

# **MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA APLICADO A LOS TRASTORNOS DE LA INGESTA DE COMIDA**

**Claudia Donoso-Torres y Roberto Diez.**

**Universidad Católica Boliviana**

En la actualidad, el miedo a la gordura se ha extendido considerablemente a nivel mundial, razón por la cual el aumento de la incidencia de los trastornos de la ingesta de comida se constituye en un motivo de preocupación desde hace algunos años. Los trastornos de la ingesta de comida se caracterizan por presentar una relación alterada con la comida, por el miedo exagerado a engordar y por la preocupación extrema por la forma y el tamaño corporal.

Entre los trastornos de la ingesta de comida más comunes se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por una percepción distorsionada del peso, tamaño y forma del propio cuerpo, por un temor sobredimensionado de llegar a estar gorda y por la decisión de mantener un peso corporal bajo empleando diversidad de mecanismos inadecuados. En la bulimia nerviosa, al igual que en la anorexia, existe una preocupación sobredimensionada por la figura y el peso corporal, la diferencia radica en que estas personas se atracan de comida frente a situaciones que implican tensión, ansiedad y/o depresión y que después del atracón manifiestan conductas compensatorias inadecuadas que las liberan de la culpa de haber comido en exceso.

Aunque estos trastornos de la ingesta de comida son los más conocidos, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), plantea la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado que se caracteriza por no cumplir todos los criterios diagnósticos propios de las entidades anteriormente descritas y cuya incidencia incluso es mayor.

En estos últimos años, la incidencia y prevalencia de los trastornos en la ingesta de comida es cada vez mayor (Herscovici & Bay, 1993). En general, se considera que una de cada diez adolescentes están en peligro de padecer algún trastorno de la ingesta de comida (Tammenhaus, 1995).

Existen múltiples factores que determinan el desencadenamiento y mantenimiento de un trastorno de la ingesta de comida, entre ellos se encuentran el factor sociocultural y el entorno familiar, es decir, el aprendizaje social a partir del cual se conforman los rasgos inherentes a la personalidad, entendiéndose por ella la organización cognitiva que genera determinadas reacciones emocionales y conductuales cuyos consecuentes directos e indirectos retroalimentan las cogniciones existentes y la conducta alimenticia alterada. De igual manera, existe una relación dialéctica entre el sistema de valoración y las distorsiones de pensamiento características del cuadro que dan lugar al descontrol en el sistema de ingesta.

Por lo tanto, para intervenir en los trastornos de la ingesta de comida es menester partir de una evaluación diagnóstica integral que permita plantear un modelo de intervención terapéutica que le brinde al sujeto la oportunidad de trabajar en su sistema de valoración afectiva y en el desarrollo de habilidades y destrezas cognitivas, emocionales y conductuales.

Dada la multifactorialidad característica de los trastornos de la ingesta de comida, en esta investigación se utilizó el enfoque cognoscitivo-comportamental como sustento teórico y metodológico para la explicación e intervención respectivas porque es un modelo integral que combina tanto procedimientos cognitivos como conductuales y que permite abordar un trastorno de la ingesta de comida en su multiplicidad de factores implicados considerando la interrelación entre cognición, emoción y conducta y la relación de permanente reciprocidad e interdependencia causal entre el sujeto y su medio ambiente.

Dicho modelo plantea la teoría de la perturbación emocional que destaca la importancia del sistema de creencias para la generación de determinadas reacciones emocionales y conductuales frente a experiencias activadoras. Dicha teoría se sustenta en los principios de la TRE cuyo objetivo se centra en la importancia de la modificación de cogniciones desadaptativas para la obtención de un cambio profundo en la filosofía básica de la persona que la capacita para pensar y comportarse de una manera más racional y autoreforzante. La TRE se constituye en un método de abordaje terapéutico que emplea múltiples técnicas cognitivas, emotivas y conductuales en forma integral. Las técnicas terapéuticas que se deben utilizar con pacientes que presentan un trastorno

de la ingesta de comida, deben enfatizar la importancia de trabajar a nivel cognitivo de manera a facilitar la identificación de creencias irracionales para la posterior disputación y sustitución de las mismas por pensamientos elaborados, sin embargo tampoco se puede descuidar el trabajo que se pueda realizar a nivel emocional y conductual, pues dichas técnicas contribuyen en la erradicación de creencias irracionales y en la adquisición de habilidades necesarias para afrontar el problema considerando la práctica que las caracteriza. En vista de ello, la TRE y algunos de los métodos y técnicas que propone pueden ser utilizados de manera efectiva en la superación del problema alimenticio.

El objetivo del presente estudio consiste en realizar una evaluación diagnóstica integral que contemple todas las áreas involucradas en el desencadenamiento y mantenimiento de un trastorno de la ingesta de comida para plantear a partir de ello un modelo de intervención terapéutica basado en el enfoque cognoscitivo-comportamental.

#### *Método.*

En el presente estudio se trabajó con cinco sujetos de sexo femenino comprendidos entre las edades de 18 a 33 años. Con estos cinco sujetos se trabajó en la primera fase de la investigación de Pre-evaluación. En la segunda fase de la investigación, destinada al abordaje terapéutico, se trabajó sólo con tres sujetos que fueron elegidos en función a su disponibilidad y al trastorno de la ingesta de comida que presentaban (S 1: trastorno de la ingesta de comida no específico, S 2: bulimia nerviosa y S 3: anorexia nerviosa de tipo restrictivo en remisión parcial).

Se escogió esta población porque los trastornos de la ingesta de comida, por lo general, se desarrollan en sujetos de sexo femenino que manifiestan el cuadro durante su adolescencia o en edad adulta y lo mantienen después de transcurridos varios años, cronificándose, de esta manera, la enfermedad.

Las características que debían presentar los sujetos eran las siguientes: no debían presentar enfermedades graves como ser esquizofrenia, psicosis u otro tipo de enfermedad física cuya medicación pudiera estar provocando como efecto secundario la falta de apetito o el rechazo a ingerir alimentos, podían haberse sometido con

anterioridad a un tratamiento médico y/o psiquiátrico para superar el problema, podían consumir algún tipo de fármaco para el control de su enfermedad que haya sido recetado por el médico o psiquiatra consultado, podían haber desarrollado la enfermedad durante su adolescencia y continuar presentando indicadores de trastornos de la ingesta de comida después de transcurridos algunos años.

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación:

Tabla 1. Caracterización de la estructura de los instrumentos utilizados en el estudio

FASE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Pre-evaluación		Cuestionario No.1 elaborado a partir del Cuestionario Multimodal de Historia de Vida (Lazarus, 1991, traducido y adaptado por Guido Aguilar).
	Entrevista Libre Inicial.	
	Entrevista Semidirigida.	
Intervención Terapéutica	Métodos de identificación y disputación de creencias irracionales	Registro de pensamientos automáticos.
		Registro para el análisis racional de los pensamientos.
	Relajación progresiva.	
	Técnica de afrontamiento	Registro de la jerarquía de sucesos estresantes.
		Registro de los pensamientos de afrontamiento.
		Registro de evaluación.
	Solución de problemas	Registro de situaciones problema.
Registro de reclasificación del problema		

		Registro de objetivos alternativos.
		Registro de análisis de estrategias.
		Registro de evaluación.
	Entrenamiento asertivo.	Registro de situaciones problema.
		Registro para el guión de conductas asertivas.
		Registro de evaluación.
	Aceptación incondicional	Ficha para el completamiento de frases.
		Técnica del espejo.
		Técnica del delineamiento corporal.
		Listado de aspectos positivos respecto a sí mismo.
	Control de la ingesta de comida	Registro de episodios de ingesta de comida descontrolada.
		Registro de Control de la Ingesta Compulsiva de Comida.
		Ficha de Recomendaciones.
	Técnicas adicionales	Juego de roles.
		Asignación de Tareas.
Post-evaluación		Cuestionario No.2 elaborado a partir de las categorías obtenidas en la pre-evaluación.

El diseño de investigación que se utilizó es de tipo cuasiexperimental de series cronológicas cuasiexperimentales con tratamientos múltiples, pues se analizaron los efectos de administrar varias veces el tratamiento experimental (VI) a través de múltiples observaciones y de la aplicación de una preprueba y de una postprueba.

El procedimiento que utilizó fue el siguiente:

Fase 1: Se realizó una pre-evaluación a partir de la observación de las variables dependientes, mediacionales y asignadas que desencadenan y mantienen el cuadro.

Fase 2: Se aplicaron progresivamente técnicas cognitivas, conductuales y emocionales de la TRE. Esta fase tuvo una duración de dos meses con un promedio de ocho sesiones.

Fase 3: Se aplicó una postprueba o post-evaluación a partir de un cuestionario elaborado de acuerdo a las áreas y categorías evaluadas inicialmente, que permitió comprobar la eficacia de la intervención terapéutica basada en el enfoque cognitivo-comportamental.

### *Resultados.*

*Fase de pre-evaluación:* En el área biofísica, entre los indicadores comunes a los cinco sujetos evaluados y que son característicos de un trastorno de la ingesta de comida se encontraron los siguientes: consumo frecuente de comidas insalubres, constipación, consumo de ansiolíticos, antidepresivos y/o sedantes, provocación de vómitos, insomnio.

Respecto al área afectiva, se observó la presencia de indicadores emocionales característicos de la ansiedad (tensión, irritabilidad, inquietud, desesperación y preocupación) y de la depresión (pesimismo, sensación de fracaso, desmotivación, tristeza y debilidad).

Respecto al área de sensaciones físicas, todas las pacientes entrevistadas manifestaron indicadores fisiológicos de ansiedad tales como temblores, tensión, rubor, sequedad de boca, incapacidad para relajarse, pérdidas de memoria y tartamudeo.

Respecto al área de imágenes, se observó que la mayoría de las pacientes entrevistadas manifestaban la presencia de la imagen de estar gordas y de ser amadas, pues presentaban una percepción desproporcional de la imagen corporal y una necesidad perturbadora de recibir la aprobación y aceptación de los demás.

Respecto a las distorsiones cognitivas que se observaron en la mayoría de pacientes se encuentran las siguientes: el filtraje, el pensamiento polarizado, la visión catastrófica, la personalización, la falacia de control, la culpabilidad, los debería, el razonamiento emocional y las etiquetas globales.

Respecto al área conductual, se observaron los siguientes indicadores conductuales característicos de un trastorno de la ingesta de comida: la preferencia por productos dietéticos, las quejas por la cantidad de comida servida, la evitación de reuniones sociales por la obligación de comer y por el miedo a las críticas, el hablar sobre la delgadez, las dietas o las formas de un cuerpo ideal, el comer a solas o en secreto y el comer inusualmente grandes cantidades de comida. De igual manera, en la mayoría de las pacientes se observó disconformidad consigo mismas, inseguridad cuando son protegidas por los demás, dificultad para resolver problemas por sí solas, incapacidad para afrontar situaciones nuevas, descontrol emocional e incapacidad para controlar y manejar positivamente el estrés.

Respecto al nivel de influencia del factor sociocultural todas pensaban que los medios de comunicación promueven la delgadez como única opción de belleza y la mayoría no se encontraba totalmente de acuerdo con el supuesto de que la belleza es determinante de la valía de la mujer, sin embargo no eran indiferentes frente a los mensajes de los medios de comunicación al respecto, razón por la cual se consideraba que existía cierto nivel de influencia del factor sociocultural en la conducta alimenticia alterada que manifestaban.

*Fase de Post-Evaluación.* Respecto al área biofísica, sólo el sujeto que no fue sometido al proceso terapéutico presentaba algunos indicadores propios de un trastorno de la ingesta de comida tales como el consumo de sedantes, la constipación y el estreñimiento.

Respecto al área afectiva, los tres sujetos que fueron sometidos al proceso terapéutico, presentaban felicidad y optimismo, mientras que el sujeto 5 al que no se le administró la variable independiente de tratamiento presentaba indicadores de ansiedad y depresión.

Respecto a las sensaciones físicas, dos sujetos presentaban indicadores fisiológicos característicos de la ansiedad, uno de ellos aprendió a manejar adecuadamente su estrés mientras que el otro no ha desarrollado esta habilidad porque no participó en el proceso terapéutico.

Respecto a las imágenes, sólo la sujeto 5, que no participó en la fase de tratamiento, presentaba imágenes que dan cuenta de una insatisfacción corporal y de la necesidad perturbadora de recibir el apoyo y afecto de los demás. En la sujeto 1 también se observaba la imagen de estar gorda, sin embargo ésta no era sobredimensionada y no se constituía en motivo de interferencia con sus actividades cotidianas. La imagen de ser amada aparecía en tres sujetos, en el caso del sujeto 1 y 3, se presentaba porque ambas estaban atravesando una crisis de pareja dados los cambios experimentados respecto a sí mismas en relación a los demás a través del proceso terapéutico, mientras que la sujeto 5 se imaginaba amada dada su necesidad perturbadora de recibir afecto y aprobación de los demás en vista de su dependencia afectiva.

Respecto a las distorsiones cognitivas, en los cuatro sujetos evaluados se presentaba el razonamiento emocional respecto al peso, en tres de ellas se evidenciaba la recompensa divina, en dos de ellas se observaba el pensamiento polarizado, los debería y la falacia de cambio. La mayor parte de las distorsiones cognitivas observadas se presentaban en el sujeto 5 que no participó en el proceso terapéutico.

Respecto a las creencias, las tres pacientes con las que se trabajó en la fase de tratamiento presentaban la aceptación de sí mismas, la visualización de la importancia de los pensamientos en la emergencia de reacciones emocionales y conductuales perturbadoras, una mayor independencia afectiva, un mejor manejo emocional dada la creencia de que es posible aprender a controlar las emociones. El sujeto 5 presentaba falta de aceptación de sí misma, creencias irracionales que dan cuenta de una dependencia afectiva donde lo que los demás piensan es lo más importante e incapacidad para afrontar el mundo sola.

Respecto al área conductual, la mayoría de los indicadores característicos de un trastorno de la ingesta de comida tales como las quejas por la cantidad de comida servida, la decepción por la apariencia física, etc., se presentaban en la sujeto 5 que no participó en el proceso terapéutico.

*Seguimiento de la Intervención Terapéutica.* Respecto a los resultados obtenidos en el seguimiento de sesiones, se mencionarán los resultados obtenidos en uno de los tres sujetos con los que se trabajó (Sujeto 1).



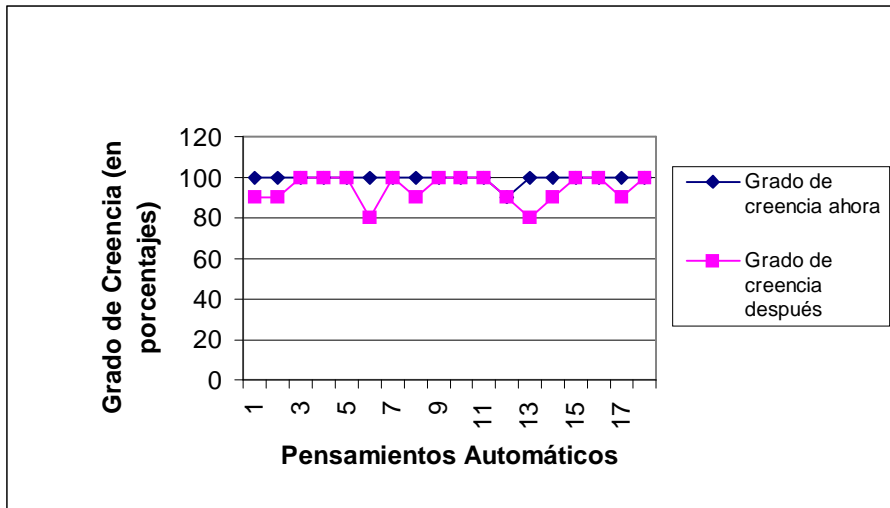


Figura 1. Grado de Creencia en los Pensamientos Automáticos (Sujeto 1)

El nivel de creencia en los pensamientos automáticos tanto en el momento de su aparición como después, oscilaba entre el 80 y 100%, aspecto que denotaba un alto índice de credibilidad en las creencias irracionales respecto a sí misma, los demás, el peso, el comer y la delgadez, pues la paciente antes de ser sometida al proceso terapéutico no poseía la habilidad para autodisputar sus creencias irracionales (véase Figura 1).

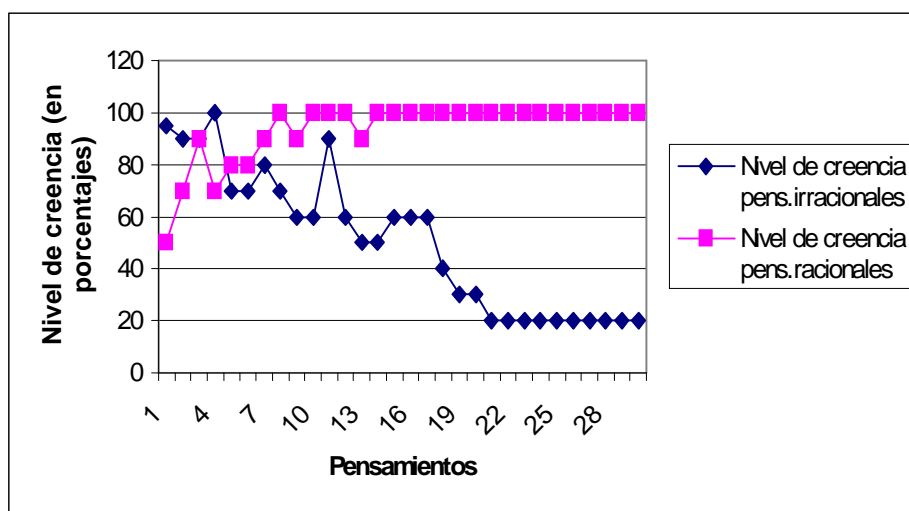


Figura 2. Comparación del Nivel de Creencia en los Pensamientos Automáticos respecto a los Elaborados (Sujeto 1)

En la Fig.2 se puede observar que inicialmente, el nivel de creencia en los pensamientos racionales es mayor que el nivel de creencia en los pensamientos racionales o elaborados. Sin embargo, gracias a los métodos de disputación de creencias irracionales, el nivel de creencia en los pensamientos irracionales va disminuyendo progresivamente hasta un 20%, mientras que el nivel de creencia en los pensamientos elaborados es cada vez mayor alcanzando inclusive, el 100%.

A partir de los resultados obtenidos, se evidencia el efecto de la variable independiente sobre las variables mediacionales, aspecto que denota la eficacia de la intervención terapéutica utilizando los métodos de identificación y disputación de creencias irracionales.

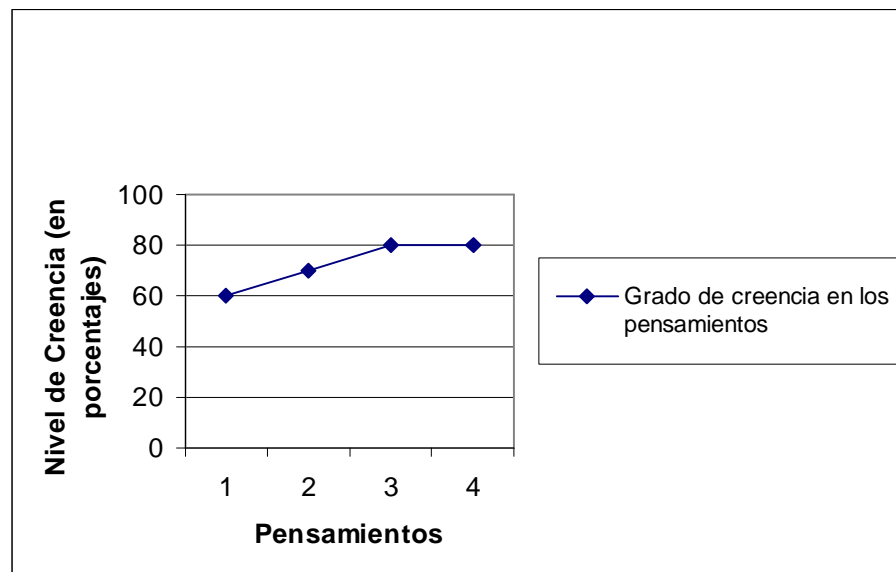


Figura 3. Nivel de Creencia en los Pensamientos frente a Episodios de Ingesta Compulsiva de Comida (Sujeto 1)

Respecto a los episodios de ingesta compulsiva de comida, se observa en la Fig.3 que el grado de creencia en los pensamientos frente a episodios de ingesta compulsiva de alimentos oscilaba entre el 60 y el 80%, tales pensamientos se convertían en justificativos del comer compulsivo y en activadores de sentimientos de culpa una vez que se producía el atracón, como reacción emocional perturbadora.

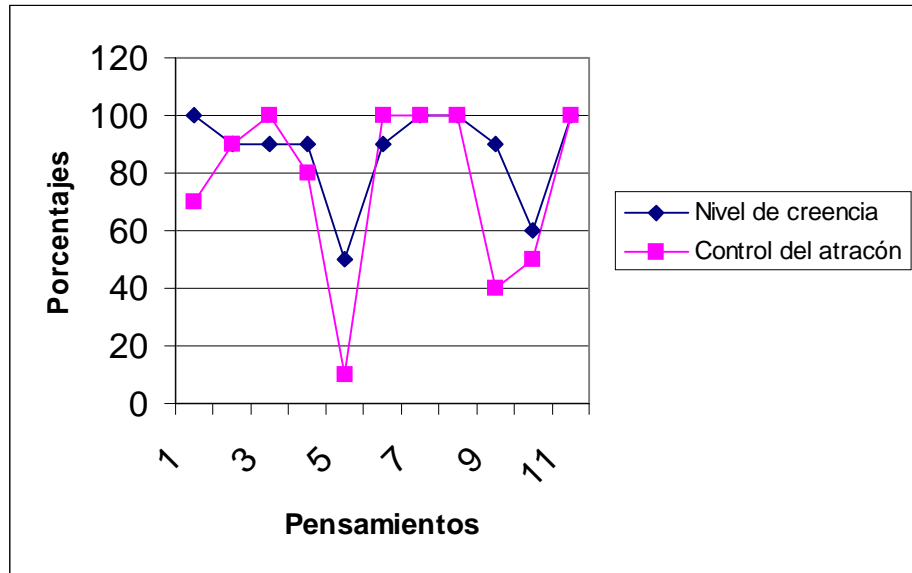


Figura 4. Relación entre el Nivel de Creencia en los Pensamientos Racionales y el Control del Atracón (Sujeto 1)

Respecto al control de la ingesta compulsiva de comida, se observa en la Fig. 4 que el empleo de pensamientos racionales frente a situaciones en que surge el deseo de atracarse facilita el control del atracón. En los casos en los que no es posible controlar satisfactoriamente el atracón, el nivel de creencia en los pensamientos racionales es también inferior.

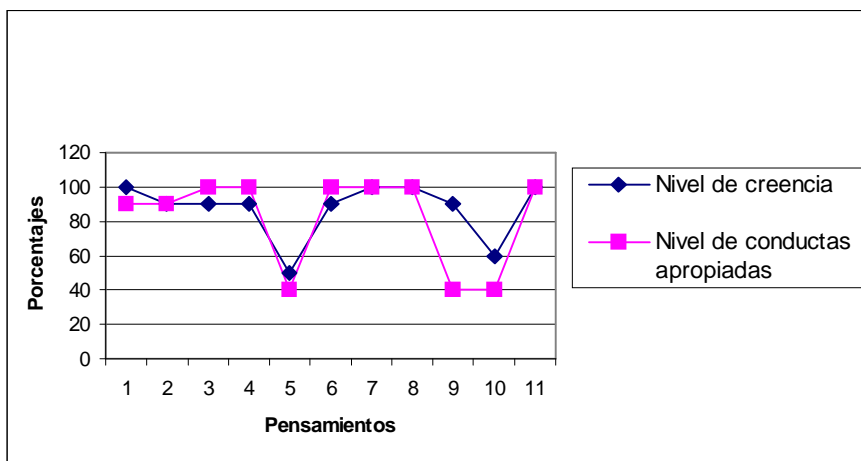


Fig.5. Relación entre el Nivel de Creencia en los Pensamientos Racionales y el Nivel de Conductas Apropriadas (Sujeto 1)

En la Fig. 5 se puede observar que el nivel de creencia en los pensamientos racionales también conducía a la emisión de conductas apropiadas, de esta manera, se evidencia la importancia del componente cognitivo en la regulación de la ingesta de comida.

### *Conclusiones*

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se pudo constatar que para planificar un modelo de intervención terapéutica basado en el enfoque cognitivo-comportamental es importante conocer y comprender las manifestaciones características del cuadro clínico. Para ello, es menester, partir de una evaluación diagnóstica integral que contemple todas las áreas involucradas en el desencadenamiento y mantenimiento del trastorno de la ingesta de comida.

En el área biofísica, se observan algunos signos clínicos característicos de un trastorno de la ingesta de comida, sin embargo no se puede esperar la presencia de todos ellos para realizar el diagnóstico, pues la sola presencia de uno de ellos se constituye en un indicador significativo, sobretodo si es analizado de manera interrelacional con las otras variables intervinientes.

En el área cognitiva sobresale la preocupación extrema por el aspecto físico, se evidencia una percepción desproporcional del tamaño y forma del propio cuerpo, la cual es sustentada por creencias irracionales respecto a sí misma, los demás, el peso, el comer y la imagen corporal que conducen a un descontrol emocional y a una conducta alimenticia alterada.

En el área social, se observa un adecuado rendimiento académico dada la sobreexigencia de las padres, dificultades para establecer relaciones interpersonales dado el miedo a la crítica, una interferencia en la esfera de interacción con la pareja dada la dependencia afectiva o el miedo al contacto físico por la crítica corporal y en ocasiones una interferencia en la esfera de interacción laboral dada la insatisfacción con la actividad realizada o las dificultades en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo.

Si bien dicho cuestionario contempla las tres principales áreas de análisis es importante basarse en los criterios estandarizados del DSM-IV para la adecuada categorización del cuadro clínico y para la determinación de la respectiva hipótesis diagnóstica. Sin embargo, si bien el DSM-IV incluye criterios importantes de diagnóstico, propone características que no siempre concuerdan en su totalidad con la presentación clínica. Por lo tanto, los criterios diagnósticos del DSM-IV no son determinantes o concluyentes, es necesario realizar el análisis desde un enfoque cognitivo-comportamental para determinar la presencia de un trastorno de la ingesta de comida, pues tanto la percepción como la representación de la realidad determinan la emergencia de determinada conducta alimenticia alterada.

El factor sociocultural no se constituye en un factor precipitante de los trastornos de la ingesta de comida de manera aislada, pues la valoración del factor sociocultural que apunta a la delgadez por parte del entorno familiar y la aproximación del sujeto al contexto de la belleza determinan la influencia interdependiente de este factor en el desencadenamiento y mantenimiento de un trastorno de la ingesta de comida.

Respecto al ambiente familiar, se pudo constatar la presencia de una significativa sobreprotección familiar donde son los padres los que toman las decisiones por sus hijos, una sobreexigencia académica donde se retroalimenta la capacidad intelectual, el éxito y el adecuado rendimiento, actitudes de preocupación extrema respecto a la comida, el comer, el peso y el aspecto, críticas respecto a la imagen corporal dado el antecedente de obesidad y problemas en la relación de pareja de los padres, que conducen a la formación de esquemas de razonamiento que regulan la forma de percibir y de representar que posee la persona respecto a sí misma y al medio y determinan el desencadenamiento de un trastorno de la ingesta de comida.

La sobreprotección familiar conduce a una dependencia afectiva que se hace manifiesta en los vínculos que mantiene la persona con su contexto. Los sujetos con los que se trabajó se caracterizan por presentar una necesidad perturbadora de aprobación, reconocimiento y apoyo del medio alcanzando una imagen corporal que encaja dentro de los cánones de belleza establecidos culturalmente. La necesidad perturbadora de recibir el apoyo de los demás se sustenta en la creencia de incapacidad para afrontar las situaciones difíciles que implican cambio o toma de decisiones por sí solas, aspecto que

denota una dependencia afectiva ligada a la sobrevalorización de las aptitudes y habilidades del otro en desmedro de las propias. La estructura cognitiva de estas pacientes da cuenta de esquemas de razonamiento cuyos contenidos giran entorno a una dependencia afectiva y a características propias de una personalidad dependiente.

Entre las distorsiones cognitivas características de un trastorno de la ingesta de comida se encuentran el filtraje, el pensamiento polarizado, la visión catastrófica, la personalización, la falacia de control, la culpabilidad, los debería, el razonamiento emocional y las etiquetas globales. Las pacientes entrevistadas usan el ideal social como un estándar de apariencia aceptable en tanto consideran la belleza como sinónimo de delgadez. Consideran que la apariencia es la responsable de cualquier fracaso, insatisfacción o desengaño, en tanto piensan que el no poder relacionarse con los demás es causado por su sobrepeso y por ende por su apariencia física que no es aceptada. Interpretan la conducta de los demás en función a su aspecto corporal indeseable, en tanto interpretan cualquier tipo de reacción de los demás como señal de rechazo dada la no aceptación de su apariencia física. Predicen catástrofes que sucederán por culpa de su apariencia, en tanto consideran que no alcanzarán la felicidad, la seguridad en sí mismas, si no adelgazan, constituyéndose el peso en motivo de preocupación extrema y en motivo de desastre en caso de descontrol.

Estas creencias son el producto y a la vez el sustento del constructo yoico, es decir, del sistema de valoración afectiva a partir del cual la persona otorga valor y significado tanto a sí misma como al medio, por lo tanto existe una relación dialéctica entre el sistema de valoración afectiva y las respectivas distorsiones cognitivas. El constructo yoico se constituye y genera lo que es la autoimagen, la autovaloración, el autoconcepto y la autoestima. En las pacientes entrevistadas se evidencia una imagen corporal desproporcional respecto al tamaño y a la forma del propio cuerpo y/o sentimientos negativos hacia el mismo y sus respectivas partes, por lo tanto presentan una autoimagen devaluada.

Respecto a la autovaloración, se observa una dificultad para valorar las características personales de una manera adecuada acorde con la realidad, existe una sobrevaloración del medio, es decir, la autovaloración está definida en función a la retroalimentación del medio, por lo tanto las expectativas y acciones se definen a partir de necesidades

perturbadoras de deseabilidad, aprobación y reconocimiento social, aspectos que se pretenden alcanzar obteniendo la delgadez a cualquier precio, desarrollando esquemas de acción tales como la restricción alimentaria y las conductas compensatorias de los episodios de sobreingesta (el vómito, el excesivo ejercicio físico). La percepción de logro refuerza negativamente las creencias irracionales que conllevan a una valoración devaluada de sí misma.

Respecto al autoconcepto, en algunos casos, este es adecuado dada la historia de logros de la paciente producto del reconocimiento social recibido del medio no por su imagen corporal pero si por su rendimiento académico y laboral y por su actitud de dependencia respecto a los demás.

En relación a la autoestima se observa que se encuentra devaluada dado que no existe una noción básica de autocuidado, la persona al dejar de comer o al tener un descontrol en la ingesta de comida está transgrediendo su propio cuerpo.

En los casos tratados en la presente investigación, se observa la presencia de alteraciones emocionales que se manifiestan a través de cuadros tales como la ansiedad y/o la depresión. Si bien la ansiedad y/o la depresión pueden manifestarse como cuadros clínicos a los cuales se asocia un trastorno de la ingesta de comida, se puede observar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva acompañando al cuadro. Por lo tanto los trastornos de la ingesta de comida pueden manifestarse como trastornos de base o como trastornos asociados a otros trastornos o enfermedades que se deben especificar claramente a partir del diagnóstico diferencial. Es por esta razón que se considera necesario determinar la relación de un trastorno de la ingesta de comida con una alteración emocional no de una manera lineal o unidireccional augumentando que uno es producto de la otra o que una conduce a la emergencia del otro, pues la relación debe ser entendida de manera dialéctica para lograr una mayor comprensión del cuadro y por ende una adecuada intervención terapéutica.

El modelo explicativo de los trastornos de la ingesta de comida permite estructurar un modelo de intervención terapéutica basado en el enfoque cognitivo-comportamental que utiliza procedimientos cognitivos y conductuales De acuerdo a las características de los sujetos con los que se trabajó, como procedimientos cognitivos se utilizaron los

métodos de detección y disputación de creencias irracionales, la aceptación de la imagen corporal y los pensamientos de afrontamiento; como procedimientos conductuales se utilizaron el restablecimiento de hábitos de ingesta adecuados, el entrenamiento asertivo, la solución de problemas, la relajación progresiva y la técnica del afrontamiento.

Entre los métodos de detección y disputación de creencias irracionales es necesario utilizar la repetición o parafraseo de las verbalizaciones relevantes, la identificación de asunciones o hipótesis maladaptativas, la diferencia entre “Demandar” algo y “Preferir”, el planteamiento de preguntas estratégicas para cuestionar la evidencia que sustenta o invalida las creencias, el reforzamiento de pensamientos racionales, la utilización de ejemplos, analogías y metáforas, la confrontación con las contradicciones del paciente respecto a sí mismo y los demás. La utilización de todas estas estrategias facilita la reestructuración cognitiva, es decir el cambio de creencias irracionales por creencias racionales que permiten sentir y actuar de un modo más adecuado.

De igual manera, la utilización de registros para la identificación de pensamientos automáticos y para el análisis racional de los mismos, asignados como tareas para la casa, se constituyen en facilitadores directos del proceso de cambio porque la persona aprende a identificar sus pensamientos y a distinguir los racionales de los irracionales para poder sustituirlos.

Respecto a la imagen corporal, las personas que presentan un trastorno de la ingesta de comida, presentan una percepción alterada del tamaño y de las dimensiones del propio cuerpo y sentimientos de insatisfacción respecto al mismo y a sus respectivas partes. Existen ocasiones en las que la percepción del tamaño y forma del propio cuerpo no se encuentra distorsionada, sin embargo existe una insatisfacción corporal reflejada en la atribución de adjetivos calificativos disminuidos respecto a la apariencia física. En caso de que la percepción sea desproporcional, es importante utilizar la técnica del espejo y del delineamiento corporal en combinación con métodos para la disputación de creencias irracionales. Dada la insatisfacción corporal, el encontrarse frente a la propia imagen se constituye en un elemento potencialmente estresante, por lo tanto, es aconsejable, utilizar la relajación progresiva previa aplicación de la técnica. Cuando la percepción del cuerpo no se encuentra alterada pero si existen sentimientos de



insatisfacción respecto al mismo y a sus respectivas partes, es necesario hacer énfasis en lo concerniente a la aceptación de sí mismo utilizando para ello la confrontación como método más apropiado para lograr que la persona abandone su visión de túnel o “de lupa” respecto a su apariencia física y a sus propias capacidades.

La utilización de la ficha para el completamiento de frases se muestra efectiva en lograr cuestionar la posición de la paciente respecto a sí misma y los demás, sus creencias irracionales y sus metas y propósitos que en muchos casos se encuentran focalizados en la delgadez y en el control del peso.

Los datos sugieren que la sobreingesta se produce porque la persona busca distraerse de otras preocupaciones a las que no puede responder, resultando de esta manera, el comer gratificante. Es por eso que frente a situaciones estresantes los sujetos evaluados manifiestan un estilo de afrontamiento inadecuado caracterizado por la evitación, que es generador de mayor ansiedad, por lo tanto el entrenamiento en técnicas de afrontamiento se hace imprescindible.

Para trabajar en el desarrollo de esquemas de afrontamiento no basta con la disputación de creencias irracionales, pues la persona debe percibir que es capaz de afrontar situaciones estresantes en la práctica del diario vivir.

La visualización de las situaciones estresantes en combinación con la técnica de la relajación progresiva y la respiración profunda, la elaboración de un listado de pensamientos de afrontamiento y la utilización de los mismos al igual que de la relajación progresiva in vivo para hacer frente a las situaciones temidas, es efectiva en lograr que la paciente adquiera un mayor autocontrol emocional.

La técnica de solución de problemas es efectiva en tanto la persona, sobretudo aquella que presenta episodios de sobreingesta, no dispone de tal capacidad, siendo la ingesta descontrolada la única respuesta emitida frente a este tipo de situaciones. Por lo tanto trabajar en el entrenamiento de habilidades para la resolución de problemas, en la confianza de la propia capacidad de respuesta y en la capacidad de afrontamiento, se constituyen en mecanismos necesarios que permiten la regulación del estrés y la emisión de respuestas adecuadas frente a las exigencias y demandas del medio.

El entrenamiento de habilidades y destrezas asertivas se constituye en una herramienta efectiva para los sujetos con un trastorno de la ingesta de comida que presentan dificultades para mantener relaciones interpersonales adecuadas con su familia y su grupo de pares, pues de esta manera aprenden a expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos de una manera adecuada sin agredir ni permitir ser agredido.

También es importante considerar la utilización de técnicas que permitan controlar la ingesta de comida en el caso de la existencia de episodios bulímicos y rehabilitar el peso a partir de la introducción de un patrón de comidas regulares en el caso de la anorexia nerviosa. Para tal fin, la utilización de registros para la identificación de episodios de ingesta de comida descontrolada y para el control de la misma es imprescindible pues permiten sustituir los pensamientos irracionales respecto a la comida y el comer por creencias racionales equivalentes con la realidad.

A esto se suma la importancia de educar al paciente en la regulación del peso corporal, en los efectos de las dietas restrictivas y en las consecuencias de las conductas purgativas, pues de esta manera la persona dimensiona el problema y se facilita la modificación de la conducta alimentaria alterada.

El modelo de tratamiento propuesto apunta a la reestructuración cognitiva a través de la comunicación interpersonal y de la capacitación en destrezas conductuales, por lo tanto considera el cambio tanto de esquemas cognitivos como de esquemas de acción. Para lograr todo ello, es importante establecer un buen contacto terapéutico y motivar para el cambio, pues de esta manera se logrará que el paciente se involucre en el tratamiento y por ende responda de manera positiva frente a él.

## REFERENCIAS

Branden N. (1990), *Como Mejorar su Autoestima*, Barcelona: Paidós.

Branden N. (1995), *Los Seis Pilares de la Autoestima*, Barcelona: Paidós.

Bernard M. & Ellis A. (1990), *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva*, Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. (1973), *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck A. & Freeman A. (1995), *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*, Barcelona: Paidós.
- Díez R. (1996), *Apuntes de Psicología. Volumen I*, Bolivia: Juventud.
- Díez R. (1996), *Apuntes de Psicología. Volumen II*. Bolivia: Juventud.
- Ellis A.& Grieger R. (1981) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis A.& Abrahms E. (1980) *Terapia Racional Emotiva* México: Pax.
- De Vega M. (1990) *Introducción a la Psicología Cognitiva* Madrid: Alianza.
- Echeburúa E. (1992) *Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*, Madrid: Pirámide S.A.
- Feldman R.(1994) *Psicología con Aplicaciones para Latinoamerica* México: McGraw-Hill.
- Ferreira Y. (1997) *Modelo Terapéutico Cognitivo-Comportamental Aplicado a las Alteraciones Emocionales y Rehabilitación Integral. Un Estudio realizado en Niños con Enfermedades Crónicas* La Paz: UCB.
- Gardner H. (1988) *La Nueva Ciencia de la Mente. Historia de la Revolución Cognitiva* Barcelona: Paidós.
- Iriarte P.& Orsini M (1995) *Conciencia Crítica y Medios de Comunicación. Técnicas de Análisis*. Cochabamba: Talleres Gráficos de Colorgraf Rodriguez.
- Herscovici C.& Bay L.(1993) *Anorexia Nerviosa y Bulimia* Barcelona: Paidós.
- Hidalgo C. & Abarca N. (1994) *Comunicación Interpersonal. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales* Chile: Universidad Católica de Chile.
- Lazarus R. & Folkman S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos* Barcelona: Martínez Roca.
- Mahoney M. (1983) *Cognición y Modificación de Conducta* México: Trillas.
- Mahoney M.& Freeman A. (1988) *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Mckay M., Davis M., Fanning P. (1988) *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Davis M., Mackay M., Eshelman E. (1985), *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A (1996).

- Navas J. (1988) *Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva. Una Visión Conductual-Cognoscitiva*. Jay-ce Printing.
- Peurifoy R. (1993) *Venza sus Temores. Ansiedad, Fobias y Pánico*. Barcelona: Robin Book.
- Raich R.(1996) *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Aron A. (1982), Aprendizaje Social y Familia, su Importancia en la Depresión, *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 320.
- Safran J. & Segal Z. (1994) *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Tannenhaus N. (1995), *Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Tellería J. (1997), *Aplicación de un Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual Basado en la Inoculación del Estrés para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fobia Social*. La Paz: UCB.
- Toro J.& Vilardell E. (1987) *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.