



GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo de fin de grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Programa "Ampliando la mirada": Terapia Centrada en Soluciones en bulimia.

Autor: Ana Clara Morcillo Rodríguez

Tutora: Mari Carmen Neipp

Elche a 20 de Junio de 2016

ÍNDICE:

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Objetivo general.....	7
4. Metodología.....	8
4.1. Muestra.....	8
4.2. Instrumentos y variables.....	8
4.3. Procedimiento.....	8
4.4. Diseño de la intervención.....	10
➤ Objetivos	
➤ Duración	
➤ Materiales	
➤ Desarrollo de los contenidos	
5. Conclusiones.....	23
6. Referencias bibliográficas.....	24

1. Resumen:

En la actualidad, se ha podido comprobar la eficacia de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) con varias poblaciones. Por ello, el objetivo principal de este programa es la reducción de la sintomatología bulímica diseñando una intervención desde la TCS en las variables autoestima, imagen corporal, calidad de vida y estrés dirigido a adolescentes y jóvenes adultas de entre 15-25 años.

El programa será impartido por un terapeuta en la Unidad de Trastornos Alimentarios del hospital de Albacete. Se llevará a cabo mediante sesiones informativas y prácticas, así como realización de tareas específicas y dinámicas grupales que facilitarán la mejoría de las participantes en los factores trabajados con respecto a su estado anterior.

Palabras clave: bulimia, Terapia Centrada en Soluciones, autoestima, calidad de vida, imagen corporal.



2. Introducción:

Los trastornos del comportamiento alimentarios (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes, y la ingestión de alimentos, generalmente acompañadas de intensa preocupación por el peso o por la forma del cuerpo (Da Costa, Mora, Raich y Santana, 2012). Según el DSM-IV, los trastornos de conducta alimentaria pueden clasificarse en: anorexia nerviosa (restrictiva, compulsiva y purgativa), bulimia nerviosa (purgativa y no purgativa) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Siguiendo las ideas aportadas por un programa de trastornos de alimentarios en adolescentes y jóvenes chilenos (2006), se pretende destacar cómo los trastornos de alimentación, son un tema de gran interés, ya que es complicado comprender una patología que parece producirse desde la propia voluntad y que, aparentemente sin control, se consolida en modificaciones tanto a nivel mental como orgánico.

La bulimia nerviosa, utilizando como base el DSM-IV, presenta unas características principales que consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, abuso de fármacos laxantes, diuréticos, etc.) para evitar la ganancia de peso (utilizados en promedio dos veces a la semana durante un periodo de tres meses). Además, la autoevaluación de las personas con esta enfermedad se encuentra muy influida por la silueta y el peso corporal. En general, los individuos con este trastorno se sienten a menudo muy avergonzados de su conducta e intentan esconder los síntomas. En la bulimia de tipo purgativo, se incluye la autoprovocación del vómito junto con un uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio. Sin embargo, en la bulimia de tipo no purgativo se utilizan inapropiadamente otros tipos de conducta compensatoria, como el ayuno o el ejercicio físico intenso, pero no aparece provocación del vómito ni uso de laxantes o diuréticos.

A lo largo del tiempo, se han identificado gran variedad de factores de riesgo en los diagnósticos de TCA, los cuales han ido tomando protagonismo a medida que ha incrementado su prevalencia en la sociedad (Carretero, Raich, Rusiñol, Sánchez y Sánchez, 2009). Además, la bulimia nerviosa es un trastorno grave y complejo, en cuya etiología multifactorial se ven implicados tanto factores biológicos, como psicológicos y sociales (Castro, Gómez y Larroy, 2010). Tras un análisis utilizando como referencia diversos estudios (Bilbao, Jimeno, Odriozola y Sáez, 2011; Etxeberría, González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco, 2002) encontrados sobre variables psicológicas influyentes y relevantes en la bulimia nerviosa, se han seleccionado las siguientes variables a tratar para el presente estudio:

La imagen corporal, la cual, según Gardner (1996) se define incluyendo dos componentes: uno perceptivo, que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia de las dimensiones corporales y otro actitudinal o afectivo, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Para la evaluación de la imagen corporal en trastornos alimentarios, se suele distinguir entre el componente perceptual, o distorsión perceptiva; que se refiere al grado de exactitud o de no exactitud, con la que el paciente estima sus dimensiones corporales. Y el componente afectivo, o actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo, es decir, cómo se siente la persona con su propia imagen corporal. Atendiendo a los resultados de un estudio (Botella, Marco y Perpiñá, 2014) que relaciona el tratamiento de la imagen corporal con los trastornos alimentarios, se destaca que la insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la imagen corporal se encuentran asociadas a la sintomatología bulímica, por lo que se pone de manifiesto que la imagen corporal es un factor mantenedor y de pronóstico de los TCA en general. Además, se señala que es necesario un tratamiento específico que aborde todas las dimensiones de las alteraciones de la imagen corporal (actitudinal, perceptiva y emocional) para conseguir una mejora en la evolución de la bulimia nerviosa.

La siguiente variable seleccionada es la autoestima, entendida según la RAE como la valoración generalmente positiva de uno mismo. Existen varios estudios que han encontrado que la baja autoestima está asociada al desarrollo de TCA (Beato, Belmonte, Martínez y Rodríguez, 2004; Asuero, Avargués, Borda y Martín, 2012). En concreto, se puede destacar una investigación llevada a cabo en 2011 por la Universidad del País Vasco con el objetivo de analizar si determinadas variables emocionales pueden estar favoreciendo el desarrollo de los TCA. En este estudio, la baja autoestima mostró una buena capacidad para discriminar el riesgo de purga/atracón y el riesgo de anorexia, y según los resultados obtenidos, resultó ser una de las variables que alertarían sobre un mayor riesgo de desarrollar un TCA. El hecho de que las personas con bulimia tengan problemas para enfrentarse a sus propias emociones y expresarlas, así como que el estado emocional de estas personas influya directamente en la ingesta de comida, está relacionado con la variable autoestima, ya que, aunque no es una variable estrictamente emocional, tiene un componente emocional claro, por lo que las personas con baja autoestima tienen muchas experiencias emocionales negativas (Chatoor, 1999). En consonancia con esta investigación, se resalta otro estudio que corrobora la relación expuesta: el de Gual y cols. (2002) sobre la relación entre autoestima y las alteraciones en el comportamiento alimentario, en el que se observó una prevalencia de conductas

alimentarias de riesgo del 20.8% para aquellas participantes que presentaban una autoestima baja. Como se puede observar, la autoestima baja ha sido considerada como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Asuero, Avargués, Borda y Martín, 2012). Por último con respecto a esta variable, cabe resaltar la aportación realizada por el estudio de Cervera y cols. (2003), según el cual se concluyó que la autoestima alta actúa como factor protector para desarrollar alteraciones en el comportamiento alimentario.

La tercera variable seleccionada ha sido la calidad de vida. Se ha considerado esta variable muy importante teniendo en cuenta que los TCA tienen un gran impacto sobre la calidad de vida en la población que los sufre. En general, la investigación sobre calidad de vida en TCA se ha realizado con cuestionarios centrados en la evaluación de los síntomas. Sin embargo, utilizando como referencia una investigación realizada por la universidad de Oviedo en el año 2002, en el cual se pretendió obtener información directa de pacientes con TCA y de sus familiares y clínicos sobre cómo su enfermedad afecta a diferentes aspectos de su vida, se ha podido observar cómo a través de técnicas cualitativas, se logró presentar hasta qué punto las pacientes referían que poco a poco se iban anulando todas las áreas de su vida. En la investigación se destaca que se ven afectados los estudios, trabajo y actividades diarias, relaciones familiares, relaciones sociales, estado de ánimo y personalidad, etc. es decir, no sólo la salud física y alimentación, sino que también existe una importante repercusión en los aspectos emocionales y de relación.

La cuarta y última variable seleccionada ha sido el estrés. El estrés es definido como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste, como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986). Al realizar una búsqueda detallada sobre la relación entre eventos estresantes y trastornos alimentarios, se ha encontrado una investigación realizada en el año 2009 por la sociedad de neurología de Chile, según la cual se destaca que entre los factores desencadenantes y mantenedores de los trastornos alimentarios se encuentran el estrés y la adversidad social. Este estudio, tuvo como objetivo comparar cuantitativa y cualitativamente la exposición a situaciones vitales estresantes en grupos de sujetos con y sin TCA. Los resultados mostraron que el estrés incrementa la probabilidad de TCA y que éste se relaciona con varias variables estudiadas en estos trastornos. Además, los resultados también sugirieron que las mujeres con patología alimentaria experimentaron mayores niveles de estrés acumulado, y un mayor número de eventos estresantes durante los 12 meses que precedieron al inicio del trastorno.

Así mismo, Welch y cols. (1997) concluyeron que ciertos eventos precipitan una bulimia nerviosa, tales como la disrupción familiar, de relaciones sociales o amenaza a la seguridad física. Ciertamente, todos estos factores que provocan la bulimia son situaciones estresantes para la vida de la persona, lo que relacionaría de nuevo el estrés como factor influyente en el desarrollo de bulimia. Por todo ello, la detección precoz del estrés debe considerarse tanto en la evaluación de poblaciones de riesgo para desarrollar TCA como en pacientes, ya que su presencia influye en la evolución y pronóstico del trastorno alimentario (Behar y Valdés, 2009).

En la actualidad, los trastornos de alimentación y en particular, la bulimia nerviosa, constituyen uno de los problemas de salud más preocupantes y de más rápido crecimiento en la población joven (Puentes, 2005). Según el DSM-IV, la bulimia se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, ya que durante la adolescencia la persona sufre una gran variedad de cambios biológicos y es la etapa del desarrollo en la que interactúan un gran número de factores de riesgo para el desarrollo de TCA. Se considera por este motivo, muy importante la prevención en población de riesgo e intervención en pacientes que se encuentren en esta franja de edad. Además, ser mujer y vivir en una cultura occidental son dos de los factores de riesgo, por lo que este programa se centrará en el género femenino. Nos encontramos ante una prevalencia de la bulimia nerviosa en las adolescentes y jóvenes adultas de entre el 1-3%. Como factor añadido, los datos indican que más del 60% de las personas con bulimia nerviosa no recibe el tratamiento adecuado (Wilson, 2005). No obstante, sí que se han realizado intervenciones en TCA mostrando eficacia en sus resultados (Castro, Gómez y Larroy, 2010). De la misma manera, según un estudio realizado por Alemán, (2014), la bulimia nerviosa también puede abordarse con éxito empleando otros tipos de técnicas como pueden ser, en este caso concreto, una combinación de técnicas cognitivo-conductuales y del modelo sistémico centrado en soluciones, lo que supone ciertas ventajas para la intervención como son la brevedad añadida a la intervención así como utilizar un modelo centrado en soluciones más que en los problemas.

Finalmente, la modalidad de intervención seleccionada para este programa es la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Esta metodología, fue desarrollada a principios de los años ochenta en Milwaukee, Estados Unidos, por Steve de Shazer, su mujer Insoo Kim y un grupo de colaboradores. Se trata de un nuevo método terapéutico que se centra en ayudar a los clientes a construir soluciones más que a resolver problemas (Eisengart y Gingerich, 2000). En poco tiempo, la terapia centrada

en soluciones ha ido creciendo y utilizándose cada vez más en Estados Unidos y en otros países. Se ha convertido en una herramienta que se emplea en contextos como la protección de menores, orientación escolar, trabajo con grupos, etc. (Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006). En el campo clínico se ha utilizado con poblaciones muy diversas como el alcoholismo, toxicomanías, trastornos de la alimentación, depresión, víctimas del abuso sexual, etc. (Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006). Toda esta expansión es útil para avalar su eficacia. Además, se pueden encontrar varios artículos que han revisado la eficacia de las diversas investigaciones que han implementado hasta ahora la terapia centrada en soluciones (Eisengart y Gingerich, 2000; Beyebach, Estrada y Herrero de Vega, 2006). En ellos, se puede observar que existe un número considerable de estudios sobre TCS de calidad, que utilizan instrumentos estandarizados aplicados a muestras homogéneas y bien descritas. Las investigaciones también confirman la eficiencia de la TCS. Por una parte, porque el promedio de sesiones es relativamente bajo (menos de 6), y por otra parte, porque en comparación con otros tratamientos es efectivamente más breve, y consigue producir antes sus efectos (Lambert y cols., 1998; Knekt y Linfors, 2004). Por último, cabe destacar otro estudio realizado por Neipp y cols. (2015) sobre los efectos de los diferentes tipos de preguntas en variables clínicamente significativas, que mostró que las preguntas centradas en soluciones son más efectivas que las centradas en problemas, puesto que en la mayoría de variables estudiadas (afecto, autoeficacia, aproximación a la meta y pasos de acción) los resultados mostraron un efecto significativo y positivo.

Tomando como referencia la información expuesta anteriormente, se propone el siguiente programa de intervención utilizando como modalidad de tratamiento la TCS, y dirigido a mujeres adolescentes y jóvenes adultas con bulimia nerviosa, con el objetivo de intervenir en las variables autoestima, calidad de vida, estrés e imagen corporal reduciendo así la sintomatología característica de la bulimia nerviosa utilizando técnicas que cuentan con una eficacia relativamente breve.

3. Objetivo general:

Diseñar un programa de intervención sobre las variables autoestima, calidad de vida, estrés e imagen corporal para reducir la sintomatología bulímica en mujeres adolescentes y jóvenes adultas de entre 15 y 25 años.

4. Metodología:

4.1 Muestra:

Se trata de un estudio descriptivo en el que la muestra será seleccionada atendiendo a los siguientes criterios establecidos:

- Criterios de inclusión: ser mujer, tener entre 15 y 25 años y no presentar una evolución en el trastorno de más de 2 años.
- Criterio de exclusión: padecer algún trastorno psicológico de personalidad.

Las participantes hacia las que va destinado este programa, serán 15 adolescentes y jóvenes adultas, que acepten participar en el programa, y además, presenten el consentimiento informado.

4.2 Instrumentos y variables:

Los instrumentos que se han seleccionado para evaluar cada una de las variables incluidas en este programa y que se utilizarán para realizar el test- retest serán los siguientes:

- *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE; Freeman y Henderson, 1987) (Adaptación de Bersabé, Jiménez y Ribas, 2004)*. Este cuestionario evalúa las características cognitivas y conductuales del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. Está compuesto por 33 ítems divididos en 2 subescalas, que evalúan los síntomas bulímicos así como su gravedad. Los ítems de la subescala “síntomas” están formulados en formato dicotómico (si/no), mientras que los de la subescala “gravedad” están presentados en escala tipo Likert (con 5 o 7 opciones en función del ítem). Presenta una fiabilidad test- retest para bulimia nerviosa de .68. La subescala de síntomas tiene una consistencia interna de .96 y la de gravedad, una consistencia interna de .62.
- *Cuestionario de la figura corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ; Cooper, Cooper, Fairburn y Taylor, 1987) (Adaptación de Ávila, Clos, Mora, Raich, Soler y Zapater, 1996)*. Este cuestionario se utilizará para evaluar la variable imagen corporal, pues mide las alteraciones actitudinales de la imagen corporal mediante dos factores: insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Este autoinforme explora el grado de ansiedad que las pacientes experimentan respecto a su cuerpo. Además, discrimina pacientes con bulimia nerviosa. Está compuesto por 34 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y presenta una consistencia interna de .93. Los factores que evalúa son:

- insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso.
- *Cuestionario genérico de calidad de vida (Short Form-36, SF-36; Ware et al. 1993) (Adaptación de Vilagut y cols. 2005)*. Este cuestionario autoadministrable es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a personas con problemas de salud como a la población general. Esta escala resulta útil para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), comparar la carga de las diversas enfermedades y detectar los beneficios en la salud producidos por diferentes tratamientos. El SF-36 está compuesto por 36 ítems (preguntas) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Estos 36 ítems cubren 8 dimensiones que representan los conceptos de salud más frecuentes cuando se mide calidad de vida relacionada con la salud. Las dimensiones son: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Cuenta con buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad de .70.
 - *Escala de autoestima (AUTOE, Rosenberg, 1965) (Adaptación de Jiménez, Vázquez y Vázquez, 2004)*. Se trata de una escala autoaplicable que permite evaluar la autoestima en forma global, entendida como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. Este cuestionario consta de 10 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta (desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”). La suma de los valores proporciona una puntuación general, comprendida en un rango de 0 a 40 puntos, que clasifica a los sujetos en tres grupos: autoestima baja (en el caso de que la puntuación general sea menor o igual a 25, indicando esto la existencia de problemas significativos en esta área), autoestima media (cuando la puntuación global es un valor comprendido entre 26 y 29, indicando esto que no existen problemas significativos, pero que sería conveniente una mejora en esta área) y autoestima alta (cuando la puntuación total es un valor comprendido entre 30 y 40. Una puntuación que indique autoestima alta es la considerada como ajustada y adecuada). En la versión española, la consistencia interna de la escala se encuentra entre .76. y .87.
 - *Escala de autoevaluación del estrés (the social readjustment rating scale) (SRRS, Holmes y Rahe, 1967)*. Este cuestionario está compuesto por 43 ítems que evalúan los acontecimientos vitales más estresantes en la vida de las personas durante el último año. Para estos autores el estrés significa una adaptación al cambio, positiva o negativamente. Los sujetos que puntúen esta

escala con una puntuación global de más de 200, tienen una mayor incidencia de padecer enfermedades. La suma de las puntuaciones obtenidas en total clasifica a los sujetos con un mayor o menor riesgo de padecer una enfermedad psicósomática (una puntuación global menor o igual a 149 indica un riesgo bajo; una puntuación global que se encuentre entre 150 y 200 indica un riesgo leve; la puntuación global comprendida entre 200 y 299 informa de un riesgo moderado; y una puntuación mayor o igual a 300 como puntuación total, indica un mayor riesgo).

4.3 Procedimiento:

En primer lugar, para realizar la selección de la muestra y poder llevar a cabo la aplicación del programa, se contactará con la psicóloga de la Unidad de Trastornos Alimentarios del hospital Perpetuo Socorro de Albacete. Una vez se le haya informado del programa así como de la finalidad del mismo y se muestre de acuerdo, se informará también a las interesadas sobre el planteamiento del mismo, los objetivos previstos y contenidos del programa para realizar la selección de las 15 participantes que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión y se encuentren dentro del rango de edad establecido. La selección se realizará por la psicóloga de la unidad, priorizando dentro de aquellas posibles participantes que cumplan los criterios, a aquellas que muestren mayor interés en participar. Esta intervención, será paralela a las consultas psicológicas que ya estén manteniendo las participantes con la psicóloga de la Unidad de Trastornos alimentarios. Por último, la frecuencia con que se llevarán a cabo sesiones propuestas en la intervención será cada 15 días.

4.4 Diseño de la intervención:

A continuación, se presenta una tabla-resumen de las sesiones del programa, las cuales se describen y detallan posteriormente a ésta. La evaluación del programa se realizará en la primera sesión, en la última y tres meses después para analizar si los cambios que se producirán en las participantes se mantienen en el tiempo.

Nº sesión	Objetivo	Materiales	Contenidos
1. Conociéndonos	<ul style="list-style-type: none"> *Conocer el contenido del programa *Generar motivación y esperanza 	<ul style="list-style-type: none"> *Cuestionarios de evaluación *Ordenador (power point) y proyector *Bolígrafos y papel 	<ul style="list-style-type: none"> * Presentación del programa *Pre-test *Presentación de las participantes y definición de demanda *Pregunta milagro *Tarea
2. Escribiendo nuevos capítulos	<ul style="list-style-type: none"> *Aprender el concepto de autoestima *Mejorar su autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> *Cartulinas *Bolígrafos *Libro del futuro 	<ul style="list-style-type: none"> *Comentarios sobre tarea anterior *Debate sobre el concepto de autoestima *Dinámica grupal y puesta en común *Técnica del "libro del futuro" *Tarea
3. Avanzando en el camino	<ul style="list-style-type: none"> *Conocer el concepto de imagen corporal *Reconocer mejorías en su imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> *Piezas de plástico/goma espuma con números 	<ul style="list-style-type: none"> *Comentarios sobre tarea anterior *Debate: clarificación del concepto de imagen corporal → Ideas claves *Trabajo con escalas de avance *Elogios
4. No vemos las cosas como son, sino como somos	<ul style="list-style-type: none"> *Conocer el concepto de estrés y su influencia en la salud *Reconocer su competencia ante mejorías *Reencuadrar la situación 	<ul style="list-style-type: none"> *Folios, bolígrafos, ordenador, proyector 	<ul style="list-style-type: none"> *Video → opiniones sobre eventos estresantes y cómo pueden somatizarse *Cambios pretratamiento → trabajo con excepciones *Tarea
5. El todo es más que la suma de las partes	<ul style="list-style-type: none"> *Redefinir la secuencia atracción/vómito para alterar su significado *Modificar alguna de las conductas implicadas en la secuencia 	<ul style="list-style-type: none"> *Proyector, ordenador y power point 	<ul style="list-style-type: none"> *Diálogo con las participantes y comentario sobre tarea anterior *Efecto mariposa *Redefinición *Tareas *Cierre
6. Subiendo escalones	<ul style="list-style-type: none"> *Reconocer avances con respecto a sesiones anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> *Piezas de plástico/goma espuma con números 	<ul style="list-style-type: none"> *Comentarios sobre las tareas anteriores y breves comentarios *Trabajo con escalas de avance *Devolución información comparativa *Elogios
7. Haciendo cosas diferentes	<ul style="list-style-type: none"> *Reconocer la importancia de hábitos alimentarios saludables *Reconocer la importancia de recuperar hábitos de vida anteriores *Realizar un plan de acción para posibles recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> *Cartulinas, folios, bolígrafos, tarjetas 	<ul style="list-style-type: none"> *Diálogo sobre hábitos alimentarios y recuperación de actividades y contactos sociales *Actividad grupal → ¿Qué me ha aportado? y puesta en común *Tarjeta de preguntas *Elaboración del "plan de emergencia" *Post-test *Despedida

SESIÓN nº 1: “Conociéndonos”

- **Objetivos:**
 - ✓ Las participantes podrán conocer el contenido del programa.
 - ✓ Las participantes serán capaces de generar un clima de motivación y esperanza.
- **Duración:** 90 minutos.
- **Materiales:** proyector, power point, ordenador, bolígrafos, folios y cuestionarios de pre-evaluación.
- **Desarrollo de los contenidos:**

Para comenzar con esta primera sesión, en primer lugar se presentará a las participantes la terapeuta encargada de impartir el programa y se les explicarán brevemente las sesiones de las que consta el programa, así como los temas a tratar en cada una de ellas, e indicándoles también la duración aproximada.

A continuación, se dedicarán alrededor de 30 minutos para realizar la medición pre-test, repartiendo a las participantes los cuestionarios seleccionados para el programa para que los cumplimenten, con el fin de poder realizar una valoración posterior de la eficacia del mismo.

Para seguir con la sesión, se propondrá a cada una de las participantes que se presenten al resto de compañeras y a la responsable programa y hablen brevemente sobre sí mismas, respondiendo a la pregunta grupal que hará la terapeuta de: “¿Cuál es el motivo por el que estás aquí?”. De esta forma, se pretende concretar la demanda y objetivos de cada una de las participantes, y además, es importante para que puedan conocerse, creando grupo y vínculo entre ellas, estableciéndose así un clima de confianza que sea agradable a lo largo del programa.

Tras esto, se realizaría la técnica de proyección al futuro de la “pregunta milagro” con el fin de que las participantes se imaginen en un contexto preferido, aspecto especialmente relevante para propiciar el paso de la contemplación a la preparación y acción. Se les planteará de la siguiente manera: “Imaginaos que esta noche, después de iros a dormir, sucede una especie de milagro y los problemas que os han traído aquí se resuelven de repente. Mañana por la mañana, ¿Cuál sería la primera señal diferente que notaríais?, ¿Qué haríais diferente vosotras?, ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta?, ¿Cómo lo notaría?”. Cada una de las participantes tendrá que revisar un día completo y responder individualmente a estas preguntas durante

diez minutos. Después se comentará con el resto del grupo las diferentes respuestas o alternativas diferentes que cada una de ellas haría y ha dado a su milagro.

Para terminar la sesión, se les propondrá una pequeña tarea para que hagan hasta la próxima sesión, se llama “cara o cruz”. Se les dirá a las participantes que cada mañana cuando se levanten, lancen una moneda al aire. Si sale cara, harán alguna alternativa de las que hayan propuesto en la sesión, y prestarán atención al efecto que tiene. Si sale cruz, pueden hacer lo que quieran.

SESIÓN nº 2: “Escribiendo nuevos capítulos”

- **Objetivos:**
 - ✓ Las participantes serán capaces de aprender el concepto de autoestima.
 - ✓ Las participantes serán capaces de mejorar su autoestima.
- **Duración:** 90 minutos.
- **Materiales:** cartulinas, bolígrafos y “libro del futuro”
- **Desarrollo de los contenidos:**

Se comenzará la sesión dedicando 10 minutos a comentar con las participantes la tarea que se les sugirió en la anterior sesión, preguntándoles qué tal han ido estos 15 días y si les ha sido útil la tarea que han realizado.

Tras esto, se continuará la sesión preguntando a las participantes: “¿Qué entendéis vosotras por el concepto de autoestima?, ¿Qué significa tener una autoestima alta?”. Dedicaremos unos 15 minutos para que aporten opiniones sobre este tema y entre todas podamos elaborar una definición clara de tener una buena autoestima. La finalidad es que las participantes lleguen a la conclusión y puedan retener la idea de que las personas con alta autoestima se quieren tal y como son, se respetan y valoran a sí mismas porque son personas importantes y valiosas. De ahí la importancia de construir una autoestima alta.

A continuación se realizará una dinámica grupal con el objetivo de redefinir las ideas que las participantes tengan sobre ellas mismas por otras más beneficiosas y positivas. Se harán grupos de 3 y 4 personas. Cada participante, en una cartulina que se le entregará, deberá responder a las siguientes preguntas sobre sí misma y sobre las compañeras de su respectivo grupo, para lo que dispondrán de 10 minutos: “¿Cómo me siento conmigo misma?/ ¿Qué pienso de mí?” y “¿Qué cosas te gustan de cada una de tus compañeras de grupo?/ ¿Qué aspectos destacas de ellas?”. Después de contestar las preguntas individualmente, cada grupo irá saliendo al centro de la sala

e irán comentando una por una sus respuestas. Con esta dinámica, se pretende que las participantes puedan reflexionar sobre aspectos positivos de su persona en los que ellas quizás no habían puesto su mirada, pero que sí poseen muchas cualidades que el resto de personas sí ven y valoran. Tras comentar sus opiniones cada grupo, se introducirá un turno de preguntas orientadas a soluciones para indagar sobre posibles cambios en sus perspectivas: “¿Qué piensas tras escuchar las cualidades que tus compañeras ven en ti?”, “¿Qué has sentido diferente pensando en todo ello?”, “¿Qué más cualidades tuyas puedes contarnos?”, “¿Ha cambiado algo de lo que pensabas antes?”, y “¿Sería posible que continuaras pensando en todas estas ideas a partir de ahora?”. De esta forma, se establecen diferencias en las ideas que las participantes suelen tener de sí mismas y ampliamos el foco de atención a nuevas posibilidades. Para terminar la dinámica se introducirá la metáfora de ver la botella “medio llena” en lugar de “medio vacía”.

Para seguir con la sesión, se utilizará la técnica del “libro del futuro”. Se utilizará un libro (que tiene las páginas en blanco con este título). Se les dirá a las chicas que se lo vayan pasando de una a otra y lo lean, pero sin decirle a las demás lo que hay escrito sobre el futuro. Cuando lo hayan “leído” todas, se les preguntará: “¿qué opináis de lo que dice este libro sobre el futuro?”. El fin de esta actividad es finalizar la sesión con las participantes haciendo la reflexión de que como el libro del futuro está en blanco, ellas pueden ir escribiendo en él lo que quieran, construyendo cosas nuevas y plasmando lo que a ellas les apetezca.

Por último, se les propondrá una tarea para que traigan a la próxima sesión. Tienen pensar qué cosas están ocurriendo hasta ahora que ellas quieren que sigan sucediendo o manteniéndose y escribirlas en un papel para traerlas a la siguiente sesión.

SESIÓN nº3 : “Avanzando en el camino”

- **Objetivos:**
 - ✓ Las participantes serán capaces de conocer el concepto de imagen corporal.
 - ✓ Las participantes serán capaces de reconocer mejorías en su imagen corporal con respecto a momentos pasados.
- **Duración:** 90 minutos.

- **Materiales:** piezas de plástico con números que se utilizarán a modo de escalones.
- **Desarrollo de los contenidos:**

Para comenzar con esta sesión, se dedicarán 10 minutos a comentar cómo se han sucedido estos 15 días en los que no se ha visto a las participantes, y qué les ha parecido la tarea que se les propuso en la anterior sesión. Se les preguntará si ha tenido algún efecto sobre ellas o quieren comentar algo con respecto a la misma.

A continuación, se realizará un breve debate con las participantes que durará alrededor de 15 minutos, para clarificar el concepto de imagen corporal. Se pretende que las participantes retengan dos ideas clave:

1. La imagen corporal constituye una parte muy importante de la autoestima y ambas están directamente relacionadas.
2. La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, y tiene un alto componente subjetivo, es decir, vamos haciendo una idea de nuestra imagen corporal a través de experiencias, y a menudo ponemos el acento en aspectos que no coinciden con la realidad.

A continuación, durante el resto de sesión se va a desarrollar el trabajo con escalas, concretamente, con escalas de avance. Se construirá una especie de escalera con piezas de plástico/goma espuma con distintos números (del 1 al 10) ordenados en la que se irán situando cada una en función de cómo ellas se sientan. El procedimiento y cuestiones a realizar serán las siguientes, empezando a decirles:

“En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado los problemas que te han traído aquí y 10 sería que están del todo solucionados, ¿dónde te encuentras ahora mismo?”

Cuando las participantes se sitúen en un primer momento en un número determinado se les preguntará: “¿Qué entra en ese nº X?”. Si se sitúan en un número mayor de 1, se añadirá la pregunta: “¿Qué está mejor que cuando estabas en el 1?”. Después de esto se tratará de atribuir control sobre el punto en el que se encuentran, preguntándoles: “¿Cómo has conseguido estar aquí?”, “¿Qué más ha ayudado?”.

A continuación, tratamos de ampliar el punto en el que está la participante, para lo que se planteará: “Así que estás en un 5 (por ejemplo), ahora cierra los ojos y da un paso adelante, ¿Qué pasaría si estuvieras aquí?, ¿Qué más pequeños cambios verías?, ¿Quién lo notaría?, ¿Qué crees que te diría?, ¿Quién más se alegraría al ver que has

mejorado ese poquito?”. En este punto, también se sacará partido a las perspectivas varias de las participantes, preguntándole sobre las opiniones que cree que tienen las compañeras que estén en la sala: “¿Qué puntuación crees que va a dar tu compañera ahora cuando le pregunte?”, “¿Qué mejorías crees que está viendo ella?”. Y para el final, se dejará de nuevo la atribución de control de encontrarse en ese punto más, preguntándole: “¿Qué podrías hacer para que consiguieras subir a ese punto?, ¿Qué haría falta para que lo hicieras?, ¿Cómo podría ayudarte?, ¿Qué más podrías poner de tu parte?”.

La sesión transcurrirá realizando esta actividad con todas las participantes, a la vez que van colaborando entre todas en algunas preguntas en las que se las incluya.

Para finalizar esta tercera sesión, se les devolverá información a las participantes mediante elogios, remarcando sus aspectos positivos, avances importantes que se hayan observado en el transcurso de la sesión, destacando aquellas cosas que están haciendo bien y su conducta durante las sesiones.

SESIÓN nº 4: “No vemos las cosas como son, sino como somos”

- **Objetivos:**
 - ✓ Las participantes serán capaces conocer el concepto de estrés y su influencia en la salud.
 - ✓ Las participantes serán capaces de reconocer su competencia ante las mejorías que ellas ya estaban realizando.
 - ✓ Las participantes serán capaces de reencuadrar su situación.
- **Duración:** 90 minutos.
- **Materiales:** bolígrafos, folios, ordenador, proyector.
- **Desarrollo de los contenidos:**

En primer lugar, tras el saludo de bienvenida a las participantes, se comenzará la sesión proyectando un video sobre el estrés y la forma en que en determinadas ocasiones estas experiencias de estrés pueden provocar problemas de salud. Una vez visto, se les preguntará a las participantes su opinión sobre ello, y cuál es su experiencia con respecto al estrés. El objetivo es clarificar el concepto, y que las participantes sean conscientes de que la vivencia de experiencias estresantes en ocasiones puede desembocar en enfermedades psicosomáticas. Esta primera parte de la sesión durará alrededor de 20 minutos.

Una vez se haya realizado esta breve introducción y comprendido los aspectos relevantes del concepto de “estrés”, se pasará al trabajo con excepciones. El fin de esta técnica es ayudar a las participantes a que sigan manteniendo y aumentando las mejorías/avances que ellas mismas ya hayan generado. Se pretende encontrar y reforzar situaciones en que aparezcan conductas alternativas al problema, ocasiones en que se esperaba el problema pero no se haya dado, ocasiones de menor intensidad de la conducta problema y situaciones en las que la conducta problema terminase antes. El procedimiento a seguir es, en un primer momento se irá comentando en grupo, y a continuación las participantes tendrán que escribirlo individualmente en un folio (se les dirá que vayan apuntando en el folio repartido previamente las cuestiones que se van planteando en grupo para después plasmar sus respuestas individualmente por escrito). Las preguntas se irán desarrollando de la siguiente manera:

Se empezará preguntando por los cambios pretratamiento, dando por supuesto que algún tipo de mejoría se habrá dado anteriormente al programa: “Con frecuencia, hemos podido ver que las participantes nos dicen que entre el momento en que les avisan de que asistirán al programa por primera vez, y el momento en que vienen a la primera sesión, se han producido ya algunos avances. ¿Qué pequeñas mejorías habéis notado vosotras?”. En el caso de que alguna participante conteste que no a esta pregunta, se le planteará si: “¿Ha habido alguna ocasión en que no te afectase tanto todo esto?”.

A continuación, se reforzarán las respuestas de las participantes en las que se reconozca algún tipo de mejoría, para hacer patente su relevancia, aunque ellas lo cuenten como algo que durase muy poco o sin importancia. Para esto, les demostraremos curiosidad e interés por lo que nos están contando: “Anda, no me digas!, ¡estas cosas tan chulas tenéis que contármelas, que no me las quiero perder!”

Una vez señalada ese cambio o excepción, seguiremos indagando y preguntándoles a las participantes para hacerlo más amplio y poder construir una “imagen” completa de los hechos: “¿Cuándo ocurrió?, ¿Qué hicisteis? , ¿Quién se dio cuenta?”, así como atribuyendo el control a ellas mismas de esas excepciones (que tengan claro que ellas mismas han sido capaces de manejar la situación: “¿Cómo lo conseguisteis?, ¿Qué más ayudó?, ¿Cómo os las arreglasteis para resistir la tentación?, ¿Quién os echó una mano?, ¿Qué hicisteis vosotras para facilitar que os ayudaran?, ¿Cómo reaccionó vuestra familia?, ¿Y cómo respondisteis vosotras después?”. Así, favorecemos que los cambios sean percibidos por las consultantes como algo que se puede repetir.

Tras esto se les dirá que hagan su reflexión y contesten a las preguntas individualmente, lo que reforzará aún más los cambios que hayan comentado y aquellas acciones que ya hayan hecho para que puedan volver a repetirse.

Para terminar con esta sesión se les propondrá una tarea para casa. Les plantearemos que piensen sobre la idea de que ellas ven los hechos que ocurren pasados por el filtro de como ellas son y de cómo se encuentran en cada momento, por tanto, no hay nada que sea fijo y que no se pueda transformar según como lo veamos nosotros mismos y lo que decidamos poner en marcha en cada momento. Una vez hayan reflexionado sobre esto en casa, les sugerimos que sería buena idea que escriban una “carta de despedida” de la bulimia en la que, tras agradecer los servicios prestados, detallen también las razones por las que quieren prescindir de ella y los cambios que ya han ido haciendo anteriormente (para lo que pueden utilizar el trabajo que se ha realizado durante la sesión).

Video utilizado: <https://www.youtube.com/watch?v=Uweis2MZO08>

SESIÓN nº 5: “El todo es más que la suma de las partes”

- **Objetivos:**
 - ✓ Las participantes serán capaces de redefinir parte de la secuencia atracón/vómito para alterar su significado.
 - ✓ Las participantes serán capaces de modificar alguna de las conductas implicadas en la secuencia.
- **Duración:** 90 minutos.
- **Materiales:** proyector, ordenador y power point como apoyo.
- **Desarrollo de los contenidos:**

Para empezar con esta quinta sesión, se saludará a las participantes y se hará un breve diálogo entre todas (alrededor de 15 minutos), en el que se les preguntará sobre la tarea que se propuso en la anterior sesión, por si les apetece hacer algún comentario sobre la misma, así como sobre qué cosas están yendo mejor, cómo se encuentran, quiénes lo han notado, etc.

Durante esta sesión se pretende trabajar el conocido “efecto mariposa”, puesto que, en la bulimia se establece un rígido patrón conductual en torno al atracón/vómito que mantiene el problema, para que este patrón se pueda perturbar y las participantes puedan generar otras alternativas de comportamiento.

Tras realizar una breve descripción del patrón de conducta mantenedor del problema a las participantes, se procederá a utilizar la “redefinición”. Es decir, que las participantes cambien el significado que han otorgado hasta ahora a su conducta. Para esto, se seguirán los siguientes pasos:

- En primer lugar, se cambiará la valencia de la conducta: en este caso, se trataría de presentar como negativo lo que las participantes ven como positivo. Es decir: redefinir el vómito como lo que conduce al próximo atracón, en lugar de como la solución al atracón previo (“Vomitarse sirve para darme otro atracón”). Se plantearán a las participantes preguntas del tipo: “¿Qué es lo más divertido de vuestros atracones y vómitos?, ¿No os aburrís cuando no los tenéis? Y ¿A quién le dais más envidia de vuestra familia?”.
- En segundo lugar, se atribuirá a la conducta un significado incompatible con la postura de las participantes: se tratará de introducir una disonancia cognitiva que pueda ayudar a provocar cambios. En este caso se planteará: “Por lo general, tratáis de controlar estrictamente vuestras comidas, y esta restricción os lleva a terminar dándoos un atracón y vomitando. Me parece muy curioso que chicas tan preocupadas por controlarlo todo, especialmente la comida, tengan un control tan imperfecto sobre ésta”. Se pretende que sean conscientes de que pasarse varios días comiendo apenas nada sin permitirse comidas prohibidas, sí es una conducta descontrolada, y además, introducir la idea de Giorgio Nardone de que “el verdadero control es aquel que admite cierto grado de descontrol”.

A continuación y para cerrar la sesión, se propondrán las siguientes tareas de interrupción de la secuencia, a modo de sugerencia o experimento:

- “Píntate los labios”: Se trata de que las participantes, antes de darse el atracón, se arreglen: se pinten los labios, se peinen, se pongan tacones o se vistan de noche. Se les planteará: “Si en algún momento veis que no vais a poder evitar el atracón, antes de dároslo, arreglaos, pintaos los labios y vestiros de noche... y fijaos qué efecto tiene eso”.
- “Cambiano el atracón”: Esta propuesta consiste en que si las participantes van a darse un atracón, lo hagan de manera distinta a la habitual, introduciendo alguna variante. Se les planteará: “Hasta ahora los atracones parecen algo que no podéis controlar, aparecen, se os imponen y termináis comiendo cosas que no queréis. A partir de ahora, os propongo que seáis vosotras quien propone las condiciones a los atracones. Por eso os sugiero que, cuando os vayáis a

dar un atracón, lo hagáis con guantes de plástico y estando de pie en vez de sentadas”.

Nos despediremos y daremos por finalizada la sesión.

SESIÓN Nº 6: “Subiendo escalones”

- **Objetivos:**

- ✓ Las participantes serán capaces de reconocer avances con respecto a las sesiones anteriores.

- **Duración:** 90 minutos.

- **Materiales:** piezas de plástico con números que se utilizarán a modo de escalones.

- **Desarrollo de los contenidos:**

Para comenzar con esta sesión, se dedicarán 10 minutos a comentar qué tal les han resultado las tareas que se les propuso en la anterior sesión. Se les dirá que si ha pasado algo diferente, sería una buena idea que lo pudiesen compartir con las demás, ya que tanto para sus compañeras como para la terapeuta son importantes las mejoras que les estén sucediendo en este tiempo.

A continuación, durante el resto de sesión se repetirá el trabajo con escalas de avance que ya se llevó a cabo en la tercera sesión, con el fin de poder observar avances y cambios que se hayan producido desde entonces. De esta forma, se pretende potenciarlos y que las participantes tomen conciencia de ellos y de sus capacidades y cualidades. Se construirá una especie de escalera con piezas de plástico/goma espuma con distintos números (del 1 al 10) ordenados en la que se irán situando cada una en función de cómo ellas se sientan. El procedimiento y cuestiones a realizar serán las siguientes, empezando a decirles:

“En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado los problemas que te han traído aquí y 10 sería que están del todo solucionados, ¿dónde te encuentras ahora mismo?”

Cuando las participantes se sitúen en un primer momento en un número determinado se les preguntará: “¿Qué entra en ese nº X?”. Si se sitúan en un número mayor del que se situaron en la tercera sesión, se añadirá la pregunta: “¿Qué está mejor que cuando estabas en el número X en la tercera sesión?, “En estas semanas, ¿qué ha sido diferente?”. Después de esto se tratará de atribuir control sobre el punto en el que se encuentran, preguntándoles: “¿Cómo has conseguido estar aquí?”, “¿Qué más ha

ayudado?”. En este momento también se incluirán elogios a las participantes para reforzar los avances que están teniendo: “¡Vaya!, ¡Pero si esto es genial!, ¿Desde cuándo pasa todo esto y no nos lo habías contado?”

A continuación, tratamos de ampliar el punto en el que está la participante, para lo que se planteará: “Así que estás en un 6 (por ejemplo), ahora cierra los ojos y da un paso adelante, ¿Qué pasaría si estuvieras aquí?, ¿Qué más pequeños cambios verías?, ¿Quién lo notaría?, ¿Qué crees que te diría?, ¿Quién más se alegraría al ver que has mejorado ese poquito?”. En este punto, también se sacará partido a las perspectivas varias de las participantes, preguntándole sobre las opiniones que cree que tienen las compañeras que estén en la sala: “¿Qué puntuación crees que va a dar tu compañera ahora cuando le pregunte?”, “¿Qué mejoras crees que está viendo ella?”. Y para el final, se dejará de nuevo la atribución de control de encontrarse en ese punto más, preguntándole: “¿Qué podrías hacer para que consiguieras subir a ese punto?, ¿Qué haría falta para que lo hicieras?, ¿Cómo podría ayudarte?, ¿Qué más podrías poner de tu parte?”.

La sesión transcurrirá realizando esta actividad con todas las participantes, a la vez que van colaborando entre todas en algunas preguntas en las que se las incluya.

Para finalizar esta sesión, se les devolverá una información comparativa a las participantes con respecto a la tercera sesión, cuando anteriormente realizaron esta actividad, pues se habrán producido avances. Dedicaremos unos 15 minutos a comentar estas mejoras entre todas y que las participantes expongan brevemente qué significan para ellas estos “pasos” y cómo los valoran. Por último se les elogiará, remarcando sus aspectos positivos y los avances importantes que se hayan observado en el transcurso de la sesión.

SESIÓN nº 7: "Haciendo cosas diferentes"

- **Objetivos:**

- ✓ Las participantes serán capaces de tomar conciencia de la importancia de los hábitos saludables de alimentación.
- ✓ Las participantes serán capaces de tomar conciencia de la importancia de recuperar su vida anterior a la bulimia.
- ✓ Las participantes serán capaces de realizar un plan de acción para posibles momentos de recaída.

- **Duración:** 120 minutos.

- **Materiales:** cartulinas, tarjetas, bolígrafos y folios.

- **Desarrollo de los contenidos:**

Para comenzar esta sexta sesión, que se enfocará hacia el cierre del programa y despedida de las participantes, se empezará conversando con las participantes sobre dos aspectos considerados relevantes en bulimia, y que se pretende abordar de manera natural a modo de conversación con las participantes para que aporten sus opiniones y la terapeuta pueda responder al respecto, que son:

La importancia de que consigan llevar a cabo una buena alimentación, regularizando las comidas y estableciendo hábitos saludables de alimentación: cinco comidas diarias incluyendo también los alimentos prohibidos, sentarse para comer, masticar correctamente, etc.

Se les planteará también que piensen y compartan con el grupo qué cosas pueden ir haciendo para retomar actividades que hayan abandonado, restablecer contactos sociales, volver a hacer cosas propias de su edad, etc.

Para finalizar con esta pequeña charla sobre estos dos temas a la que se dedicarán alrededor de 30 minutos, se realizará una actividad grupal en la que les pedirá a las participantes que por grupos de 3-4 personas, dediquen alrededor de 10 minutos a realizar una valoración grupal acerca de qué les ha aportado participar en esta experiencia, qué cosas destacarían, si algo no les ha gustado, o algún aspecto que quieran comentar, para posteriormente hacer una puesta en común de todo el grupo y compartir las aspectos que quiera resaltar cada una.

A continuación, en esta última etapa del programa, se dedicarán los próximos 50 minutos de la sesión a proponerles a las participantes la siguiente tarea indicada para la prevención de recaídas: “El plan de emergencia”; se trata de analizar con las ellas en sesión qué pueden hacer ante un momento malo o de bajón. Les pediremos que identifiquen qué conductas o pensamientos concretos pueden ayudarlas en esos momentos de riesgo, y una vez que hayan elaborado este plan de acción, dedicaremos el tiempo que ellas necesiten para escribirlo individualmente en una cartulina que se les habrá proporcionado previamente en la sesión. Se les sugerirá que lo plastifiquen para que no se rompa y lo lleven siempre encima.

Este “plan de emergencia”, será más fácil de preparar a partir del trabajo realizado durante la sesión, en la que las participantes tendrán que buscar respuesta a las siguientes preguntas que se les plantearán. La terapeuta les dará la siguiente tarjeta con estas cuestiones en las que se les ponen pegas y dificultades que ellas mismas tienen que resolver:

1. **¿Qué podéis hacer antes de daros un atracón?**
2. **¿Qué podéis hacer si en alguna ocasión sucede el atracón?**
3. **¿Qué podéis hacer si en alguna ocasión sucede el atracón y vómito?**
4. **¿Qué podéis hacer si en alguna ocasión sucede el atracón y vómito varias veces?**

Por último, se dedicará la media hora restante a realizar el post-test, teniendo que cumplimentar las participantes los mismos inventarios que realizaron al principio del programa, para poder realizar posteriormente una comparación de la eficacia y comprobar si se han cumplido los objetivos propuestos en el programa.

Para cerrar la sesión y el desarrollo del programa, se agradecerá a las participantes su interés y el haber hecho algo diferente asistiendo a todas las sesiones y habiendo realizado las tareas propuestas, lo que supone un logro más a los que antes ya habían ido realizando. La terapeuta se despedirá de ellas y les proporcionará su correo electrónico por si necesitan contactar con ella en algún momento por cualquier cuestión o duda.

5. Conclusiones/ discusión:

Este trabajo es una propuesta de programa intervención en bulimia; trastorno grave y complejo, en cuya etiología multi-factorial se ven implicados factores biológicos, psicológicos y sociales (Castro, Gómez y Larroy, 2010). Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han podido observar variables relevantes con las que se trabaja y que son consideradas factores de riesgo en el desarrollo del trastorno.

Por otro lado, la terapia centrada en soluciones, seleccionada como enfoque con el que se trabajará durante el programa, está mostrando resultados significativos en estudios de eficacia con una variedad de poblaciones (Gingerich y Peterson, 2012).

Por este motivo, lo primero que se ha querido comprobar en este programa es la eficacia de las técnicas de terapia centrada en soluciones en la intervención en jóvenes y adultas que padezcan bulimia. Se supone que, tras haber realizado las sesiones del programa, las participantes focalizarán su atención en aspectos más centrados en las soluciones para la bulimia, que les permitirán avanzar en su recuperación. Además, se trabajará la autoestima y se darán cuenta de que todos tenemos cosas buenas y valiosas. También podrán reconocer mejorías en su imagen

corporal así como el manejo de situaciones estresantes. A través de las dinámicas de grupo, los diálogos establecidos y el vínculo de grupo que se creará durante las sesiones, se fomentará la interacción interpersonal, la expresión de emociones y opiniones, relacionarse con sus compañeras, etc., lo que supondrá una mejora en la recuperación de hábitos y rutinas de vida.

Con este programa, el propósito es mejorar la calidad de vida de las participantes, reduciendo la sintomatología bulímica, mediante el trabajo en autoestima, imagen corporal y estrés, de manera que se puedan reducir estos factores de riesgo y se produzca una transformación y avance en las participantes.

6. Referencias bibliográficas:

- Alemán, C.C. (2014). Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1500.
- Aliño, L.I., y Miyar, M.V. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- Alonso, Y., Cervera, S., Gual, P., La Hortiga, F., de Irala, J. y Martínez, M.A. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.
- Asuero, R., Avargués, M.L., Borda, M. y Martín, B. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con TCA con autoestima baja. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, vol. 5(2), pp. 39-45.
- Beato, L., Belmonte, A., Martínez, C. y Rodríguez, T. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Behar, R. y Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 178-189.
- Beyebach, M. (2008). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder Editorial.
- Beyebach, M., Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, pp. 33-41.

- Beyebach, M., Martínez, M.C., Neipp, M. C. y Nuñez, R. M. (2015). The Effect of Solution-Focused Versus Problem-Focused Questions: A Replication. *Journal of marital and family therapy*
- Beyebach, M., y de Vega, M. H. (2000). *200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Herder Editorial.
- Bilbao, I.E., Jimeno, A.P., Odriozola, E.E. y Sáez, M. S. C. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Botella, C., Marco, J. H. y Perpiñá, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Canales de psicología*, 30(2), 422-430.
- Carretero, A., Raich, R.M., Rusiñol, J., Sánchez, L. y Sánchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento en pacientes con TCA. *Clínica y salud*, 20(2), 145-157.
- Castro, Ú., Gómez, M.A. y Larroy, C. (2010). Intervención cognitivo conductual para pacientes adolescentes y sus padres en el tratamiento de la bulimia nerviosa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1), 49-60.
- Cervera, S., Gual, P., La Hortiga, F., de Irala, J., Martínez, M.A. y Pérez, M. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31.
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Cordella, P., Figueroa, D., Hodgson, I., Lizana, P., del Río, P., Unger, C. y Urrejola, P. (2006). Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento. *Revista médica de Chile*, 134(8), 973-980.

- Da costa, H., Mora, M., Raich, R.M. y Santana, M.L. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Eisengart, S. y Gingerich, W. J. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family process*, 39(4), 477-498.
- Etxeberría, Y., González, N., Padierna, J.A., Quintana, J.M. y Ruiz de Velasco, I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, vol. 14(2), pp. 399-404.
- Fairburn, C y Welch, S. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychol Med*; vol. 27, 515-22.
- Finch, A., Johnson, L., Lambert, M. y Okiishi, J. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (1), 63-70.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. y Miyar, M. V. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Gingerich, W., y Peterson, L. T. (2012). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23, 266–283.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of shortterm psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year followup. *Studies in social security and health*.
- Puentes, M. S. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 1(1), 79-87.
- Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.