Tabla 2. <i>Agrupaciones diagnósticas en TCA, según los principales manuales de clasificación diagnostica</i>	30
Tabla 3. <i>En los padres</i>	43
Tabla 4. <i>En la usuaria</i>	44
Tabla 5. <i>Autoregistro sesión 5</i>	60

Lista de Figuras

Figura 1. Relaciones funcionales.....	24
Figura 2. Estructura del estudio de casos	36
Figura 3. familiograma	41

Lista de Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado.....	93
Apéndice B. Historia Clínica.....	95
Apéndice C. Entrevista semiestructurada.....	104
Apéndice D. Autoregistros.....	105
Apéndice E. ABC para el padre y la madre.....	114
Apéndice F. Dibujo audio cuento el día que se fueron los alimentos	115
Apéndice G. Alimentos para crecer.....	116
Apéndice H. Economía de fichas para la niña.....	117
Apéndice I. Jerarquía de alimentos consumidos	118
Apéndice J. Alimentos necesarios para todos los días	119
Apéndice K. Cuánto comeré esta semana	120
Apéndice L. Desarrollo del Proceso Terapéutico por Sesión.....	121
Apéndice M. Resumen del tratamiento implementado según etapa y numero de sesión.....	137

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos

AUTOR(ES): ANGELICA MARÍA ORJUELA GÓMEZ

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

En el presente estudio de tipo exploratorio se presenta la intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos-, el cual se realizó en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, con una usuaria de siete años de edad, escolaridad básica primaria, y que actualmente convive con sus padres (se desempeñan como docentes) y su hermana menor, en 12 sesiones con dos apartados (cuatro sesiones de exploración y nueve sesiones de tratamiento), para aumentar la ingesta alimentaria por medio de la aceptación del consumo de alimentos sin tener en cuenta las características organolépticas de la comida, disminuir las creencias irracionales del padre frente al consumo de alimentos con alto contenido calórico, y disminuir la conducta de la madre frente a los alimentos con texturas duras, además de cambiar los hábitos alimenticios de la usuaria enseñados por la imitación de la madre hacia la niña, con base en los postulados de la terapia racional emotiva (TRE) de Albert Ellis. Para la evaluación del caso se realizó un análisis la estructuración de un plan de evaluación el cual permitió identificar en la usuaria la sintomatología descrita por sus padres en la primera consulta y relacionada con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5, con el análisis funcional, las hipótesis y las técnicas a utilizar, mediante entrevistas, autoregistros y análisis funcional de la conducta.

PALABRAS CLAVE:

Ingesta alimentos, Hábitos alimenticios, Terapia Racional Emotiva
Trastorno de evitación/restricción.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention from the cognitive behavioral model in a case avoidance disorder-restriction of food intake

AUTHOR(S): ANGELICA MARÍA ORJUELA GÓMEZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

In the present exploratory study, psychological intervention is presented from the cognitive behavioral model in a case of avoidance-restriction of food intake, which was carried out at the Social Projection Center of His Holiness Pope Francis of the University Bucaramanga Sectional Bolivarian Pontifical, with a seven-year-old primary school user, and currently living with her parents (who work as teachers) and her younger sister, in 13 sessions with two sections (four exploration sessions and nine sessions of treatment), to increase food intake through the acceptance of food consumption without taking into account the organoleptic characteristics of the food, decrease the father's irrational beliefs against the consumption of foods with high caloric content, and decrease the behavior of the mother in front of foods with hard textures, in addition to changing the habits of the user taught by imitation of the mother towards the girl, based on the postulates of the rational emotional therapy (RET) of Albert Ellis. For the evaluation of the case, an analysis was carried out, the structuring of an evaluation plan which allowed me to identify in the user the symptoms described by her parents in the first consultation and related to the diagnostic criteria proposed by the DSM-V, with the functional analysis, the hypotheses and techniques to be used, through interviews, self-records and functional behavioral analysis.

KEYWORDS:

food intake, eating habits, rational emotional therapy, avoidance restriction disorder.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

En la era de la globalización los medios de comunicación masiva tienen la capacidad de influir culturalmente e imponer estilos de vida, rutinas y comportamientos, que pueden dar lugar a la aparición tanto de beneficios como inestabilidades en lo físico, psíquico y cultural (Osorio, Sánchez, Ordóñez, y Vidal, 2014). Buena parte de estos están asociados a una vida más sedentaria, cambios de la dieta que inducen a preferir alimentos con mayor contenido graso y energético (comida chatarra) generando rechazo a ciertos alimentos en particular (verduras), adicción que puede estar originada por una condición normal del desarrollo corporal del individuo o una manifestación sintomática de alteraciones en el desarrollo corporal que por lo general se manifiestan en edades tempranas (Gempeler, Rodríguez, Muñoz - Pérez, 2008). Si esto persiste en la adolescencia puede ser patológica y produce graves consecuencias nutricionales, además de generar gran preocupación ente los padres de familia (Pérez-Salgado, Rivera-Márquez, Ortiz-Hernández, 2010).

Perpiñá (2015) refiere que cuando se hace referencia al trastorno de la ingesta alimentaria evitativo/restrictivo, es porque se está en presencia de insuficiencias alimenticias manifestadas por desgano (simulación o manifestación de vómito) o pérdida del apetito, rechazo de ciertos alimentos (especialmente las verduras) evitación a causa del sabor o gusto, inquietud acerca de las consecuencias evasivas a la comida, y con ello insatisfacción de las necesidades nutricionales que se reflejan en pérdida de peso significativa de acuerdo a su edad biológica, que se intenta

suplir en base a suplementos alimenticios (vitaminas, minerales), con el fin de prevenir afectaciones en su salud.

Según el Manual Diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) existen diversos tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos tales como Trastornos de Pica, Rumiación, Atracones, de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado y No Especificado, así como Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. El presente estudio de caso único responde al análisis clínico de una paciente menor de edad (siete años) diagnosticada con trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, identificando la relación de los factores de riesgo, con ciertas actitudes sociales y emocionales, y la adecuación del autoconcepto sobre la base del diagnóstico y la atención psicológica a partir del trabajo clínico.

Estas experiencias directas de trabajo clínico se originan desde el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, al servicio comunitario desde el 7 de julio de 2006, el cual permite a estudiantes, especialmente de los programas de salud de la seccional, formar parte de equipos interdisciplinarios y participar en proyectos de impacto social.

En este contexto, y por iniciativa de los padres preocupados por la progresiva pérdida de peso de su hija (menor de edad) durante los últimos tres meses, asociado a falta de ánimo e interés por realizar actividades propias de su edad, aislamiento social (falta de interés por compartir actividades lúdicas con sus compañeras de colegio y amigas), solicitan iniciar proceso terapéutico, ya que, pese a sus múltiples esfuerzos por lograr un cambio conductual en la ingesta de alimentos, los resultados no son satisfactorios. Esta situación ha generado conflicto en el núcleo familiar (agresiones físicas y verbales como la única fuente de tratamiento para la dificultad manifestada en la niña), debido a la falta de orientación y alternativas de soluciones.

La problemática descrita anteriormente se encuentra relacionada con un Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos y comorbilidad con un trastorno de ansiedad, debido al tipo de interacción que se genera con sus padres cada vez que se deben consumir los alimentos cotidianos, es decir, a la hora del desayuno, almuerzo y comida.

Planteada así la investigación, el presente documento se desarrolla en siete capítulos, el primero de los cuales ha referencia a la justificación en atención a que los trastornos de la conducta alimentaria están comenzando desde edades tempranas con afectación de las dimensiones socioemocionales.

El segundo capítulo está dedicado al referente conceptual visto tanto desde la organización mundial de la salud por las implicaciones tanto a nivel individual como familiar y social, siendo la terapia racional emotiva propuesta por Ellis la técnica para el tratamiento psicológico dado que el ser humano está expuesto pensamientos irracionales, que interfieren o afectan sus dos metas esenciales, permanecer vivo y maximizar su bienestar minimizando el dolor producto de emociones inadecuadas que interfieren su bienestar. En el tercer capítulo se relacionan los objetivos de la investigación los cuales están dirigidos a intervenir desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos.

En el cuarto capítulo se presenta la metodología de investigación, que comprende tipo, método, enfoque, participantes, instrumentos de recolección de información, e instrumentos de evaluación. El capítulo cinco refiere al análisis funcional, para lo cual se toma como punto de partida el caso clínico, el familiograma, el plan de acción, los objetivos terapéuticos, y el procedimiento.

Con el capítulo sexto se relacionan los resultados de la intervención psicoterapéutica, que corresponden a la solicitud de intervención de los padres de menor de siete años, divididos en dos

apartados, la de exploración (cuatro sesiones) y la de tratamiento (nueve sesiones). Luego de los resultados, el capítulo siete conduce a la discusión con la cual se analizan las implicaciones de los resultados arrojados con la investigación respecto de la formulación clínica sobre la base de las hipótesis planteadas (de origen, de mantenimiento, y diagnóstica) siendo concordantes con los objetivos propuestos al inicio de la intervención.

Finalmente se abordan tanto las conclusiones que dan evidencia del cumplimiento de los objetivos propuestos y las recomendaciones tanto a la usuaria con el fin de mantener la motivación, como a sus padres para que asuman y apliquen con responsabilidad las estrategias aprendidas durante las sesiones desarrolladas. Los apéndices representan las evidencias físicas del trabajo desarrollado para que se siga abordando a casos futuros desde las técnicas cognitivo-conductuales por su efectividad a través de la psicoeducación.

1. Justificación

La Universidad Pontificia Bolivariana ofrece a sus estudiantes la oportunidad de generar sus proyectos de grado a través del servicio comunitario desde la práctica clínica, como aporte a la sociedad en general y comunidades más necesitadas en particular, aspecto que permite aplicar los nuevos conocimientos adquiridos con el ejercicio profesional. La propuesta que se desarrolla por medio de la presente investigación se relaciona con la atención a menor de edad que presenta trastornos de conducta alimentaria.

Favaro et al. (2005), dan cuenta de que los trastornos de la conducta alimentaria están comenzando desde edades tempranas, ocasionando bajo autoconcepto (autoestima) asociada a la no aceptación de su propio cuerpo, dificultades para expresar emociones, aislamiento y/o deterioro en las relaciones sociales (Beato y Rodríguez, 2000; Raich, 2011; Saldaña, 2003).

La prevalencia de estos trastornos son referidos por el The eating Disorder Referral and Información Centre indicando que cerca de 10 millones de nacionales Estadounidenses (90% mujeres, 10% hombres), mientras que el Harvard Eating Disorders ubica la cifra en cinco millones, y el Instituto Nacional de Salud Mental que refiere que uno de cada diez personas que padecen esta deficiencia nutricional muere bien sea por inanición, complicaciones clínicas (sistema urinario), y suicidio (Lang, 2007).

En Colombia, si bien no existen datos precisos, los resultados no son para nada alentadores, porque según Ramírez (2010) reporta que al menos el 2% de mujeres presentan rasgos anoréxicos, cifra que está dentro de los estándares mundiales que son del rango 1-4%.

Estos trastornos de conducta alimentaria son abordados por profesionales de la salud desde distintas perspectivas que van desde lo nutricional, hasta lo psicológico, razón por la cual

se relacionan a través de la presente investigación, con el fin de establecer la asociación de tal condición de riesgo por interferencias importantes en el funcionamiento psicosocial manifestadas en la insatisfacción de necesidades nutritivas y/o energéticas.

Desde la psicología los hallazgos provienen del diagnóstico y el trabajo de campo educativo, con usuario y entorno familiar, con lo cual se pone en marcha la intervención para mitigar el riesgo del trastorno de evitación – restricción de la ingesta de alimentos con base en los principios de la terapia racional emotiva, como estrategia de abordaje psicoterapéutico para identificar pensamientos y emociones que ocasionan los factores de riesgo (pensamientos y acciones negativas) que interfieren con la calidad de vida y capacidad de alcanzar metas deseadas, reemplazándolos por creencias más productivas y convenientes que otorguen estabilidad emocional haciendo uso de una serie de herramientas que incluye visualización positiva, así como actividades nucleares (entorno familiar) para reforzar lo desarrollado en las sesiones terapéuticas.

Los elementos principales de la terapia racional emotiva (pensamiento, emoción y conducta), son la visualización positiva para cambiar pensamientos autodestructivos, y reemplazarlos por pensamientos funcionales, mediante métodos terapéuticos y educativos para controlar los factores de riesgo.

Para el análisis de alternativas de tratamiento se toma como referente el Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (Caballo, 2015), que recomienda en la evaluación pretest realizar el análisis de situación desencadenante de los pensamientos y las conductas generadas por estos, teniendo en cuenta tiempo, lugar y frecuencia con la que se emiten dichos comportamientos desadaptados y problemáticos que generan malestar en la paciente y los padres tanto en el ambiente escolar como en su entorno familiar para cuantificar y establecer objetivos terapéuticos por sesión, siendo posible la medición de los avances obtenidos

(evaluación posttest) a lo largo de la intervención clínica. En la evaluación de la intervención (posttest) es preciso tener en cuenta la asignación de tareas, autorregistros, búsqueda de soluciones alternativas, aproximaciones sucesivas, jerarquía de alimentos nuevos y prevención de recaídas.

La importancia del trabajo desarrollado a través de la intervención clínica se refleja en la validación de los postulados de la terapia racional emotiva, la detección temprana de los trastornos de la alimentación, así como las implicaciones teórico-prácticas por su adecuación al cometido de la profesión tanto en la atención individual como colectiva que abre un nuevo abanico de posibilidades de asistencia social, por cuanto se trata de un problema de carácter multifactorial, con afectación de las dimensiones socioemocionales por las implicaciones del trastorno de conducta alimentaria que precisa conocer nivel de adecuación, contenidos esenciales, grado de estructuración y situación actual, normalizando su conducta.

2. Referente Conceptual

Desde el año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, definición que luego fue cuestionada por Murphy (1986), llegando a considerar que un individuo sano es un individuo no suficientemente explorado, porque muchos individuos en la actualidad son considerados sanos, aunque no lo sean así en el futuro.

El Diario El Espectador (2012) da cuenta que la definición de la OMS fue cuestionada por el médico colombo-canadiense Alejandro Jadat (fundador del Centre for Global eHealth Innovation de la Universidad de Toronto, Canadá), al preguntar a los asistentes a la conferencia de celebración del sexagésimo aniversario de la Organización Mundial de la Salud (2008) “¿Alguien puede explicarme qué es la salud?” (Jadat, 2008, p.1), sin recibir respuesta en el auditorio.

Fue así como, desde el 2009 y previa convocatoria a través de redes sociales para buscar una definición de salud para el Siglo XXI, Jadat y 30 expertos más se reunieron en La Haya para diversificar y contextualizar su definición, dando como resultado que desde entonces, la OMS ha considerado que la salud se enfoca en la capacidad de las personas o las comunidades para adaptarse, o para autogestionar los desafíos físicos mentales o sociales que se les presenten en la vida, es decir, que “si tienes miopía, el concepto anterior te catalogaba como una persona no saludable, pero si logras acceder a unos lentes que te permitan adaptarte al desafío de no ver bien, serás una persona saludable” (El Espectador, 2012)

Trazados los nuevos lineamientos, la OMS (2013) define la salud como "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (p.1), definición

que va en línea directa con la corriente de la medicina social originada en 1848, en el apogeo de los grandes movimientos revolucionarios europeos de finales del siglo XIX (1848), utilizados por Jules Guérin y Rudolf Virchow haciendo referencia a la relación enfermedad y problemas sociales (Granda, 2004).

Se infiere entonces que la Salud Mental como componente esencial de la Salud en general, incorpora prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva, determinando las formas especiales de vivir, actuar y sentir, así como también otros aspectos más cotidianos como el consumo de alimentos, actividades diarias, modos de educación, vicios, comportamientos, etc., todos ellos en constante desarrollo y cambio (Abate, 2012).

La dimensión social y subjetiva de la salud, infiere en la salud mental en cuanto a bienestar relativo, emancipación, capacidades, subordinación intergeneracional y capacidad para realizarse intelectual y emocionalmente reconociendo sus habilidades para trabajar eficiente y eficazmente, para beneficio de entorno social y familiar.

En este orden de ideas salud mental implica capacidad para desarrollar sus dimensiones social, cognitiva, comunicativa, emocional y espiritual alcanzado sus propias metas, no sólo para quienes presentan un trastorno mental, con implicaciones en su entorno social, afectando su desarrollo integral.

Salud mental, física y social son condicionantes del desarrollo integral del individuo considerado como la capacidad para desarrollar oportunidades que le permitan desplegar potencialidades tanto individuales como colectivas para el disfrute de la vida, aunque se priorice la salud física sobre la salud mental, teniendo en cuenta que como lo refiere Jadad (2009) citado en Redacción Vivir (2012, p. 6) “Reinventar el concepto de salud y bienestar requiere que transformemos el modelo de vida que hemos llevado”, lo cual se hace extensivo a salud mental, aplicando tanto a ausencia de trastornos mentales, como de bienestar subjetivo, autonomía,

capacidad, sometimiento intergeneracional y afirmación de habilidad intelectual y emocional (OMS, 2004).

Regader (s.f) manifiesta que Alberty Ellis resume la Terapia Racional Emotiva (TREC) en una frase del famoso filósofo griego estoico Epíteto, el cual afirmaba que “las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”, expresión que se genera porque para Ellis (1977), la terapia racional emotiva considera al ser humano como un individuo proporcionado para comportarse racional e irracionalmente, y únicamente al actuar y pesar racionalmente se siente feliz y efectivo. De esta concepción se deduce que la orientación racional-emotiva está conformada por una teoría de personalidad, un sistema filosófico y una técnica para el tratamiento psicológico. Para ello hace énfasis en los valores dado que la personalidad consiste en gran medida en creencias, constructos o actitudes que son más saludables en la medida que mantengan valores racionales o de bases empíricas, las cuales pueden ser alteradas con metas perfeccionistas o absolutistas.

Con la orientación racional-emotiva se deduce que el pensamiento y la emoción no son dos procesos por completo independientes, sino que se sobreponen significativamente, de manera que una emotividad desordenada puede mejorarse cambiando su forma de pensar, bajo los supuestos que pensar y sentir se encuentran íntimamente conectados, diferenciándose en que el pensamiento es una manera de distinción más tranquila, y menos dirigida hacia la actividad que la emoción (Navas, 1981). Como pensamiento y emoción actúan circularmente (relación causa – efecto), el pensamiento se convierte en emoción, y la emoción a su vez en pensamiento. Ahora bien, como el ser humano es un animal capaz de crear y utilizar símbolos y lenguaje, pensar y sentir se retroalimentan internamente para convergir en pensamientos y emociones.

Ellis (1977) considera que la emoción no pueda existir sin el pensamiento, razón por la cual es prácticamente imposible sostener emociones sin que se refuercen los pensamientos o ideas repetitivamente. La racionalidad de pensamiento o creencias racionales, sentimiento y actuación son los que le garantizan su supervivencia relativamente libre de dolor y molestias, aceptando las realidades de la vida, su dedicación a trabajos productivos, hacer parte amigablemente de su entorno, además de relacionarse íntimamente con algunos miembros del grupo social.

Para Ellis (1977) ser humano está expuesto a problemas psicológicos derivados de pensamientos irracionales, que interfieren o afectan sus dos metas esenciales, permanecer vivo y maximizar su bienestar minimizando el dolor producto de emociones inadecuadas que interfieren su bienestar e incrementan su malestar (depresión, ansiedad, dolor). No obstante, en su lucha por la supervivencia las creencias racionales estrechan vínculos con los pensamientos racionales, provenientes del sentimiento moralizador y/o culpabilizante, resultante del legado cultural familiar, social e institucional de su entorno.

En el mismo sentido, propone un modelo de persona autónoma, independiente, racional, centrada en sí misma, con criterios de racionalidad, capaz de tomar sus propias decisiones, de esbozar una visión panorámica de su cotidianidad, un individuo para quien el deseo no sea un referente pese a las influencias externas que le lleven a asumir un comportamiento neurótico, entendido el término neurótico como influencias ineficaces e irracionales.

Así, las creencias racionales son el reflejo de reacciones biológicas de la conducta ante eventos notables relacionadas con su adaptación a un entorno, tales como riesgo, intimidación, perjuicio, quebranto, prosperidad, descubrimiento, etc., que, a pesar de tener un carácter

universal, dentro de su entorno sociocultural generan variaciones afectivas (cognitivo-subjetiva), fisiológicas (fisiológica-adaptativa) y de conducta expresiva (conductual-expresiva).

En lo psicológico, emociones básicas como regocijo, aprensión-recelo, angustia o furia son comunes a todas las personas actuando como condicionantes o motivadores de la conducta, bien sea porque le aportan bienestar, bruscos cambios que alteran su ritmo normal de vida, afectando positiva o negativamente los flujos de comunicación e interrelación con sus semejantes (Cano y Miguel, 2001; Cano-Vindel, 2004).

En este mismo sentido al realizar el análisis funcional del comportamiento humano el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, aplica el protocolo de análisis funcional en terapia psicológica que tiene en cuenta el contexto (entorno inmediato) en que se da el comportamiento humano (aprendizaje determinado – un antes, un después-) que condicionan tanto las condiciones biológicas como sus características físicas, temperamento y personalidad (Zanón et al., 2014).

Ellis (1977) considera que el análisis funcional del comportamiento humano (conducta problema) permite identificar relaciones funcionales (no absolutistas manifiestos como deseos, que no afectan la consecución de sus metas) y no funcionales entre eventos observados y evaluados y eventos ambientales, históricos y personales del paciente (antecedentes) para establecer redes multicausales a partir de los cuales se pueden desarrollar estrategias de intervención para mitigar el impacto de comportamientos negativos que le afectan (consecuencias), es decir, que le aportan a la solución de los riesgos, mejorando su capacidad de respuesta e intervención de acuerdo a su conveniencia.

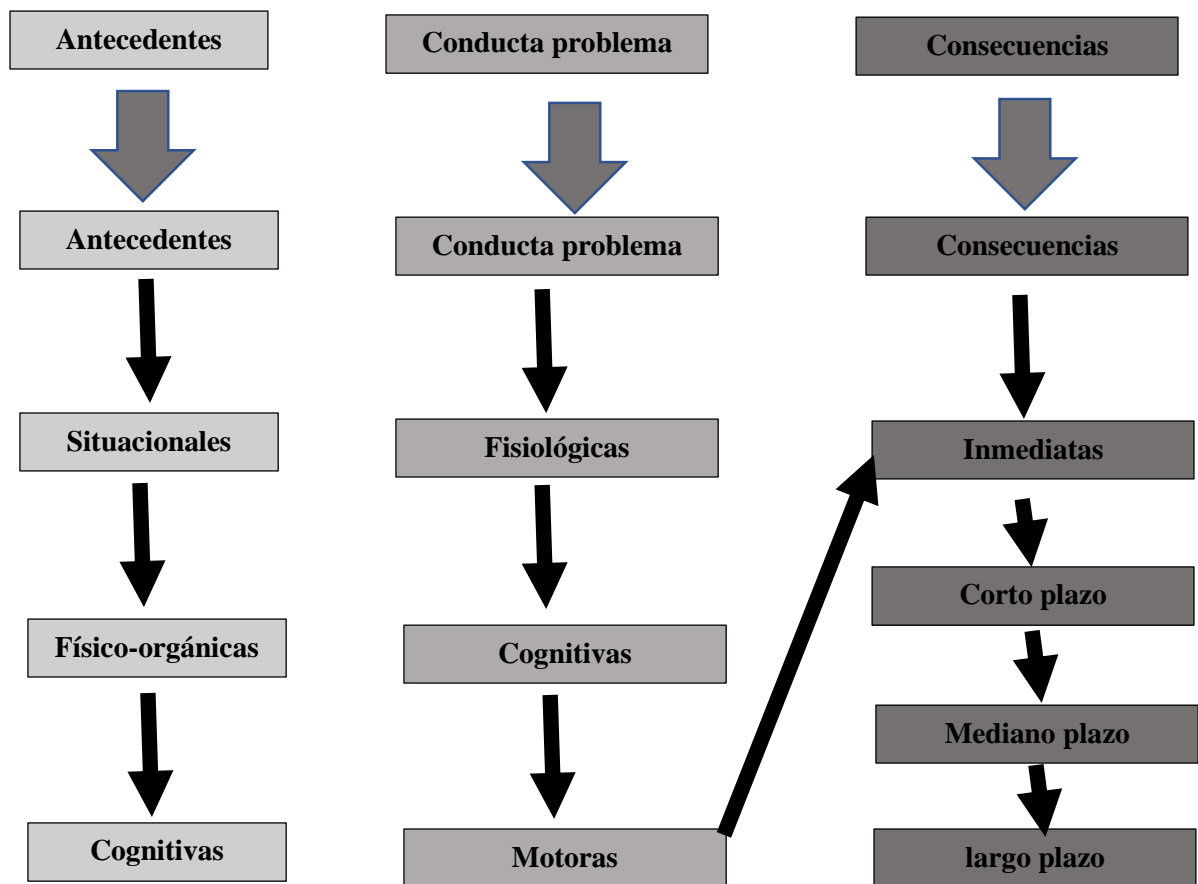


Figura 1. Relaciones funcionales

Fuente: García, 2016.

García (2016) da cuenta del procedimiento para evaluar dichos comportamientos a partir de la organización de la información para identificar la raíz del problema y las variables multicausales de dichas conductas, desde las cuales se pueden establecer hipótesis de asociación funcional que explican la constante del factor de riesgo y la manera como el entorno y el ambiente contribuyen al mantenimiento de la conducta problema, para finalmente establecer los objetivos de intervención y definir un plan de intervención.

Agrega que en el análisis funcional del comportamiento humano se debe tener en cuenta que, la conducta humana es interacción y debe ser entendida como tal, que los elementos

funcionales de dicha interacción son secuenciales entre el estímulo antecedente – respuesta - estímulo consecuente “E-R-E”. El estímulo antecedente puede tener su origen en un estímulo condicionado (función provocativa), discriminativo (función evocadora) y estados fisiológicos de privación, incomodidad, etc.; la respuesta (respondente u operante), y el estímulo consecuente que puede ser agradable (respuesta) o aversivo (castigo), aumentando o disminuyendo la probabilidad de respuesta.

Un aspecto de vital importancia es no confundir consecuente con consecuencia, porque la primera corresponde a la afectación que produce como resultado de, y consecuente se refiere al motivo que genera su reacción o respuesta a un hecho particular provocado por alguien del entorno en que se encuentra inmerso (Segura, 1991).

Tabla 1.

Tipos de respuesta consecuente

Probabilidad	Se introduce /aparece estimulación	Se elimina /desaparece estimulación
Incrementa la posibilidad de respuesta	Refuerzo positivo (R+)	Refuerzo negativo (R-)
Reduce la posibilidad de respuesta	Castigo positivo (C+)	Castigo negativo (R-)

Fuente: Zanón Orgaz, et al., 2014

Zanón, et al. (2014) refieren que tanto el refuerzo (positivo-negativo) y el castigo (positivo-negativo) no son permanentes y corresponden a la acción del agente que aumenta, mantiene o disminuye la posibilidad de adopción de una actitud dependiendo de factores concretos por su función (estímulo), pudiendo ser discriminativo (recurso de defensa ante una acción que le afecta, delta (no disponibilidad de reacción ante un factor externo determinado) y

extinción (capacidad para mitigar y/o erradicar la intensidad de afectación de la influencia externa que le molesta o interfiere), y que al no ser permanentes dependen de su proximidad temporal (a mayor proximidad, magnitud entendida como intensidad y consistencia, mayor incidencia en la conducta), y el consecuente corresponde a la expectativa que el condicionante genera.

Respecto del estímulo consideran que es heurístico dado que proporciona información para organizar la información, sin que ello implique representar la realidad de la conducta humana que puede funcionar como antecedente, y conducta problema o consecuente.

Si se tiene en cuenta que el comportamiento resulta de la interacción entre cuerpo (persona) y entorno, evidente por su notoriedad, visibilidad (reír, llorar, gritar, agredir) o encubrimiento (pensar, sentir, recordar, preocuparse), es decir, percibido únicamente por quien lo emite, razón por la cual es fundamental prestar especial atención al contexto o escenario donde se produce haciendo que las respuestas sean distintas (Zanón, et al., 2014).

Estas digresiones conducen a que el abordaje del análisis funcional identifique los antecedentes y consecuentes en secuencias funcionales E-R-E, identificando las variables estructurales del individuo y el medio, para formulen hipótesis que identifiquen la razón del comportamiento y finalmente realiza la descripción del nivel topográfico (forma, duración, intensidad, frecuencia, etc.).

Adviértase que, el análisis funcional no es solamente un análisis topográfico, sino de la forma en que se da, que se centra en el presente sin que ello implique que eventos pasados deban ignorarse porque estos pueden estar generando algún tipo de influencia, dado que al ser dinámico puede verse modificado en cualquier momento porque la persona vive en un entorno cambiante (hipótesis de origen -memoria de la persona que relata el origen del comportamiento-), hipótesis de mantenimiento (- datos del presente-), siendo esta última esencial para elaborar una secuencia

de actividades que contribuyan a su mitigación (operativizar comportamientos que se quieren modificar, eliminar o instaurar) (Zanón Orgaz, et al., 2014).

En el caso concreto de la presente intervención los comportamientos que se pretenden modificar se relacionan con la ingesta de alimentos, para lo cual se debe tener en cuenta que desde que el individuo nace posee una serie de reflejos o instintos que le permiten desenvolverse en su entorno (ambiente), y a partir de él desarrolla cada vez más complejos y equilibrados actos fundamentales para la estructuración de nuevas formas de vida a partir de la conducta, (automatizadas, acciones inconscientes, mecánicas), perfectibles y durables en el tiempo.

De las conductas automatizadas quizá la que más se destaca es la alimentación, definida por la OMS (2013) como la ingesta de alimentos y su correspondencia con requerimientos dietéticos del organismo, y el adecuado balance nutricional (suficiente y equilibrada, acompañada de ejercicio físico regular), como mecanismo primordial de calidad de vida, que de ser adecuada satisface sus necesidades específicas de acuerdo al rango de edad, y en edades tempranas promueve el crecimiento y desarrollo adecuados (estilos de vida saludable), que en consideración de la FAO/Ministerio de Educación, INTA, Universidad de Chile (2003), facilitan al individuo disfrutar a plenitud tanto desde lo biológico, como lo psicológico y social.

Justo es decir que, una vida saludable será aquella que responda a las costumbres o hábitos que cada comunidad prefiera y discurra convenientes para sus miembros, en la medida que logren implementar placenteramente, en procura del ponderación biológica, sin detrimento de su dependencia circunstancial, ocupacional y social, aunque la alteración del equilibrio en la ingesta de alimentos puede originar el desarrollo de procesos patológicos crónicos como la obesidad, anorexia y bulimia, entre otros.

De allí que, para lograr el equilibrio de las funciones orgánicas, además del crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad biológica se requiere una dieta alimenticia acorde a sus

requerimientos para evitar que el organismo se descompense originando una serie de trastornos físicos (anemia, desnutrición); o se sature (obesidad), con secuelas que originan enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, vasculares) (De Girolami, 2003).

La satisfacción de los requerimientos energéticos y nutricionales mediante una dieta alimenticia acorde al organismo en cuanto a cantidad y calidad, garantizan la incorporación de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) de los cuales se sirve para llevar a cabo de manera normal los ciclos de crecimiento y desarrollo, así como en el resarcimiento de los tejidos que por alguna condición especial se vean afectados.

Respecto de la ingesta de alimentos, hallazgos recientes manifiestan la posibilidad de inferir en los factores de riesgo, pero dichas intervenciones deben ser consecuentes con los requerimientos nutricionales del individuo en cuanto a calorías, índice glucémico-nivel de azúcar, la textura de alimentos, las costumbres, modo de vida y rutina de ejercicio (Yoshihiro, 2014).

Conviene establecer que la alimentación es mucho más que la simple satisfacción de necesidades básicas de asimilación de nutrientes y conservación, arraigada en el contexto sociocultural, que no puede ser considerado aisladamente, razón por la cual se debe estar alerta a alteraciones en el tejido familiar y social y cultural de los actores implicados, dado que los trastornos de conducta alimentaria atañen no solamente la salud física, sino que impactan severamente los aspectos somático y psíquico del individuo que lo padece con especial incidencia en el equilibrio personal, autoestima, así como la integración social del individuo en determinados entornos sociales, familiares y sentimentales.

No quiere decir esto que todos los individuos controlan su manutención y su peso corporal incurran en trastornos de conducta alimentaria, aunque la cultura del cuerpo ha contribuido a

asumir hábitos alimenticios insanos llevando a las personas a modificar sus hábitos de consumo de alimentos o realizar dietas rigurosas, planteando reducir su peso en el menor tiempo posible por la confluencia de algunos componentes psicológicos y fisiológicos que se originan, desarrollan y alteran mutuamente, propiciando su complejidad funcional y estructural, máxime si se tiene en cuenta que sacrificio afecta el funcionamiento del organismo y no estrictamente de la condición en la ingesta de alimentos (Consejería de Sanidad – D.G. de Salud Pública, 2011).

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden manifestarse en lo somático (desnutrición con efectos inmunológicos, gastrointestinales, cardiovascular, endocrino y hematológico manifiestos con baja consistencia óseo-esquelética, eventos convulsivos, modificación de los patrones de sueño, cambios cognitivos y emocionales) (Eidem, 2001); cognitivo (las distorsiones se refieren a la salud, aspectos del cuerpo y valoración estética de sí mismo, anormalidades del pensamiento, ensimismamientos y divulgaciones selectivas e intensas) (Cervera, 1992; Godley, 2001); emocional (con recurrentes crisis de ansiedad, inquietud, aprensiones deprimentes) (Calvo, 2010; Pubill, 1997); y conductual (caracterizados por la pérdida de capacidad para realizar actividades físicas) (Raich, 2011).

Si bien el origen de este trastorno está en la alimentación, su efecto búmeran invade un amplio espectro que aparece de manera fragmentada, categorizado según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (2002) como “anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de alimentación no especificados” (P. 553).

Para el diagnóstico del trastorno se cuenta con dos clasificaciones de trastornos mentales usados a nivel mundial, el primero correspondiente al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la American Psychiatric Association (2013), y el segundo, Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud (1992).

Tabla 2.

Agrupaciones diagnósticas en TCA, según los principales manuales de clasificación diagnóstica

Trastorno de la Conducta Alimentaria DSM-IV-TR (APA, 2000)	Trastorno de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos DSM-5 (APA, 2013)	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Trastornos de la Conducta Alimentaria. CIE-10 (OMS, 1992).
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno de la conducta alimentaria no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno de atracones • Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta alimentaria no especificado • Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Anorexia nerviosa atípica • Bulimia nerviosa • Bulimia nerviosa atípica • Hiperfagia asociada a otros psicológicos • Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos • Otros trastornos de la conducta alimentaria • Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

Fuente: APA, 2013, Capítulo 1: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Situación actual

El primer grupo, anorexia nerviosa caracterizado por restricción drástica en ingesta de alimentos, asociado a déficit corporal (por debajo del esperado en la relación género/edad), evidente por miedo intenso a engordar, así como percepción alterada de su cuerpo y peso (límite inferior de una condición física saludable). Las primeras manifestaciones evidencian estreñimiento que puede llevar al abuso de laxantes, vómitos por sobrecarga de ejercicio físico para provocar efecto vacío del aparato digestivo (APA, 2013)

Este tipo de anorexia es clasificado por Raich (2011) como anorexia nerviosa del tipo restrictivo y anorexia nerviosa del tipo purgativo; Bruch (1973), recalca que en este tipo de anorexias prevalece la variación de la estética corporal, con asimilación de los estímulos corporales, además del sentimiento de fracaso, culpa o inconformidad por la percepción de resultados adversos, especialmente en las mujeres adolescentes, educadas, con sentido elevado de orden y limpieza, que le lleva a pensar que está comiendo en exceso, razón por la que suelen ignorar las necesidades básicas de alimentación en cuanto a frecuencias, recurriendo a recursos como uso de las manos y disposición del alimento.

El grupo de bulimia caracterizado por episodios regulares de ansiedad en la ingesta de alimentos es definido por la Real Academia de la Lengua (2014) como apetito desmedido de comer, y bulimia nerviosa como síndrome del deseo apremiante de ingerir alimentos, con provocación de náuseas y secuelas enfermizas.

Por su parte Russell (1992) define la bulimia nerviosa como variedad anoréxica nerviosa, caracterizado por intensos episodios de voracidad (urgencia por comer), seguidas de conductas purgativas (evitar incidencia del atracón en el peso) mediante náuseas, purgas o ambos y aprensión mórbica a robustecer. Esto ocasiona atracones sistemáticos (modificación del control de ansias de comer para limitar el incremento de peso) acompañados de conductas compensatorias como náuseas, incitación al vómito, uso de laxantes, diuréticos y hasta prolongados ayunos (Raich, 2011, Perpiñá, 2015).

Según Moreno (2009), en este tipo de pacientes suelen coincidir percepción subjetiva de sobrepeso (especialmente mujeres) y sobrepeso real por los episodios de voracidad precedido por avidez intensa de comer o ambición por la comida y adopción de conductas purgativas para

mitigar los excesos calóricos (náuseas, arcadas, ascos, repelencias, consumo excesivo de laxantes, abstinencias o rutinas extenuantes de entrenamiento físico).

Finalmente los trastornos atípicos o de conducta alimentaria no especificada, porque a diferencia de las anteriores esta es fragmentada, incompleta, es decir, una anorexia o bulimia que se detecta en fases muy iniciales tras un corto período de duración (cinco – ocho meses) manteniendo síntomas parciales, caracterizados por pensar en exceso de alimentación invirtiendo mucha energía en ello, contar calorías, retraerse, darse dos atracones por semana como mínimo seguidos de conducta compensatoria con vómito (Fernández-Aranda, 2008).

Es importante tener en cuenta que los trastornos de la conducta alimentaria no deben limitarse a aspiraciones individuales por controlar el peso, sino que deben extenderse a expresiones de dificultad emocional que llevan a asumir dietas rigurosas y sin ninguna planificación o control para alcanzar una figura deseada. Calvo (2010), refiere que los trastornos de conducta alimentaria repercuten gravemente en su salud (menoscaba su condición corporal o el funcionamiento psicosocial), por lo que para dimensionarlos deben ser analizados de las alteraciones psicológicas derivados de la cultura del cuerpo como sinónimo de elegancia, prestigio, poder, aceptación social y perfección.

Para Fairburn y Harrison (2003), cualquiera que sea el tipo de alteración de la conducta alimentaria, tres son las características esenciales, empezando por modificación constante de las costumbres alimenticias o de la obsesión por el control del peso, seguido de variaciones conductuales coligadas a la perturbación (por ejemplo, sobrevaluación de la masa muscular/peso), manifiesto por detrimento crónico revelador de deficiencia física o la capacidad psicosocial, y finalmente que la perturbación no sea supletorio al trastorno clínico frecuente o a otras alteraciones psicopatológicas.

Independiente de las características del trastorno de la conducta alimentaria lo relevante son las connotaciones que está adquiriendo en la población, tal como lo confirman Lambruschini y Leis (2014) que dan cuenta que en los últimos tres quinquenios se han incrementado las afectaciones por 10 (6% niñas adolescentes y jóvenes con síntomas anoréxicos o bulímicos) con prevalencia de efectos adversos sobre la condición psicológica y la salud, para ubicarse la tercera enfermedad más habitual entre adolescentes, después del asma y la obesidad.

Lambruschini y Leis (2014) consideran como factores acelerantes de los trastornos de conducta alimentaria, tanto en factores sociales y culturales, influenciados mayoritariamente por los medios masivos de comunicación (televisión) a partir de los cuales se incentiva la cultura del cuerpo y establecen estereotipos de belleza y status social (nuevo status social y roles de la mujer, igualdad de géneros), sedentarismo y cambios en los patrones dietéticos, seguidos de factores genéticos, psicológicos nutricionales, neuroquímicos y hormonales.

3. Objetivos

3.1 General

Intervenir desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos.

3.2 Específicos

- Evaluar la sintomatología presente en la usuaria con el fin de establecer estrategias de intervención clínica.
- Efectuar el diagnóstico clínico que refleje la sintomatología identificada en la usuaria, definiendo los objetivos terapéuticos con base en el diagnóstico establecido.
- Diseñar e implementar un plan de intervención terapéutico acorde a las necesidades de la usuaria.
- Evaluar la efectividad de la intervención realizada en el caso mediante una sesión de control luego de un periodo de ausencia terapéutica.

4. Método

4.1 Tipo de estudio

El tipo de investigación que se utilizó fue el exploratorio, permitiendo tener un contexto más amplio de la patología de la usuaria para identificar eventos promisorios de reciente aparición a profundidad para identificar predisposiciones o tendencias, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables por parte del investigador (Hernández-Sampieri, Fernández y Bautista, 2016).

La investigación exploratoria, implica considerar el contexto en el que se presenta el trastorno de evitación/restricción, familiarizarse con su realidad, determinando su incidencia en la condición psicológica de la usuaria, y optimización de vida familiar (Sandoval, 2007).

4.2 Método de estudio

Los estudios de caso son de especial aplicación en la rama de la psicología para el análisis y observación de eventos específicos (casos reales, experiencias concretas) como el abordaje clínico del trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos a partir de los postulados de la Terapia Racional Emotiva para determinar las interrelaciones del problema planteado frente a los hábitos alimenticios desde distintas variables, mediante mecanismos propios de organización clarificando las conductas sociales por su acercamiento entre teoría y práctica.

Stake (1999), Montero y León (2002) estructuran los estudios de casos a partir de la selección y definición del caso, organización secuencial de interrogantes, estructuración de las

fuentes e instrumentos de recolección de información, análisis e interpretación, para cerrar con la transcripción de la información recopilada.

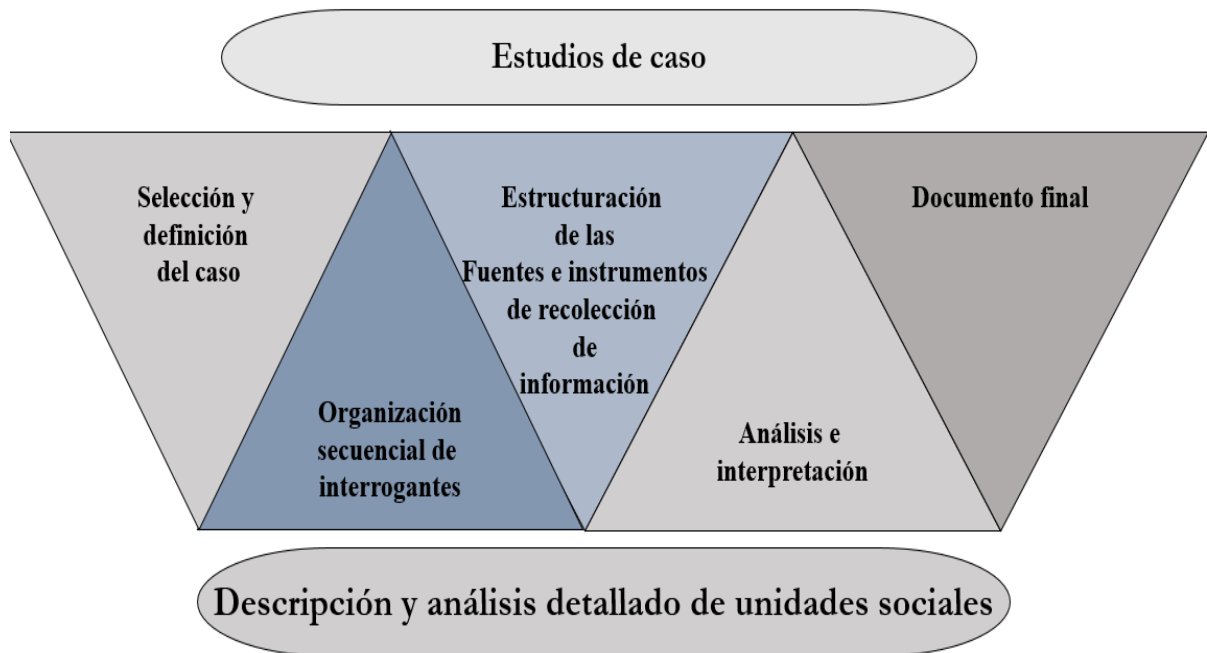


Figura 2. Estructura del estudio de casos, Stake (1999)

Aplicado esta secuencia de actuaciones en el estudio de caso a la presente investigación se tiene que la selección y definición del caso se relaciona con la atención de la usuaria desde el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga. La organización de la secuencia de interrogantes al estructurar el proceso de intervención y conocer los aspectos relevantes de los hábitos alimenticios y la condición de la usuaria para profundizar en el proceso de investigación, la estructuración de las fuentes y mecanismos de indagación de información, con la participación de la usuaria, la familia más próxima (padre y madre) mediante trabajo cooperativo para ofrecer alternativas reales de intervención y los instrumentos con el Manual Diagnostico DSM-V (APA, 2013) y las secciones que se realizan a partir del diagnóstico, el análisis e interpretación con el

avance de las intervenciones para la toma de decisiones, y la conformación del documento final con la realización de alcances de los objetivos planteados en el análisis del caso.

4.3 Enfoque metodológico

Los enfoques cualitativos encuentran gran aplicación en las ciencias sociales como la psicología, permitiéndole al investigador la posibilidad de interpretar datos subjetivos para comprender la realidad evitando los sesgos en el que los pasos para la recolección de la información están enmarcados en los límites (contextualización, donde tiene lugar, espacio para el registro de notas reflexivas) del proceso que se investiga con la participación de los informantes (usuario, padre, madre, abuela), recolectar datos a partir de observaciones, entrevistas todo ello regulando por un protocolo de registro de reseñas o antecedentes, que para el caso particular que se adelanta en el presente documento corresponden al Manual Diagnostico DSM-V (APA, 2013), promoviendo la caracterización de la práctica (Strauss y Corbin, 1990; Patton, 1980).

Según Sandoval (2007), con el enfoque cualitativo no hay relaciones causales, sino relaciones entre variables antes y después del hecho (trastorno alimenticio), y el sujeto (desde la concepción del terapeuta). Significa analizar los factores que provocan el trastorno (incidencia que tiene el trastorno en la usuaria), siempre centrado en el efecto, es decir, en su condición psicológica mediante la asociación de variables (hábitos alimenticios, trastorno de evitación/restricción, condición psicológica, condición física, influencias externas, etc.), todo ello centrado en el sujeto (usuaria), analizado de manera integral, siendo especialmente relevante la comunicación e interacción con su entorno más cercano (padre, madre, abuela), abordado desde el escenario sociofamiliar y cultural.

4.4 Participantes

Estudio de caso único con menor de siete años, con escolaridad básica primaria, actualmente convive con sus padres y su hermana menor, los padres se desempeñan como docentes demostrando así tener un nivel alto de escolaridad. La madre es quien toma la decisión inicial de solicitar la atención psicológica motivada por una cuñada quien le informa sobre los servicios de la IPS de la Universidad, especialmente porque la apariencia física que tiene la niña hace aproximadamente seis meses genera la impresión de estar “desnutrida”

4.5 Instrumentos de Recolección de Información

4.5.1 Entrevista semiestructurada

Tiene como fin identificar el motivo de consulta, el análisis topográfico para reconocer las características generales de la alimentación y la visión de los padres frente a la dificultad presentada por la usuaria.

Durante la primera sesión se utilizó la entrevista semiestructurada en la que se realizó la explicación a los padres sobre el objetivo de la misma, siendo clara en la necesidad de mantener una actitud de sinceridad y voluntad por expresar detalladamente lo que los llevaba a consulta, siendo necesario explorar en la sintomatología presente en M. las implicaciones del problema, la secuencia con la que han aparecido los síntomas, la evolución y todas aquellas expectativas que los padres tienen sobre el proceso de intervención, al finalizar dicha entrevista se logra que los padres comprenden la finalidad de la sesiones y la importancia del compromiso de ellos con su asistencia y voluntad de cambio (ver apéndice A) y el consentimiento informado (Ver apéndice B).

4.5.2 Historia Clínica

Se hizo uso del formato de Historia Clínica para menores de edad, a la que le corresponde el código PS-FO-080, versión 03 entregada desde la inducción realizada en la IPS, la aplicación de este instrumento se realizó de forma simultánea a la entrevista abierta y se tardó en completar las dos primeras sesiones, solicitándole a los padres ser muy específicos en cada una de las áreas de interés consignadas en dicho formato. El formato se encuentra organizado de la siguiente forma: fecha de recepción del caso, datos demográficos del usuario y datos del acudiente, seguido de esta se encuentra el espacio para conocer e identificar la situación actual del usuario en la cual se incluye el motivo de consulta, historia de la situación, intentos previos para solucionarlo, percepción de la situación desde el adulto, percepción de la situación desde el-la menor, seguidamente, se tienen en cuenta los aspectos familiares, donde se realiza el familiograma y las observaciones generales del ambiente familiar, el formato cuenta también con la historia del desarrollo del niño, el cual se encuentra dividido en periodos; prenatal, perinatal y posnatal, para después solicitar información del desarrollo posnatal, el desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, escolaridad, antecedentes médicos (personales y familiares), conductas de riesgo (solo para adolescentes), observación general del usuario en el que se detalla el examen mental, impresión diagnóstica teniendo en cuenta los criterios del DSM – V, plan de tratamiento y finalmente el registro del seguimiento terapéutico sesión a sesión (Ver apéndice C).

4.5.3 Consentimiento Informado

Se utilizó el formato de consentimiento informado para menores de edad, al cual se le asignó el código PS-FO-153, versión 01, de la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, el formato contiene el documento de validación para la elaboración del

consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en el año 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos, el documento pide que este firmado por la representante legal de la usuaria, por el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, dicho formato debe ser explicado detalladamente a la familia en la primera sesión (Ver apéndice B).

4.6 Instrumentos de evaluación

4.6.1 *Autorregistros*

Los autorregistros están dirigidos al padre, la madre, así como la usuaria (con seguimiento del desayuno durante siete días) (ver apéndice D), para identificar lo que está pasando (desde cuándo, y las consecuencias que de dicha actitud o pensamiento se derivan) con la usuaria, a fin de modificar pensamientos negativos, contemplando en primera instancia fecha y hora, situación evento estresante, pensamientos automáticos (para evaluar el grado de creencia), emociones y sentimientos (para evaluar el grado de intensidad), momentos en que ocurre con mayor intensidad (evaluar el grado de intensidad dependiendo de la hora de la comida), y las consecuencias).

Estos autorregistros tiene como objetivo identificar lo que consumía la usuaria durante el desayuno, la media mañana, el almuerzo, las onces y la comida, con una duración de 7 días. De esta forma se pudo obtener información objetiva sobre la variedad de los alimentos, el ambiente en el que eran consumidos, quien estaba presente durante la alimentación, cuales alimentos eran preferidos y cuáles rechazados, además del control de variables como duración de la comida, posición de la niña durante la misma, características de la comida, cuánto come, dónde come, qué cantidad, etc.

Es preciso advertir que de acuerdo con lo detectado en la consulta clínica existen divergencias entre el padre y la madre respecto de los hábitos alimenticios del núcleo familiar.

5. Análisis Funcional

5.1 Formulación del caso clínico

Nombre: M S O **Edad:** 7 años **Fecha de Nacimiento:** 27/09/2011

Escolaridad: 2. Grado **Ciudad:** Piedecuesta **Estado Civil:** Soltera

Religión: Católicos **Ocupación:** Estudiante **Hijos:** No

Antecedentes Psiquiátricos: Ninguno

5.2 Familiograma

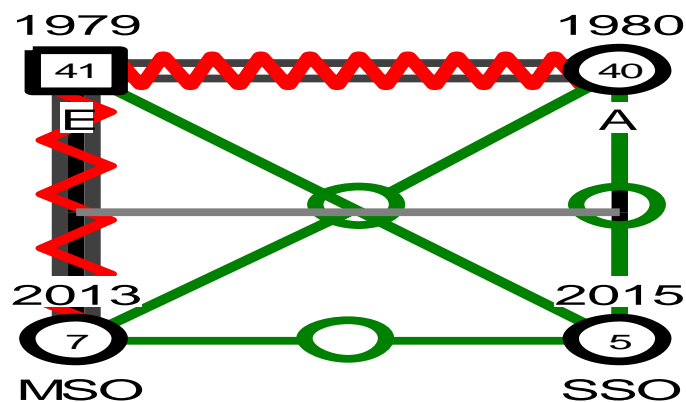


Figura 3. familiograma

M. pertenece a una familia nuclear y estable conformada por sus padres y una hermana menor de tres años quien aún no se encuentra escolarizada; los padres se desempeñan como docentes y cuentan con un nivel de estudio superior tipo maestría. Según lo evidenciado en la entrevista se pudo identificar que las interacciones parentales siguen un patrón relacional cercano-hostil mayor con el padre, sin embargo, en momentos por influencia del padre también se evidencia con la madre.

M. cuenta con una relación cercana con su hermana menor siendo ella la persona con quien comparte la mayoría de las actividades, se evidencia una interacción de dominancia por parte de su hermana menor hacia ella, siendo M. sumisa y complaciente ante todas las solicitudes de S.

Por medio de la información obtenida en la entrevista semiestructurada y por medio del diligenciamiento de la historia clínica se puede evidenciar un tipo de relación de pareja centrada en sus hijas, los padres cuentan con ingresos superiores lo que les permite atender a todas las necesidades básicas de forma adecuado con cada una de sus hijas. A refiere que el padre es una persona responsable, se preocupa por el bienestar de sus hijas y le gusta atender a cada una de sus solicitudes, *“él es una persona muy organizada con la plata”* por lo anterior se puede decir que los padres cuentan con los medios necesarios para aportar al suministro de alimentos requeridos para la etapa de desarrollo en la que se encuentran sus hijas.

Con relación a la dinámica e interacción familiar se evidencia que existe una relación cercana pero hostil entre sus padres, siendo el padre una persona dominante y controladora y su esposa una persona sumisa, callada, calmada e introvertida con pocas habilidades para expresar sus sentimientos y emociones. La relación del padre con M. se puede describir como una relación de amor y control, el padre asume que su hija debe hacer todas las actividades como a él le parece ejerciendo sobre ella una actitud de sobreprotección y cuidado extrema. La relación del padre con la hija menor es armónica y el refiere *“S. es igualita a mí por eso nos la llevamos muy bien”*.

Para concluir se puede decir que la familia S. O se caracteriza por la sumisión de las mujeres y el poder y el control del único hombre de la familia, imponiendo su criterio machista o creencias a su esposa e hijas por ser mujeres.

5.3 Plan de acción

Para tal efecto se estableció un plan de acción al interior de la unidad familiar relacionado con registro de datos sobre las comidas de la menor a lo largo de dos semanas con el fin de facilitar la observación sistemática de la conducta alimentaria y del tipo de alimentos que ingería, así como las características de los alimentos que suele tomar, en base a tres registros fundamentales (con los padres variable-respuestas, alimentos que rechaza y acepta la menor, así como alimentos que nunca ha probado).

Los resultados de los registros planteados se relacionan con:

Tabla 3.

En los padres

VARIABLES	RESPUESTAS
Comentarios monotemáticos sobre la comida de parte de los padres	Exigencia por la ingesta de todos los alimentos servidos.
Padre muy estricto con la alimentación	Angustia a la hora de las comidas
Desesperanza de los padres a la hora de las comidas	Desesperación
MSO No prueba alimentos nuevos	Rechazo y negación
Modelo aprendido por imitación de la madre	Modelamiento e imitación
Falta de autonomía de parte de la niña	Limitación para hacer las cosas sola
Sobrepotección de la madre	Dependencia de la niña con la madre
Padres desanimados	Irritabilidad y agresiones
MSO selectiva con la alimentación	Evitación por los alimentos con características específicas

Tabla 4.

En la usuaria

ALIMENTOS QUE RECHAZA	ALIMENTOS QUE ACEPTA	ALIMENTOS QUE NUNCA HA PROBADO
Caldo blanco	Caldo sin leche	Fresa
Alimentos que contengan cilantro	Sopas sin cilantro	Mango
Queso en presentación gruesa	Queso tajado	Curuba
Carne en presentación gruesa	Carne molida o desilachada	Guayaba
Tostadas	Tostadas con mantequilla	
Pollo entero	Pollo molido	
Manzana sin pelar	Manzana picada	
Pure de papa (color)		
Jugo de Guanábana (Color)		
Pera (color)		
Huevo (Color)		
Bagre (Color)		
Avena (Color)		
Helado vainilla (Color)		
Yogurt		

Una vez realizada la entrevista y la historia clínica, se elaboró el análisis funcional con el fin de analizar detalladamente las conductas que constituyen el núcleo del problema de M., que lo generan y/o lo mantienen teniendo en cuenta los antecedentes, las consecuencias y el contexto en el que se desarrolla, lo anterior permitió crear los objetivos terapéuticos, las técnicas de intervención, para el análisis funcional se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta por parte de los padres, descripción de los problemas presentados, historia personal, factores predisponentes, adquisición, mantenimiento y protectores, dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados con salud), contextos (académico, familiar y condiciones ambientales), se realizó la formulación de hipótesis, diagnóstico, comorbilidad y plan de intervención.

El análisis funcional se desarrolla a través de distintas sesiones, siendo las cuatro primeras las correspondientes a la exploración, y las nueve restantes a tratamiento, las cuales se exponen a continuación, previa formulación del caso clínico.

Motivo de consulta: “estamos preocupados porque M. cuando llega la hora de las comidas siempre quiere comer lo mismo, no come en un tiempo adecuado y el alimento que toma no es suficiente”.

Hipótesis de origen: inapetencia de **M**, conducta aprendida a partir de la permisibilidad de la madre frente al consumo de determinados alimentos (vómito por reflejo), y los conflictos con el padre frente a los pensamientos arraigados y creencias erróneas que tiene frente a la alimentación (*“ella se debe comer todo, le guste o no le guste porque en mi casa no hay marranos para que se coman lo que sobra”, “la comida saludable es la única que se debe comer lo otro es pura chatarra”, “la mamá le enseñó a comer como ella come seleccionando todo” “yo siempre le digo a mis estudiantes que se deben comer todo y no pueden dejar nada”, “M es una niña que no come nada”, “M es una niña que demora demasiado comiendo y cuando uno le dice que coma rápido hace que va a vomitar”, “cada vez que ella no quiere comer yo la baño”*).

Hipótesis de mantenimiento: inapetencia de **M**, como conducta reforzada por la sobreprotección de la madre y el consentimiento en la ingesta de los alimentos permitiéndole ser selectiva a partir de las características organolépticas lo que hace que se mantenga la conducta de la niña, los conflictos (gritos, regaños, obligación de consumir lo servido) que se generan entre los padres de la menor por la actitud permisiva de la madre.

Hipótesis diagnóstica: Teniendo en cuenta el DSM V

- Trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos.

- a. Falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer que se pone de manifiesto por el fracaso persistente por cumplir las necesidades nutritivas y-o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes hechos:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso por alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
 - 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial
- Riesgo de reincidencia
- a. Psicoeducación teniendo en cuenta que las dificultades de la madre (pensamientos arraigados y creencias erróneas frente a la alimentación) pueden llevar a repetir el comportamiento en M. cuando se encuentre en la adolescencia y desencadenar un trastorno de la alimentación (anorexia o bulimia).
 - 1. Reacciones agresivas de sus padres por las características organolépticas de los alimentos
 - 2. Negativa de los padres a delimitar los problemas presentes en la familia e irlos resolviendo, considerando que para las posibles recaídas existe más de una alternativa de solución

5.4 Objetivos terapéuticos

Entre los objetivos terapéuticos se planteó:

- Aumentar la ingesta alimentaria por medio de la aceptación del consumo de alimentos sin tener en cuenta las características organolépticas de la comida.

- Disminuir las creencias irracionales del padre frente al consumo de alimentos con alto contenido calórico.
- Disminuir la conducta de la madre frente a los alimentos con texturas duras y cambiar los hábitos alimenticios de la usuaria enseñados por la imitación de la madre hacia la niña.

5.5 Procedimiento

Teniendo en cuenta el caso anteriormente descrito se procede con la estructuración del plan de evaluación el cual permitió identificar en la usuaria la sintomatología descrita por sus padres en la primera consulta y relacionada con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V. Identificada la sintomatología se procede a establecer los objetivos terapéuticos, los objetivos específicos para cumplir en cada sesión, el análisis funcional, las hipótesis y las técnicas a utilizar teniendo en cuenta la Terapia Racional Emotiva “TREC” (Navas, 1981).

Por lo anterior, se dio inicio a la evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual dentro de la elaboración de las prácticas académicas para aspirar al título de Especialista en Psicología Clínica, el cual se desarrolló durante cinco meses, distribuidos en 12 sesiones, bajo la supervisión de un profesional y teniendo en cuenta las condiciones dadas por la IPS y la Coordinación del Programa.

La intervención se llevó a cabo teniendo en cuenta el modelo Cognitivo-Conductual basado en la necesidad de realizar una evaluación, un diagnóstico y una intervención donde se tuvo en cuenta herramientas terapéuticas como la entrevista inicial, la historia clínica y la elaboración del análisis funcional.

Formulados los objetivos terapéuticos se diseñó el plan de tratamiento el cual incluyó diversas técnicas tanto para los padres como para la niña; para los padres se utilizaron técnicas como la entrevista semiestructurada, la asignación de tareas, los autorregistros, el ABC (ver apéndice E), la reestructuración cognitiva, la búsqueda de soluciones alternativas, aproximaciones sucesivas, jerarquía de alimentos nuevos, técnicas de minimización de dificultades y actividades y alerta de recaídas para la sesiones finales. Con la menor se utilizaron varias técnicas conductuales como acercamientos periódicos, exhibición, plan de contingencias, intervención de estímulos, moldeamiento y modelamiento.

Desde ésta óptica, la necesidad de desarrollar acciones concretas para minimizar factores de riesgo en casos clínicos del trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos, se relacionan con falta de interés para atención de estos factores de riesgo se propone la aplicación de la Terapia Racional Emotiva en los procesos de evaluación e intervención, teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo conductual permite actuar sobre las creencias irracionales causantes de la mayoría de las alteraciones por las cuales el paciente acude a buscar ayuda queriendo así poder organizar sus pensamientos, sus emociones y así sentir estabilidad y adaptación social reduciendo de esta forma su malestar clínicamente significativo.

En Consideración de Vicente Caballo (2007), el enfoque cognitivo conductual para el caso clínico si bien aborda el presente del paciente, requiere también que se tengan en cuenta los antecedentes de la persona (historia clínica), teniendo en cuenta sus antecedentes médicos, familiares y escolares, y los autorregistros a partir de los cuales se evalúa la situación desencadenante de los pensamientos y conductas generadas por estos (tiempo, lugar y frecuencia con la que se emiten dichos comportamientos desadaptados y problemáticos) que generan preocupación en los padres y pacientes tanto en el entorno familiar, como social y educativo,

para cuantificar y establecer objetivos terapéuticos por sesión, siendo posibles la medición de los avances obtenidos en cada una de las familias intervenidas.

Estos aspectos son abordados desde las teorías de la terapia racional emotiva con el cual se identifica la sintomatología del trastorno de evitación – restricción de la ingesta, las estrategias clínicas de atención, previo abordaje teórico de la problemática real manejada en un contexto terapéutico para lograr el cambio comportamental de la usuaria y de su entorno familiar desde la intervención psicológica.

6. Resultados

6.1 Sesiones de exploración

Sesión 1

Se realiza diligenciamiento del consentimiento informado y se inicia con la apertura de la historia clínica, en la cual se registraron cada uno de los datos solicitados como aspectos sociodemográficos de M. relacionados con el motivo de consulta, la madre refirió “estamos muy preocupada por el comportamiento de M. respecto a la comida. El principal motivo de consulta es que, según la madre, *“cuando llega la hora de las comidas la niña siempre quiere comer lo mismo, no come en un tiempo adecuado y el alimento que toma no es suficiente”*. La madre refiere detalladamente que desde que la niña inicio con la alimentación complementaria ha sido un problema porque ante el rechazo de algún alimento ella decidía no volver a dárselo, por ejemplo *“cuando le dimos la papilla de ahuyama ella la vomito y yo no le volví a dar”* en esta sesión se logró identificar como es un día de M y la familia no solamente desde el área alimenticia sino desde todas las actividades e interacciones realizadas como familia y de forma autónoma en la niña.

La madre de la menor informa que ha recurrido a diversas estrategias que van desde consulta con el pediatra para evaluar su condición física, refiriendo que aunque no presenta problemas médicos, su peso no corresponde a su estructura corporal, talla y edad de desarrollo biológico (baja de peso). Para corregir la deficiencia en el peso el pediatra le recetó un jarabe para abrir el apetito, funcionando parcialmente.

De la primera sesión se establecen como objetivos a cumplir durante la fase de exploración el análisis topográfico por medio de los autorregistros, psicoeducación con los padres a partir de las dificultades presentadas, psicoeducación con la menor, modificación de las

conductas de los padres generadas por la dificultad presentada con la niña (en el padre, modificar la conducta frente a la inapetencia de su hija, en la madre frente a la selectividad de ella con los alimentos), psicoeducación con los padres relacionada con la alimentación que requiere de acuerdo a su etapa del desarrollo, el establecimiento de horarios para cada una de las comidas, eliminar el rechazo por probar alimentos, y generalizar la conducta a otros lugares como salir a comer en restaurantes.

Como objetivo de las sesiones de exploración se plantea identificar el motivo de consulta, el análisis topográfico para reconocer las características generales de la alimentación y poder identificar la visión de los padres frente a la dificultad presentada, se realizó la identificación del paciente, con el fin de aumentar la ingesta alimentaria siendo este el objetivo terapéutico principal teniendo en cuenta que este fue el motivo de consulta.

Este proceso implica la realización de cuatro sesiones, la primera de las cuales corresponde al diligenciamiento de la historia clínica; la segunda al registro topográficos para evidenciar la inapetencia de la menor; la tercera con entrevista semiestructurada con los padres y revisión de autorregistros en consulta, pensamientos arraigados y creencias erróneas de los padres frente a la alimentación, así como características organolépticas de la comida; la cuarta sesión con explicación del análisis funcional, y modificación de las creencias irracionales de los padres relacionados con la alimentación, por medio del análisis del ABC realizado como tarea en cada uno de los padres, y la quinta sesión, con economía de fichas (identificar reforzadores para aplicarlos en la técnica, explicar cómo funciona la técnica), y motivar a la niña y a los padres para que se mantenga en el tratamiento.

A continuación, se describen detalladamente los resultados de las sesiones 2, 3 y 4.

Sesión 2

Durante esta sesión de la fase de exploración y sin haber realizado ningún tipo de intervención, se evidenciaron creencias centrales tanto en el padre como en la madre. En el padre relacionadas con creencias rígidas, globales y en exceso con los hábitos de vida saludables (*“ella se debe comer todo, le guste o no le guste porque en mi casa no hay marranos para que se coman lo que sobra”*, *“la comida saludable es la única que se debe comer lo otro es pura chatarra”*, *“la mamá le enseñó a comer como ella come seleccionando todo”* *“yo siempre le digo a mis estudiantes que se deben comer todo y no pueden dejar nada”*, *“M es una niña que no come nada”*, *“M es una niña que demora demasiado comiendo y cuando uno le dice que coma rápido hace que va a vomitar”*, *“cada vez que ella no quiere comer yo la baño”*), así como los hábitos que tienen que ver con la alimentación y el deporte.

La madre porque refiere que *“el papa todo el tiempo está hablando de la comida”*, *“el papa todo el tiempo quiere que hagamos las cosas como él quiere que se hagan”*, *“el papa todo el tiempo nos está diciendo que comer”*, *“el papa quiere que ella se coma todo lo que él quiere que ella coma”*, *“el papa come cosas muy extrañas como el corazón de la vaca y quiere que nosotras comamos de lo mismo”*, *“el papa le exige mucho a ella y desde que estaba muy pequeña soy yo la que la defiende”*.

De lo anterior se establece que las creencias centrales de los padres inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consiste en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas” (Beck, s.f. p. 34)

Las creencias centrales en el padre de la niña evidencian las siguientes creencias intermedias relacionadas con:

- **Actitud:** *“no comer de todo es algo terrible”*
- **Reglas-Expectativas:** *“ella se debe comer todo lo que se le sirve porque se va a enfermar”.*
- **Presunción:** *“si ella se comiera todo lo que se le sirve y lo hace rápido nosotros seríamos muy felices”*

Estas creencias influyen en la percepción que tienen los padres del rechazo de la niña a la comida, y esto a su vez influye notoriamente en la forma de pensar, en la forma de sentir y en la forma como ellos se comportaban ante la inapetencia de su hija.

Como es lo habitual en el curso del tratamiento de la Terapia Cognitiva se hizo énfasis en los pensamientos automáticos, por lo que se les enseñó en sesión a los padres a reconocer por medio de autorregistros (realizados de manera específica al momento de las comidas) para que lograran describir pensamientos como los descritos anteriormente (Ver apéndice D).

De los resultados de los esquemas se concluye que:

1. No consume alimentos que contengan cilantro.
2. No consume alimentos de color blanco.
3. No consume alimentos duros.
4. No consume alimentos en presentación gruesa, prefiere todo blando y en presentación delgada.
5. Los alimentos que en algún momento de la vida ha rechazado no se los vuelven a dar.
6. No consume alimentos nuevos.
7. El tiempo empleado para las comidas es muy largo.
8. Los padres mantienen un discurso monotemático con relación a la comida.

9. Es un modelo aprendido por la madre quien es muy selectiva con la ingesta alimentaria.
10. Falta de autonomía por parte de la niña, siendo esta una conducta reforzada por la madre.
11. Desesperanza por parte de los padres en el momento de cada comida.
12. Frecuentes llamados de atención por parte de los padres, en ocasiones acompañados de manifestaciones físicas de parte de ellos hacia la menor.
13. Sobreprotección por parte de la madre lo cual ha llevado a que la niña no tome conciencia sobre la importancia de tener hábitos alimenticios y autonomía, pues le han dado de comer todo el tiempo.
14. La situación ha generado una indefensión aprendida de los padres porque no saben cómo manejar la situación.
15. La niña es selectiva en la comida por tener en cuenta las características organolépticas.
16. Dependencia de la alimentación de suplementos nutritivos por vía oral.

En esta sesión se le explico a la madre que se aplicará un plan de tratamiento, desde el modelo cognitivo conductual, el cual le permitirá identificar los pensamientos y sentimientos y como estos influyen en el comportamiento de ellos y en el de M. llevándolos a cambiar su forma de pensar logrando cambios significativos en la usuaria, se le explico como también existen manifestaciones fisiológicas en M. como: sudoración, dolor de estómago, dolor de cabeza, náuseas y palidez.

Se le explico igualmente que el modelo cognitivo conductual trabaja sobre la forma como piensan las personas, siendo esto lo denominado “parte cognitiva”, y como se actúa siendo esta “la parte conductual” haciendo énfasis en que esta terapia se centra en la sintomatología y problemas “del aquí y el ahora”. La forma en cómo se interpreta cada una de las situaciones y el significado que se les da.

Es importante destacar que durante las sesiones de esta fase se evidenció voluntad y motivación por parte de la madre para asumir con responsabilidad las recomendaciones dadas frente a la dificultad presentada, involucrando al padre luego de haber evidenciado que durante las dos semanas anteriores a la segunda sesión se presentaron pequeños cambios en la niña, especialmente en el tiempo que demoraba en las diferentes comidas, los padres demostraron adherencia terapéutica cumpliendo con cada una de las tareas asignadas y poniendo en práctica las recomendaciones dadas.

Sesión 3

En esta sesión se realizó entrega a la madre del formato de autorregistro diario en el que se buscaba identificar la hora de la comida, los alimentos suministrados, el ambiente en el que se encontraba es decir lugar de la casa en el que tomaba los alimentos, tiempo utilizado para cada una de las comidas, temas de dialogo entre los padres, actitud de los padres y de la usuaria y reacciones presentadas ante la inapetencia de M.

En cuanto a la niña empezó a demostrar avances significativos desde esta sesión refiriéndole a sus padres *“yo quiero que la Dra. Me felicite y me voy a comer todo”*

Se hace uso en esta sesión de psicoeducación nuevamente de la terapia cognitivo queriéndole explicar que siempre se trabajara por medio de la identificación de aspectos importantes desarrollados durante la semana anterior con el objetivo de que a partir de esta sesión la madre este muy atenta a cada una de las cosas que suceden en su familia, para evitar perder detalles importantes relevantes para manejar en las sesiones posteriores, se instruyó sobre el procedimiento a llevar el cual consiste en diligenciar autorregistros, se le felicitó por la actitud y

adherencia al tratamiento demostrado en este corto tiempo y se le hablo de las técnicas a utilizar durante el tratamiento; entrenamiento en auto registros, técnicas de relajación, psicoeducación, reconocimiento, identificación, cuestionamiento de creencias irracionales y elaboración de pensamientos alternativos, se realiza el cierre de la sesión pidiéndole a la madre que diligencie un autorregistro teniendo en cuenta el día anterior como ejemplo y comprobación de que entendió la indicación dada. Se le pide que le indique al padre realizar el autorregistro enviado para él.

A partir de esta sesión se le pidió a la madre que se inicie con un control de peso, teniendo en cuenta que el objetivo por semana es aumentar un kilo de peso según la recomendación médica aumentado 500 calorías diarias distribuidas durante cada una de las comidas suministradas, se le recomienda a la madre que en cada comida se suministre un producto con alta fuente calórica a la hora del desayuno se le recomienda suministrar un gusanito de azúcar, a la hora del almuerzo un chocolate y a la hora de la comida una fruna.

Sesión 4

Esta sesión se realizó únicamente con el padre teniendo en cuenta que el horario de atención tuvo que ser modificado para lograr la atención con el padre quien en las horas de la mañana no puede asistir por razones laborales.

El padre ingresa a consulta con una adecuada actitud receptivo, colaborador y tranquilo, permite que la sesión sea desarrollada y dirigida por la psicóloga y refiere *“Dra. Yo estoy aquí porque en estas tres semanas he visto un cambio muy positivo en mi hija, yo no creo en los psicólogos y pensaba que nadie tenía que solucionar los problemas de mi casa, pero no sé qué paso en estas semanas que he visto a M. comiendo como nunca y por eso le acepté a mi esposa venir hoy”*

El padre se presenta a sesión con el autorregistro diligenciado (ver apéndice D) en el que se pudo evidenciar que el padre mantiene un discurso monotemático y centrado en los extremos verbaliza constantemente relatos sobre niños desnutridos y sin alimentos que consumir, el padre refirió *“Dra. Siempre que nos sentamos a comer es el mismo problema, yo me empiezo a poner de muy mal genio cuando veo la cara de M y como se recuesta en la mesa y empiezo a contarle historias, a veces hasta me las invento para que sean muy trágicas”* por medio de la última pregunta la cual decía: que le gustaría hacer cuando M. no come? El padre refiere *“tranquilizarme”* esta pregunta permitió que durante la sesión el padre hiciera la identificación de una idea irracional relacionada con que es catastrófico que las cosas no salgan como él quiere que salgan y por ende asume un comportamiento agresivo haciendo uso de un discurso monotemático que lleva a la niña a reaccionar de la misma forma ante el suministro alimentario.

Durante esta sesión se le invitó al padre a que discerniera si todas las circunstancias que están alrededor de M. y especialmente en las horas de la comida son negativas o si es el quien está exagerando sus características frustrantes. Se logro que el padre reconociera como las situaciones se han vuelto catastróficas por sus pensamientos y expresiones como *“es terrible cada comida” “que tormento las horas de la comida”* y se le invita al padre a que refiera tres alternativas de pensamiento para el próximo momento en el que se van a sentar a comer. El padre refirió *“quiero tranquilizarme y hoy en el almuerzo voy a pensar en que a M. le está sirviendo este tratamiento y va a comer más que ayer, voy a pensar que no está mal lo que ella se está comiendo que eso también la alimenta y voy a pensar que la culpa no es de A. (mama)”*.

Se le explica al padre el modelo ABC y con un ejemplo se le enseña que el malestar emocional que él ha venido sintiendo y transmitiendo con comportamientos agresivos hacia M y su esposa es creada por las interpretaciones que él le ha dado a las situaciones y se le invita a que aprenda a reconocer por medio de este autorregistro esos pensamientos que llegan automáticos

para que así los pueda reemplazar por otros alternativos que lo lleven a *“tranquilizarse”* como lo manifestó en el autorregistro traído a esta sesión.

Se indaga con el padre sobre un evento que quiera referir en consulta y se le pide que sea lo más específico posible queriendo llevarlo a que reconozca lo que sucede antes, durante y después del momento de la comida que va a narrar.

Fecha: 5 de Abril de 2019

Acontecimiento activador: (situación) *“se le sirve un caldo de papa con huevo”*.

Creencia Irracional: *“es terrible que M. no coma como como yo”*

Consecuencia emocional y-o conductual: rabia y desespero. *“la metí a la ducha y la bañé con todo y ropa”*

Se le explica la técnica de relajación muscular progresiva, se le pide al padre que cierre los ojos y vaya tensionando y relajando cada uno de los grupo de músculos que se le va diciendo, se le dice que es importante que lo vaya haciendo poco a poco de una manera pausada y progresiva y se le muestra por medio del link como es la mejor forma de lo que haga para que haga uso de esta técnica la próxima vez que piense y sienta lo que lo lleva a actuar con agresividad hacia M. el padre se muestra interesado y refiere que hará uso de dicha técnica también cuando se encuentra en su lugar de trabajo.

6.2 Sesiones de tratamiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 9 sesiones distribuidas en un lapso de 5 meses, las cuales dan continuidad a la fase de exploración, para lo cual se estableció el compromiso de la usuaria y sus padres a las sesiones programadas, así como el seguimiento en un mes para verificar sintomatología actual de la menor.

Los resultados demostraron que la reestructuración de las creencias del padre frente a la comida, el aprendizaje por parte de los padres de otras alternativas de solución frente a su inapetencia y la estimulación por medio de reforzadores positivos llegaron a ser efectivos con relación al cumplimiento de los objetivos propuestos desde el inicio del tratamiento, de igual forma es importante reconocer la aceptación y el compromiso por parte de los padres para el cambio y el progreso evidenciado.

En esta sesión se realizó conteo del peso y se cumplió con el objetivo explicado en la sesión anterior de aumentar un kilo (inicio con 14 kilos).

Sesión 5

Esta sesión se desarrolla con la madre y se hace a partir de los autorregistros desarrollados por ella durante una semana, en los que se puede evidenciar características específicas y detalles exactos de cada uno de los momentos de la alimentación, es decir se le pedía a la madre describir detalladamente lo que ocurría durante el momento del desayuno, el almuerzo y la cena, debía marcar con una X la casilla que describía lo que ocurrió en la que se especificaban comportamientos como: se comió todo, se vomitó, presentó llanto, manifestó algún dolor y decir si estuvo presente o ausente. Finalmente, el autorregistro contaba con una serie de preguntas que facilitaban la identificación de factores determinante para la identificación de la dificultad de la niña (ver apéndice C. Autorregistro diario para padres).

La madre manifestó que ha evidenciado cambios muy significativos en M y en su esposo, durante la semana anterior se mostró más tranquilo y no demostró las reacciones anteriores, la madre refirió *“Dra. A mi esposo le pasa algo y es que cuando otra persona le dice como debe actuar lo hace pero si yo le digo hace todo lo contrarios”* por dicho comentario se le indica a la

madre que todos los días en los que uno de los dos asista a consulta deben destinar un tiempo para hablar sobre lo practicado en consulta y enseñarle a su pareja lo aprendido en consulta.

Refirió que el autorregistro le sirvió para que de forma lúdica pudieran compartir con M. los momentos de alimentación, la madre aprovecho los formatos enviados por la psicóloga para decirle a M que era importante llenarlos y que ella debía colaborar con dicha actividad, para la niña esto era una forma de sentirse motivada y comprendida por sus padres mas no rechazada y regañada como sucedía anteriormente.

Por medio del autorregistro se evidencio que M:

Tabla 5.

Autorregistro sesión 5

ALIMENTOS QUE RECHAZA	ALIMENTOS QUE ACEPTA
Caldo blanco	Caldo sin leche
Alimentos que contengan cilantro	Sopas sin cilantro
Queso en presentación gruesa	Queso tajado
Carne en presentación gruesa	Carne molida o desilachada
Tostadas	Tostadas con mantequilla
Pollo entero	Pollo molido
Manzana sin pelar	Manzana picada
Pure de papa (color)	
Jugo de Guanábana (Color)	
Pera (color)	
Huevo (Color)	
Bagre (Color)	
Avena (Color)	
Helado vainilla (Color)	
Yogurt	
ALIMENTOS QUE NUNCA HA PROBADO	
Fresa	
Mango	
Curuba	
Guayaba	

Teniendo en cuenta los postulados de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de la alimentación según Caballo (2015), con la información recogida y los autorregistros obtenidos hasta la fecha se inició el abordaje clínico con la planificación de las comidas, la modificación de la conducta al comer, la jerarquía de alimentos y la explicación por medio de la psicoeducación sobre comportamientos alimenticios saludables, proceso que se realizó con la madre, quien a su vez lo socializa con el padre.

En esta sesión se logró evidenciar que los alimentos rechazados por M se deben a sus características organolépticas es decir no le gustan los alimentos con condiciones específicas o que tengan texturas propias de los saborizantes naturales como el cilantro, el perejil, la cebolla o el tomate.

Se realizó conteo de peso y en esta semana se cumplió con el objetivo de aumentar un kilo semanal, se evidencian 15 kilos.

Sesión 6

Se inicia la sesión indagando sobre aspectos importantes ocurridos durante la semana anterior, esta sesión se desarrolla con el padre teniendo en cuenta el horario de él para la intervención y enseñanza de las estrategias y acuerdos realizados con la madre en la sesión anterior.

El padre refiere *“durante estas semanas anteriores me he sentido muy bien al darme cuenta como M. está comiendo tan bien”* reconoce que ha hecho uso de las estrategias para controlar pensamientos negativos y que cuando es el momento de las comidas ya no hace uso del mismo discurso monotemático sino que por el contrario hablan de cosas que les han sucedido en los lugares de trabajo, el padre refiere *“antes no hablábamos de cómo nos iba ahora si hablamos*

de eso y también les preguntamos a las niñas como les fue” se puede evidenciar que el padre antes de las comidas no ha vuelto a referir historias sobre niños desnutridos ni sobre niños que no tienen que comer.

A partir de lo referido por el padre se hace la identificación de otras estrategias para evitar los comportamientos agresivos o pensamientos de desesperanza ante las situaciones de inapetencia con M. se acuerdan las siguientes:

- Dialogar sobre lo ocurrido en el día en el colegio (lugar de trabajo del padre)
- Preguntarle a M que fue lo que más le gusto de su día y que fue lo que menos le gusto.
- Hablar con la madre sobre el día de ella y si necesita de alguna colaboración por parte de él.
- Colaborarle a la madre con servir los alimentos para evitar que M. haga selección de estos en el plato.
- Invitarla a que pruebe nuevos alimentos que pueda tener el padre en el plato.
- Felicitarla por los avances obtenidos.

Luego de haber realizado la identificación anterior y la búsqueda de soluciones alternativas descrita se procedió a explicarle al padre sobre los hallazgos evidenciados luego del análisis de los autorregistros realizados por la madre y traídos a la consulta anterior, esto con el fin de establecer el plan a seguir del cual se requiere de todo el apoyo de cada uno de los padres. Para este fin se dejó como tarea el autorregistro relacionado con la jerarquía de alimentos en el que los padres deben clasificar los alimentos en: los menos consumidos, los poco consumidos, los moderadamente consumidos y los que nunca ha consumido. (ver apéndice H).

Durante esta sesión se trabajó con M. para concientizarla de los hallazgos evidenciados en los autorregistros realizados por la madre buscando que la niña con su voluntad y motivación logre empezar a hacer aproximaciones sucesivas con dichos alimentos. En esta sesión se le dejó como tarea para la próxima semana ayudarle a la madre a guardar los tomates y las cebollas cuando llegan del mercado y se le indico al padre que le permitan tocar, lavar y guardar el cilantro y el perejil, esto para que M. logre familiarizarse con estos alimentos respecto de su olor, color y textura.

Es importante reconocer que tanto la usuaria como sus progenitores demostraran adherencia terapéutica siendo responsables de la elaboración de las tareas propuestas manteniéndose durante toda la intervención en la fase de tratamiento hasta verificar cambios y progresos significativos (ver apéndices E, F, G, H, I, J, K).

Se cumplió con el objetivo de la semana relacionado con aumentar un kilo (previo concepto de un profesional del área de nutrición), registrando un peso de 16 kilos.

Sesión 7

Se inició la sesión con la madre solicitándole que realizara una descripción detallada de las situaciones importantes para dialogar en consulta, la madre refirió *“Dra. Uno siempre cree que los problemas de los hijos son por cosas diferentes a los problemas de los padres, pero ahora me doy cuenta de que somos nosotros los padres quienes hacemos cosas que los afectamos a ellos”*.

Esta identificación del pensamientos, sentimientos y conductas de ella las cuales en muchas ocasiones ha afectado a M. permitió realizar una confrontación con relación a la selección de alimentos que ella también realiza en cada una de las comidas y como esto la ha

llevado a verbalizar delante de M que hay alimentos que ella nunca consumirá, la madre refiere *“mi mamá me enseñó que cuando algo no me gusta pues no lo vuelvo a comer, hay muchas cosas que yo no como porque no me enseñaron a comer”*.

Se continua con el desarrollo de la terapia racional emotiva, donde haciendo uso del debate y preguntas reflexivas se logra afianzar las creencias alternativas frente a los pensamientos irracionales relacionados con la alimentación de M.

- **Pensamientos:** *“yo no como lo que no me gusta, yo no como algunas cosas porque no me enseñaron a comer de eso, mi mamá me decía que si no me gustaba a la primera vez que probara que no volviera a comer, yo no como cosas raras como mi esposo”*.
- **¿Como se siente cuando piensa así?** *“Mal ahora que entiendo que eso es lo que mi hija está aprendiendo, así como yo lo aprendí de mi mama”*.
- **Proceso de debate:** *“seleccionar y no probar otros alimentos me hace sentir mal ahora que veo que mi hija está repitiendo lo que yo digo y hago”*.
- **Ideas Irracionales:** *“la comida no se debe probar más de una vez cuando no nos gusta”*
“no me gusta probar las cosas raras que come mi esposo”
“si no me gusta algo de lo que me sirven no me lo como y lo dejo a un lado”
“hay cosas que nunca voy a probar a si me obliguen a hacerlo”
“prefiero almorzar cuando mi esposo no está para poder comer lo que quiero”
- **Validez de este pensamiento:**
“mi esposo me dice que le estoy enseñando a M a ser igual que conmigo no se puede ir ni aun restaurante porque por todo pongo problema”.

- **Hechos en contra de este pensamiento:**

“E. no entiende que yo no tengo porque comer todo lo que él come, a él le enseñaron a comer cosas muy raras que a mí no, por eso no tiene por qué decir que le estoy enseñando lo mismo a mi hija, pero ahora entiendo que esto si está mal por mi hija”

- **Ventajas de pensar así:**

“Que puedo seguir comiendo lo que yo quiero, aunque reconozco que me toca hacerlo cuando no está mi esposo, cuando el esta trato de servir lo que me gusta para poderme comer todo”

- **Pensamiento alternativo:**

“Esto me está generando muchos problemas con mi esposo porque él me dice que yo soy la culpable de que mi hija haga lo mismo con la comida y la verdad ahora me doy cuenta que si es así”

- **Como me siento ahora:**

“Mucho mejor, porque me estoy dando cuenta que lo que yo hago o no hago es aprendido por mi hija y más por M. que siempre está conmigo hasta en el colegio estamos juntas”

- **¿Qué puedo hacer entonces?**

“Empezar a aceptar, probar más alimentos y dejar de decir frente a M. que nunca voy a probar cierta cosa, creo que debo ser más discreta en el momento de hacer comentarios tan radicales como nunca o jamás y creo que debo dejar de llevarle la contraria a mi esposo y aceptar más cuando él me dice que pruebe algo de lo que se puede comer en un restaurante o en familia”

- A. Refiere sentirse mejor y más tranquila, se propone que realice ejercicios de relajación cuando surjan pensamientos irracionales como se lo enseñó su esposo.

Al finalizar la consulta se entregó el formato de economía de fichas y se realizó la explicación del mismo con la madre y con M. Se les explicó que cada casilla está dividida en cuatro subcasillas para poder colorear la cantidad de alimentos consumidos teniendo en cuenta el desayuno, la lonchera, el almuerzo, la media tarde y la cena.

Se establecieron los reforzadores positivos y negativos dadas la cantidad de alimentos consumidos. M refirió *“yo quiero si me gano el premio de la alimentación ir al parque temático a montar monopatín con mi papá”; si no me como todo y no logro el premio me quedaré en la casa y mi papá ira solo con mi hermana”*

Se deja de tarea iniciar con la Jerarquía de alimentos nuevos (proceso realizado con ayuda de los padres) a partir de la planificación de las comidas, introduciendo sistemáticamente en la dieta nuevos alimentos (dos durante la semana), alimentos menos consumidos, poco consumidos y nunca consumidos, empezando con los alimentos menos rechazados y a lo largo de la terapia hasta los alimentos más rechazados, aproximaciones con pocas cantidades de alimentos logrando así reducir la ansiedad y el temor de la niña y los padres a rechazar el alimento.

Se realizó seguimiento al peso y se evidencia un aumento de un kilo para esta semana (17 kilos)

Sesión 8

Para iniciar esta sesión se vuelve a retomar lo trabajado en la sesión anterior, centrando la intervención a modo de resumen y conclusión para hacer más consciente a la madre de cómo sus pensamientos estaban directamente relacionados con la dificultad presentada en ella frente a la

clasificación de algunos alimentos, por lo que se realiza psicoeducación teniendo en cuenta que las dificultades de la madre pueden llevar a repetir el comportamiento en M. cuando se encuentre en la adolescencia y desencadenar un trastorno de la alimentación (anorexia o bulimia).

Se trabajó con la niña sobre el nuevo alimento a introducir la próxima semana, y se realiza reconocimiento de avances con la madre y la niña, felicitándoles por el compromiso durante el proceso.

Durante esta sesión se trabajó con M sobre la elaboración de una ensalada de frutas la cual fue realizada en consulta, se trabajó bajo la instrucción de la psicóloga quien le iba suministrando cuatro frutas que no eran consumidas, se le pedía que las tocara, que las describiera y que las pelara, las frutas fueron; banano, pera, manzana, papaya. M. de forma muy organizada fue siguiendo cada una de las indicaciones y la motivación que la llevaban a hacer eso era que el próximo fin de semana elaboraría esta receta para sus padres. Se evidenciaron pensamientos como *“el banano huele a rico, la pera tiene unas pepitas, pero cuando las paso no me atoro, yo pensaba que a la papaya no se le quitaban esas pepas, mi mamá nunca me deja ayudarle a picar las frutas”*; se le suministró leche condensada, pero refirió *“no le quiero echar de eso porque se le quita el sabor a la fruta, así dice mi papá”*.

Con la madre se realiza el cierre del modelo ABC, afianzando y recordando sobre lo que se trabajó en sesiones anteriores, identificando el acontecimiento activador, las creencias irracionales que conducen a las conductas de ellos como padres y las creencias racionales efectivas que las podían reemplazar. M. refiere que se siente muy feliz porque su padre no se ha vuelto a molestar ni la ha vuelto a bañar.

Hasta la fecha se evidencio una adecuada adherencia terapéutica por parte del núcleo familiar, no se ausento a ninguna de las sesiones, también se evidencia el compromiso por parte de todos haciendo uso de cada una de las estrategias y soluciones alternativas aprendidas sesión a sesión, la elaboración de cada una de las tareas también demuestra el compromiso de la familia por el avance y bienestar de su hija.

Se realizo seguimiento al peso y se evidencia un aumento de un kilo para esta semana (18 kilos)

Sesión 9

En la novena sesión la actividad terapéutica se centró en madre e hija, identificando los avances significativos luego de haber dejado 2 semanas entre consultas. Se identificaron las expectativas de la madre con relación a lo que espera luego de cerrar el proceso por el periodo de vacaciones, y se indaga sobre como espera reaccionar antes posibles recaídas, si cree que el progreso se mantendrá semana a semana. Se permite un espacio de imaginaria queriendo exponerla a una situación repetida de retroceso permitiéndole reaccionar ante dicha fluctuación.

Con la niña se trabaja sobre la introducción del nuevo alimento para la siguiente semana.

Como resultado de la sesión se evidencia autonomía de los padres en el seguimiento y desarrollo de la tabla de los alimentos durante dos semanas entre sesión y sesión, se logra que la madre verbalizara posibles reacciones frente a un retroceso de M. durante el próximo periodo de vacaciones.

Luego de la revisión de la tarea se logró evidenciar que M. probó el hígado le gustó pero refirió que lo volverá a comer en vacaciones.

Se evidencia también agrado en la madre por el proceso manifestando ya que *“con este cambio de M. le pude demostrar al papa que los psicólogos si sirven”*. Y el control en el incremento del peso corporal registra ganancia de un kilo.

La madre manifiesta que se siente más tranquila en el momento en el que llegan las horas de la comida, refiere *“antes de iniciar el tratamiento yo no podía hacer nada diferente que sentarme con ella a comer, no podía ni recoger la ropa seca del tendedero; ahora yo le sirvo y le muestro en el reloj cuanto tiempo tiene y en ese momento alcanzo a recoger la ropa, ahora el tiempo me rinde más”*

Con relación a la interacción con el padre la madre refiere que se siente más tranquila, *“ahora no tengo que esconderme cuando tomo café, antes el me prohibía comer lo que me gustaba”* refiere que luego de varios diálogos como lo recomendó la psicóloga han podido acordar cuales alimentos empezara la madre a consumir y cuáles de los que le gusta él va a dejar de prohibirle. La madre finalmente expresa y demuestra con su lenguaje no verbal agrado, felicidad y mayor cercanía por la relación que tiene con su esposo y la actitud que tiene el con M. pues refiere *“E. ya no se estresa ni se molesta en las horas de la comida, ahora hasta bocados le da a M. y a ella le gusta recibirle”*.

La madre contó en esta sesión, que gracias al aumento de peso y talla que se viene dando semana a semana, este fin de semana se irán de compras porque la ropa que tiene M. ya no le queda buena; esto hace sentir muy feliz a M. quien refiere *“yo quiero ir al Centro Comercial de La Cuesta y comprarme un jean porque antes nunca me quedaban buenos y me tocaba solo vestidos”*.

Antes de finalizar esta sesión se realizó seguimiento al cuadro de los alimentos en el cual se evidencio un excelente resultado obteniendo todos los cuadros coloreados demostrando así el

consumo de la totalidad de los alimentos durante cada comida, M. manifiesta *“esta semana quiere unos marcadores como los de la psicóloga para llevar al colegio”*

Finalmente se realiza seguimiento en el peso de la niña y se evidencia que esta semana continúa aumentando un kilo. (18 kilos).

Sesión 10

En esta sesión se trabajó con la madre y la niña con el objetivo de evaluar los avances terapéuticos evidenciados durante las 9 sesiones anteriores, la madre continúa valorando los resultados obtenidos hasta la fecha y refiere que durante el fin de semana pudieron Salir a comer a un restaurante notando como M. se comió todo el pollo sin necesidad de quitarle el cuero y consumiendo la totalidad de las papas fritas, la madre refirió *“Dra. Es muy gratificante ver el cambio que hemos tenido todos, E. estaba muy feliz y eso nos hace feliz a todos, salimos de compras y fuimos a un restaurante antes nunca hacíamos eso”*.

Como actividad de cierre se realiza el análisis de todo el proceso desde la primera sesión hasta está haciéndoles notar que los avances fueron producto de la dedicación, orden y elaboración de tareas semana a semana, de la buena actitud y reconocimiento de pensamientos y creencias relacionadas con la alimentación (ver apéndice L y M).

Se trabaja con la madre y la niña para dejar como tarea la introducción de todos los alimentos faltantes explicándoles según la jerarquía planteada como lo debían hacer, realizando el cierre temporal del caso y se invita a la familia a continuar después del periodo de vacaciones.

La revisión de la tarea se logró evidenciar que esta semana la niña probó el jugo de guayaba, le gustó y repitió su ingesta dos días a la semana, y al efectuar el resumen del

tratamiento realizado se evidencia en la madre nuevamente agrado y bienestar familiar por el cambio de la niña

Los resultados arrojados por la fase de tratamiento evidencian voluntad y motivación por parte de los padres para asumir con responsabilidad las recomendaciones dadas frente a la dificultad presentada, el padre se involucrara luego de los avances significativos de las dos semanas anteriores especialmente en el tiempo que demoraba en las diferentes comidas, los padres demostraron durante todo el tratamiento adherencia terapéutica cumpliendo con cada una de las tareas asignadas y poniendo en práctica las recomendaciones dadas, que la niña registrara avances semana a semana queriendo ser felicitada por la psicóloga y sus padres, así como obtener premios como compartir actividades lúdicas fuera de casa que antes no realizaban y salir a comer a un restaurante.

Al finalizar la décima sesión se discute con la usuaria y sus progenitores los resultados de lo realizado, su opinión con respecto a la técnica, cómo se sintieron, cómo fortalecer lo trabajado en las sesiones anteriores y cómo la intervención realizada aporta para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se realizó seguimiento al peso y se evidencia un aumento de un kilo para esta semana (19 kilos).

Sesión 11

En esta sesión se realizó la identificación de la conducta de M. Durante el tiempo de receso, en esta sesión se logró identificar que los padres continuaron elaborando la economía de fichas como fue propuesto en la décima sesión, logrando que M. probara nuevos alimentos y se mantuvieran en la dita alimentos como el Kiwi, el caldo de carne sin seleccionar los alimentos y

se avanzó en la presentación como la madre le suministraba las comidas, es decir no se le volvió a licuar los alimentos sólidos y se logró la ingesta de los mismos en su presentación original.

Esta sesión se realizó luego de un periodo de vacaciones académicas de mitad de año por lo tanto aproximadamente durante ocho semanas se logró evidenciar según la descripción de los padres que la conducta adquirida durante el proceso desarrollado se mantuvo, es decir M. continuo aumentando su ingesta alimentaria y haciendo uso de la jerarquía de alimentos y el cuadro de los alimentos (economía de fichas), se evidencio como los padres lograron mantener adecuadamente el patrón de reforzadores sin exceder los permios ante los avances de la niña, ellos aprendieron que lo importante no era entregar premios materiales sino realizar actividades familiares como paseos o salidas a comer que fortalecieran de igual forma los vínculos familiares y afectivos de ellos.

A esta sesión asistieron los padres y la niña se les pregunta a cada uno que de lo aprendido en las sesiones anteriores fue lo más puesto en práctica y el padre refiere: “para mí lo más importante de todo esto es darme cuenta como los pensamientos de uno lo llevan a hacer cosas exageradas” “entendí que no todo sale como uno lo espera y que las cosas tienen cosas buenas y cosas malas” “durante las vacaciones nos fue muy útil la jerarquía de alimentos y el cuadro de los alimentos pues así podíamos saber que alimento se incorporaba semana a semana y estar más pendientes de eso” “siento que ahora tenemos más espacios para compartir en familia y veo que A. ya no hace tantos comentarios de la comida”. La madre refirió siendo ella una persona más callada e introvertida: “yo ahora le digo a las mamás de mis estudiantes que los niños no son los culpables de lo que les pasa, que debe haber algo en la casa o que ven algo de los padres que hace que ellos sean así”, “aprendí que no debo hacer comentarios radicales frente a las niñas porque

ellas están imitando todo lo que yo hago y digo” “aprendí a no quedarme callada y decirle las cosas a E. cuando no estoy de acuerdo”.

Según la descripción realizada por la niña ella manifestó: “ahora mi papá no se pone como un toro cuando es la hora de la comida”, “ahora me gusta porque salimos a comer a restaurantes eso antes no lo hacíamos”, “me siento muy contenta porque ya me compran ropa de mi edad antes me compraban la ropa igual a la de mi hermana”, la usuaria hace un dibujo de agradecimiento en el que le expresa a la psicóloga quererla mucho por haberla ayudado a comer otros alimentos.

Se realizó seguimiento al peso y se evidencia un aumento de 5 kilos después del receso (24 kilos)

Sesión 12

En la doceava sesión se realizó prevención de recaídas la cual nos permitió delimitar los problemas presentes en la familia e irlos resolviendo, considerando que para las posibles recaídas existe más de una alternativa de solución.

Al respecto refieren los padres que la terapia hace uso de técnicas prácticas para ellos y que el éxito de la misma radica en la constancia, sobre todo por la actitud de rechazo e incomodidad que le generaba a la niña cuando se acercaba la hora de las comidas, bien sea porque la niña sentía forzada por sus padres y por todo lo que le hacían (altercados entre los progenitores, de la madre que la sobreprotegía y del padre por la dureza de su actitud para que la niña consumiera lo que el padre ordenaba).

Se realiza cierre del proceso terapéutico, psicoeducación con los padres con respecto a la posibilidad de futuras recaídas y la forma como ellos desde lo aprendido y verbalizado en las

consultas pueden afrontarlas, así mismo se realizó brevemente un resumen sobre cada una de las sesiones, los logros obtenidos y la identificación de aspectos que aún se mantienen y requieren de continuar trabajando con esfuerzo y dedicación, se les invita a volver a solicitar atención psicológica si los síntomas vuelven a aparecer, se les habla sobre la posibilidad de volverlo a hacer en la IPS ya que es un caso al cual se le da cierre por cumplimiento de objetivos pero en cualquier momento que lo amerite puede volver a ser abierto por el profesional que se encuentre encargado.

Los padres refieren agrado por los logros obtenidos y por lo tanto tranquilidad de saber que el día de hoy finaliza el proceso terapéutico, el padre refiere *“nunca he dejado de poner en práctica lo aprendido, ahora hasta lo hago con mis estudiantes quienes a veces se comían las cosas porque yo los obligaba y los castigaba, ahora los veo más relajados y cuando no quieren algo me dicen y negociamos”*. La madre refiere que quiere iniciar un tratamiento para ella sola en el que pueda lograr los resultados de M y además aprender a expresarle a su esposo lo que ella desea como mujer.

En esta sesión se hace cierre con un peso de 26 kilos.

7. Discusión

La práctica clínica desarrollada a través del programa de atención a usuarios desde el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco, de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, remite a la usuaria M. de **siete años de edad**, que acude por intermediación de su progenitora buscando atención psicoterapéutica motivada por una cuñada quien le informa sobre los servicios de la IPS de la Universidad, especialmente porque la apariencia física que tiene la niña hace aproximadamente 6 meses genera la impresión de estar “desnutrida”

Teniendo en cuenta las consideraciones de Caballo (2015) respecto de la formulación clínica, la pregunta fundamental de la atención solicitada estuvo relacionada con usuaria de siete años de edad diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos ya que existe preocupación en sus padres porque desde hace aproximadamente seis meses genera la impresión de estar “desnutrida”, por lo que se plantea como variables que determinan la conducta, la relación de los factores de riesgo con ciertas actitudes sociales y emocionales, además de la adecuación del autoconcepto sobre la base del diagnóstico y la atención psicológica, conflicto en el núcleo familiar por la dieta alimenticia (agresiones físicas y verbales como la única fuente de tratamiento para la dificultad manifestada en la niña), y falta de orientación y alternativas de soluciones.

Como lo plantea caballo (2015) el abordaje clínico se basa en la formulación de hipótesis sobre relaciones entre distintos tipos de eventos, que asociados al abordaje clínico refieren por origen, con inapetencia de M a partir de conductas aprendidas por la permisibilidad de la madre frente al consumo de determinados alimentos, y los conflictos con el padre frente a los

pensamientos arraigados y creencias erróneas que tiene frente a la alimentación; en mantenimiento, por conducta reforzada con sobreprotección de la madre y el consentimiento en la ingesta de los alimentos permitiéndole la selectividad hacia algunos de ellos (especialmente líquidos) y horas de comida (en la noche), los conflictos que de dicha permisibilidad ocasionan entre los progenitores (gritos, regaños, obligación de consumir lo servido); y diagnóstica, trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos con falta de interés aparente por comer o alimentarse, pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral e interferencia importante en el funcionamiento psicosocial, además de los riesgos de reincidencia por pensamientos arraigados de la madre y creencias erróneas frente a la alimentación por parte del padre, así como por las reacciones negativas entre progenitores por imposición de criterios alimenticios.

Estas tres variables encajan en los nuevos lineamientos de la Salud planteados por Jadat (El Espectador, 2012) y avalados por la Organización Mundial de la Salud (2013) respecto de la capacidad de las personas para adaptarse, o para autogestionar los desafíos físicos mentales o sociales que se les presenten en la vida, toda vez que están dirigidos a aplicar las técnicas de la Terapia Racional Emotiva, haciendo uso de los reforzadores positivos y negativos por medio de la utilización de la técnica de económica de fichas y autorregistros (ver apéndice 4) para motivar tanto a los padres como a la usuaria (M.) a cambiar o modificar pensamientos distorsionados respecto de la ingesta de alimentos que conducen al malestar emocional y frustración (Caballo, 2016).

El malestar emocional y frustración que refiere caballo (2016), aplica al pensamiento de Ellys referido por Regader (s.f) “las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan

acerca de los hechos, y se toma como estrategia de atención a partir de la Terapia Racional para la intervención clínica, con el fin de ayudar a resolver sus propios problemas vitales (inapetencia en la usuaria, permisibilidad y selectividad en el consumo de alimentos por parte de la madre, y pensamientos arraigados de la dieta alimentaria en el padre.

Este proceso psicoeducativo se orienta específicamente a enseñar a los padres a centrarse en el ciclo vital en el que se encuentra M, logrando así el reconocimiento de responsabilidades asignadas a ellos para el avance de cada una de las dificultades y motivos de consulta referidos (pensar y sentir), de tal manera que pensamientos arraigados, costumbres, emociones y prácticas asumidas para obligar a la usuaria al consumo de todo tipo de alimentos son susceptibles de modificaciones o mejoras, ya que como lo expresa Navas (1981), pensar y sentir están íntimamente conectados, diferenciándose en que el pensamiento es una manera de distinción más tranquila, y menos dirigida hacia la actividad que la emoción.

El pensar y el sentir fueron abordados a través de cada una de las sesiones (exploratoria y de tratamiento) a través del formato ABC -Situaciones, Pensamientos, Reacciones- (Ver Apéndice E) con el fin de identificar los pensamientos y creencias de los padres frente a la dificultad y a partir de ello diseñar las estrategias de abordaje entrenándolos en habilidades para dar respuesta a dichos pensamientos y reacciones que inciden en la conducta alimentaria de la niña.

La racionalidad de pensamiento o creencias racionales del padre, sentimientos de sobreprotección -permisibilidad-selectividad de la madre y actuación de M frente al trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos, son según Ellis (1977), los factores que interfieren o afectan las dos metas esenciales del ser humano (en este caso M.), permanecer vivo y maximizar su bienestar minimizando el dolor producto de emociones inadecuadas (tanto

propios como de sus padres) que interfieren su bienestar e incrementan su malestar (depresión, ansiedad, dolor), que en la usuaria refieren directamente a su condición de desarrollo (apariencia física que genera la impresión de estar “desnutrida”).

Como el análisis funcional del comportamiento humano (García, 2016) son el resultado de la interacción como secuelas del estímulo antecedente (función permisiva y sobreprotectora de la madre frente a actitud impositiva del padre) y estímulo consecuente (respuesta, conducta alimentaria de M.), la estrategia en las sesiones de tratamiento se enfocaron en el reconocimiento del problema desde los padres, para la generalización de soluciones alternativas, así como la toma de decisiones y puesta en práctica de nuevas conductas teniendo en cuenta la identificación de la conducta final o meta y haciendo aproximaciones a partir del uso de reforzadores positivos y negativos.

Estos datos se obtuvieron mediante los autorregistros, que permitieron realizar la jerarquía de los alimentos a introducir semana a semana, con el fin de suplir la aparente falta de interés por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer que se pone de manifiesto por el fracaso persistente por cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a pérdida de peso significativa (o fracaso por alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso), deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral, e interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

Es así como a partir de la planificación de las comidas, se logró introducir sistemáticamente en la dieta alimentos nuevos (sesión tras sesión) teniendo en cuenta los alimentos menos consumidos, poco consumidos y nunca consumidos, empezando con los

alimentos menos rechazados hasta los alimentos más rechazados, con ayuda de los padres (aproximaciones con pocas cantidades de alimentos logrando así reducir la ansiedad y el temor de la niña y los padres a rechazar el alimento), obteniendo como resultado mejoras significativas en su aspecto físico con ganancia de peso progresivo.

Respecto de la madre, las estrategias se enfocaron en la reestructuración cognitiva con el objetivo de concientizarle de las reacciones conductuales emitidas por ella ante la inapetencia de M. para así reforzarle positivamente mediante estímulos tanto para M. (por ejemplo, llevándola al parque temático siendo este el premio pedido por ella si se evidenciaban avances entre sesiones, compartir actividades lúdicas fuera de casa que antes no realizaban como salir a comer a un restaurante), y para la madre con el reconocimiento de avances y la felicitación por el compromiso asumido durante el proceso.

El resultado de los refuerzos (positivo-negativo) sugerido por Zanón (2014), son evidentes a lo largo de las sesiones de tratamiento y se manifiestan en primera instancia con el compromiso en la niña para asumir con responsabilidad el aumento de consumo de alimentos nuevos teniendo en cuenta la importancia de estos en su desarrollo, así como la tarea de continuar llenando el cuadro de los alimentos semana a semana.

En segunda instancia con la madre al verbalizar las reacciones emitidas ante la inapetencia de M. (identificando que sus reacciones frente al rechazo de algunos alimentos han generado el aprendizaje de la usuaria a reaccionar de la misma forma) y permitiéndole realizar actividades diferentes en el momento en el que M. (esto genero agrado en la madre pues puede hacer cosas que le permiten ahorrar tiempo)

Con el padre, por el reconocimiento de las reacciones exageradas ante la inapetencia de M. y la sobreprotección de la madre, asumiendo nuevas estrategias sin formalizarlas sobre reacciones a emitir a fin de minimizar las acciones conflictivas con la madre y la imposición de criterios de consumo con la menor.

Con los padres en conjunto, por el cumplimiento de cada una de las tareas asignadas y poniendo en práctica las recomendaciones dadas (asumir con motivación la técnica de economía de fichas, así como el plan de reacciones conductuales a partir para empezar a transferir la responsabilidad del proceso a la madre teniendo en cuenta la finalización de la intervención), lo cual generó sentimientos de satisfacción y agrado ante los resultados obtenidos ya que fue visible el aumento de peso en la niña.

En síntesis, y aplicando los postulados de la terapia racional emotiva, durante la intervención se logró que la usuaria presentara cambios significativos respecto de la situación inicial en la ingesta de alimentos, tanto en los de menos consumo (papa cocida, papa pure, yuca, hígado, avena), los poco consumidos (lácteos, jamón, salchichas, verduras, aguacate), los moderadamente consumidos (espaguetis, lentejas, frijol, maduro frito, arepa blanca) y los nunca consumidos (garbanzo, pera, guayaba, curuba, guanábana) que le representaron mejoramiento en la apariencia corporal por aumento de peso, lo que permite inferir que ha disminuido evento traumático respecto a los síntomas que venía presentando antes del inicio de la intervención.

En cuanto a situaciones en torno al comportamiento de los padres, se pasó de una única forma de solucionar el problema, pidiéndole con insistencia que coma hasta el punto en el que el padre se desespera y empieza a gritar, la madre prefiere quedarse callada y empezar a llorar, a

transferir la responsabilidad del proceso a la madre teniendo en cuenta la finalización de la intervención.

El padre, reconoció el por medio de los autorregistros sus pensamientos, sentimientos y reacciones ante la inapetencia de su hija, pasando a compartir experiencias agradables durante las comidas, puede ser situaciones vividas en los trabajos que no tengan que ver con la ingesta de alimentos.

A manera de cierre se hizo énfasis en la prevención de recaídas (retrocesos que pueden ocurrir después de la finalización del tratamiento), atribuyendo el éxito a los padres y a la usuaria., asumiendo la utilización de las herramientas y técnicas aprendidas en la terapia como estrategia para combatir las preocupaciones referidas a la finalización del proceso terapéutico.

Conclusiones

Según la terapia racional emotiva el ser humano está expuesto pensamientos irracionales, que interfieren o afectan sus dos metas esenciales, permanecer vivo y maximizar su bienestar minimizando el dolor producto de emociones inadecuadas que interfieren su bienestar, razón por la cual se debe hacer énfasis en los pensamientos disfuncionales y creencias erróneas para generar refuerzos (positivo-negativo) personas para adaptarse, o para autogestionar los desafíos físicos mentales o sociales que se les presenten en la vida (Ellis, 1977).

El plan de tratamiento se diseñó desde el modelo cognitivo-conductual con el fin de intervenir el caso de usuaria que presentaba trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos, teniendo en cuenta que la usuaria presentaba una falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, que explican el por qué, el factor de riesgo proviene de la forma como el entorno y el ambiente contribuyen a generar esa condición, dado que de una parte intervenía la madre con una actitud sobreprotectora, permisiva y selectiva de los alimentos a ingerir, y por la otra el padre que imponía sus creencias irracionales relacionados con la alimentación.

El plan de evaluación se realizó a partir de los autorregistros para el padre, la madre y los padres con seguimiento de siete días, al que se adiciona el ABC, los cuales evidenciaron que las reacciones de rechazo de alimentos de la usuaria provenían de conductas aprendidas de la madre que le llevaban a reaccionar de la misma forma, además

de los conflictos (gritos, regaños, llanto de la madre) que se generan entre los padres por creencias erróneas frente a la ingesta de alimentos.

El diagnóstico clínico llevó a plantear como hipótesis de origen que la inapetencia de M, obedece a una conducta aprendida a partir de la permisibilidad de la madre frente al consumo de determinados alimentos (vómito por reflejo), y los conflictos con el padre frente a los pensamientos arraigados y creencias erróneas que tiene frente a la alimentación, la hipótesis de mantenimiento se deriva de la conducta reforzada por la sobreprotección de la madre y el consentimiento en la ingesta de los alimentos permitiéndole ser selectiva a partir de las características organolépticas lo que hace que se mantenga la conducta de la niña, los conflictos (gritos, regaños, obligación de consumir lo servido) que se generan entre los padres de la menor por la actitud permisiva de la madre, y la hipótesis diagnóstica las consecuencias repulsivas de la acción de comer que se pone de manifiesto por el fracaso persistente por cumplir las necesidades nutritivas y-o energéticas asociadas a pérdida de peso, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de alimentación enteral, interferencia en el funcionamiento psicosocial, así como riesgo de reincidencia ante las reacciones agresivas de sus padres.

Los objetivos terapéuticos condujeron a establecer que los refuerzos generados por la intervención dieron resultado puesto que por una parte que M. asume con responsabilidad el aumento de consumo de alimentos nuevos teniendo en cuenta la importancia de los mismos en su desarrollo, así como la tarea de continuar llenando el cuadro de los alimentos semana a semana, y los padres reconocen sus creencias erróneas asumiendo nuevas estrategias sin formalizar sobre reacciones a emitir a fin de minimizar

las acciones conflictivas con la madre y la imposición de criterios de consumo del padre con la menor.

El plan de intervención terapéutica implicó la utilizaron de varias técnicas conductuales con la menor empleadas con éxito relacionadas con acercamientos periódicos, exhibición, plan de contingencias, intervención de estímulos, moldeamiento y modelamiento, teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo conductual permite actuar sobre las creencias irracionales causantes de la mayoría de las alteraciones, para así poder organizar sus pensamientos, sus emociones y así sentir estabilidad y adaptación social reduciendo de esta forma su malestar clínicamente significativo.

La efectividad de la intervención realizada dejan ver la eficacia de la terapia racional emotiva en casos de trastorno de Evitación – Restricción de la ingesta de Alimentos, pues, luego de las sesiones de exploración (4 sesiones) y las sesiones de tratamiento (nueve sesiones), ofrece como resultado que M. mejoró considerablemente la ingesta de alimentos tanto de menor consumo (papa cocida, papa pure, yuca, hígado, avena), los poco consumidos (lácteos, jamón, salchichas, verduras, aguacate), los moderadamente consumidos (espaguetis, lentejas, frijol, maduro frito, arepa blanca) y los nunca consumidos (garbanzo, pera, guayaba, curuba, guanábana) que le representaron mejoramiento en la apariencia corporal por aumento de peso, y la actitud de los progenitores, especialmente del padre al delegar en la madre la responsabilidad del proceso teniendo en cuenta la finalización de la intervención.

Recomendaciones

La autora recomienda:

Que M. pueda continuar junto con sus padres en seguimiento cada dos meses logrando así mantener la motivación de los padres y la voluntad para que asuman con responsabilidad la formación de su hija entendiendo que sus reacciones e interacción como pareja puede generar en la niña comportamientos favorables o desfavorables.

Que los padres continúen en atención psicológica como se inició durante la segunda práctica de la especialización, teniendo en cuenta que hasta la sesión 13 tanto el padre como la madre se encontraban haciendo consciencia de las implicaciones negativas que estaba teniendo la interacción de ellos como pareja en M.

Que los padres continúen aplicando estrategias aprendidas durante las sesiones desarrolladas y sigan haciendo uso del listado de soluciones alternativas ante situaciones de retroceso o episodios de inapetencia alimentaria en M.

Es importante continuar haciendo consciente a la madre por medio de intervenciones terapéuticas de las implicaciones negativas que tienen en M. la inapetencia de ella y la selectividad de los alimentos teniendo en cuenta sus características organolépticas.

Que M. cuente con la dirección de los padres para hacer uso de las técnicas aprendidas como fue la economía de ficha y jerarquía de alimentos utilizadas logrando así evitar posibles recaídas.

Que los padres continúen formando en M la iniciativa por practicar una actividad deportiva, inicialmente en familia y pasado tres meses en un centro de formación deportiva, lo anterior favoreciendo en ella sus habilidades sociales e interacción con niños de su edad e

igualmente haciendo de esta actividad deportiva una excusa que la motive a consumir la mayoría de los alimentos.

Que los padres continúen asistiendo a restaurantes y celebraciones familiares para que así M. siga evidenciando beneficios por mantener una adecuada alimentación dejando de ser selectiva situación que generaba en los padres tensión y aislamiento.

A los padres que planeen y ejecuten actividades placenteras como pareja que fortalezcan su relación y así puedan proyectar a su hija el bienestar que se genera en ellos poder dialogar y compartir espacios juntos.

Para finalizar recomiendo que este tipo de trastorno poco evidenciado en nuestra sociedad Bumanguesa se pueda seguir abordando desde las técnicas cognitivo-conductuales por su efectividad a través de la psicoeducación, la economía de fichas y la jerarquía de alimentos propuesta por Vicente Caballo con relación a los Trastornos Alimenticios, reestructuración cognitiva, programación de actividades placenteras y terapia racional emotiva conductual.

Referencias

- Abate, J. y Zunino, N. (2012). Todo sobre los Hábitos (y como cambiarlos). Diario la Tercera, sección: Tendencias.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición, texto revisado; DSM-IV-TR, Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-5R. Washington, APA.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. Psiquis, 6.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. Basic Books: New York.
- Calvo Sagardoy, R. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Formación continuada a distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
- Cano-Vindel, A. (2004). Costos de los trastornos de ansiedad. Recuperado de:
<http://www.ucm.es/info/seas/ta/costes/index.htm>.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. Ansiedad y Estrés, 7, 111-121.
- Caballo V.E. (2015). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos: Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación. Siglo veintiuno editores, S.A. Cerro del Agua, 248 04310 México, D.F

- Cervera-Enguix, S.; Quintanilla, B. (1992). Anorexia nerviosa: manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales. *Comunicación Psiquiátrica* (17): 143-161
- Consejería de Sanidad – D.G. de salud Pública. (2011). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2011). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 8(18). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>
- De Girolami D. (2003). Balances nutricionales. En De Girolami D. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. 1ª Edición. Argentina, El Ateneo
- Eidem, B.; Cetta, F.; Graham, L. (2001). Early detection of cardiac dysfunction: Use of the myocardial performance index in patients with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health* Vol 29 (4): 267-270
- Ellis, A. (1977). How to live with and without anger. Nueva York: Reader's Digest Press
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407 - 416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- FAO/Ministerio de Educación, INTA Universidad de Chile. (2003). Proyecto TCP/CHI/0065 «Educación en nutrición en las escuelas básicas». Informe final. Santiago de Chile
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. y Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, 13, 61–70. doi: 10.1080/10640260590893647.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M.,... Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147-57. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.011.

- García Romero, Alejandro. (2016). ¿Qué es el análisis funcional de la conducta? Recuperado de: <http://www.psicologiayconducta.com>: <http://www.psicologiayconducta.com/que-es-el-analisis-funcional>.
- Gempeler R.,J.; Rodríguez G., M.; Muñoz, F., Pérez M., V. (2008). Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?. Revista Colombiana de Psiquiatría, *Print versión*. ISSN 0034-7450, rev.colomb.psiquiatr. vol.37 no.3 Bogotá July/Sept. Recuperado de Internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000300006
- Godley, J.; Tchanturia, K.; Macleod, A.; Schmidt, U. (2001). Future directed thinking in eating disorders. British Journal of Clinical Psychology Vol 40 (3): 281-295
- Granda E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública; 30. Recuperado de internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21430209>
- Hernández Sampieri, Fernández & Batista. (2006). Metodología de la investigación. Cuarta edición ed.), Mc Graw Hill Editores, México D.F. 2006. Recuperado de: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
- Lambruschini, N.; Leis, R. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
- Lang, J. (2007). "Eating disorders afflicting men, too", Scripps Howard News Service. Recuperado de: <http://www.eatingdis.com/men.htm>
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 505-510.

Moreno, Silvia; Rodríguez-Ruiz, Sonia; Ortega Roldán, Blanca. (2009). Impulsividad en mujeres con bulimia. Revista de Psicología y Educación. eduPsykhé, 2009, Vol. 8, No. 1, 63-77.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/229117178_impulsividad_en_mujeres_con_bulimia_nerviosa

Murphy EA. En: Laín E. (1986). Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores

Navas R, José J. (1981). Terapia Racional Emotiva. Centro Caribeño de Estudios Postgraduados San Juan, Puerto Rico. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 13 – No. 1 75-83

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades.

Décima Versión (CIE-10)

Organización Mundial de la Salud (2002). Mental Health Policy and Service Guidance

Package:Workplace Mental Health Policies and Programmes.

Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en salud Mental. Catalogación por la

Biblioteca de la OMS, ISBN 92 4 356257 6

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de:

https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Osorio, V. R., Sánchez, E. G., Ordóñez, M. A., & Vidal, C. G. (2014). Salud y medios de

comunicación: un encuentro ineludible. Revista Digital de Comunicación, 3(1), 61-70

Patton, M. Q. (1980) Métodos cualitativos de investigación. Beverly Hills, CA: Sage

Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. A., y Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? Salud

Pública Méx., 52(2), 119-126.

Perpiñá, C. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Madrid: Editorial

Síntesis S.A

Psicología y Mente. (2015). Psicología Clínica: La Terapia Racional Emotiva Conductual

(TREC) de Albert Ellis. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>

Pubill, M. J. (1997). Cambios conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos en la anorexia nerviosa. Revista de Psicoterapia 8 (30-31): 5-18

Raich, R. M. (2011). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide

Ramírez, M.E. (2010). La anorexia y la toxicomanía, síntomas de la hipermodernidad. Revista

Affectio Societatis, Vol. 7, N° 12, junio de 2010 Departamento de Psicoanálisis,

Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. Recuperado de:

http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/2856/1/RamirezMario_anorexiatoxicomaniasintomashipermodernidad.pdf

Real Academia Española de la Lengua. (2014). Diccionario de la lengua española (23ª edición),

Madrid: Espasa. Recuperado de: https://dle.rae.es/bulimia?m=30_2

Redacción Vivir, (2012). El colombiano que redefinió el concepto de salud. El Espectador.

Bogotá, Colombia. Recuperado de:

<https://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/el-colombiano-redefinio-el-concepto-de-salud-articulo-354040>

Regader, B. (s.f) La Terapia Racional Emotiva (TREC) de Alber Ellis. Albert Ellis desarrolló las

bases de un modelo de psicoterapia todavía vigente. Psicología y Mente. Recuperado de:

<https://psicologiymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>

- Russell, J., Kopec-Schrader E., Rey, E. y Beumont, P. (1992). Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 236-239. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb03259.x.
- Saldaña C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez-Álvarez, C. Fernández-Rodríguez, I. Amigo-Vázquez y J. R. Fernández-Hermida (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, Vol. 1 (pp. 141-60). España: Ediciones Pirámide
- Sandoval, C. (2007). *El Proceso de Investigación I: Investigación Cualitativa*. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Educación. Maestría en Pedagogía. Primer Semestre Académico de 2007. Módulos de Investigación Social. ISBN: 958-9329-09-8
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Stake, Robert E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990) *Básicos de la Investigación Cualitativa: Procedimientos y técnicas de la Teoría Fundamentada*. Newbury Park, CA: Sage.
- Yoshihiro Suzuki, K. N. (2014). Changes in mRNA expression of arcuate nucleus appetite-regulating peptides during lactation in rats. *Journal of Molecular Endocrinology* , 52(2): 97–109.
- Zanón Orgaz, I.; Matías Lago, T.; Luque González, A.; Moreno-Agostino, D.; Aranda Rubio, E.; Morales Pillado, C.; García Tabuyo, M.; Márquez-González, M. (2014). *Guía para la elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano*. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Centro de Psicología Aplicada.

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona.

que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente. Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:


He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento. Firman, Fecha _____

Nombre Usuario:	C.C. No.
Firma Usuario:	
Nombre Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Firma Psicólogo (a) en formación	
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No.
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Apéndice B. Historia Clínica

		HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Nombres y apellidos		Edad		Género		Documento de identidad	
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de residencia			
Estrato		No. Teléfono residencia		No. Teléfono celular			
Nivel de escolaridad		Nombre de la Institución Educativa			Profesión / Ocupación		
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y apellidos				Parentesco		Edad	Estado civil
Dirección residencia				No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de consulta							

Folio No.

3.5 Percepción de la situación desde el / la menor

3.6 Redes de apoyo del / la menor

4. ASPECTOS FAMILIARES**4.1 Familiograma**

--

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. HISTORIAL DE DESARROLLO

5.1 PRENATAL

¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo? _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? : _____	¿Cuál era la condición médica general de la mamá durante el embarazo?: Ψ Saludable <input type="checkbox"/> Ψ Con algún tipo de complicaciones. <input type="checkbox"/>
--	---	--

Describe brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la madre durante el embarazo:

Describe las condiciones y reacciones de la familia de la madre y del padre del menor durante el embarazo:

Observaciones generales:

5.2 PERINATAL		
¿Cuántos meses tenía al momento del nacimiento del menor? _____	¿Qué tipo de parto tuvo? Ψ Natural. <input type="checkbox"/> Ψ Cesárea <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación hasta el nacimiento del bebé? _____
¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
5.3 POSNATAL		
¿El menor fue alimentado con leche materna? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Por cuánto tiempo? _____		
¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Por cuánto tiempo? _____		
Observaciones del destete en cualquiera de los casos:		
6. DESARROLLO PSICOMOTOR		
Qué edad tenía el menor cuando empezó a:		
Sostener la cabeza por su propia cuenta		Voltearse solo
Dar sus primeros pasos		Caminar
Sentarse sin ayuda		Sentarse sin ayuda
Vestirse sin ayuda		Vestirse sin ayuda
Control de Esfínter vesical o avisar para ir a orinar		Control de esfínter anal
Observaciones del desarrollo psicomotor:		
7. DESARROLLO DEL LENGUAJE		
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear?		
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir sus primeras palabras?		
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir frases completas?		

[illegible]

Folio No.	
-----------	--

Apéndice C. Entrevista semiestructurada

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Datos Sociodemográficos:

Nombre, edad, fecha de nacimiento, lugar, dirección, teléfono, nivel de escolaridad, situación laboral de los padres, (lugar donde trabajan), conformación familiar y tipo de relación con cada uno de los miembros de la familia.

- Describa detalladamente su motivo de consulta.
- Descríbame con exactitud qué ocurre, hace cuanto se está presentando esta situación, con qué frecuencia ocurre, de 1 a 10 cuanto califica el grado de afectación para la niña y ara ustedes, quienes están involucrados en este problema, que piensan ustedes de esta problemática, que piensan sus familiares cercanos de esta problemática.
- Podrían especificar qué ocurre antes, durante y después de la hora del desayuno, el almuerzo y la comida
- Padre: ¿usted que piensa, siente y hace cuando ocurre el problema?
- Madre: ¿usted que piensa, siente y hace cuando ocurre el problema?
- Padre: ¿usted que piensa, siente y hace cuando está ocurriendo la situación?
- Madre: ¿usted que piensa, siente y hace cuando está ocurriendo la situación?
- Padre: ¿Usted que ha hecho para que el problema mejore?
- Madre: ¿Usted que ha hecho para que el problema mejore?
- Padre: ¿Usted qué cree que hace para que el problema empeore?
- Madre: ¿Usted qué cree que hace para que el problema empeore?
- Padre: ¿Que intentos de solución ha utilizado para que el problema mejore?
- Madre: ¿Que intentos de solución ha utilizado para que el problema mejore?
- Padre: ¿Porque cree usted que el problema ha empeorado?
- Madre: ¿Porque cree usted que el problema ha empeorado?
- ¿Hasta qué punto les interesa solucionar el problema?
- ¿Quién les ha ayudado a solucionar el problema?
- ¿Qué espera del proceso terapéutico?

Apéndice D. Autoregistros

Autoregistro para el padre

AUTOREGISTRO PARA PADRES	
1. El siguiente formato es únicamente para que sea diligenciado por el padre.	
• Que significa para usted la palabra COMIDA?	Fuente de energía necesaria para el ser humano.
• Que significa para usted comer?	Recuperar energías para el buen funcionamiento de los sistemas del cuerpo humano.
• Cuantas veces al día cree usted se debe comer?	(5 Veces) 1 Desayuno, Media nueve, almuerzo, once y Comida (Cena).
• Cuando usted está comiendo de que le gusta hablar?	De lo necesario que es comer y de la clasificación de los alimentos.
• Qué opina de la alimentación de Michelle?	Que ha sido baja en un nivel nutricional y para para la edad (7 años).
• Qué opina de la alimentación suya?	Es muy saludable y variada (Como de todo) Debido al desgaste deportivo.
• Qué opina de la alimentación de Salome?	Aunque no come algunos alimentos siempre ha sido apetente.
• Qué opina de la alimentación de Adriana?	A mejorado notablemente a razón del tratamiento de pérdida de peso.
• Que hace cuando Michelle no come?	Le cuento historias de niños con desnutrición de niños que no tienen alimentos para consumir.
• Que piensa cuando Michelle no come?	Pienso en las enfermedades que esto le puede acarrear.
• Que le gustaría hacer cuando Michelle no come?	Tranquilizarme.

Autoregistro para la madre

ELLA HABLA DE MÍ

1. Realizaras Una descripción de ti misma como si fuera una tercera persona o un amigo quien hablara sobre ti describiendo tus ideas, sentimientos, valores, deseos, aciertos, cualidades y defectos.

Adriana es una mujer de 39 años, casada y con dos hijas. Ella es tolerante, responsable, sincera, sensible y cariñosa. Ella ama profundamente a sus padres, hermanos, sobrinos y sobre todo a sus hijas y esposo, ellos son la razón de su vida, la mayor parte de su tiempo la dedica a compartir con sus hijas y a tener todo dispuesto para que a ellas no les falte nada.

Algunas días se irrita cuando las niñas son desobedientes o pelean entre ellas por no compartir sus juguetes por por los programas de televisión. Cuando las niñas se enferman se preocupa mucho, esto lo refleja ya que difícilmente puede sonreír o estar de buen humor.

Adriana labora como docente en una institución educativa pública, a ella le encanta su trabajo, actualmente estudia una especialización con la que aspira mejorar su práctica docente, su sueño es ver crecer a sus hijas sanas, pasar con ellas el mayor tiempo posible y profesionalmente ascender para tener la posibilidad de ofrecerles a sus

hijas un buen futuro en cuanto a estudios profesionales.

Otro de sus sueños es conservar su hogar y fortalecerlo en valores, mantener la buena relación con su esposo y ser ejemplo para sus hijas.

Adriana tiene mucho miedo a que ella les falte a sus hijas o peor que las niñas le falten a ella, ora mucho para que Dios les regale muchísimos años de vida y permita que esto pase.

Ella es una mujer resentida ya que si alguna persona la lastima difícilmente lo perdona y olvida estas ofensas.

Autoregistros para padres (diario)

1

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DIA 1

FECHA: VERNES 5 DE ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESAYUNO

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE EL DESAYUNO:

Se le sirvió a las 8:15 AM demoró 10 minutos para pasar a la mesa, consumió los alimentos sola la mitad y la otra mitad le pidió a la mamá ayuda.

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?		X
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió el desayuno? 8:15 AM
- Cuánto tiempo se demoró desayunado? 30 minutos
- Quien estaba presente durante el desayuno? La mamá y la hermanita
- Que hablaron durante el desayuno? De los compañeritos del año anterior, de las edades de los primos
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante el desayuno? La mamá
- Si comió que le dijeron: Se le felicitó
- Si no comió que le dijeron?
- Que se le sirvió de desayuno? Caldo de carne, arepa blanca, chocolate
- Qué posición corporal tenía durante el desayuno? Sentado normal
- En qué lugar de la casa comió? En el comedor
- Cual alimento consumió primero? Caldo de carne
- Cual alimento consumió al final? El chocolate
- De que hablo Michell durante el desayuno? De sus compañeros
- Enumere tres alimentos que usted cree que mas le gustan a Michelle? Spaguetis, tostada, pechuga, maduro, frito
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? Caldo huevo, arroz y las verduras

2

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DÍA 1

FECHA: VIERNES 5 ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE EL ALMUERZO:

Se le sirvió 11:40 AM, almorzó sola, estaba mirando televisión, se comió primero todo el pollo, luego el arroz con verdura y al final el jugo.

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?	X	
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió el almuerzo? 11:40 AM.
- Cuánto tiempo se demoró almorzando? 35 minutos.
- Quien estaba presente durante el almuerzo? La mamá, la tía, hermana, prima.
- Que hablaron durante el almuerzo? De una película que en el momento se estaba proyectando.
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante el almuerzo? mamá, tía, hermana, prima.
- Si comió que le dijeron: La tía la felicitó.
- Si no comió que le dijeron?
- Que se le sirvió de almuerzo? Arroz con verdura, pollo, jugo de naranja.
- Qué posición corporal tenía durante el almuerzo? Un tiempo sentada y de pie.
- En qué lugar de la casa comió? En el comedor.
- Cual alimento consumió primero? El pollo.
- Cual alimento consumió al final? El jugo de naranja.
- De que habló Michell durante el almuerzo? De la película.
- Enumere tres alimentos que usted cree que más le gustan a Michelle? Spaguetis, pechugo, maduro, frito.
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? Verduras, papa amarilla, hígado.

4

Compromiso

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DÍA 2

FECHA: SABADO 6 DE ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESAYUNO

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE EL DESAYUNO:

Se le sirvió a las 8:10 (buñuelo, empanada y jugo de naranja) no se tomó el jugo y dejó parte del buñuelo.

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?		X
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió el desayuno? 8:10 AM
- Cuánto tiempo se demoró desayunado? 55 minutos.
- Quien estaba presente durante el desayuno? Papitos y hermana.
- Que hablaron durante el desayuno? De la película de Frozen.
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante el desayuno? Papitos y hermana.
- Si comió que le dijeron: Que muy bien
- Si no comió que le dijeron:
- Que se le sirvió de desayuno? Un buñuelo, 1/2 empanada, jugo naranja
- Qué posición corporal tenía durante el desayuno? Sentado con los pies recogidos.
- En qué lugar de la casa comió? En el comedor & sofá.
- Cual alimento consumió primero? El buñuelo.
- Cual alimento consumió al final? La empanada.
- De que hablo Michell durante el desayuno? De la película.
- Enumere tres alimentos que usted cree que mas le gustan a Michelle? buñuelo, empanada, tostadas.
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? Caldo de huevo, arepa, tamal.

5

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DÍA 2

FECHA: SABADO 6 ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE EL ALMUERZO:

Motivada por el almuerzo de la hermana pidió que le adelantara las papas, pero aprovechamos para servirle el completo de su almuerzo.

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?		X
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió el almuerzo? 12:45 pm. - 1:30 pm
- Cuánto tiempo se demoró almorzando? 45 minutos.
- Quien estaba presente durante el almuerzo? mamá y hermana.
- Que hablaron durante el almuerzo? De la película: (La Casa de los sustos).
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante el almuerzo? mamá y hermana.
- Si comió que le dijeron: Se le felicitó.
- Si no comió que le dijeron? _____
- Que se le sirvió de almuerzo? Pescado (Salmón), papas fritas, sopa - pastas
- Qué posición corporal tenía durante el almuerzo? Sentada.
- En qué lugar de la casa comió? En el comedor.
- Cual alimento consumió primero? El pescado.
- Cual alimento consumió al final? La Sopa de pastas.
- De que hablo Michell durante el almuerzo? De la película.
- Enumere tres alimentos que usted cree que más le gustan a Michelle? pescado, papas, limonada.
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? la sopa, las verduras, ensaladas.

6

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DÍA 2

FECHA: SABADO 6 ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE LA CENA:

Pidió para cenar ensalada de frutas, comenzó a las 6:45 pm y terminó a las 7:20 pm estuvo sola para cenar. Consideramos que no cenó lo suficiente

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?		
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió la cena? 6:45 pm - 7:20 pm.
- Cuánto tiempo se demoró cenando? 35 minutos.
- Quien estaba presente durante la cena? Estuvo sola en la mesa.
- Que hablaron durante la cena? No hubo diálogo.
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante la cena? Nadie.
- Si comió que le dijeron: _____
- Si no comió que le dijeron? Que su cena estaba incompleta.
- Que se le sirvió a la cena? Pidió frutas (banano - papaya - manzana, uvas)
- Qué posición corporal tenía durante la cena? manjo. Sentada.
- En qué lugar de la casa cenó? En el comedor.
- Cual alimento consumió primero? las uvas.
- Cual alimento consumió al final? El banano.
- De que habló Michell durante la cena? De nada.
- Enumere tres alimentos que usted cree que más le gustan a Michelle? uvas, mango, banano.
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? manzana verde, papaya, piña.

7.

AUTOREGISTROS PARA PADRES

MICHELLE SARMIENTO

DÍA 3

FECHA: DOMINGO 7 DE ABRIL DE 2019

- Por favor trate de ser lo más específica (o) en la descripción que realice a continuación.

DESAYUNO

DESCRIBA DETALLADAMENTE QUE PASO DURANTE EL DESAYUNO:

Se le sirvió 8:10 AM (Un buñuelo y jugo de naranja) y sin ningún tipo de presión comió sus alimentos.

- COLOQUE UNA X EN LA CASILLA QUE DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ

CONDUCTA	PRESENTE (SI)	AUSENTE (NO)
Se comió todo?	X ✓	
Se vomitó?		X
Presentó llanto?		X
Manifestó algún dolor?		X

- A qué hora se le sirvió el desayuno? 8:10 AM - 8:40 AM.
- Cuánto tiempo se demoró desayunado? 30 minutos.
- Quien estaba presente durante el desayuno? Papitos y hermana.
- Que hablaron durante el desayuno? Hicimos una video llamado a los nonitos que estaban en la finca.
- Quien estaba en la mesa con Michelle durante el desayuno? Papitos y hermana.
- Si comió que le dijeron: Se felicitó.
- Si no comió que le dijeron:
- Que se le sirvió de desayuno? Jugo de naranja y buñuelo.
- Qué posición corporal tenía durante el desayuno? Sentadita normal.
- En qué lugar de la casa comió? En el comedor.
- Cual alimento consumió primero? El buñuelo.
- Cual alimento consumió al final? El jugo de naranja.
- De que hablo Michell durante el desayuno? De su prima Valeria.
- Enumere tres alimentos que usted cree que mas le gustan a Michelle? buñuelo, jugo de naranja.
- Enumere tres alimentos que usted considere que menos le gustan a Michelle? Yogur, cereal.

Apéndice E. ABC para el padre y la madre

MICHELLE

ACTIVIDAD PARA EL PADRE

A SITUACIONES EN TORNO A LA ALIMENTACION (que sucedió)	B PENSAMIENTOS, EMOCIONES, SENSACIONES (en que pensó, que sentimientos le generó)	C CONSECUENCIAS (que reacción tuvo, como actuó)
• Supervisión del almuerzo escolar en la Institución Educativa donde laboro.	• En mis hijas, sobre todo en Michelle que se encuentra de la edad y grado escolar de mis estudiantes.	• Actuo como un papá, preocupado por la alimentación completa de los niños.

MICHELLE

ACTIVIDAD PARA LA MADRE

A SITUACIONES EN TORNO A LA ALIMENTACION (que sucedió)	B PENSAMIENTOS, EMOCIONES, SENSACIONES (en que pensó, que sentimientos le generó)	C CONSECUENCIAS (que reacción tuvo, como actuó)
• He salido con las niñas a compartir actividades relacionadas con alimentación donde Michelle me ha demostrado un cambio positivo dentro de su proceso nutricional.	• Con este cambio de conducta hacia la alimentación mis sensaciones, emociones y pensamientos están enmarcados en: - Felicidad. - Tranquilidad. - Alegría por prepararle sus alimentos.	• Me siento segura porque en Michelle está mejorando: su aspecto físico, se le ve más dinámico, cada vez quiere hacer más averdías, está experimentando nuevas comidas por iniciativa propia, está pidiendo alimentos entre comidas, en fin estamos felices todas.

Apéndice F. Dibujo audio cuento el día que se fueron los alimentos



Apéndice G. Alimentos para crecer

ALIMENTOS PARA CRECER

Escribe el nombre de los alimentos que proceden de los animales y nos ayudan a crecer.

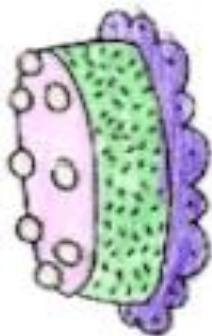
Rodea con xip los alimentos que se deben comer con moderación.



queso



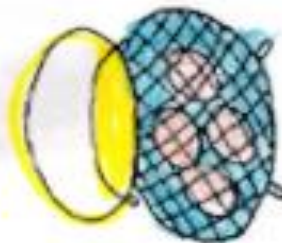
pollo



pastel



pescado



huevos



papas





leche



queso

(pollo o carne, pescado, leche, queso y huevos)

Apéndice H. Economía de fichas para la niña

Michelle Garmiento Ordoñez

Conducta	L	M	M	J	V	S	D	TOTAL
Se comió el desayuno								
Se comió la lonchera								
Se comió el almuerzo								
Se comió la lonchera								
Se comió la comida								

ACUERDOS


- Con 3 colores gana: besa
- Con 4 colores gana: miraculous

	Tiempo
Desayuno:	
Almuerzo:	
Comida:	

2

Apéndice I. Jerarquía de alimentos consumidos

JERARQUIA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS			
LOS MENOS CONSUMIDOS	ALIMENTOS	SEMANA EN EL QUE SE VA A INTRODUCIR	REALIZADO SI-NO
	Papa cocida	11 Mayo Hasta 17 Ma	✓
	Papa pure.		
	yuca.		
	higado 20	21 Mayo - 24 Mayo	X
	avena.	25 Mayo - 31 Mayo	✓
LOS POCO CONSUMIDOS	ALIMENTOS	SEMANA EN EL QUE SE VA A INTRODUCIR	REALIZADO SI-NO
	Lacteos.		
	Jamón.		
	Salchichas.		
	Verduras.		
	Aguacate.		
LOS MODERADAMENTE CONSUMIDOS	ALIMENTOS	SEMANA EN EL QUE SE VA A INTRODUCIR	REALIZADO SI-NO
	Spaguetis.		
	Lentejas.		
	frjol.		
	Maduro frito		
	Arepas blancas.		
LOS NUNCA CONSUMIDOS	ALIMENTOS	SEMANA EN EL QUE SE VA A INTRODUCIR	REALIZADO SI-NO
	Garbanzo.		
	Pera.		
	Guayaba.	3 Junio al 7 Junio	
	Curuba.		
	Guanabana		

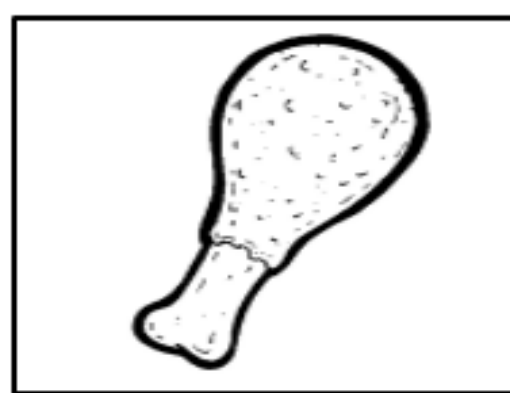
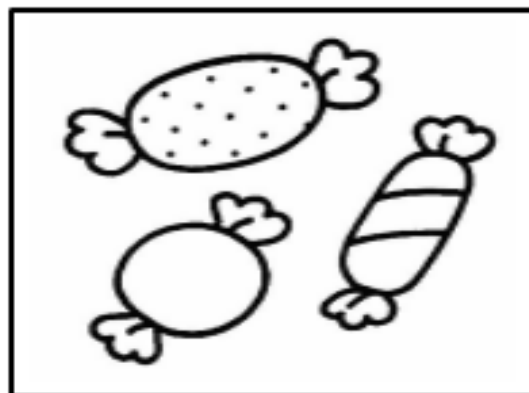
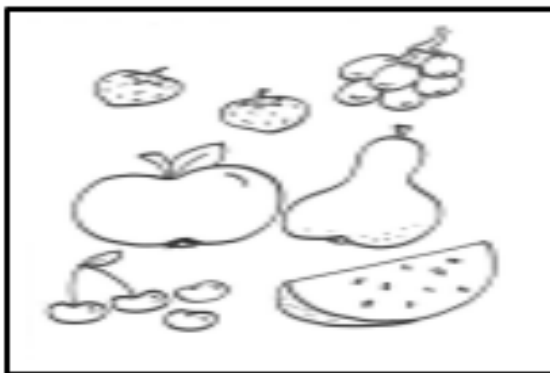


Firma de la persona que realiza el registro

FECHA: Mayo 2./2.019.

Apéndice J. Alimentos necesarios para todos los días

ALIMENTOS PARA TODOS LOS DIAS



Apéndice K. Cuánto comeré esta semana

CUANTO COMERE ESTA SEMANA

MICHELLE SARMIENTO

LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOMI
EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO	EN EL DESAYUNO
EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO	EN EL ALMUERZO
EN LA COMIDA	EN LA COMIDA	EN LA COMIDA	EN LA COMIDA	EN LA COMIDA	EN LA COMIDA	EN LA COMIDA

PREMIOS

CASTIGOS

Apéndice L. Desarrollo del Proceso Terapéutico por Sesión

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
M.S.O Edad: 7 años Ocupación: Estudiante	La madre acude a consulta porque está muy preocupada por el comportamiento de M. respecto a la comida. El principal motivo de consulta es que, según la madre, cuando llega la hora de las comidas la niña siempre quiere comer lo mismo, no come en un tiempo adecuado y el alimento que toma no es suficiente.	1	Conocer la problemática de la usuaria mediante la técnica de entrevista con los padres	Entrevista	La sesión inicio con una corta explicación de las condiciones del proceso terapéutico el cual vamos a iniciar, se le explico a los padres la organización en días y horas y las implicaciones que tiene dejar de asistir a dos sesiones, luego se hizo lectura del consentimiento informado a la madre, el cual firmaron y aceptaron dichas condiciones. Se trabajó con la metáfora de los dos escaladores	La madre manifestó por medio de la entrevista que M. es una niña que desde su nacimiento ha presentado problemas con la alimentación, el padre no permitía que la alimentaran cada vez que lo pedía a pesar de haber sido esta una recomendación del pediatra. La madre refiere que en el cometo en el que se inició con la alimentación complementaria ante el primer rechazo de M. con una papilla de ahuyama ella se la dejo de dar, no volvió a intentar suministrarle dicho alimento.	Los padres han utilizado una única forma de solucionar el problema, pidiéndole con insistencia que coma hasta el punto en el que el padre se desespera y empieza a gritar, la madre prefiere quedarse callada y empieza a llorar.

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
						<p>Los problemas evidenciados por la falta de ingesta alimentaria son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retraso en su talla y peso. -Retraso en su estado físico (fatiga constante) -Rechazo por el consumo de alimentos. -Evitación por el consumo de alimentos nuevos 	
		2	Continuar con la entrevista en esta sesión asistieron los dos padres, el objetivo fue identificar la percepción que tienen los padres de la situación presentada	Entrevista	<p>Se continuo con la exploración a la madre y se inició con el padre quien le manifestaba a su esposa no querer iniciar tratamiento psicológico porque el podía solucionar sin ayuda de otra persona lo que sucedía en su casa, luego de haber evidenciado un pequeño cambio en la madre y la niña durante la semana anterior se motivó a asistir a la consulta. Se inició con el diligenciamiento de la historia clínica, haciendo mayor énfasis en la percepción de la situación desde el adulto encardado o los adultos encargados. Se indago sobre aspectos importantes relacionados con la alimentación desde el nacimiento hasta la fecha.</p>	<p>Iniciando la o que consulta el padre reconoce el cambio de M. y de la madre durante la semana anterior, M demostró una mejor actitud en el momento de ingerir el desayuno y el almuerzo, se continúa presentando una actitud de notable rechazo durante la comida. La madre manifestó que haberle servido los alimentos y no haber verbalizado “te vas a comer todo o le voy a</p>	<p>Por razones laborales de los padres la única que puede asistir a las sesiones es la madre, sin embargo se le explico en sesión al padre que la terapia cognitiva conductual funciona bajo la formulación y desarrollo de tareas buscando asi trabajar con el desde casa por medio de esta técnica y realizar seguimiento una vez al mes ajustándose la psicóloga al horario del padre.</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
						<p>contar a su papa” favoreció que M. consumiera lo que le habían servido, refiere la madre “así como me lo recomendó usted doctora”.</p> <p>El padre manfiesta que a pesar de los intentos hechos nada a generado cambios y que su hermana menor el ver las discusiones y agresiones por parte de el durante las comidas los invito a participar de un proceso terapéutico siendo ella quien solicito la cita en la IPS.</p> <p>El padre demuestra interés, motivación e iniciativa para iniciar dicho tratamiento.</p>	
		3	Explicar el formato de autorregistro a la madre el cual deben desarrollar durante esta semana hasta la próxima sesión para realizar el análisis	<p>Autorregistros.</p> <p>Entrevista con M.</p>	<p>La sesión inicio con la explicación a la madre sobre una técnica utilizada por la TRE la cual consistía en diligenciar diariamente un formato para el desayuno, el almuerzo y la comida.</p> <p>En una segunda etapa de la sesión se trabajó en consulta</p>	<p><u>Primera etapa de sesión:</u> por la forma como se estructuro el autorregistro siendo organizado día a día la madre se mostró receptiva, atenta y motivada para</p>	<p>En esta sesión se lograron dos avances significativos, la aceptación de la madre para diligenciar los autorregistros identificando lo especifico que se</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			<p>topográfico de la problemática.</p> <p>Dialogar con la niña en consulta individual para identificar los pensamientos de ella sobre su padre y sobre su madre</p>		<p>individual con M. para empezar a identificar la visión que tiene ella de la problema y lo que piensa de su padre y su madre.</p>	<p>realizarlo durante la próxima semana.</p> <p>La madre refiero que durante la semana anterior M. demostró un avance significativo en la ingesta alimentaria “refiere voy a comer para que la Dra.me felicite”</p> <p><u>Segunda etapa de la sesión:</u> en entrevista con M. se puedo evidenciar como ella reconoce la falta unidad de criterio y reacciones entre sus padres, refiere “mi papa dice una cosa y mi otra, siempre prefiero comer con mi mama porque ella no me obliga como mi papa”</p> <p>Se le entrega a la madre un autorregistro para el padre realizar en casa sobre lo que piensa el de la</p>	<p>necesitaba que fueran durante las tres comidas por 7 días a la semana.</p> <p>Se logro también que M. verbalizara lo que sucede entre sus padres y como ellos no logran ponerse de acuerdo en las cosas.</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
						comida y los hábitos que tiene su esposa y su hija.	
		4	<p><i>Desarrollada con el Padre</i></p> <p>Explicar al padre luego de un análisis de la situación cuales serían los objetivos terapéuticos a desarrollar.</p> <p>Analizar el autorregistro que debía desarrollar en casa.</p> <p>Desarrollar el ABC en consulta.</p> <p>Psicoeducar para lograr una de las metas terapéuticas relacionadas con el aumento de peso, incorporando en la dieta 500 calorías diarias.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Autorregistro</p> <p>Psicoeducacion</p>	<p>Se inicia la consulta con el padre quien asiste luego de haberse citado para identificar la percepción de la problemática luego de llevar tres semanas en tratamiento.</p> <p>Se hace una clara exposición de cada uno de los objetivos terapéuticos, lo que se va a lograr, como se va a lograr y que se requiere para lograrlo. El padre se muestra motivado a continuar pues por su estilo de personalidad estricto y ordenado evidencia que semana a semana se pretende lograr algo utilizando actividades específicas para alcanzar lo propuesto.</p> <p>Se trabaja a partir del autorregistro realizado por el como tarea y se evidencia por medio de las preguntas que maneja un pensamiento obsesivo relacionado con los buenos hábitos alimenticios, lo cual lo lleva a hablar todo el tiempo de lo mismo y a referir "Dra. Es que cuando M. no come yo siento que no me puedo controlar, me gustaría</p>	<p>Se logró que el padre comprendiera el curso del tratamiento y el objetivo a desarrollar en cada una de las sesiones, logrando así apertura y motivación en el proceso llevándolo a colaborar con el trabajo propuesto semana a semana.</p> <p>Se logró hacer evidente las reacciones exageradas emitidas por el padre y la madre ante la inapetencia de M. y se dieron algunas estrategias sobre nuevas reacciones a emitir.</p> <p>El análisis de los autorregistros permitió</p>	<p>En esta sesión no se trabaja con M. ya que fue necesario realizar la intervención en horas de la tarde por la facilidad del padre y la niña se encontraba estudiando.</p> <p>Esta sesión permitió un adelanto significativo al poder realizarla de forma individual con el padre, reconociendo el por medio de los autorregistros sus pensamientos, sentimientos y reacciones ante la inapetencia de su hija.</p> <p>El padre escucha con atención cada una de las estrategias dadas:</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
					<p>tranquilizarme más y no pensar que ya viene la hora de la comida y me voy a estresar”</p> <p>Se empieza a desarrollar el ABC con el padre y se evidencia a partir de una situación presentada en el almuerzo anterior como desde antes de que se le sirviera a la niña el estaba haciendo comentarios como “ahora es que me vaya a amargar el almuerzo”. Se le pide al padre que continúe realizando el ABC en casa y que escoja tres situaciones de la semana importantes para desarrollar este autorregistro</p>	evidenciar la presencia que M. realizara un rechazo a los alimentos teniendo en cuenta sus características organolépticas.	<p>-evite hacer comentario relacionados con la alimentación antes de cada comida.</p> <p>-no hablen de comida durante los momentos de ingesta alimentaria.</p> <p>-no presione a M. si no come rápidamente.</p> <p>-No le permita ver televisión ni celular durante las horas de la comida.</p> <p>-compartan experiencias agradables durante las comidas, puede ser situaciones vividas en los trabajos que no tengan que ver con la ingesta de alimentos.</p>
		5	<p>Implementar la técnica de economía de fichas con M con ayuda de los padres.</p> <p>Realizar psicoeducación</p>	<p>Autorregistro</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Economía de Fichas</p>	<p><u>Con la Madre:</u> Se inició la sesión pidiéndole a la madre que realice un resumen de la semana, en el cual se pudo evidenciar referido por ella un notorio cambio en la actitud del padre “Eimar ha cambiado mucho ya no pelea como antes cuando se sirve la comida”</p>	<p>En la quinta sesión se logró evidenciar el aumento de medio kilo de peso de acuerdo a la propuesta realizada de</p>	<p>La madre manifestó evidenciar un avance en M. demorando menos tiempo durante la ingesta de alimentos, acercándose al</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			con la madre sobre la importancia de suministrar nuevos alimentos indiferentemente de las características organolépticas, evidenciando dicha clasificación en los autorregistros dejados de tarea durante cada una de las comidas los 7 días de la semana.		<p>Se realiza la clasificación de alimentos con la madre lo cual permite evidenciar que M. no consume una cantidad de alimentos teniendo en cuenta sus características organolépticas, la madre no había sido consciente de esto.</p> <p><u>Con la Niña:</u> se trabajó con M por medio del audiocuento el día que se fueron los alimentos para introducirla en la explicación de iniciar con un autorregistro el cual tiene unas metas y alcances a lograr con unos reforzadores positivos o negativos según el caso</p>	<p>aumentar 500 calorías.</p> <p>Se logró un compromiso en la niña para iniciar con el diligenciamiento del autorregistro y la técnica de economía de fichas. También se logró asumir con responsabilidad el aumento del consumo de alimentos nuevos teniendo en cuenta la importancia de los mismos en su desarrollo.</p> <p>Se logró identificar otra de las causas de la sintomatología presentada y es la evitación de los alimentos teniendo en cuenta las características organolépticas de los alimentos.</p>	<p>padre cuando el le dice “quiere probar de esto” y evidenciando ganancias por el aumento leve de peso pero con el cual sus padres han empezado a manifestarle felicidad.</p> <p>La madre está más tranquila frente a las reacciones de su esposo en los momentos de las comidas.</p> <p>La madre refiere que el dialogar de otros temas en la mesa les ha ayudado a compartir sobre aspectos del trabajo de cada uno lo cual antes no sucedía.</p>
		6	Reestructurar cognitivamente los pensamientos, sentimientos y	Reestructuración cognitiva	Se realizó reestructuración cognitiva con el padre con el objetivo de hacerlo consciente de las reacciones conductuales	Se logró que el padre reconociera de manera consciente sus reacciones frente a	La niña logro expresar lo contenta que se siente de poder compartir y jugar

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			<p>reacciones del padre generadas en cada una de las horas de la comida.</p> <p>Buscar soluciones alternas como estrategia para hacer reconocimiento del problema desde el padre, generalización de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica.</p>	<p>Búsqueda de soluciones alternativas.</p> <p>Economía de Fichas.</p>	<p>emitidas por el ante la inapetencia de M.</p> <p>Se trabajó a partir de estrategias de solución de problemas alternas las cuales serían puestas en práctica a partir de esta sesión.</p> <p>Se trabajó a partir de los avances evidenciados y se motivó para que continuara reconociendo los pensamientos, sentimientos y conductas que le generaba la inapetencia de M.</p> <p>Se elaboró una lista en la que el padre proponía cuales serían sus próximas reacciones conductuales ante dificultades presentadas en las horas de la comida.</p> <p>Se asignó como tarea realizar un análisis y evaluación del cuadro de las comidas junto con M para así reforzar positivamente a la niña llevándola al parque temático siendo este el premio pedido por ella si se evidenciaban avances en esta semana.</p> <p>Evaluación del peso obtenido en esta semana.</p>	<p>la inapetencia de M y se realizó una lista de posibles reacciones ante la conducta de M.</p> <p>Se evidenciaron sentimientos de satisfacción y agrado por los resultados obtenidos hasta la fecha ya que fue visible el aumento de peso en la niña.</p> <p>Se logró el aumento de un kilo durante esta semana.</p> <p>Se fijó un nuevo reforzador con la niña para el mantenimiento de la conducta.</p> <p>Se logró que M. aumentará su actividad física durante los descansos en el colegio.</p>	<p>con sus compañeros en el descanso.</p> <p>Manifestó deseos de continuar realizando el cuadro de los alimentos y poder obtener los premios pactados en consulta con sus padres.</p> <p>La niña desea salir este fin de semana con el padre a montar en el monopatín.</p> <p>El padre demuestra sentimientos de alegría de saber que su hija juega en los descansos y quiere salir al parque a montar monopatín.</p>
		7	Reestructurar cognitivamente los pensamientos,	Reestructuración cognitiva	Se realizó reestructuración cognitiva con la madre con el	Se logró que la madre identificara que sus reacciones	Hasta el momento se ha evidenciado un adecuado

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			<p>sentimientos y reacciones de la madre generadas en cada una de las horas de la comida.</p> <p>Buscar soluciones alternas como estrategia para hacer reconocimiento del problema desde la madre, generalización de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica.</p>	<p>Búsqueda de soluciones alternativas.</p> <p>Economía de Fichas.</p>	<p>objetivo de hacerla consciente de las reacciones conductuales emitidas por ella ante la inapetencia de M.</p> <p>Se trabajó a partir de estrategias de solución de problemas alternas las cuales serían puestas en práctica a partir de esta sesión.</p> <p>Se trabajó a partir de los avances evidenciados y se motivó para que continuara reconociendo los pensamientos, sentimientos y conductas que le generaba la inapetencia de M.</p> <p>Se elaboró una lista en la que la madre proponía cuales serían sus próximas reacciones conductuales ante dificultades presentadas en las horas de la comida.</p> <p>Se asignó como tarea realizar un análisis y evaluación del cuadro de las comidas junto con M para así reforzar positivamente a la niña llevándola al parque temático siendo este el premio pedido por ella si se evidenciaban avances en esta semana.</p> <p>Con la niña se trabajó la importancia de las frutas por medio de una receta vista por internet sobre la elaboración de una ensalada la cual ella debía</p>	<p>frente al rechazo de algunos alimentos han generado el aprendizaje de M. a reaccionar de la misma forma.</p> <p>Se logró por medio de la revisión de la tarea identificar un alimento nuevo que le genero gusto a M. el cual fue la pera.</p> <p>Se logró aumentar un kilo de peso.</p> <p>Se logró que la madre realizara durante la semana otra actividad diferente en el momento en el que M. comía, esto genero agrado en la madre pues puede hacer cosas que le permitieron ahorrar tiempo.</p> <p>Se logró que la niña manifestara agrado por haber salido a montar monopatin con su padre, la madre</p>	<p>proceso terapéutico, los padres se muestran satisfechos por los resultados observados hasta la fecha y la madre refiere que este fin de semana tienen planeado salir de compras porque la ropa ya le está quedando pequeña.</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
					preparar e invitar a los padres a consumirla. Evaluación del peso obtenido en esta semana.	manifiesta que esto le genero alegría y satisfacción al padre.	
		8	Establecer sucesivamente nuevas conductas teniendo en cuenta la identificación de la conducta final o meta, haciendo aproximaciones a partir del uso de reforzadores positivos y negativos. Introducir sistemáticamente dos nuevos alimentos en la dieta semana a semana.	Aproximaciones sucesivas Jerarquía de alimentos nuevos. Economía de Fichas.	Se realizó análisis de pensamientos presentes en la madre relacionados con la dificultad presentada en ella frente a la clasificación de algunos alimentos. Se realizó psicoeducación teniendo en cuenta que las dificultades de la madre pueden llevar a repetir el comportamiento en M. cuando se encuentre en la adolescencia y desencadenar un trastorno de la alimentación (anorexia o bulimia). Se trabajó con la niña sobre el nuevo alimento a introducir la próxima semana. Se realizó reconocimiento de avances con la madre y la niña, se les felicito por el compromiso durante el proceso. Se evaluó la tarea realizada de la ensalada de frutas.	Se logró que la madre hiciera consciente y verbalizara las reacciones emitidas ante la inapetencia de M. Se diseñó el plan de reacciones conductuales a partir de esta semana y así se logró desde esta sesión empezar a transferir la responsabilidad del proceso a la madre teniendo en cuenta que en dos sesiones se detiene el tratamiento por la finalización de la práctica. Se logró introducir un alimento sin embargo la niña refirió que no le gusto la avena y se	Se logro que los padres realizaran la jerarquía de alimentos como fue propuesta en la sesión anterior. Se evidencia aun en esta sesión el compromiso y responsabilidad por parte de los padres en la realización de cada una de las actividades asignadas para casa y la aplicación de la lista de conductas y reacciones realizada en sesión ante posibles momentos de inapetencia de M.

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
						<p>persuadió para que un día de las vacaciones vuelva a consumirla.</p> <p>Se logró iniciar con el cumplimiento de la jerarquía de alimentos para probar, los padres refieren que las metas semanales han servido para que la niña no se sienta presionada frente a la ingesta de nuevos alimentos.</p> <p>Se logró el aumento de un kilo de peso.</p>	
		9	<p>Analizar la jerarquía de alimentos nuevos realizando los ajustes necesarios para evitar el abandono en M. y el seguimiento del cuadro de los alimentos.</p> <p>Delimitar los problemas presentes en la familia e irlos</p>	<p>Jerarquía de alimentos nuevos.</p> <p>Prevención de recaídas.</p> <p>Economía de Fichas.</p>	<p>Se inició la consulta con el análisis del cuadro de jerarquía de alimentos en el que se evidencio el cumplimiento de los alimentos necesarios para esta semana, sin embargo M. refiere “probé la avena pero no me gusto” por lo anterior se suspende dicho alimento pero se le persuade para que lo vuelva a consumir en el periodo de vacaciones.</p> <p>Se identificaron los avances significativos luego de haber</p>	<p>Se logró evidenciar la autonomía de los padres en el seguimiento y desarrollo de la tabla de los alimentos durante dos semanas entre sesión y sesión.</p> <p>Se logró que la madre verbalizara posibles reacciones frente a</p>	<p>Se empieza a realizar prevención de recaídas teniendo en cuenta que la próxima sesión por razones administrativas y cierre del semestre se culminara la primera práctica, sin embargo se invita a los padres a regresar luego</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			resolviendo, considerando que para las posibles recaídas existe más de una alternativa de solución.		<p>dejado 2 semanas entre consultas.</p> <p>Se identificaron las expectativas de la madre con relación a lo que espera luego de cerrar el proceso por el periodo de vacaciones. se indago sobre como espera reaccionar antes posibles recaídas, si cree que el progreso se mantendrá semana a semana.</p> <p>Se permitió un espacio de imaginaria queriendo exponerla a una situación repetida de retroceso permitiéndole reaccionar ante dicha fluctuación.</p> <p>Se trabajó con la niña sobre con la introducción del nuevo alimento para la siguiente semana.</p> <p>Se realizó la evaluación y control del peso.</p>	<p>un retroceso de M. durante el próximo periodo de vacaciones.</p> <p>Luego de la revisión de la tarea se logró evidenciar que M. probó el hígado le gusto pero refirió que lo volverá a comer en vacaciones.</p> <p>Se logró aumentar un kilo.</p> <p>Se evidencia agrado en la madre por el proceso manifestando “con este cambio de M. le pude demostrar al papa que los psicólogos si sirven”.</p>	de las vacaciones e inicio de la segunda practica.
		10	<p>Evaluación de la jerarquía de alimentos para la semana en curso con la madre y con la niña.</p> <p>Analizar y evaluar el proceso</p>	<p>Jerarquía de alimentos nuevos.</p> <p>Preparación de retrocesos después de la finalización terapéutica.</p>	<p>Al iniciar la consulta se indaga con la madre sobre los avances o retrocesos evidenciados durante la semana, ella refiere que se cumplió con la meta del alimento para esta semana y se empezó a dialogar con la niña sobre la finalización del proceso terapéutico. Se</p>	<p>Por medio de la revisión de la tarea se logró evidenciar que esta semana la niña probó el jugo de guayaba, le gusto y repitió su</p>	<p>Se realiza finalización del proceso terapéutico hasta la fecha y se invita a los padres que regresen a consulta para evaluar futuros</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
			terapéutico llevado durante las anteriores 9 sesiones.	Economía de Fichas.	<p>continua haciendo uso del cuadro de los alimentos (económica de fichas)</p> <p>Durante todas las sesiones reconociendo el avance de ellos, durante esta sesión se trabajó nuevamente el análisis de todo el proceso desde la primera sesión hasta está haciéndoles notar que los avances fueron producto de la dedicación, orden y elaboración de tareas semana a semana, de la buena actitud y reconocimiento de pensamientos y creencias relacionadas con la alimentación.</p> <p>Se trabajó con la madre y la niña para dejar como tarea la introducción de todos los alimentos faltantes explicándoles según la jerarquía planteada como lo debían hacer.</p> <p>Se realizó cierre temporal del caso y se invita a la familia a continuar después del periodo de vacaciones.</p>	<p>ingesta dos días a la semana.</p> <p>Se logró hacer un resumen del tratamiento realizado evidenciando en la madre nuevamente agrado y bienestar familiar por el cambio de la niña.</p> <p>Se logró que M. obtuviera el reforzador establecido en la consulta el cual estaba relacionado con una salida al parque temático y la compra de unos marcadores.</p> <p>Se logró que M. mantenga una actitud centrada en el logro a pesar de la despedida del proceso terapéutico.</p>	avances o retrocesos.
		11	Atribuir el progreso a los padres y a M.	Prevención de recaídas.	<p><u>Con la madre y la niña</u></p> <p>Durante esta sesión de regreso de vacaciones se centró la profesional en indagar con la madre sobre los avances</p>	<p>Por medio de la revisión de la tarea se logró evidenciar que esta semana la niña probó el jugo de guayaba, le</p>	Se hace cierre del proceso hasta la fecha con la madre y la niña y se le pide a la señora informar al padre que la

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
					<p>evidenciados y-o los retrocesos.</p> <p>La sesión consistió en hacerle ver a la madre como los progresos evidenciados después de dos meses de receso terapéutico fueron posibles por ellos mismos y no por el proceso o por la psicóloga.</p> <p>Se le hizo ver a la madre y a M como ellas mediante sus esfuerzos produjeron cambios en sus pensamientos, su estado de ánimo y-o su comportamiento.</p> <p>Se enseñó a utilizar herramientas y técnicas aprendidas en la terapia, se enfatizó en que estas son ayudas para toda la vida y podrán utilizarlas en numerosas situaciones actuales y del futuro. Se establecieron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dividir grandes problemas en comportamientos manejables. -Generar respuestas alternativas para los problemas. -Identificar, controlar y combatir los pensamientos automáticos y las creencias. -Utilizar el registro de pensamientos disfuncionales. -Controlar y programar formatos de registro haciendo uso de la técnica economía de 	<p>gusto y repitió su ingesta dos días a la semana.</p> <p>Se logró hacer un resumen del tratamiento realizado evidenciando en la madre nuevamente agrado y bienestar familiar por el cambio de la niña.</p> <p>Se logró establecer un listado de posibles soluciones en caso de volver a presentar comportamientos presentados antes del inicio del tratamiento.</p>	<p>próxima sesión se realizara con él.</p>

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
					<p>fichas si la situación se vuelve a presentar.</p> <p>-Leer el registro de soluciones alternas realizado en consulta.</p> <p>-Identificar ventajas y desventajas de pensamientos específicos, creencias, comportamientos u opciones para tomar una decisión.</p> <p><u>Con la niña</u></p> <p>Se reforzaron las técnicas utilizadas con la niña se le hizo ver los beneficios de la ingesta alimentaria relacionada con la relación con sus compañeros y con su padre.</p>		
		12	Atribuir el progreso a los padres y a M.	Prevención de recaídas.	<p><u>Con el padre</u></p> <p>Durante esta sesión de regreso de vacaciones se centró la profesional en indagar con el padre sobre los avances evidenciados y-o los retrocesos.</p> <p>La sesión consistió en hacerle ver al padre como los progresos evidenciados después de dos meses de receso terapéutico los cuales fueron posibles por ellos mismos y no por el proceso o por la psicóloga.</p> <p>Se le hizo ver al padre como el mediante sus esfuerzos produjo cambios en sus pensamientos,</p>	<p>Se logró hacer un resumen del tratamiento realizado evidenciando en el padre satisfacción por los logros obtenidos en él y en su familia.</p> <p>El padre logro verbalizar como su pensamiento lo llevaba a creer que él podía darle solución al problema de tantos años en su hija.</p>	El padre estuvo de acuerdo con la terapeuta de continuar las técnicas aprendidas y las soluciones planteadas en esta sesión como resumen a posibles recaídas en M.

Consultante	Motivo de Consulta	Numero de sesión	Objetivo Terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas durante la sesión	Resultados	Observaciones
					<p>su estado de ánimo y-o su comportamiento.</p> <p>Se enseñó a utilizar herramientas y técnicas aprendidas en la terapia, se enfatizó en que estas son ayudas para toda la vida y podrán utilizarlas en numerosas situaciones actuales y del futuro. Se establecieron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dividir grandes problemas en comportamientos manejables. -Generar respuestas alternativas para los problemas. -Identificar, controlar y combatir los pensamientos automáticos y las creencias. -Utilizar el registro de pensamientos disfuncionales. -Controlar y programar formatos de registro haciendo uso de la técnica economía de fichas si la situación se vuelve a presentar. -Leer el registro de soluciones alternas realizado en consulta. -Identificar ventajas y desventajas de pensamientos específicos, creencias, comportamientos u opciones para tomar una decisión. 	Se logró que el padre verbalizara querer iniciar un nuevo tratamiento centrado en su relación de pareja.	

Apéndice M. Resumen del tratamiento implementado según etapa y numero de sesión

ETAPA	NUMERO DE SESION	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
Primera etapa: Evaluación y diagnostico	1-3	Recepción del caso. Consentimiento informado Entrevista con la consultante y padres. Elaboración de la historia clínica. Aplicación de instrumentos de medición. (autorregistro para padres)
	4-6	Análisis funcional Devolución de resultados Análisis de los hallazgos encontrados en los instrumentos de medición. Objetivos terapéuticos
Segunda etapa: intervención	7-9	Terapia cognitiva de Beck: reestructuración cognitiva <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de dialogo socrático. • Modificación de pensamientos automáticos. • Entrenamiento en soluciones alternativas. • Jerarquía de alimentos • Autorregistros: tareas para el hogar
	10	Sesión de refuerzo
Tercera etapa: Finalización y cierre	11-12	Atribuir el progreso a los padres y a la usuaria. Enseñar y utilizar herramientas y técnicas aprendidas en la terapia Combatir las preocupaciones referidas a la finalización del proceso terapéutico Prepararse para los retrocesos que pueden ocurrir después de la finalización del tratamiento. Prevención de recaídas Generación de compromisos Cierre del caso