

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Como puedes ver en la figura, en la bulimia nerviosa existen una serie de factores que interactúan entre ellos, dando lugar a una serie de círculos viciosos que fomentan y mantienen el problema.

El factor más crucial es la *preocupación extrema por la figura y el peso*, ligada a la baja autoestima o *autoestima condicional* característica de una *personalidad perfeccionista* que se autoexige metas estrictas, como la delgadez, y se autocondena si no las consigue (la actitud alternativa deseable sería la autoaceptación incondicional, y el cambiar exigencias por preferencias en el resto de metas).

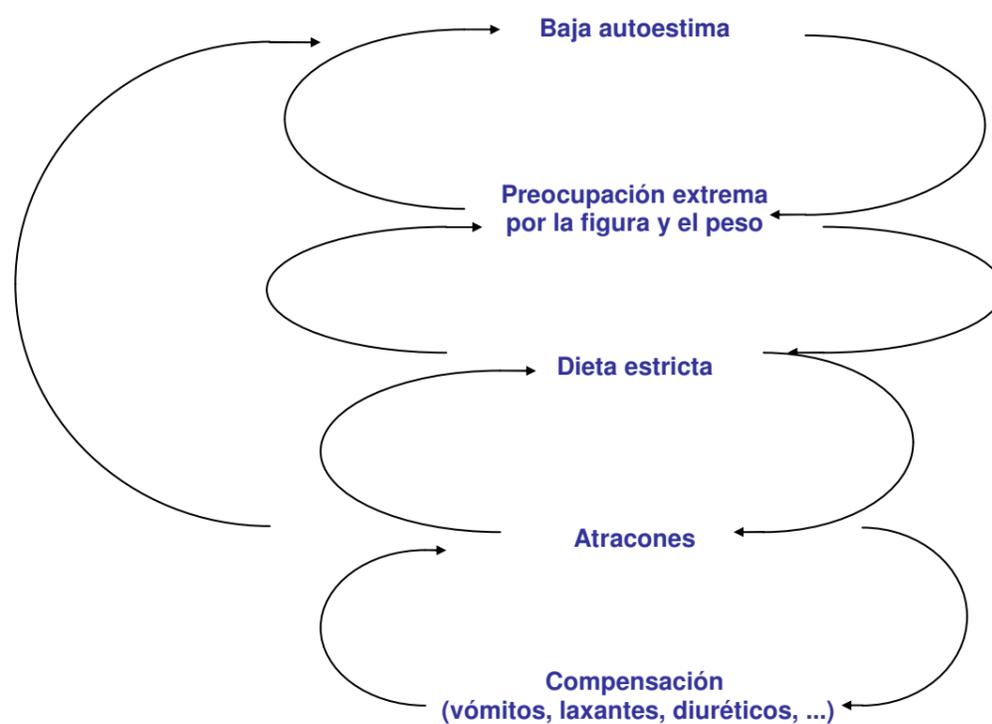
Esta situación lleva a hacer dietas extremas, de forma rígida, lo cual predispone a tener pérdidas ocasionales de control (atracones)

Dado el valor extremo que dan a la delgadez, emprenden formas, también extremas de compensación, como el vómito autoinducido

La dieta extrema es una respuesta a los atracones pero también los facilita

Los vómitos autoinducidos facilitan los atracones porque la creencia en su eficacia para deshacerse de la comida ingerida, reduce la tendencia natural a no comer en exceso

La preocupación excesiva acerca del peso y la figura, particularmente la tendencia a hacer depender de ellos la propia autoestima promueve la dieta extrema y por tanto mantiene todo el problema



Así pues, para comprender el modelo cognitivo de la BN, hay que tener en cuenta 4 puntos principales:

1. Aunque la dieta es indudablemente una respuesta al atracón, es también un mantenedor de los atracones a través de los mecanismos físicos y psicológicos antes mencionados.
2. Los vómitos autoinducidos y en menor extensión, los laxantes y diuréticos, también facilitan los atracones porque la creencia en su eficacia como método para reducir la absorción de calorías, reduce la tendencia natural a no comer en exceso.
3. La preocupación excesiva acerca del peso y la figura, particularmente, la tendencia a juzgar la autoestima en términos de peso y figura, promueve la dieta extrema y por lo tanto, mantiene el problema de alimentación.
4. La preocupación excesiva acerca de la figura y el peso, está a menudo asociada a sentimientos crónicos de ineficacia e inutilidad.

Para superar tu problema necesitas cambiar tanto tus cogniciones como tus conductas contraproducentes.

Desde el inicio del tratamiento, has aprendido a identificar los tus pensamientos problemáticos y a anotarlos en la columna 6 del registro diario de alimentación. Pero, dada la importancia de los pensamientos en determinar las emociones y las conductas (también las conductas relacionadas con la alimentación), en esta etapa aprenderás a identificarlos con mayor claridad, a cuestionártelos buscando evidencias a favor y en contra y a buscar las formas alternativas de ver las cosas en forma más conveniente.

Las distorsiones cognitivas típicas de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han sido descritas en detalle por Fairburn, Garner y Bemis. Veamos algunos ejemplos típicos:

- *Abstracción selectiva.* Consiste en basar una conclusión en detalles aislados, mientras se ignora la evidencia contradictoria que es mucho más llamativa. Ejemplos: "La única forma en que puedo tener autocontrol, es a través de la comida". "Si estoy delgada soy extraordinaria".
- *Sobregeneralización.* Sacar una regla general en base a un solo evento. Ejemplos: "Cuando el mes pasado empecé a comer normal, no era feliz. Así que aunque aprenda a comer con normalidad, no me sentiré mejor"
- *Magnificación o sobreestimación de la significación de un evento indeseable.* Los estímulos son adornados con significados no apoyados por el análisis objetivo. Por ejemplo: "Si alguien me dice que he ganado peso, no podré soportarlo", "Si gano 2 kgs, ya nunca podré vestir shorts".
- *Pensamiento dicotómico o razonamiento todo-nada.* Pensar en términos extremos absolutos. Los eventos son valorados únicamente como blancos o negros, buenos o malos, correctos o totalmente equivocados. Ejs.: "Si no tengo un control perfecto, lo perderé por completo". "Si gano un kilo, también puedo ganar cien". "Si no consigo establecer una dieta, todo será caótico y no podré cumplir con nada".
- *Personalización y autorreferencia.* Son interpretaciones egocéntricas de los eventos interpersonales o una sobreinterpretación de eventos relacionados consigo misma. Por ejemplo: "Las personas se reían y hablaban de algo cuando yo pasaba por allí. Seguro que hablaban de que me encontraban desagradable porque he ganado 3 kilos", "Me pongo nerviosa si otra persona me mira cuando como", "Cuando veo a alguien que tiene sobrepeso, me aterrorizo de que yo pueda tener un aspecto así".
- *Pensamiento supersticioso* o creencia en las relaciones causa-efecto de eventos que no la tienen. Por ejemplo: "si como algo dulce, puedo engordar instantáneamente."

PROCEDIMIENTOS PARA HACERTE MÁS CONSCIENTE DE TUS PENSAMIENTOS PROBLEMÁTICOS

1.- Tareas para casa que es probable que te provoquen pensamientos problemáticos. Ejs. : pesarte una vez a la semana; tomar una comida prohibida o algo cuyo contenido calórico no conoces; inspeccionarte a tí misma en un espejo de cuerpo entero; comparar tu figura con la de otra mujer; vestir ropas muy ceñidas, como un leotardo, un bañador, etc.; emprender actividades que inviten a compararte con la figura de otras chicas, ejemplo: clases de gimnasia, probarse ropas en las tiendas... Mientras haces ésto, debes anotar los pensamientos que pasan por tu mente en ese momento, cuando realizas dichas tareas.

2.- Hacer registros de pensamientos en ciertas circunstancias naturales. Por ejemplo, cuando comes más de la cuenta (situación que se refleja en los registros con un asterisco) o cuando te hacen algún comentario acerca de tu apariencia.

3- Provocar los pensamientos durante la sesión de terapia. Por ejemplo: imaginar que alguien te dice que tienes un aspecto más saludable de lo habitual o que tu apetito ha mejorado; imaginarte poniéndote ciertas prendas de ropa y sintiendo como éstas te aprietan o descubriendo que tu peso ha aumentado.

EXAMINAR LOS PENSAMIENTOS PROBLEMÁTICOS UNA VEZ IDENTIFICADOS.

Este proceso tiene 4 etapas :

Traducir el pensamiento a su esencia. Por ejemplo, el pensamiento "me veo gorda", puede tener diferentes significados, como: "tengo sobrepeso", "me veo horrible", o "pareceré repulsiva a cualquiera que me mire".

Buscar argumentos y evidencias que apoyan los pensamientos. Por ejemplo, si has ganado peso, éste hecho puede servir de soporte al pensamiento "me estoy poniendo obesa", especialmente si en el pasado la ganancia de peso te llevó alguna vez a estar obesa.

Buscar argumentos y evidencias (lógicos y empíricos) que pueden poner en duda un Pensamiento. Por ejemplo, si la paciente del ejemplo anterior sólo ha ganado unos gramos de peso, eso no puede equipararse a una obesidad inminente. Por tanto, La noción "me estoy poniendo obesa", se examina con las pautas siguientes:

- Cuestionamiento socrático: considerar cuestiones como: ¿En qué momento se empieza a estar obeso? ¿Puede la obesidad concretarse en un peso específico, una talla de ropa, etc.? ¿Actualmente, estoy aproximándome a esa talla o figura ?
- Generando contraargumentos: considerar qué es lo que piensan otras personas, ante una situación similar. ¿Otras personas concluirán que están poniéndose obesas, si han ganado unos gramos de peso?, o ¿Consideraría yo que otras personas con esta talla o peso están gruesas? Así analizas si estás aplicándote una normas rígidas y exageradas a tí misma, mientras que aplicas otras normas menos rigurosas a las demás personas. También, si está confundiendo la impresión subjetiva ("sentirse obesa") con la realidad objetiva ("tener sobrepeso estadísticamente hablando") , etc.

En este punto, conviene identificar los errores de atribución, por ejemplo: ¿Puede deberse la ganancia de peso a la retención de fluidos premenstruales, más que a que haya comido más de la cuenta?

Buscar también posibles errores de razonamiento como el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva o la sobregeneralización

Buscar una conclusión razonable que utilizarás para dirigir tu conducta (reemplazando las actitudes irracionales que antes regían tus conductas y emociones contraproducentes)

Esta conclusión, dará respuesta a cada pensamiento o actitud problemática. Algunas pacientes eligen el recitar esta respuesta, cada vez que el pensamiento surge.

Siempre que sea posible, se utilizan los experimentos o pruebas de realidad para obtener información relevante para el pensamiento que estamos tratando. Veamos algunos ejemplos:

- muchas pacientes están convencidas de que están gordas o que ciertas partes de su cuerpo son demasiado gruesas, sin que nunca hayan analizado ni cuestionado este pensamiento. En tales casos, puede ser apropiado que le pregunte a un amigo de confianza, su punto de vista sobre ello.
- es bastante común que la paciente sienta que algunos días está gorda y que otros está delgada o menos gorda. Esta creencia irracional puede ser comprobada, sugiriéndole que durante el período de una semana o dos, decida cada día si está gorda, lo anote en el registro y después compruebe pesándose si esa impresión corresponde a su peso real. Así se comprueba que no suele haber una relación real entre lo que siente y las oscilaciones del peso.

Una vez que te hayas acostumbrado a examinar tus pensamientos problemáticos en las sesiones, practicarás ésta técnica por tí misma, anotando tus pensamientos al dorso de su autorregistro diario de comidas. Conviene que practiques esta técnica tan a menudo como sea posible y que revise los autorregistros en cada sesión de tratamiento.

Veamos algunos ejemplos de pensamientos problemáticos, típicos de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

- “Necesito estar delgada, porque estar delgada es indispensable para tener éxito, ser atractiva y feliz”.
- “Debo evitar a toda costa engordar, porque sería equivalente a fracasar y a convertirme en un ser repelente e infeliz”.
- “Debo ser autoexigente o me convertiré en alguien débil e inútil”
- “Necesito controlar mis comidas, peso, etc., porque es una señal de disciplina y buen hacer”.
- “Cualquier cosa diferente al éxito total, es un fracaso total”.

Está claro que estas creencias y valores, son formas extremas de puntos de vista muy comunes. Es su carácter dogmático exagerado e inflexible, el que los hace problemáticos.

Cuando examinamos y cuestionamos estas actitudes, es importante **considerar qué ventajas obtienes al adherirte a ellas**. Ejs:

- al juzgar tu autoestima en términos de su figura y su peso, cuentas con una medida objetiva y simple sobre tus logros y tus debilidades.
- al demostrarte a ti misma que puedes influir en tu figura y en tu peso y controlar tu ingesta, estás demostrándote que eres capaz de ejercer control sobre tu vida.
- al concluir que estás obesa te das una excusa para justificar ante ti misma el tener un montón de problemas interpersonales.

Pero usualmente, queda claro que la mayoría de estos beneficios, sólo lo son a corto término y las consecuencias a largo plazo, suelen ser muy desventajosas. Ejs. :

- es improbable que lleguen alguna vez a estar del todo satisfechas con su peso o con su figura. Por tanto, si continúan con las actitudes, las creencias y el sistema de valores según el cual la figura y el peso tienen una alta prioridad, es probable que permanezcan perpetuamente insatisfechas con ellas mismas.
- su preocupación por el peso y la figura, puede impedir que reconozcan, afronten y superen problemas más fundamentales, como por ejemplo, la falta de asertividad, la baja autoestima o sus dificultades interpersonales.

En la mayoría de casos , puede ser útil explorar el origen de las creencias de la paciente, así como el origen de sus valores. para ello podemos utilizar técnicas similares a las que utiliza Beck para tratar trastornos de personalidad

Esto ayuda a la paciente a ganar comprensión sobre el desarrollo y el mantenimiento de su problema, dándole un sentido de maestría sobre su pasado, así como alguna guía de cómo asegurar que su problema no vuelva en el futuro.

Para ayudar a conseguirlo, se le pide que reflexione sobre la evolución de su problema de alimentación.

También se investigan las raíces más tempranas, como la influencia de sus familiares y de sus padres, y el papel de las presiones sociales para estar delgada.

Conviene que aprenda a distinguir entre los factores que es probable que hayan contribuido al inicio del problema y los factores que sirven para mantenerlo.

Algunas pacientes llegan a estar particularmente interesadas por la influencia de los factores socioculturales. A ellas se les puede recomendar libros como "Las trampas del cuerpo" . Pero advertirlas de que no sigan los consejos de esos libros sin comentarlos antes con el terapeuta.

Cuando se examinan los pensamientos y actitudes problemáticas, es esencial clarificar las conclusiones. En general, el terapeuta motiva a la paciente para que adopte creencias y valores menos extremos y más flexibles. Por ejemplo, en lo que respecta al tema del autocontrol, el paciente puede decidir que cierto grado de autocontrol es deseable, pero que es contraproducente demandar un autocontrol total, en todas las esferas y durante todo el tiempo.

Una vez se llegue a una de estas conclusiones, la paciente tiene que recordarlas repetidamente y utilizarlas para que gobiernen su comportamiento. Es decir, **actuar en contra de las actitudes irracionales que desea cambiar y actuar según las actitudes alternativas que desea instaurar y fortalecer, hasta que se conviertan en hábitos automáticos** .

A veces, esto puede significar que durante un periodo de tiempo actúe en formas que parezcan extrañas. Por ejemplo, si la paciente descubre que ha ganado cierto peso, puede elegir ropas que subrayen su figura más que ropas que la disimulen. Tal conducta puede ser compatible con la conclusión de que "yo no me evalúo a mí misma en términos de mi figura y mi peso".

Resistencias

Algunas pacientes se resisten a la reestructuración cognitiva. Usualmente, esta resistencia surge del miedo a lo desconocido, de la creencia en que la terapia está empezando a ser inaceptablemente intrusiva, y al temor producido porque ciertos aspectos fundamentales y antes no-conscientes acerca de sí misma, está empezando a salir al exterior. Esta resistencia a embarcarse en la reestructuración cognitiva, es comprensible. Lo abordamos como una actitud disfuncional y la tratamos con los mismos métodos.

Usualmente, su reticencia disminuye después de 1 ó 2 sesiones, especialmente si se empiezan a dar cuenta de los beneficios potenciales de esta autoexploración.

Una minoría de pacientes, parecen incapaces de hacer estas tareas cognitivas. Aunque parecen comprender las razones y se muestran muy dispuestas a hacer las tareas para casa, parecen sin embargo incapaces de identificar sus pensamientos. Esta falta de habilidad para examinar sus procesos cognitivos, dificulta la reestructuración cognitiva. Con tales pacientes pueden dejarse de lado los aspectos más introspectivos y centrarse en intervenciones conductuales que puedan promover los cambios cognitivos.

IDENTIFICAR OTRAS ACTITUDES CONTRAPRODUCENTES

En algunos casos, es importante identificar y poner a prueba hasta modificarlas, otras distorsiones cognitivas, no relacionadas directamente con los problemas de alimentación.

Las más comunes son las referidas a la "**autoevaluación negativa**". Otras actitudes negativas frecuentes son las relacionadas con "**falta de asertividad**" o "**perfeccionismo extremo**" (ver Sentirse bien de Burns, 1995 para una detallada aproximación a su tratamiento).

TRABAJAR DISTORSIONES O REPULSA HACIA LA AUTOIMAGEN CORPORAL

Algunas pacientes con bulimia nerviosa, tienen una clara distorsión de la imagen corporal, según la cual, sobreestiman su talla o alguna parte de su cuerpo.

La experiencia clínica con pacientes con anorexia nerviosa, sugiere que esta alteración no se supera cuando se intenta modificar directamente. Nuestra impresión es que lo mismo ocurre con la bulimia nerviosa.

Sin embargo, parece que en pacientes que responden al tratamiento psicológico, estas distorsiones de la imagen corporal, se resuelven sin necesidad de hacer intervenciones específicas, dirigidas a corregirlas (Cooper y Steere en preparación).

Si el fenómeno es muy prominente, el terapeuta puede ayudar a la paciente a reconocer esta distorsión y a funcionar, aunque ella esté ahí.

Le proveemos con todas las evidencias posibles que indiquen esta distorsión y la animamos a reatribuir esta distorsión a su enfermedad.

Como sugieren Garner y Bemis, podemos decirle que es como si se hubiese vuelto ciega a los colores con respecto a su figura. Siempre que se perciba a sí misma como obesa puede recordarse a sí misma que tiene esta distorsión, y que es mejor juzgar su volumen, en función de las opiniones de personas fiables de su alrededor y según los datos objetivos provistos por el peso que comprueba semanalmente y por las tallas de la ropa que usa.

El término disparagement, se refiere a los sentimientos de extrema repulsa hacia el propio cuerpo. Esto ocurre a menudo, a pacientes con anorexia nerviosa, y está presente en algunos pacientes con bulimia nerviosa.

Usualmente, las pacientes con esta distorsión de la imagen corporal, evitan mirar sus cuerpos. Por ejemplo, pueden vestirse o desvestirse en la oscuridad, usar ropas anchas sin forma, evitar espejos y en casos más extremos, no bañarse jamás y ducharse con ropa.

El tratamiento de este trastorno, requeriría la exposición: en lugar de seguir su tendencia de evitar el verse a sí misma, la paciente tendrá que hacer lo contrario. Por ejemplo, mirarse al espejo, ir en bañador, acudir a saunas o ir a clases de aeróbic (dicho en términos cognitivos se trata una vez más de "**actuar en contra de su esquema disfuncional** ").

Más información en <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/>