

## Psychotherapeutic Approach to Psychosomatic Complaints in Child and Adolescent Mental Health. An Adolescent without Problems?

Alba Larrión Labiano<sup>a</sup>, José Luis Rodríguez-Arias<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Red de Salud Mental de Navarra. Correspondencia: alarriol@navarra.es

<sup>b</sup>Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.).

### Historia editorial

Recibido: 03-07-2018

Primera revisión: 07-20-2018

Aceptado: 14-12-2018

### Palabras clave

psicología clínica, psicoterapia, terapia familiar breve, quejas psicosomáticas

### Resumen

El presente trabajo es una reflexión sobre la práctica clínica habitual en una Consulta de Psicología de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Se parte de la descripción de un caso, en el que una adolescente presenta sintomatología inespecífica, sin una causa orgánica que la justifique. El abordaje propuesto desde la Terapia Familiar Breve pretende ser una intervención poco invasiva, que aprovecha los recursos de la familia para ayudar a los adolescentes a crecer y a superar sus dificultades. Además, el texto incluye una breve reflexión sobre las similitudes y diferencias del enfoque propuesto con respecto a las recomendaciones de las guías clínicas y sobre el progresivo acercamiento de las terapias contextuales al planteamiento sistémico. Para terminar, se destaca la importancia de la prudencia en el abordaje psicológico cuando una causa orgánica puede estar relacionada con el problema planteado.

### Abstract

This study is a reflection on the usual clinical psychology practice in a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). It begins with the description of a case, in which an adolescent presents nonspecific medical unexplained symptoms. The proposed approach from Brief Family Therapy aims to be a non-invasive intervention that gets the most from the family's resources, to help minors grow and overcome their difficulties. In addition, the text includes a brief reflection on the similarities and differences of the proposed approach, regarding the recommendations of the clinical guidelines and on the progressive approach of the contextual therapies to the systemic perspective. Finally, the importance of cautiousness in the psychological approach is emphasized when an organic cause may be related to the raised problem.

### Keywords

clinical psychology, psychotherapy, brief family therapy, psychosomatic complaints

# 130 1. INTRODUCCIÓN. DESCRIPCIÓN DEL CASO: PROBLEMA Y PLANTEAMIENTOS DE LOS CONSULTANTES

Sandra<sup>1</sup>, 13 años, entra en la consulta acompañada de sus padres. Su pediatra le ha propuesto que vaya a la consulta de Psicología Clínica porque tiene síntomas digestivos que podrían relacionarse con situaciones de estrés emocional ya que, tras las oportunas exploraciones, no objetiva causa orgánica.

Sandra parece una adolescente amable y abierta. Vive con sus padres y hermano de 10 años. Juan, 37 años es profesor de secundaria y Lucía, 35 años da clases en la Universidad. Las relaciones familiares son cordiales. La confianza y el respeto recíproco entre todos es la norma. Sandra está satisfecha de sus amistades, aunque comenta que de vez en cuando, surge algún contratiempo que resuelven sin mayor dificultad. Tanto ella como su madre dicen que es muy responsable con los estudios, exigiéndose a sí misma un alto rendimiento académico. Están de acuerdo en que esta exigencia le ocasiona dolores de cabeza reiterados durante los exámenes o cuando se le acumula el trabajo.

Sandra informa que lleva unos meses presentando molestias digestivas, como náuseas, especialmente por las noches y, en consecuencia, cena poco. Incluso no cena, para evitar ponerse enferma y dormir mal. Ha disminuido su peso de forma significativa. Su madre se preocupa y le insiste en que tiene que cuidarse y comer más para no enfermar. Sandra piensa que los problemas digestivos vienen de que lleva unos cuantos meses especialmente nerviosa por la presión de los estudios. Lo peor es pensar que tiene que ir a clase y que los profesores pueden reñirla por hacer mal algún ejercicio.

También refiere que, recientemente, acudió a casa de una amiga, le sentaron mal unas gominolas y luego vomitó. Desde entonces le da miedo que vuelva a ocurrirle y tener que vomitar en público. Precisamente, para evitar esta posibilidad, ha dejado de comer fuera de casa. No obstante, la semana pasada pudo comer un bocadillo con sus amigas y lo hizo porque tenía hambre. Además, al mediodía cuando come en casa, tiene apetito y no sufre molestias como en la cena.

Sandra quiere que la ayudemos a “estar menos nerviosa y poder comer delante de otras personas que no sean sus padres”. Su madre pide ayuda para que “le vaya bien en el curso y para que coma más, sin miedo a vomitar”.

## 2. MARCO TEÓRICO. ¿QUÉ SE SUELE HACER PARA AYUDAR A SANDRA?

¿Se trata de un problema de alimentación? ¿Una fobia escolar? ¿Un problema de control de las emociones? ¿De ansiedad? ¿Somatomorfo? Desde la perspectiva de la TFB el diagnóstico es irrelevante porque no orienta el tratamiento. En su lugar la guía es la respuesta a la pregunta ¿Qué mantiene el problema? En otras palabras ¿qué hace que Sandra continúe sin poder hacer lo que dice querer hacer?

La primera cuestión es si el malestar de Sandra es resultado de un problema físico o si, como supone quien nos envía el caso, es fruto de cualquier malestar psicológico, como miedo a la escuela, exigencia para un alto rendimiento, falta de control de sus emociones en situaciones de presión, miedo a engordar, una excusa para evitar los exámenes o una disculpa para no estar con sus amigos por no sentirse a gusto consigo misma. Como, según las indicaciones del pediatra, no se objetiva nada orgánico que justifique los problemas intestinales, nos planteamos intervenir desde una perspectiva psicológica.

Si se consultan las Guías de Práctica Clínica, aplicables a este caso (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) se encuentran recomendaciones favorables a tratamientos psicológicos de corte

1 Sandra es un nombre supuesto.

conductual o cognitivo-conductual, que son los que cuentan con mayor apoyo empírico (van Dessel et al., 2014).

Desde estas perspectivas se recomienda (García-Campayo, Pascual, Alda y Olivan, 2005; Amigo, Fernández, Pérez, 2009), en primer lugar, descartar causas orgánicas que puedan explicar el origen de la sintomatología. Si se descartan, se deriva a una consulta de psicología para evaluar si se puede encontrar un componente emocional que la justifique. Desde el abordaje Cognitivo-Conductual habitualmente se asume que Sandra no está gestionando bien sus emociones y el tratamiento que se propone es un entrenamiento en habilidades para aumentar su competencia. Normalmente se considera necesario un número medio de 15 a 20 sesiones de periodicidad semanal (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 2002), en las que se explica, modela y ensaya en sesión la habilidad en cuestión, para trasladarla de manera progresiva al contexto natural. Una vez que las ha puesto en práctica en su vida cotidiana de forma exitosa, se entiende que es necesario repetirlas para consolidar estos aprendizajes que, se espera sustituyan a la manera previa de afrontar la dificultad y generalizarlos más tarde a nuevos contextos. Además, se trabaja para prevenir las posibles recaídas.

La evaluación inicial suele ser exhaustiva. Se entrevista a la paciente, a sus padres, se puede recoger información del centro académico o de otros informantes que se consideren relevantes. En ocasiones, esto se complementa con cuestionarios o test, globales o específicos. Otra manera habitual de recoger información consiste en pedirles que rellenen en casa unos autorregistros, donde apuntar de forma detallada las ocasiones y circunstancias en que se presenta el problema. Si el profesional considera que tiene información suficiente, realiza una hipótesis basada en un análisis funcional del problema para identificar qué factores influyen como predisponentes, precipitantes o mantenedores.

Tras la evaluación se ofrece una explicación general de tipo psicoeducativo sobre las características de las emociones y su valor adaptativo, para entrar luego a una explicación específica de los factores que han podido influir en el inicio y mantenimiento de la sintomatología en este caso particular. Además, habitualmente se emplean técnicas de desactivación fisiológica, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. También se trabaja la técnica de reestructuración cognitiva para identificar y modificar sesgos y distorsiones en la percepción del problema. La preparación para la exposición conductual frecuentemente consiste en construir una jerarquía y realizar un trabajo de preparación para la exposición a situaciones ansiógenas. Se puede comenzar por la exposición en imaginación, planteando una exposición sistemática progresiva y altamente estructurada a las situaciones evitadas o toleradas con elevado malestar. A continuación, se trabaja la generalización de los aprendizajes. Por último, se realiza una evaluación post-tratamiento y se trabaja la prevención de recaídas. En función de necesidades particulares, se utilizan otras técnicas como autoinstrucciones, habilidades sociales, resolución de problemas, técnicas de distracción u otras apropiadas para la correcta resolución del problema planteado.

La Terapia Familiar Breve (TFB) presenta similitudes y diferencias respecto de los enfoques Cognitivo-Conductuales (Beyebach, 2015): Entre las similitudes están la exposición a situaciones temidas y el centrarse en los aspectos más conductuales y observables. Y entre las diferencias pueden enumerarse las siguientes: 1) No hay una fase de evaluación exhaustiva. No se distingue entre evaluación e intervención porque cualquier técnica para evaluar transmite información –“No es posible no comunicarse” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) y potencialmente produce cambio; de la misma manera que cualquier técnica destinada a promover el cambio ofrece información y supone, por tanto, una evaluación. 2) No se dan tantas explicaciones porque se piensa que la toma de conciencia no necesariamente produce cambio. En lugar de exponer las razones de lo que el terapeuta cree que pasa, se da una explicación que les resulte convincente y tranquilizadora en función de lo que demande la familia. 3) Se tratan las conductas en su contexto natural. No suele hacerse un entrenamiento durante la consulta para aplicarlo luego a la vida cotidiana. 4) Se asume una causalidad circular a través del concepto de soluciones intentadas. Los problemas provocan soluciones y las soluciones, inesperadamente, aumentan los problemas hasta poder afirmar que “el problema

es la solución” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). 5) Los cuestionarios que se aplican en TFB están centrados en medir los procesos de cambio y la relación terapéutica, más que en cuantificar la intensidad y tipo de sintomatología o psicopatología. 6) Siempre que sea posible se evita el uso de diagnósticos CIE o DSM y conceptualizaciones del problema basadas en déficits, dificultades internas, globales y estables. 7) La TFB se caracteriza por su flexibilidad adaptarse a cada cliente. También en los enfoques cognitivo conductuales se adapta el protocolo a las necesidades del consultante, pero el contenido de las sesiones y las técnicas a trabajar, se establecen más en función del tipo de problema, que del tipo de persona. 8) La TFB da especial relevancia al papel del cliente en la toma de decisiones sobre su propio proceso terapéutico. En TCC el terapeuta se presenta más como “el experto”, el que conoce el tratamiento e implementa las técnicas. 9) La visión contextual del origen, mantenimiento y resolución de los problemas es la directriz general de la intervención en TFB. Si bien es cierto que, en las evoluciones recientes de la terapia cognitivo-conductual, las llamadas terapias contextuales o de 3ª generación, se produce un sustancial acercamiento a las terapias sistémicas (Pérez, 2006).

### 3. METODOLOGÍA CLÍNICA. ¿QUÉ HICIMOS PARA ATENDER LA DEMANDA DE SANDRA?

La TFB se interesa por los intentos de solución y sus resultados para proponer “hacer más lo que funciona” o “hacer lo contrario de lo que no funciona o mantiene la queja”.

La excesiva autoexigencia para un buen rendimiento escolar, comer poco, especialmente a la hora de la cena y evitar comer en público se clasifican como “soluciones ineficaces” (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Desde una perspectiva interpersonal al comer poco adelgaza y preocupa a su madre por la posibilidad de que “enferme”, a lo que responde la madre con una atención especial, razonando con ella, recomendándole insistentemente que se cuide y coma más. También se esfuerza en tranquilizarla cuando considera que su hija está más nerviosa de la cuenta. Ambas soluciones se consideran ineficaces, visto que cuanto más insiste su madre para que coma o se tranquilice, menos come y más se inquieta Sandra.

Habitualmente Sandra come algo más en la comida lo que, aunque delgada, la mantiene en un peso aceptable, a la vez que tranquiliza a su madre. Y, curiosamente, los sábados suele comer mejor. El día anterior a la primera consulta salió por la tarde con las amigas, tuvo hambre y se atrevió a comer un bocadillo en público, aguantándose el temor a vomitar. Estas circunstancias se califican como “excepciones” (de Shazer, 1982).

La composición de lugar que nos hacemos es que “Sandra evita comer en público para no vomitar y que la vean hacerlo; evita también salir con sus amigas si prevé que van a comer y anticipa que algunos alimentos van a sentarle mal –profecía autocumplida (Watzlawick, 1981). Además, está excesivamente pendiente de sus sensaciones físicas y cualquier sensación puede interpretarla como un síntoma y aumentar su ansiedad. Su madre está también muy pendiente, pregunta por su estado e insiste para que se cuide, lo que también tiene el efecto imprevisto de empeorar el problema”. En coherencia con esta idea el terapeuta se plantea estrategias para bloquear la auto-observación, exponerla a comer en público, primero de manera controlada, y cargar la responsabilidad del cambio sobre Sandra, y así mantener a su madre pendiente desde la distancia.

Al terminar la primera sesión valoramos a Sandra por su capacidad para expresarse y a su madre por el respeto hacia las decisiones de Sandra lo que, en nuestra opinión, favorece que se responsabilice mejor de su propia vida. Le pedimos que confíe en ella, con la intención de que deje de insistirle con la comida. Y a Sandra, le decimos que es mejor que no coma delante de otras personas, a no ser que tenga muchísima hambre. Quince días más tarde, en la segunda sesión, Sandra dice que no se ha puesto tan nerviosa y ha podido comer en público sin estar tan pendiente de si tiene náuseas o no. Su madre cuenta que ha dejado de insistirle tanto en su alimentación. Sandra dice que para

lograr su objetivo tendría que atreverse a comer en el recreo y en el comedor del colegio. Durante la sesión se cuestiona la relación entre ponerse nerviosa y vomitar: no siempre que uno vomita está nervioso, ni siempre que uno está nervioso, vomita. Al final se reconocen los avances que han conseguido en la resolución del problema y se recomienda no dar nuevos pasos y, en su lugar, centrarse en consolidar lo conseguido –Estrategia de calma (Fisch, Weakland y Segal, 1982). En la tercera sesión, mes y medio después, Sandra cuenta que ha habido ocasiones en las que ha comido en público y no se ha puesto nerviosa y otras que, aun estando nerviosa, ha comido en público y no ha vomitado. En estas ocasiones se distrajo hablando y jugando con sus acompañantes y eso le ayudó a tranquilizarse. De nuevo subrayamos la valentía de Sandra, que se ha atrevido a avanzar más de lo que habíamos pedido y reiteramos nuestra recomendación de que fuera despacio. A su madre también le reconocemos el valor de haberse atrevido a darle mayor autonomía y confianza y le pedimos que vaya anotando los progresos que observe en Sandra durante el verano.

En octubre, tres meses después, refiere que está menos nerviosa y que se ve más capaz de controlar sus nervios centrándose en su respiración. Come con menos molestias y más cantidad. Sin embargo, ha tenido un nuevo episodio de vómito en un momento de nerviosismo. Su madre dice que no ha vuelto a insistirle para que coma. Al final de la sesión reconocemos el compromiso y la constancia de Sandra, los nuevos progresos y a su madre la inteligencia que demuestra al haber abandonado estrategias que parecían poco útiles. A Sandra le proponemos un pequeño cambio cuando necesite tranquilizarse: en vez de coger aire por la nariz y echarlo por la boca, debe hacerlo a la inversa, empezar expulsando primero todo el aire que pueda por la boca y llenar los pulmones por la nariz. También le pedimos que coma algunas golosinas cuando este nerviosa. Y en última sesión, otros tres meses más tarde, Sandra y su madre informan de que las molestias digestivas se debían a una intolerancia al gluten recientemente diagnosticada. Ha iniciado una dieta y le está sentando bien. Ambas opinan que está menos nerviosa. Ahora es capaz de comer con sus amigos en establecimientos públicos de forma habitual. También relatan algún episodio en el que estuvo nerviosa y lo achacan a la novedad de la situación. Terminamos atribuyendo la mayor parte de las molestias gástricas a la intolerancia al gluten y resaltando que ella es una persona psicológicamente fuerte, mérito compartido con su madre por el apoyo y seguridad que le ofrece. Hacemos un paralelismo entre la forma que tiene ella para controlar la intolerancia al gluten a través de una dieta y el manejo del nerviosismo mediante estrategias que ella ha demostrado que le resultan útiles: distraerse y estar ocupada.

#### 4. DISCUSIÓN. UNA BREVE REFLEXIÓN TEÓRICA

En estos casos una de las decisiones más comprometidas es si se debe o no intervenir desde una perspectiva psicológica cuando puede estar implicado un componente orgánico (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2009). El primer riesgo de hacer un tratamiento psicológico es sustituir al oportuno tratamiento médico, privando a la persona de un abordaje eficaz para su problemática. Además, en psicología, al igual que en medicina, la intervención no es inocua. Siguiendo la idea de las soluciones intentadas ineficaces, todo aquello que se aplica para resolver un problema y no lo consigue, puede contribuir a mantenerlo o empeorarlo. Así, a aquella persona que tiene una condición médica no diagnosticada, ni tratada, que pasa a tener un supuesto problema psicológico susceptible de abordaje en salud mental se le crea un nuevo problema, cuya solución no necesariamente se conoce. Sin olvidar el estigma que todavía supone al día de hoy. En el caso de Sandra, esto hubiera podido ocurrir si se asume que la falta de apetito y las náuseas se deben a la ansiedad somatizada o a un trastorno de la alimentación. En salud mental formular un diagnóstico nunca sale “gratis”. La persona diagnosticada empieza a ser tratada de forma diferente. Su comportamiento se entiende en clave de su diagnóstico (Rosenhan, 1973) y reacciona de acuerdo a lo que se espera de ella, produciéndose el efecto de la profecía autocumplidora (Watzlawick, 1981) o del “como si”. Por otro lado, si la causa

de los síntomas es una enfermedad médica, se puede prever que el tratamiento psicológico fracasará, ya que no resuelve dicha causa. Esto supone frustración, tanto en el paciente como en el clínico, que están poniendo esfuerzos personales, tratamientos y recursos terapéuticos, en teoría eficaces, sin ningún resultado. Si el tratamiento finalmente se interrumpe por falta de resultado, puede minar la confianza del consultante en la utilidad de los tratamientos psicológicos. Si, además, posteriormente se demuestra que el origen de los problemas es una causa médica no detectada, el consultante podría perder la confianza en los profesionales -médicos de Atención Primaria y Especializada, psicólogo clínico...- que le atendieron y orientaron erróneamente en el diagnóstico y tratamiento. O, lo que sería aún peor, podría perder la confianza en sí mismo.

Efectivamente, a Sandra le diagnosticaron una intolerancia al gluten entre la cuarta y quinta sesión. No obstante, resulta curioso que mejorara con un abordaje psicológico. Obviamente,

cualquier logro solo puede atribuirse a los méritos de las familias. En particular, a la valentía de Sandra al atreverse a comer en público y arriesgarse a que le volviera a ocurrir lo que tanto temía al principio y a la actitud respetuosa de su madre, confiando en Sandra y no insistiéndole en que comiera más. También pueden atribuirse algunos méritos al tratamiento ofrecido. 1) La aceptación en lenguaje condicional de la intervención psicológica, en lugar de dar por supuesto un origen psicógeno –“si las molestias digestivas fueran de naturaleza psicológica y tu pediatra tuviera razón, te plantearíamos...”– facilita que Sandra y su madre acepten las intervenciones y que el terapeuta se mantenga en una posición no comprometida que facilita la capacidad de maniobra durante el tratamiento y, en especial, cuando se conoce la intolerancia al gluten. 2) Las propuestas respetuosas y poco invasivas facilitan la renuncia a soluciones ineficaces, tanto si los síntomas son expresión de problemas psicológicos o de intolerancia al gluten, ya que en ambos casos contribuyen a empeorar y a aumentar la repercusión del problema. El “arriesgarse” a comer en público y el que su madre no esté tan pendiente de lo que come Sandra, probablemente contribuya a disminuir la preocupación de ambas sobre la alimentación, Sandra puede salir con sus amigas, mejora la relación entre madre e hija y aumenta la autonomía de Sandra.

Desde nuestro punto de vista, tal vez, el principal acierto fue promover en la primera sesión un cambio mínimo dándole una instrucción sencilla y paradójica. Esto permitió, probablemente, disminuir la presión que Sandra tenía para esforzarse a comer en público y también que recuperase el apetito, puesto que cuanto más trataban, ella o su madre, de forzarla a comer, menos ganas tenía. Como decimos el mayor mérito es de Sandra y su madre, que con su forma de cooperar hicieron buena la intervención propuesta. Desde un inicio depositaron su confianza en los profesionales que les atendimos y a pesar de tratarse de una indicación poco habitual, aparentemente contraria a su objetivo de poder comer en público, la siguieron “al pie de la letra” confiando en nuestro criterio. Podría decirse que tanto Sandra como su madre eran “compradoras” (de Shazer, 1988). Desde el inicio y en todas las sesiones colaboraron de forma literal (de Shazer, 1985) con las propuestas del equipo terapéutico.

Una vez iniciado el cambio, el planteamiento terapéutico es sencillo: estrategia de calma (Fisch, Weakland y Segal, 1982) para que sean ellas quienes se ocupen de avanzar más. Dado que ya en la segunda sesión han realizado progresos notables, consideramos que dar nuevas indicaciones o presionar más en la dirección del cambio podría bloquear el proceso que ya está en marcha”. Por este motivo, preferimos pedirles que vayan despacio, evitando que ellas mismas se exijan avances demasiado rápidos. Así se amplía y consolida lo ya realizado y facilita la atribución del mérito a ellas mismas.

En las dos últimas sesiones basta con alentarlas a que sigan aplicando la forma de solucionar el problema que han encontrado –“Hágalo más” (de Shazer, 1988). Consideramos que aprovechar todo lo que las familias hacen que les ayuda a conseguir sus metas es la manera más sencilla de acortar el tratamiento y lograr un cambio en la dirección deseada. Además, contribuye a prevenir recaídas: potenciar sus recursos facilita que, si vuelven a tener un problema similar, recurran a las estrategias

que ya han funcionado y forman parte de su repertorio de habilidades. Para Sandra distraerse y mantenerse ocupada.

En definitiva, ellas aprendieron a afrontar el malestar propio de la intolerancia al gluten, a separar tensión y nerviosismo de malestares gástricos. Sandra aprendió a no avergonzarse por ponerse mal en presencia de sus amigos y su madre pudo comprobar que el camino más corto para entenderse con su hija es el respeto y la confianza. Nosotros aprendimos que la mejor teoría para facilitar el camino de las familias hacia sus metas es aceptar sus puntos de vista (Duncan, Miller y Sparks, 2004) confiar en sus recursos y, cuando hay que trabajar, hacerlo desde la menor intervención posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I. Fernández, C. Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A., Rush, J., Shaw B. Y Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beyebach, M. (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación. Prólogo a (García, F.E. y Schaefer, H.). *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve. Aportes desde la terapia sistémica*. (pp. 13-23) Santiago de Chile: Mediterráneo.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach*. New York: The Guilford Press. (Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Barcelona: Paidós. 1987)
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton. (Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós. 1986)
- de Shazer, S. (1988). *Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton. (Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa. 1992)
- Duncan B.L., Miller S.D. y Sparks J.A. (2004). *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisch R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass. (La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. 1984).
- Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. (2009). El redescubrimiento del cuerpo en Psicoterapia. *Átopos*, (8), 5-16.
- García-Campayo J., Pascual A., Alda M. y Oliván B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: Eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (10,1), 15-23.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008) *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10.
- Pérez M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsikhé*. 5(2). 159-172.
- Rosenhan D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*. 19,179(70), 250-258.

- van Dessel N., den Boeft M., van der Wouden JC., Kleinstäuber M., Leone SS., Terluin B., Numans ME., van der Korst HE. Y van Marwijk H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11. Art. N°: CD011142. DOI: 10.1002/14651858.
- Watzlawick, P. (Comp.) (1981). *Die erfundene Wirklichkeit*. München: R. Piper GMBH. (La Realidad Inventada. Barcelona: Gedisa. 1998 (4ª ed.)).
- Watzlawick, P., Beavin J. H. y Jackson D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton. (Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. 1981 (2ª ed.)).
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton. (Cambio. Barcelona: Herder. 1982 (3ª ed.)).