

TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA ÓPTICA COGNITIVO-EVOLUTIVA

José Luis Pascual Pérez

RECURSOS PSICOPEDAGÒGICS BCN

jpascualp@uoc.edu

GIP (Grupo de Investigación en Psicoterapia de Orientación Cognitiva Postracionalista)

www33.brinkster.com/gipsicoterapia

This work tries to integrate the contributions that outstanding cognitive therapists make to the psychotherapy and that they will be guided to the treatment of eating disorders. This boarding is framed in the context of the cognitive-evolutionary epistemology of Vittorio Guidano, with the contributions of the cognitive etiological model of Vitousak's and Ewald's nervous anorexia, and of the contributions on the therapeutic relationship of Safran and Segal and on meta-cognitive Semerari's functions et al. It is intended to offer some strategies and tools to make in front of this epidemic that they are eating disorders.

Key words: eating disorders, cognitive-evolutionary therapy, methacognitive function.

Introducción

Un **trastorno de la conducta alimentaria** puede definirse (Kirschman y Salgueiro, 2002) como “un conjunto de complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal, junto con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenadas y generan una serie de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos” (p. 45).

Entre estas consecuencias, y a diferencia de otros trastornos emocionales, los desajustes fisiológicos adquieren una importancia capital porque su regulación determinará en buena medida el pronóstico del trastorno. Entre estos desajustes fisiológicos, se incluyen las consecuencias físicas provocadas por la restricción

alimentaria, los atracones y/o las purgas y el *síndrome de inanición*, que se caracteriza por una preocupación obsesiva por la comida y una alteración de la conducta alimentaria, irritabilidad, labilidad emocional, trastornos en la concentración y el estado de alerta, trastornos en el sueño, disminución del interés sexual, etc.

Estos cambios cognitivos y conductuales se constituyen en un importante factor de perpetuación.

Como Kirszman y Salgueiro (2002) señalan, existen síntomas de la anorexia nerviosa (AN) que no aparecen en los estados de inanición de otro origen; son una negación acerca de la severidad de los cambios corporales y de los riesgos que esos signos constituyen para su vida y unos niveles elevados de energía y actividad.

En la AN, el *mecanismo subyacente* no está constituido por un déficit en la regulación del apetito. Con la restricción se persigue un ideal de delgadez y autocontrol, así que se lleva a cabo una autoinducción y una autodeterminación a dejar de comer.

Entre las consecuencias de un trastorno de la conducta alimentaria destaca la extrema concentración en sí mismos y la forma obsesiva que asumen las preocupaciones por el tema del peso/alimentación. Esto provoca manifestaciones de padecimiento y alienación que se expresan en la forma de ansiedad social, aislamiento, secreto y desconfianza en los demás; además de una necesidad de mantener el control, sentimientos de culpa, indefensión, desesperanza e inestabilidad emocional.

Cualquier modelo psicoterapéutico que incorpore el tratamiento de los trastorno de la conducta alimentaria debe considerar necesariamente los desajustes fisiológicos, la modificación de los hábitos alimentarios y el descentramiento progresivo de la obsesión que estos pacientes tienen por el cuerpo, de otro modo, su efectividad se verá seriamente comprometida. Asimismo, se hace imprescindible que los psicoterapeutas trabajen conjuntamente con otros profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, enfermeras, etc.) que traten estos aspectos. Además, el que diversos profesionales trabajen coordinadamente permite “amortiguar” movimientos antiterapéuticos o bloqueos de la terapia producidos por discusiones con los pacientes acerca de temas relacionados con el peso o la alimentación.

El trabajo presentado se centra principalmente en las sesiones de psicoterapia individual, pero los temas pueden trasladarse a otros espacios terapéuticos, como los grupos, los talleres de técnicas expresivas, etc, siempre que se respete la especificidad de cada espacio.

EPISTEMOLOGÍA COGNITIVO-EVOLUTIVA: EL MODELO TERAPÉUTICO DE VITTORIO GUIDANO

El modelo terapéutico de Vittorio Guidano asume una perspectiva evolucionista, considera la conciencia como un proceso dinámico en el que el procesamiento consciente deriva del afectivo-sensorial, y donde la *búsqueda de coherencia* es el

principio regulador que guía todo el proceso.

En “*El sí mismo en proceso*” (Guidano, 1994), el ser humano es entendido como un sistema cognoscitivo complejo que ordena constantemente la realidad que lo envuelve; el observador es autorreferencial: toda observación introduce en la realidad una distinción ordenadora en la que se van eliminando ambigüedades.

Este sí mismo autoorganizado es un incesante y activo constructor de significados personales (Lambruschi, 2001).

El **significado personal** representa el modo como un sistema organiza todas las posibles tonalidades de su dominio emocional en una configuración de conjunto capaz de proporcionarle una percepción estable y definida de sí mismo y del mundo (Guidano y Quiñones, 2002).

Toda comprensión resulta del proceso de regulación mutua entre *experimentar* y *explicar*: La **experiencia inmediata** (*YO*) es el conocimiento analógico (sensorial, emocional...), la vivencia, el sentido de mí mismo, de mi ser en el mundo. La **explicación** (*MI*), que surge con el lenguaje y es lo que nos caracteriza a los humanos, es la reorganización que damos a la experiencia inmediata (conocimiento analítico, racional).

El significado personal es el resultado de la articulación de estos dos niveles de la experiencia humana.

Guidano defiende una *concepción explicativa de la psicopatología* frente a la concepción tradicional, que es descriptiva, en la que el diagnóstico se fundamenta en una correspondencia entre un conjunto de síntomas criterio y los que un observador externo ve en una persona. La construcción de un orden nosológico en términos evolutivos, sistémico–procesales y explicativos (Guidano, 1994) se orienta hacia la comprensión y explicación de los procesos de significación; de este modo, conceptualiza la psicopatología como una ciencia explicativa del significado personal

La función básica de cualquier sistema que se autoorganiza es la de construirse un sentido de sí mismo (identidad) y mantenerlo lo más estable posible en el transcurso de su vida.

Así, la autoconciencia está orientada a reducir las discrepancias, a manipular los datos para hacerlos consistentes con la imagen consciente de nosotros mismos. Así, “no hay autoconciencia sin autoengaño” (Guidano, 1994). Si el autoengaño es excesivo, la persona no se explica gran parte de su experiencia inmediata y la vive como extraña, generando la aparición de los *trastornos psicológicos*.

Guidano (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2001; Quiñones, 1998) afirma que dentro de cada una de las modalidades de significado personal pueden existir diversas formas de procesamiento de significado, relacionadas a su vez con los niveles de autoengaño. Estas modalidades de procesamiento no son entidades independientes, sino que forman parte de un *continuum* que va de la normalidad a la psicosis, pasando por la neurosis, dependiendo del mayor o menor grado de

organización e integración del procesamiento.

De este modo, el objetivo de la *psicoterapia* se centra en la interconexión de estos dos niveles -experiencia inmediata y explicación- e implica hacer cada vez más consciente el proceso de atribución de la experiencia inmediata, y ayudar a construir una identidad más abarcativa, plástica y adaptativa.

Procesos vinculares y Organizaciones de Significado Personal

Los primates vivimos en una *realidad intersubjetiva*, en la que el conocimiento de sí mismo y del mundo siempre está en relación con los otros. Existe una continua y estrecha interdependencia entre procesos de apego y el sí mismo.

Durante el primer año de vida, la sensibilidad materna es el determinante primario de la calidad de apego: las madres sensibles tienen hijos seguros; las madres inconsistentes tienen hijos ambivalentes y las madres que interfieren y rechazan tienen hijos que evitan.

Crittenden (2002) ha realizado una descripción de la evolución que siguen los patrones de apego a lo largo del desarrollo y que marcan el camino que conduce a la configuración de las distintas organizaciones de significado personal.

Guidano describió cuatro organizaciones de significado personal: fóbica, depresiva, obsesiva y dápica o de los trastornos alimentarios.

Los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria generalmente presentan una organización de significado personal dápica u otras organizaciones de significado personal con un componente dápico.

Se va a describir la organización de significado personal dápica y algunos rasgos de las otras organizaciones, teniendo en cuenta que en el caso de que se presente una organización mixta (compuesta por rasgos de dos organizaciones de significado personal), ambas deberán considerarse a la hora de diseñar el tratamiento.

Organización de significado personal dápica o de los trastornos alimentarios (Guidano 1987; 1994; Guidano y Quiñones, 2001).

Los procesos de significado personal se basan en un *sentido borroso y difuso de sí mismo*. Las polaridades emocionales de estos individuos oscilan entre una *necesidad absoluta de aprobación por los otros significativos y el miedo a ser invadido por ellos*.

El origen lo hallamos en unos padres que redefinen constantemente los estados internos de sus hijos, generando en éstos un sentido de desconfianza respecto a su habilidad para reconocerlos y descifrarlos. El niño solamente puede conseguir una auto percepción estable mediante una relación cohesionada con una figura de apego, correspondiendo a sus expectativas.

Guidano asume la tipología de los patrones vinculares de Crittenden y, en el caso de esta organización, habla de padres exigentes y hostiles que generarán un

patrón de apego A4 o complaciente compulsivo, que puede tener o no un componente coercitivo (A4/C). En la anorexia este componente coercitivo es activo, mientras que en la bulimia y en la obesidad está ausente o es más pasivo.

Crittenden (2002) habla de los cuidadores de los niños con un apego A4 (complaciente compulsivo) como hostiles, que exigen agresivamente atención, respeto y obediencia que los niños dan inhibiendo sus propios deseos y ordenando su conducta alrededor de las expectativas de los padres. Por supuesto, que la hostilidad y la agresividad de la que habla Crittenden no se halla presente en todos los padres; la frialdad emocional y la exigencia pueden representar la hostilidad a la que se refiere esta autora.

Esta interferencia en la diferenciación entre sí mismo y los otros estructura un *sentido indefinido o difuso de sí mismo*, que provoca sentimientos desafiantes de ineficacia personal y vacío.

El equilibrio entre estos dos sentidos de sí mismo se consigue: seleccionando la figura preferida de apego como una imagen criterio para descifrar sus estados internos y/o manifestando actitudes controladoras y autosuficientes; excluyendo de la conciencia las emociones discrepantes con su sentido de sí mismo, estructurando una autoimagen según las expectativas percibidas del padre seleccionado y mediante variaciones en las sensaciones corporales como el hambre y la motilidad.

En la adolescencia, relativizan la figura de apego (decepción) con la que se correspondían y despiertan los sentimientos desafiantes que pretendían evitar. Esta decepción puede vivenciarse de dos modos distintos:

Modalidad activa (atribución causal externa): La decepción tiene lugar a los 14-18 años. La decepción es enfrentada activamente, se atribuye la desilusión al otro y se lucha por ello. El desequilibrio puede dar lugar a los *desórdenes anoréxicos típicos*.

Modalidad pasiva (atribución causal interna): La decepción se produce a una edad más temprana (10-11 años). No disponen de las capacidades necesarias para luchar activamente contra esta decepción. Las desilusiones anticipadas y las invalidaciones se atribuyen a rasgos específicos y concretos de sí-mismo. El desequilibrio puede dar lugar a la *bulimia nerviosa y la obesidad*.

El estilo afectivo dápico se caracteriza por tener una persona de referencia e intentar tener el máximo de confirmación afectiva con el mínimo de exposición.

La reflexión dápica destaca por las características de la *maximalidad*: si no es posible afrontar la exposición siendo el máximo, se evita.

La falta de confianza y fiabilidad de su autopercepción provoca una *sobredependencia a los marcos externos de referencia* en una *actitud perfeccionista*.

El sentido de sí mismo sólo puede alcanzarse estableciendo una relación afectiva íntima (que lo confirme), pero esto, a su vez, genera el riesgo de ser desconfirmado. Este rasgo se muestra en la *vulnerabilidad de los individuos con*

orientación dápica a los juicios negativos de los otros.

La activación de sentimientos desconfirmantes de ineficacia personal y/o vacío son explicados y controlados a través de las modificaciones de su imagen corporal producida por las alteraciones de su conducta alimentaria.

Organización de significado personal dápica mixta

Las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria generalmente manifiestan los rasgos descritos de la organización de significado personal dápica; pero en muchas ocasiones, se añaden rasgos de otras organizaciones; es decir, presentan una organización mixta en la que uno de los componentes es el dápico.

En estos casos, además de tener presente los temas básicos de la **organización de significado personal dápica** (sentido de sí mismo borroso y oscilante, no tener confianza en su mundo interno, necesidad de adecuarse a marcos externos de referencia -confirmación a través del otro-, etc.), deberán considerarse los rasgos propios del otro significado personal.

Si el otro componente es el **fóbico** hay que tener en cuenta las siguientes características: Tonalidades emocionales que oscilan entre la necesidad de protección y la búsqueda de libertad (evitación de la constricción); una actitud controladora sobre sí mismo, que se manifiesta principalmente en el intento de controlar sus estados emocionales, y en el intento de controlar al otro en la relación. Este control puede ser sobre todo espacial, conocer su ubicación física para proporcionarle una sensación de protección. Las emociones no son procesadas conscientemente, sino por medio del cuerpo. Tienden a reaccionar intensamente a las variaciones de su equilibrio afectivo: ante las amenazas de separación y ante cualquier aumento de implicación emocional en una relación afectiva estable (constricción)..

Si el otro componente es el **depresivo** hay que tener en cuenta las siguientes características: Tendencia a percibir las situaciones de activación emocional como pérdidas, rechazos o fracasos, que se conectan a un sentido de sí mismo como despreciable e indigno, con la sensación de tener que depender solamente de uno mismo (“dependencia compulsiva en uno mismo”). Presentan una oscilación emocional primaria entre la tristeza y la rabia; y desconfían de los demás que son considerados rechazantes. Estructuran una atribución interna, estable y negativa de pérdidas y fracasos. Pueden mantener dos actitudes hacia el sí mismo: una de autculpa (en la que predominan conductas autodestructivas); y otra que se organiza en los patrones de autoconfianza compulsiva. Perciben un vacío entre la propia experiencia y la de los otros...

Si el otro componente es el **obsesivo** hay que tener en cuenta las siguientes características: Predominio de un procesamiento analítico (dominio del lenguaje y evitación de lo emocional y de los impulsos biológicos); actitud dicotómica (si no se es totalmente positivo, se es totalmente negativo); necesidad de obtener una

certeza absoluta para no experimentar una falta total de control. La certeza pueden buscarla a través de una actitud perfeccionista que se sustenta en la adecuación a estándares morales, religiosos, políticos, etc., y en la duda sistemática...

El modelo cognitivo de Vitousek y Ewald (1993)

Vitousek y Ewald (1993) consideran que la anorexia nerviosa (y también otros trastorno de la conducta alimentaria) son no sólo un trastorno cognitivo, sino también del sí mismo; en estos trastornos se produce una asociación entre la identidad personal y las dimensiones del cuerpo. La vida de las personas con un trastorno alimentario está dominada por la idea nuclear y sobrevalorada de un aspecto del sí mismo: que la valía personal está representada (o por lo menos delimitada) por el peso y la forma corporal. Una vez formada esta idea, en la que el contexto sociocultural tiene una influencia considerable, aumentan las creencias y las conductas subsidiarias, los errores característicos de procesamiento de la información, los cambios psicológicos inducidos por el hambre, que sirven para mantener y reforzar esta premisa subyacente.

Estos autores, en el marco de los modelos cognitivos sobre los trastornos alimentarios, y al igual que algunas teorías psicodinámicas (como la de H. Bruch) ponen un énfasis especial en la motivación (el propósito y el significado) y la función de las conductas y creencias sintomáticas. Así, afirman que la anorexia nerviosa (como el resto de los trastorno de la conducta alimentaria) no son sólo una expresión de los elementos básicos del sí mismo, sino también un intento activo de *crear* un self. A pesar de sus consecuencias adversas, el trastorno de la conducta alimentaria les proporciona algunas ventajas adaptativas, ello explicaría la resistencia de algunas pacientes al tratamiento.

Vitousek y Ewald (1993) respaldan una perspectiva multidimensional en la consideración de las variables que intervienen en el inicio y el mantenimiento de los trastorno de la conducta alimentaria. Consideran los rasgos de personalidad que muchos autores citan en las personas que van a desarrollar un trastorno alimentario (mujeres jóvenes que han sido inseguras, solitarias, conformistas, excesivamente “buenas”, poco preparadas para ser adultos independientes y competentes...) y los agrupan en tres clusters:

- El “**self indigno**”: se caracteriza por una baja autoestima, sentimientos de desesperación e ineficacia, un pobre desarrollo de su identidad, una tendencia a obtener la verificación externa, una extrema sensibilidad a la crítica, y conflictos sobre la autonomía/dependencia.
- El “**self perfeccionable**” incluye los siguientes elementos: perfeccionismo, incluyendo los dos aspectos de altos estándares y la evitación del error, grandiosidad, ascetismo, y el estilo cognitivo de la resolución del Año Nuevo (“Justamente debo hacer X, para que la Y llegue a ocurrir, y seré la mejor persona por mis esfuerzos”).

- El “*self desbordado*”, que tiene las siguientes características: una preferencia por la simplicidad (manifestado en un estilo de enfoque cognitivo y una tendencia a reducir la información compleja), una preferencia por la certeza (manifestado en un deseo por la predictibilidad, las claras tareas demandadas, y un elevado grado de control personal), y una tendencia a retirarse de contextos sociales complejos o intensos (manifestada en la incomodidad por los afectos intensos, la evitación interpersonal y ansiedad, y los temores a la madurez psicosexual).

Cada uno de estos rasgos del sí mismo, puede descompensarse (entrar en crisis) en un momento de transición vital como es el paso de la infancia a la adolescencia, y ponerse en peligro su autoconcepto provisional: el *self indigno* se ve confirmado por repetidas experiencias de fracaso autodefinido, el *self desbordado* está abrumado por la multiplicidad e identidades y roles posibles, y el *self perfeccionable* gatea frenéticamente para restaurar un sentido de orden y un propósito.

El inicio del trastorno a menudo tiene lugar con la vivencia de un sentimiento de confusión y desconfianza en sí misma, y con la idea de que perder peso las aliviará de alguna manera de su desasosiego. Una vez que la premisa básica de la importancia de la delgadez se confirma, el conjunto de creencias y conductas anoréxicas funcionan de modo independiente al input ambiental.

Respecto al procesamiento de los esquemas cognitivos, el desarrollo de esquemas del sí mismo relativos al peso prolongan los síntomas casi de modo automático, afectando el modo cómo los individuos perciben e interpretan su experiencia. Se producen errores sistemáticos en el procesamiento de información relativa a ese dominio: uso excesivo del esquema, atención selectiva, perseverancia, correlación ilusoria, sesgo confirmatorio, sesgo egocéntrico, falso consenso y disponibilidad y representatividad heurística.

El mundo de los anoréxicos está dominado por los significados relativos al peso, su respuesta a estímulos externos y su autovaloración y autocrítica producen una focalización excesiva en el tamaño y la forma del cuerpo. Los cambios en el peso influyen poderosamente en el afecto y la cognición.

El procesamiento de estos esquemas actúa para simplificar, organizar y estabilizar la experiencia percibida del self y del ambiente externo. Las anoréxicas tienen una necesidad urgente por la simplicidad, organización y las funciones estabilizadas: dan la bienvenida al dominio de estructuras cognitivas monolíticas que reducen la complejidad y ambigüedad de la vida diaria.

El modelo cognitivo de Vitousek y Ewald sugiere que los síntomas de fondo de la anorexia nerviosa adquieren sus propiedades reforzadoras porque expresan o cumplen los componentes del sistema de creencias de los sujetos vulnerables. Así pues, pueden asociarse algunos elementos clave del sí mismo y las funciones que puede tener el trastorno alimentario, como se puede observar en la **tabla 1**.

Tabla 1. La función adaptativa de los síntomas anoréxicos para los aspectos del sí mismo (Vitousek y Ewald, 1993).

Aspectos del sí mismo	Funciones de la sintomatología anoréxica
<p>“Self indigno”</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Sentimientos de impotencia e ineficacia</p> <p>Pobre desarrollo de su sentido de identidad</p> <p>Tendencia a buscar la confirmación externa</p> <p>Extrema sensibilidad a la crítica</p> <p>Conflictos sobre la autonomía y la dependencia</p>	<p>La pérdida de peso lleva a sentimientos de orgullo y logro. La báscula permite valorar diariamente el valor personal.</p> <p>El control personal se establece sobre un área de funcionamiento. La negación de sí mismo mejora el sentido de autoeficacia. Control sobre otros incrementos.</p> <p>Se adquiere la identidad de un anoréxico. La delgadez y la gordura ayudan a definir los límites del sí-mismo. Se desvían los asuntos complejos circundantes de la identidad adulta.</p> <p>El peso llega a ser el marco para determinar la conducta correcta. Aprobación social por la delgadez y el autocontrol.</p> <p>Se atormenta por el peso aislado. Importancia del peso que hace disminuir la sensación de vulnerabilidad en otros dominios.</p> <p>El trastorno permite la reivindicación desafiante de independencia mientras simultáneamente manifiesta preocupación, asistencia y atención por parte de los demás.</p>
<p>“Self perfectible”</p> <p>Perfeccionismo</p> <p>Grandiosidad</p> <p>Ascetismo</p> <p>Estilo cognitivo de la “resolución del Año Nuevo”</p>	<p>El peso, las calorías y el ejercicio físico ofrecen estándares cuantificables de logro. Se ejercerá el foco del esfuerzo en un dominio tratado.</p> <p>Supera visiblemente a otros en un dominio altamente valorado por los otros. Sensación de ser único y superior que deriva del trastorno.</p> <p>Supresión de los deseos corporales a través del autocontrol y la inanición. El pecado de comer en exceso puede expiarse mediante el ayuno, las purgas y con el ejercicio físico.</p> <p>Preferencia por los sistemas satisfechos de reglas dicotómicas bueno/malo. El conjunto del trastorno obtiene una sucesión de cambios.</p>
<p>“Self desbordado”</p> <p>Preferencia por la simplicidad</p> <p>Preferencia por la certeza</p> <p>Tendencia a retirarse de los ambientes sociales complejos</p> <p>Evitación de los afectos intensos</p>	<p>Foco cognitivo limitado a la restricción y al procesamiento esquemático. El control de peso produce un sistema de reglas simple y predecible.</p> <p>Creencia en que la delgadez nos libra de desconfiar en la experiencia. El peso y las calorías producen un feedback cuantificable.</p> <p>El hacer dieta y la inanición ayuda a retirarse hacia sí mismo. Las demandas y expectativas sociales llegan a perder relevancia. Se alivia el conflicto creado por la maduración sexual.</p> <p>Las emociones se adormecen por la inanición. Comer, purgarse y hacer ejercicio se usan para regular la emoción.</p>

Vitousek y Ewald explicitan la secuencia que debería seguir el tratamiento: la restauración de la ingesta normal de comida y el peso; la atención a las distorsiones causadas por el procesamiento esquemático, por las contingencias internas de mantenimiento de las creencias y conductas anoréxicas, por las influencias socioculturales, y finalmente, por los aspectos subyacentes del self. A través de todas las fases, se destaca la calidad adaptativa y funcional de los trastorno de la conducta alimentaria.

El establecimiento de una relación terapéutica de apoyo y segura es visto como un prerrequisito para el éxito de este esfuerzo (para enfrentar la terrible perspectiva de ganar peso). Más tarde, en el tratamiento, la relación también sirve como un modelo para explorar creencias sobre otros asuntos interpersonales de la vida del cliente.

Los clientes son amablemente disuadidos a transferir su tendencia a confirmar sus expectativas externas en la persona del terapeuta; la meta del tratamiento no es adoptar por ellos los estándar de otros, sino desarrollar la capacidad de valorar, seleccionar y decidir por ellos mismos.

Se reconoce explícitamente que la pérdida de peso debe conferir algunos beneficios significativos, que deben lograrse sin llevar a cabo conductas disfuncionales para su salud física y psicológica.

La mayoría de las primeras sesiones de terapia se desenvuelven ayudando a la cliente a construir una lista exhaustiva de los pros y los contras de su trastorno de la conducta alimentaria, en sus propios términos, y empezar el proceso de exploración de sus implicaciones. Sin menospreciar las creencias, el terapeuta pregunta al cliente sobre si sus mecanismos de afrontamiento (las funciones y motivaciones del trastorno de la conducta alimentaria) han cumplido con el objetivo inicial que pretendían, y cuáles han sido los costes.

Este énfasis deliberado en los aspectos funcionales de las actitudes y conductas y sobre todo de los costes, harán que las pacientes compartan con el terapeuta y empiecen a desear otra forma alternativa de superar su inseguridad, confusión e inadecuación personal. Están a menudo cansadas de su hambre, afligidas por su preocupación continua con las trivialidades del control del peso, apuradas por una cantidad considerable de síntomas físicos y psicológicos de la inanición, y lastimadas por competir por una metas incompatibles.

Una vez que esta línea de averiguación ha comenzado a dar alas a algunas dudas incipientes acerca del valor del patrón anoréxico, el terapeuta puede comenzar a impulsar al paciente a esforzarse en desarrollar algunas de las alternativas más satisfactorias que puede servirle mejor a sus propios intereses.

A lo largo del tratamiento, a las anoréxicas se les enseña a testear la validez de sus suposiciones y las contingencias de refuerzo percibidas que les influyen, en lugar de aceptar la visión de la realidad que tienen ellas o el terapeuta. Se les anima a experimentar con nuevas estrategias para lograr sus metas, nuevas fuentes de

refuerzo positivo para experimentar placer y orgullo, y nuevos estándares para calcular su autovalía.

Sobre el curso de la terapia, gradualmente la atención cambia de posición desde el foco de la sintomatología anoréxica hacia los aspectos más generales del self que pudieron predisponer al individuo a desarrollar su trastorno.

Metodología y estrategia terapéutica cognitivo-evolutiva

Una vez trazadas las características principales de las personas que pueden presentar un trastorno alimentario, y su recorrido evolutivo, pasemos ahora a delinear el modo cómo se puede trabajar en terapia con estos pacientes.

Quisiera destacar aquí, que he realizado un intento de integrar diversos modelos terapéuticos, que aunque tienen en común sus fundamentos epistemológicos y se nutren de aportaciones de la misma procedencia, puede que no coincidan en la manera concreta de plasmar su concepción de la terapia ante los pacientes. A pesar de ello, creo que esta integración aporta más herramientas a la hora de enfrentarnos a las dificultades de nuestros pacientes.

En primer lugar se va a describir la metodología y la estrategia de trabajo de Vittorio Guidano, para posteriormente pasar a describir el trabajo sobre la relación terapéutica de Safran y Segal y las funciones metacognitivas de Semerari et al., con aportaciones Liotti. En este punto, daré unos apuntes sobre un tipo particular de bulimia nerviosa. Finalmente, siguiendo la estructuración que Semerari et al.(2001) realizan de las dimensiones de la vida mental, intentaré integrar las aportaciones que los diferentes autores hacen en cada una de ellas, y los objetivos y las tareas terapéuticas que los profesionales de la salud mental pueden llevar a cabo.

METODOLOGÍA POSTRACIONALISTA.

Los pacientes acuden a terapia porque sufren por la presencia de emociones que irrumpen en su conciencia y que no puede dominar ni explicarse, por lo que le parecen ajenas y extrañas (Guidano y Quiñones, 2002).

El terapeuta alienta al paciente a una exploración y examen de su mundo afectivo que lo conduzca a la comprensión de la estructura de su propia dinámica emocional.

Este modelo defiende que *no hay cambio posible sin emociones* (Guidano y Quiñones, 2001). Entiende el *sí mismo* como un proceso, un fluir permanente hacia niveles más complejos e integrados de estructuración; y las *perturbaciones emocionales* como el resultado de intentos fallidos de cambio en el orden de ese constante proceso reestructurante.

El objetivo de la terapia cognitiva post-racionalista es la construcción de un equilibrio progresivo que se va logrando como resultado de una reorganización del significado personal, como una reorganización de las categorías emocionales que resulten críticas para la persona. El método para alcanzar ese objetivo es la

comprensión por parte del paciente mismo del funcionamiento de aquellas reglas básicas con las que ordena su experiencia mediante la *autoobservación*.

El rol del terapeuta es el de un perturbador emocional estratégicamente orientado (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2002). La reorganización del significado personal se genera a partir de discrepancias que perturban al paciente obligándolo a reorganizarse y que en el proceso terapéutico, pueden proceder de tres fuentes (Guidano, 1994):

La primera de ellas, al comienzo de la relación terapéutica, es la percepción por parte del paciente de la forma en que el terapeuta enfoca las perturbaciones emocionales que lo aquejan.

La segunda fuente es el efecto discrepante provocado por las explicaciones ofrecidas por el terapeuta que desencadenarán cambios en los puntos de vista que el paciente tiene sobre sí mismo.

La tercera de las fuentes de discrepancia es una relación terapéutica con un alto grado de implicación emocional.

El método de autoobservación puede concretarse en la *técnica de la moviola* (Guidano, 1997, p.376):

“Utilizamos una metáfora cinematográfica para estructurar el proceso de observación del sí-mismo... Como si estuviera en una sala de montaje de una película, se entrena al paciente para dividir una experiencia particular en una secuencia de escenas (“visión panorámica”), enriqueciendo los detalles en cada escena con aspectos sensoriales y emocionales (“reducción”), y finalmente, reinsertar la escena, ya enriquecida, en la secuencia de la historia (“ampliación”). Cuando el paciente se ve a sí mismo, tanto desde el punto de vista subjetivo (al analizar la escena en primera persona) y la perspectiva objetiva (analizar la escena en tercera persona, desde la perspectiva de un observador), el paciente comienza a construir nuevas abstracciones sobre el sí-mismo”.

Guidano (1994) describe diferentes fases del proceso terapéutico, que siguen una secuencia que va desde el presente hasta el pasado, y en la que no es imprescindible alcanzar la última de ellas. El proceso terapéutico puede delinearse del siguiente modo (Guidano 1994; Guidano y Quiñones, 2002):

Fase 1. Preparación del contexto clínico e interpersonal.

Se empieza con la pregunta clásica: «¿Qué problema le ha traído aquí?». Mientras el paciente responde delineando su cuadro clínico, el terapeuta debe formular, lo antes posible, una hipótesis sobre la probable organización de significado personal que está en el origen de la sintomatología.

El terapeuta debe llegar a una reformulación del problema presentado como «interno» y evitar atribuir los síntomas a una enfermedad externa al paciente (debemos llevar el desequilibrio a la interconexión entre las vivencias que tiene el

paciente y la manera en qué se las atribuye).

El terapeuta empieza definiendo el contexto interpersonal como una colaboración recíproca, y la relación terapéutica como una herramienta de indagación para construir una comprensión que de momento está ausente.

Fase 2. Reconstrucción de la vida actual

Reconstrucción del presente. El presente significa ver desde cuándo empezó el desequilibrio hasta la fecha actual. El terapeuta, empleando el dispositivo de la moviola, debe instruir repetidamente al paciente para que enfoque en cada escena la diferencia entre la experiencia inmediata y su explicación, introduciendo la distinción entre el “cómo” (la experiencia) y el “por qué” (la explicación).

En esta fase se enfrenta la *dinámica dápica*, la manera en la que el paciente se siente impulsado a cumplir con las expectativas del otro y su sensibilidad al juicio ajeno.

En el análisis de las escenas en la moviola, el terapeuta promueve la capacidad del paciente para reconocer y evaluar sus estados emocionales, especialmente en aquellas situaciones en las que el paciente manifiesta una sensación de incomodidad por miedo al juicio ajeno.

Es, en estas situaciones, dónde el terapeuta inicia la estructuración de un mecanismo de autoobservación que aumenta la flexibilidad para adoptar la perspectiva ajena y promover una modificación del punto de vista sobre él mismo ligado a la modificación de su modo de ver a los otros. El otro es percibido con una actitud crítica; se entrena al paciente a enfocar la conducta de esa persona desde dos puntos de vista:

la percepción de la conducta del otro como información sobre uno mismo; y como información sobre ese otro.

El contraste entre estos dos puntos de vista genera una diferenciación y un descentramiento en el paciente, que lo ayudará a definirse de un modo no dependiente a esa persona.

Fase 3. Reconstrucción del estilo afectivo.

En esta fase se reconstruye toda la carrera afectiva/sentimental del paciente, todas las relaciones afectivas significativas se ponen en secuencia y en cada relación se reconstruye cómo se formó, cómo se mantuvo y cómo se separaron. Se pasa repetidamente por la moviola, las secuencias de escenas significativas que caracterizan cada relación distinguida por el paciente como significativa, con el objetivo de que reconstruya las tramas invariantes que unifican y dan continuidad a su trayectoria afectiva. El paciente puede reconocer y apreciar de qué modo diferentes estados emocionales se combinan a lo largo de un vínculo afectivo, y cómo la percepción de otro ser significativo llega a regular la autopercepción.

Fase 4. Reconstrucción de la historia evolutiva

Los acontecimientos significativos se identifican por el tipo de resonancia emocional que provocan, y por el modo en que el cliente actúa para reconocerlos y autorreferírseles. Los recuerdos que parecen significativos son los que suscitan emociones y sensaciones “discrepantes”.

El análisis de cada escena, una vez que ha sido reconstruido el punto de vista subjetivo con el que se ha experimentado un acontecimiento, es posible confrontarlo con dos puntos de vista objetivos diferentes:

Cómo se vería uno desde afuera con los “ojos” de aquella edad.

Cómo ve uno desde afuera, mientras enfoca esa edad, reconstruyendo con los “ojos del presente”.

Metodología cognitiva-interpersonal de Safran & Segal (1994), Semerari et al. (2002) y Liotti (1994)

La relación terapéutica

Safran y Segal (1994) establecen el concepto de *ciclo cognitivo interpersonal*, que explica la permanencia en el tiempo de esquemas interpersonales desadaptados, que funcionan como profecías autocumplidoras.

Los estados emocionales problemáticos tienen lugar de modo sutil en una interacción, pero pueden ser percibidos por nuestro interlocutor gracias a la capacidad innata de los seres humanos para reconocer las expresiones corporales de las emociones. Así, nuestro interlocutor puede responder también de modo negativo, manteniéndose de este modo el ciclo interpersonal problemático.

Si el terapeuta toma conciencia de estas señales expresivas puede reconstruir la naturaleza del ciclo interpersonal en el que está involucrado, y llegar a comprender el esquema interpersonal del paciente, evitar las confirmaciones de las expectativas negativas de aquel y ayudarlo a hacerlo consciente.

Semerari (1991) considera que el paciente somete al terapeuta a continuos tests (“testing”) para valorar el grado de seguridad interpersonal que es capaz de garantizar y para evaluarlo como fuente autorizada de información sobre sí mismo.

Mediante estos tests, el paciente construye modelos del modo de pensar del terapeuta, sobre todo de cómo lo percibe. A medida que el terapeuta supera estos tests, el paciente irá asimilando sus puntos de vista y asumiéndolos como explicación y regulación de la propia conducta (el terapeuta es asumido como una fuente autorizada de información).

En los diálogos internos que el paciente mantiene con el terapeuta en el intervalo entre sesiones, se van formando las *neoestructuras terapéuticas*, estructuras supraordenadas que aumentan las capacidades metacognitivas.

Liotti (1993, 1994) mantiene que en el paciente, en la relación terapéutica, compiten diversos *sistemas motivacionales interpersonales* (SMI) para acceder a

la conciencia, siendo únicamente uno el que lo consiga para que surja una representación coherente de sí mismo y de los demás. El SMI (de apego, de asistencia, agonístico, sexual o cooperativo) que accede a la conciencia provoca la activación de un SMI recíproco en el interlocutor.

El funcionamiento de los procesos que regulan el acceso a la conciencia de la información inconsciente procesada en paralelo por los diversos SMI está influenciada por la historia de las relaciones afectivas y la cualidad de las relaciones actuales. Así, en los niños desorganizados (apego D), en las interacciones con sus cuidadores, se manifiestan comportamientos y emociones contradictorias, que generarán un acceso a la conciencia simultáneamente de diversos SMI con la existencia de múltiples imágenes de sí mismo y del otro a la vez.

Para lograr una idea de la relación con el cuidador se produce una competición entre diversos SMI para acceder a la conciencia, y esto se refleja en un estado alterado de conciencia (disociación). Esta situación puede observarse en algunos casos de *bulimia nerviosa “multiimpulsiva”* como refieren Vanderlinden y Vandereiken (1999).

BULIMIA NERVIOSA “MULTIIMPULSIVA”

Según Vanderlinden y Vandereiken (1999), las pacientes bulímicas presentan las siguientes características clínicas: una experiencia corporal negativa, impulsividad (agresividad), tendencias a la adicción, inestabilidad del humor, experiencias disociativas, sugestión incrementada e historial de psicotrauma. Estos autores presentan un modelo multifactorial de trauma y disociación en el que expresan que el lugar que ocupa el trastorno de la conducta alimentaria de un paciente con antecedentes traumáticos puede verse de diferentes modos:

Cabe considerar que la conducta bulímica (atracones, vómitos, purgas) es una forma de hacer frente a sentimientos, recuerdos, sensaciones y cogniciones estrechamente ligados al trauma. La bulimia nerviosa (BN) sería una variante de descontrol de los impulsos en estado de disociación.

El trastorno de la conducta alimentaria también puede entenderse como una manera de superar una autoimagen negativa, y más particularmente una experiencia corporal negativa, resultante del abuso físico y/o sexual. En muchos casos, esta imagen corporal negativa se expresa también en otros actos autodestructivos.

En los trastorno de la conducta alimentaria, la gravedad de los antecedentes traumáticos parece relacionada con una mayor sintomatología bulímica y una mayor comorbilidad, en especial respecto de los trastornos del estado de ánimo, los rasgos de personalidad límite y los problemas de impulsividad.

Los datos referidos a la comorbilidad de los trastorno de la conducta alimentaria indican un nexo especial entre la conducta bulímica y la impulsividad. En un número considerable de estos pacientes, el descontrol de los impulsos parece vinculado a experiencias disociativas y/o a antecedentes traumáticos (abuso físico o sexual).

Tal como Varderlinden y Vandereiken (1999) expresan, este grupo de pacientes se acoge bien al concepto de “síndrome de reinstauración del trauma” de Dusty Miller (1994):

- 1) el sentimiento de estar en guerra con el propio cuerpo;
- 2) el secreto excesivo como principio organizador central de la vida;
- 3) un tipo específico de fragmentación del self; y
- 4) relaciones personales en las que la lucha por el control deja todo lo demás en segundo plano.

En la línea de Semerari et al. (2002), los pacientes que presentan bulimia multiimpulsiva, y en pacientes con trastorno de personalidad límite y los que tienen trastornos disociativos, presentan oscilaciones bruscas en la capacidad de funcionamiento metacognitivo: alternan períodos de estabilidad con crisis que coinciden con momentos en los que se rompe la sintonía interpersonal.

Semerari et al. (2002), al considerar el déficit de regulación de los objetivos, afirma que algunos clientes en ausencia de representación de objetivos, por la no existencia de una persona significativa, experimentan una sensación de vacío y nulidad, junto a una sensación de abulia y astenia. En esos momentos pueden llegar a tener una sensación de pérdida de cohesión del esquema corporal, por lo que buscan estados de activación erótica o conductas bulímicas como intentos de “sentirse” (intentan crear una condición somática que permite una nueva toma de contacto con el propio cuerpo).

REGULACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

De acuerdo con Safran y Segal, 1994; Semerari, 1991; y Liotti, 1993; 1994, es posible favorecer en el paciente estados de mayor integración y mayor funcionalidad de la conciencia, modulando la sintonía interpersonal en la sesión. Una vez hecho esto, puede intervenir con las técnicas cognitivas sobre los aspectos esquemáticos y de contenido.

El paciente puede utilizar la seguridad de compartir con el terapeuta alguno de los elementos del estado mental para comprender y controlar mejor los propios procesos psicológicos y así construir una representación válida de la mente del terapeuta.

Según Semerari et al. (2002a, 2002b), la regulación de la relación terapéutica con el paciente difícil se basa en dos principios técnicos:

- la construcción del estado mental compartido, que requiere la disciplina interior del terapeuta -o sea aquellas operaciones mentales que el terapeuta debe realizar para evitar verse involucrado en un ciclo interpersonal problemático-;
- y la señalización de la participación por parte del terapeuta., mediante una indicación implícita a través de la comunicación no verbal, el uso del plural mayestático, la referencia a estados mentales o a intereses del terapeuta, y la narración de episodios de su vida.

INTERVENCIÓN SOBRE LAS FUNCIONES METACOGNITIVAS

Para Semerari et al. (2002a), la **metacognición** alude a la capacidad de reconocer y dirigir estratégicamente los procesos mentales. Puede subdividirse en las siguientes tres funciones: conocer el propio funcionamiento mental (*capacidad autorreflexiva*), realizar inferencias sobre el estado mental ajeno (*capacidad de comprensión de la mente ajena y/o descentramiento*), y elaborar estrategias adecuadas para la resolución de problemas (capacidad de control del propio estado emocional con el fin de hacer frente a los problemas que se le presentan a uno (*mastery*)).

De acuerdo con estos autores, el sufrimiento aparece cuando los pacientes no tienen conciencia ni control de sus estados mentales. Esto nos remite a la concepción de Guidano sobre la psicopatología como aquella parte de la experiencia inmediata (nuestras vivencias) que el sujeto no reconoce como propia y la vive como ajena a sí mismo. Así, determinar el déficit nos puede permitir orientar la terapia hacia la recuperación o comprensión de esa función deficitaria específica.

En los pacientes que presentan déficits en las funciones metacognitivas, el aspecto principal de la intervención, según estos autores, es la gestión consciente y orientada estratégicamente de la relación terapéutica.

Las intervenciones en las funciones metacognitivas enfatizan el componente psicopedagógico. El terapeuta presenta al paciente una conceptualización descriptiva y explicativa de sus síntomas, con el objetivo de tratar de normalizar su situación.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a la integración, Semerari et al (2002b) señalan tres técnicas cognitivas no estándar: Greenberg y Safran (1987) ayudan al paciente a ser consciente de sus emociones inhibidas; Liotti (1994) se plantea la identificación del sistema motivacional interpersonal activo en el paciente y Guidano (1994) establece la técnica de la moviola.

El trabajo con autorregistros para intentar hacer patentes al paciente las conexiones entre las situaciones, los pensamientos, las emociones y las conductas serían un recurso de la terapia cognitiva estándar que favorecería la integración.

Respecto a la intervención sobre la comprensión de la mente ajena/descentramiento, Semerari et al. (2002a) hablan del uso del role playing, donde se pide al paciente que interprete el papel de otro, mientras el terapeuta personifica el propio paciente.

Estos autores, citan a Dimaggio, Procacci y Semerari (1999), que han elaborado un *procedimiento técnico específico “de diseño del espacio mental”* dirigido a favorecer el descentramiento. A los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria, que son muy sensibles al juicio ajeno, les podemos aplicar esta técnica para ayudarlos a descentrarse.

TRABAJO SOBRE LOS ESTADOS MENTALES, LOS DÉFICITS METACOGNITIVOS Y LOS CICLOS INTERPERSONALES EN LOS TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ENFOQUE COGNITIVO DE SEMERARI ET AL)

Siguiendo la línea de trabajo de Semerari et al. (2001), quienes consideran cinco dimensiones de la vida mental en la construcción de los modelos de descripción de los trastornos de personalidad, me basaré en estas dimensiones para organizar la información sobre el funcionamiento de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. Esto implica asumir que los pacientes trastorno de la conducta alimentaria tienen una estructura de personalidad específica, o en la línea cognitivo-evolutiva seguida, que presentan unas características definidas por una organización de significado personal concreta. Pasemos a delinear cada una de estas cinco dimensiones de la vida mental:

Los contenidos (los estados mentales en las relaciones).

Tal como Guidano (1987, 1994, 2001) ha puesto de manifiesto, los pacientes con un trastorno alimentario se caracterizan por presentar una identidad borrosa, difusa o poco delimitada, y por ello tienen una necesidad apremiante de aprobación por parte de los otros significativos y, al mismo tiempo, miedo a ser invadidos por ellos. Este sentido de sí mismo difuso provoca sentimientos de ineficacia personal y vacío, que tratan de compensarse mediante la búsqueda de confirmación de una persona de referencia. Han sido niños que han conseguido lograr mantener un acceso emocional con sus padres de forma estable y segura, en la medida que en cada momento han correspondido a sus expectativas. De esta forma se ha establecido una construcción de la identidad del sí mismo sobre criterios externos.

Su estilo afectivo se caracteriza por tener una persona de referencia e intentar tener el máximo de confirmación afectiva con el mínimo de exposición. Ésta es la estrategia de “*poner al otro a prueba*”.

Respecto a su estilo cognitivo, éste puede presentar una característica que Guidano denomina “*maximalidad*” (Comunicación personal, 1999): Esto implica, desde el punto de vista dápico, que *no hay tiempo para el aprendizaje*, ya que el máximo debe estar presente desde el inicio. Aquí encaja la actitud perfeccionista mostrada por las personas con una organización dápica: tienen la fantasía de que o se es perfecto o no se es válido. Si no es posible afrontar la exposición siendo el máximo, se evita (cada exposición correspondería a un juicio negativo, y eso implicaría una autoimagen negativa).

En estas personas, los sentimientos de ineficacia personal y vacío prevalecen y encajan en la posibilidad de tener una imagen del cuerpo inaceptable. Es aquí donde tienen su explicación todos los mecanismos que utilizan para tener un control sobre su cuerpo. La dependencia de su sentido de sí mismo a la imagen que obtenga de los otros explica la vulnerabilidad de los individuos con orientación dápica a los juicios negativos.

Ya se ha hecho referencia a cómo Vitousek y Ewald (1993) organizan las características de la personalidad de los individuos candidatos a presentar un trastorno de la conducta alimentaria en tres clusters: el self indigno, el self perfeccionable y el self desbordado o abrumado.

Los perfiles de las funciones metacognitivas

Semerari et al (2001), consideran que son cuatro las variables fundamentales, que constituyen los perfiles de las disfunciones metacognitivas. Al mismo tiempo que vayamos haciendo referencia a ellas, se irá incidiendo en los déficits de las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria.

Función de monitoreo: Semerari et al. (2001) se refieren a ella como “la capacidad de reconocer los estados internos y asociarles sus (relativas) causas internas o externas” (p.9).

Debido a su estilo de crianza, en la que los padres han interferido el reconocimiento y la atribución que estos niños debían hacer de sus estados internos (Guidano y Quiñones, 2001), pueden presentar una gran dificultad en identificar y hacer una adecuada interpretación de sus estados emocionales, de ahí que necesiten “orientarse” externamente, en lo que los otros puedan “aportarle” de su sí mismo.

Función de diferenciación: Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de reconocer la naturaleza representacional del pensamiento, de diferenciar entre representación y realidad y de realizar operaciones de descentramiento captando las diferencias entre el funcionamiento mental propio y ajeno” (p.9).

Las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria tienen un pensamiento egocéntrico; pueden tener una buena comprensión de la mente ajena, pero tienen dificultades en descentrarse: ven a los otros desde sus propios parámetros. Pueden tener dificultades para empatizar con el otro.

Función de integración: Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de captar los nexos entre los diversos estados mentales y modalidades de funcionamiento propio y ajeno, organizando las descripciones en narraciones coherentes y comprensibles para el interlocutor” (p.9).

Esa falta de confianza en sus propios estados internos, produce déficits de integración, ya que en sus conclusiones las expectativas de los otros se colocarán por delante de sus propias conclusiones personales. Por eso viven en un estado permanente de confusión. En momentos extremos, la desconexión con la información analógica y lo corporal puede producir estados disociativos (tal y como se ha comentado al hacer referencia la bulimia nerviosa multiimpulsiva).

Función de mastery. Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de definir los propios problemas en términos psicológicos, formularlos adecuadamente y activar estrategias apropiadas para su solución o para hacer frente al sufrimiento psicológico que se deriva de ellos” (p.9).

Las pacientes trastorno de la conducta alimentaria presentan dificultades

operativas derivadas de sus déficits autorreflexivos y de la comprensión de la mente ajena/descentramiento. Por su actitud perfeccionista y el estilo de afrontamiento caracterizado por la *maximalidad*, pueden evitar aquellas situaciones en las que no tienen la certeza de que su actuación será intachable. Esto limita mucho su capacidad de dominio.

En lo que se refiere al propio organismo, se puede apreciar una diferencia considerable entre pacientes anoréxicas y bulímicas; mientras que las primeras pueden llegar a tener un control casi absoluto de su cuerpo y sus impulsos biológicos, las segundas pueden llegar a descontrolarse totalmente, dejándose llevar por sus impulsos en algunos momentos, mientras en otros hacen el intento infructuoso por mantenerlos bajo control.

Los ciclos interpersonales disfuncionales

Una persona con una identidad poco definida de sí misma, que tiene una especial sensibilidad al juicio ajeno, que requiere la confirmación de los otros significativos y, que da una especial importancia a los aspectos formales y a su apariencia externa (los esquemas cognitivos que procesan esta información sobresalen sobre los demás, o lo que es lo mismo, el resto de dominios son mediatizados por éste), que presenta las características de la *“maximalidad”* y una actitud perfeccionista, y además como resultado de los déficits que presenta en las funciones metacognitivas, puede involucrarse en alguno de los siguientes ciclos interpersonales problemáticos (sin excluir la existencia de otros diferentes):

Ante la actuación interpersonal, si no se sienten competentes al cien por cien, pueden distanciarse cognitivamente, adoptando el rol de espectador (evalúan reiteradamente qué imagen tendrán los demás de ellos, y se compararán –infravalorándose– con los otros), con lo que también se distancian emocionalmente. Esto lo pueden percibir los otros y retroalimenta un círculo vicioso de distanciamiento mutuo.

En las relaciones interpersonales, por su tendencia a adecuarse a marcos externos de referencia, para obtener la confirmación de los otros, puede priorizar aquellas metas que sugieren los otros (éstas regularán sus objetivos); esto puede generar tres situaciones, tal y como Semerari et al (2002a) han puesto de manifiesto: una sensación de vacío, nulidad, abulia, etc., una sensación de desbordamiento, y una sensación de coerción de las relaciones interpersonales. Cualquiera de estas situaciones puede provocar una respuesta complementaria del interlocutor, lo que no sólo mantiene sino que potencia el ciclo.

En sus relaciones afectivas, la gran sensibilidad al otro, no sólo por la necesidad de ser confirmado, sino porque existe la posibilidad de desconfirmación, puede generar el mecanismo de “poner a prueba” constantemente a su pareja, exigiéndole cosas al límite de lo que un ser humano puede aguantar. Esta situación puede provocar en el otro la respuesta que tanto temía: la desconfirmación.

Debido a la continua adecuación a las expectativas del otro, reaccionan continuamente y de modo anticipado a lo que creen que los demás piensan de ellos, por encima de sus propios deseos, que generalmente se desconocen porque están más orientados externamente que internamente. De este modo, provocan en algunas situaciones las respuestas que esperaban. Por ejemplo, en un contexto en el que pueden sentirse inseguros o inferiores, con su comportamiento no verbal pueden provocar una reacción adversa: “si me siento rechazado, reaccionaré en consecuencia, y si los otros se sienten atacados, se defenderán...”, perpetuando de este modo el ciclo interpersonal problemático.

En este desconocimiento o desconfianza de su mundo interno, es posible que el sujeto disocie algunos aspectos de sí, que de modo no-verbal aparecerán en la relación con los demás, y reforzarán la idea que había conducido a disociarlos. En algunos casos, la desconexión con su cuerpo les puede llevar a adoptar conductas autolesivas, bulímicas, etc., como un intento de volver a “sentir” y conectar con el propio cuerpo.

La regulación de las elecciones

Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria presentan déficits de representación de los objetivos, (Semerari et al. 2002a). Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria, al igual que los que presentan trastornos de personalidad por dependencia, tienen dificultades en ponerse objetivos y organizar planes para alcanzarlos. Según Semerari et al. (2002a), la regulación equilibrada de las elecciones requiere los siguientes elementos:

- La marcación somática de la experiencia emocional. Según la hipótesis de Damasio (2001), las emociones marcan somáticamente (en un sentido agradable o desagradable) algunos escenarios mentales.
- El self de valores (self ideal): el sistema de valores y las ideas sobre cómo quisiéramos ser.
- La regulación interpersonal.

Estos autores (Semerari et al., 2002a) afirman que cuando alguno de estos factores se vuelve deficitario, los otros tienden a hacerse hipertróficos para compensar el déficit. El tratamiento supone potenciar las funciones metacognitivas deficitarias, en lugar de ir contra la hipertrofia compensatoria de las otras. La déficit de representación de los objetivos puede manifestarse de diversas formas:

- Sin una persona como referencia no pueden reprenderse un objetivo o una secuencia de acciones; no logran pensar en sí mismos y experimentan una *sensación de vacío y de nulidad*, acompañado de una sensación de abulia y astenia (colorido emocional vago o propenso al humos disfórico).
- En presencia de múltiples demandas relacionales se representan demasiadas metas, produciéndose una representación caótica y simultánea de muchos objetivos y tareas, sin poder seleccionar uno en el que centrar su

atención consciente. En este estado predominan las *experiencias de confusión, ineficacia personal y desbordamiento*. Una herramienta terapéutica para hacer frente a la experiencia de desbordamiento es la *Estrategia de Augusto* (descrita en Semerari et al., 2002a), que supone un esfuerzo por ayudar a gestionar el espacio mental del paciente.

- La *tendencia a vivir las relaciones interpersonales en forma de coerción* derivada de su dependencia de la coordinación interpersonal. Cuando las expectativas del otro significativo no son compatibles con sus objetivos personales, se sienten obligados a conformarse, a la que pueden reaccionar rebelándose emocionalmente. Su dificultad para asumir objetivos propios les empuja a la sumisión a objetivos ajenos. Esto provoca un sentimiento de abatimiento.

En los trastorno de la conducta alimentaria, la capacidad de comprensión de la mente ajena se mantiene intacta, pero desde una *perspectiva egocéntrica*. Los pacientes están atentos a captar los contenidos mentales del otro, aunque lo hacen desde la preocupación de qué se espera de ellos o cómo les juzgaran. Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria tienen dificultades en llevar a cabo una representación consciente del contraste entre sus propios objetivos y los de los otros. También manifiestan una incapacidad para negociar o decidir libremente si los asumen o no. Es ahí donde debemos centrar la intervención terapéutica.

¿Cómo intervenir ante el DRO?

Como Semerari et al. (2002a) defienden, junto al setting de terapia individual, se recomienda el grupal y familiar para captar la dependencia a las expectativas del otro.

Los pacientes con déficit de representación de los objetivos, cuando no presentan dificultades en la comprensión de la mente ajena, resultan muchas veces simpáticos y de trato agradable (tienen la tendencia a complacer a los otros). El terapeuta debe tener esto en cuenta para no potenciar ese aspecto de la actitud del paciente.

El terapeuta también puede sentir la dependencia del paciente hacia él como una dura responsabilidad de la que puede intentar liberarse, manteniendo un ciclo interpersonal problemático. El terapeuta debe captar estas dinámicas y neutralizarlas, ya que el paciente necesita tener una representación estable de la actitud del terapeuta.

El problema de los pacientes con déficit de representación de los objetivos no es la dependencia a una figura de referencia que les ayude a regular sus elecciones y acciones, sino la carencia de mecanismos de regulación autónoma. Así que el terapeuta puede aceptar el aumento de dependencia del paciente respecto a él si esto es utilizado como un proceso compensatorio que se dirija a potenciar los procesos de toma de conciencia de los propios objetivos y de regulación de los planes.

El primer objetivo del tratamiento del déficit será la comprensión, por parte del

paciente, de la naturaleza del trastorno y de sus manifestaciones. Este objetivo suele ser perseguido a través del análisis de las experiencias de vacío y de desbordamiento. El terapeuta debe ayudar a normalizar la experiencia del paciente y buscar momentos de compartición. Posteriormente, se acuerda el contrato terapéutico, que no se formula contra la dependencia sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones.

El terapeuta tiene que perseguir cuatro **objetivos** fundamentales (según Semerari et al., 2002a):

- **El aumento de la conciencia de los objetivos:** Utilizando la marcación emocional de las situaciones de concordancia o contraste entre las propias aspiraciones y las demandas del contexto interpersonal. Se alienta al paciente a que confíe en su propia percepción emocional como una información pertinente para conocer su propia posición en el mundo, las metas a las que aspira, las cosas que desea o las que evita.
- **La gestión de las problemáticas interpersonales** que surgen de la experiencia de coerción. El terapeuta debe favorecer el descentramiento y la negociación entre los objetivos mediante la marcación somática y por medio de experimentos conductuales que favorezcan la diferenciación de los deseos. También hay que facilitar una comprensión de la mente ajena mediante operaciones de descentramiento relativas a estas figuras. En estas situaciones es aconsejable el doble setting terapéutico. Combinar el trabajo individual con la terapia familiar.
- **La gestión de la experiencia de vacío** se alcanza: a) recordando los diálogos de las sesiones (el paciente instaura una conversación imaginaria con el terapeuta que le permite integrar la experiencia y organizar un pensamiento que impide que su experiencia se vea abocada al vacío, y b) empleando tareas de autoobservación y acordando con el paciente pequeños planes de acción que respalden la conciencia de la propia acción.
- **La gestión de la experiencia de desbordamiento** se consigue mediante la estrategia de Augusto.

La regulación de la autoestima

Tal como Guidano ha descrito, el desarrollo de las personas que presentan una organización dápica o de los trastornos alimentarios se caracteriza por un estilo de crianza que promueve la inseguridad y la desconfianza en los propios estados internos, cosa que generará una dependencia a las expectativas de una figura de referencia que se ha elegido como imagen criterio para regular sus estados internos y para tomar sus decisiones.

Los sentimientos de ineficacia personal y vacío, que provienen de un sentido difuso de sí mismo, intentan compensarse mediante la adecuación a marcos de referencia externos, y esto explica su dependencia a las expectativas de los otros significativos, (y su gran sensibilidad a la crítica o juicios negativos) y, la adopción

de los estándares corporales que la sociedad occidental promueve sobre todo en la mujer. Su autoestima va ligada a la forma como perciben su forma corporal y su peso.

La inseguridad personal, que proviene de su dificultad por reconocer y regular sus estados internos, intenta compensarse con este esfuerzo por adecuarse a lo que creen que se espera de ellos, junto a su focalización y obsesión por lo estético y corporal, y también por el mantenimiento de una actitud perfeccionista, que supone un intento por acercar su self real y su self ideal (éste sería una síntesis de lo que cree que es lo mejor que se puede esperar de ella). La dificultad por mantener continuamente los estándares que dicta su perfeccionismo, como un requisito mínimo para conseguir una imagen de sí mismo válida, explica la baja autoestima que tienen estas personas.

Me gustaría finalizar este trabajo reproduciendo los parámetros generales que guían el tratamiento según el modelo de Semerari et al. (2001) y que amplían los aspectos estratégicos descritos de la psicoterapia con estos pacientes:

- “Reconocer los estados mentales dominantes, ayudar al paciente a dominar los estados mentales desagradables y a entrar en los deseados;
- compensar o recuperar las disfunciones metacognitivas,
- en la relación terapéutica: buscar los estados de compartición, reconocer los ciclos interpersonales disfuncionales, hacerlos explícitos y encontrar el camino para salir de ellos junto al paciente;
- promover la activación normal de la marcación somática de los objetivos, contrastando el uso masivo y unilateral del contexto interpersonal, o la limitación de la marcación de los objetivos producidos por las creencias relativas a los valores y al self ideal;
- mostrar que las modalidades de regulación de la autoestima favorecen el acceso a los estados mentales desagradables (la búsqueda de estándares perfeccionistas expresa el riesgo del fracaso);
- reconocer en las fases avanzadas de la terapia, las modalidades de funcionamiento mental e interpersonal, los modos de los circuitos patológicos y encontrar nuevos estados intrapsíquicos y de relación” (p. 15, 17).

Este trabajo trata de integrar las contribuciones que destacados terapeutas cognitivos hacen a la psicoterapia, orientadas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Este abordaje se enmarca en el contexto de la epistemología cognitivo-evolutiva de Vittorio Guidano, con las aportaciones del modelo cognitivo etiológico de la anorexia nerviosa de Vitousek y Ewald, y de las contribuciones sobre la relación terapéutica de Safran y Segal y sobre las funciones metacognitivas de Semerari et al. Se pretende ofrecer algunas estrategias y herramientas para hacer frente a esta epidemia que son los trastornos alimentarios.

Key words: eating disorders, cognitive-evolutionary therapy, metacognitive function.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria*. Barcelona: Medical Trends, S.L.
- CRITTENDEN, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DAMASIO, A. R. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- DIMMAGIO, G. PROCACCI, M. & SEMERARI, A. (2002, original de 1999). *Déficit de compartición y de pertenencia*. En Semerari, A. (2002). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- DIMMAGIO, G. SEMERARI, A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Editori Laterza
- GREENBERG, L. S. & SAFRAN, J. D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect Cognition and the Process of Change*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva post-racionalista*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- GUIDANO, V. (1997). *El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista*. En I. Caro (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. & QUIÑONES, A. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: DDB.
- KIRSZMAN & SALGUEIRO (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA
- LAMBRUSCHI, F. (2001). *Centralidad de la óptica evolutiva en el cognitivismo clínico postracionalista y nuevos argumentos explicativos de la psicopatología infantil*. Revista de Psicoterapia, 48, pp. 5-32.
- LIOTTI, G. (1993). *La discontinuità della coscienza*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Nis.
- MILLER, D. (1994). *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. New York: Basic Books.
- PROCACCI, M.; DIMAGGIO, G. & SEMERARI, A. (2001). *El trastorno de personalidad por evitación. De la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno*. Revista de Psicoterapia, 45, pp. 5-18.
- QUIÑONES, A. T. (1998). *Significado social e viabilidade emocional narrativa*. En F. Franklin & C. Nabuco (Eds). *Psicoterapia e constructivismo: considerações teóricas e práticas*. Brasil: Editora Artes Médicas.
- SAFRAN & SEGAL (1994). *El proceso interpersonal en terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nis.
- SEMERARI ET AL. (2001). *Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad*. Revista de Psicoterapia, 45, pp. 5-18.
- SEMERARI, A. (2002a). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- SEMERARI, A. (2002b). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- VANDERLINDEN, J. & VANDEREYCKEN, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica.
- VITOUSEK, K. B. & EWALD, L. S. (1993). *Self-representation in Eating Disorders: A Cognitive Perspective*. In SEGAL, S. V. & BLATT, S. S. (eds), *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York: Guilford