

Original

# La razón y la emoción: integración de las intervenciones cognitivo-conductuales y experienciales en el tratamiento de los trastornos de alimentación de larga evolución

M.<sup>a</sup> P. Vilariño Besteiro<sup>1</sup>, C. Pérez Franco<sup>1</sup>, L. Gallego Morales<sup>2</sup>, R. Calvo Sagardoy<sup>3</sup> y A. García de Lorenzo y Mateos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Santa Cristina. Madrid. <sup>2</sup>Formación Continuada del Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>3</sup>Responsable de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Santa Cristina. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario La Paz. Madrid. Cátedra de Medicina Crítica de la Universidad Autónoma de Madrid. España.

## Resumen

Este artículo pretende mostrar la combinación de estrategias terapéuticas en el tratamiento de trastornos alimentarios de larga evolución. Esta forma de trabajo englobada bajo el epígrafe “Modelo Santa Cristina” se fundamenta en varios paradigmas teóricos: Modelo de Capacitación, Modelo de Control de Acción, Modelo Transteórico del Proceso de Cambio y Modelo Cognitivo-Conductual (Reestructuración Cognitiva y Teorías de Aprendizaje). Además de estrategias de orientación gestáltica, sistémica y psicodrama.

El objetivo del tratamiento es la normalización de los patrones alimentarios así como el incremento el autocognocimiento, la autoaceptación y la autoeficacia de los pacientes.

Entre las áreas de intervención fundamentales se encuentran la exploración de la ambivalencia ante el cambio, el descubrimiento de las funciones de los síntomas y la búsqueda de conductas alternativas, normalización de los patrones alimentarios, imagen corporal, reestructuración cognitiva, toma de decisiones, habilidades de comunicación y elaboración de experiencias traumáticas.

(*Nutr Hosp.* 2009;24:614-617)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4492

Palabras clave: *Trastornos de la alimentación. Estrategias terapéuticas. Modelo Santa Cristina.*

## REASON AND EMOTION: INTEGRATION OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL AND EXPERIENTIAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF LONG EVOLUTION FOOD DISORDERS

### Abstract

This paper intends to show the combination of therapeutic strategies in the treatment of long evolution food disorders. This fashion of work entitled “Modelo Santa Cristina” is based on several theoretical paradigms: Enabling Model, Action Control Model, Change Process Transtheoretical Model and Cognitive-Behavioural Model (Cognitive Restructuring and Learning Theories). Furthermore, Gestalt, Systemic and Psychodrama Orientation Techniques.

The purpose of the treatment is both the normalization of food patterns and the increase in self-knowledge, self-acceptance and self-efficacy of patients.

The exploration of ambivalence to change, the discovery of the functions of symptoms and the search for alternative behaviours, the normalization of food patterns, bodily image, cognitive restructuring, decision taking, communication skills and elaboration of traumatic experiences are among the main areas of intervention.

(*Nutr Hosp.* 2009;24:614-617)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4492

Key words: *Feeding disorders. Therapeutic strategies. Santa Cristina model.*

---

**Correspondencia:** L. Gallego Morales.  
Formación Continuada.  
Hospital Universitario La Paz.  
Madrid.  
E-mail: lgallego.hulp@salud.madrid.org

Recibido: 24-IV-2009.  
Aceptado: 9-VII-2009.

## Introducción

En base a la experiencia profesional del equipo de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina se ha ideado un modelo de tratamiento multidisciplinar<sup>1</sup> para abordar trastornos alimentarios graves, en pacientes de larga evolución, con frecuente patología médica y psiquiátrica asociada y numerosos tratamientos previos fallidos.

## Bases conceptuales

El llamado Modelo Santa Cristina se ha desarrollado en base a la integración de distintos marcos conceptuales y teóricos:

- Modelo de Capacitación (Freire, 2000; 2002)<sup>2</sup> que establece la toma de conciencia personal y devuelve la responsabilidad activa al paciente en el proceso de cambio.
- Modelo de Control de Acción (Kuhl, 1986, 1987; Kuhl y Beckman, 1985, 1992)<sup>3,4</sup> que subraya la importancia del compromiso personal con la acción (intención) para lograr el cambio frente a la rumiación sobre el problema.
- Modelo Transteórico del Proceso de Cambio (Prochaska y Diclemente, 1985)<sup>5</sup> que explica y predice los cambios en las conductas de salud a través de una estructura tridimensional que comprende estadios, procesos y niveles de cambio.
- Modelo de los Constructos Personales, en Trastornos de Conducta Alimentaria (Button, 1985) que explora los constructos sobre el cambio personal.
- Modelo Cognitivo-Conductual de intervención: Reestructuración Cognitiva que aboga por el replanteamiento de las cogniciones y creencias que sostiene el individuo (Ellis 1962<sup>6</sup>; Beck 1979<sup>7</sup> y Teorías de Aprendizaje: Clásico, Instrumental y Aprendizaje Social (Bandura 1960)<sup>8</sup>, que dan cuenta de la adquisición de las conductas y plantean mecanismos para modificarlas.

Dentro de las intervenciones también se integran estrategias de orientación gestáltica, sistémica y del psicodrama.

## Características generales, objetivo y dinámica del tratamiento

En base a estos paradigmas teóricos optamos por un modelo de tratamiento integral, holístico, interdisciplinar e individualizado, que combina diversas estrategias de intervención, llevadas a cabo tanto a nivel individual como grupal con los pacientes y sus familias.

Una de las observaciones que ha servido como punto de partida para este enfoque de tratamiento es que muchos pacientes a lo largo de los numerosos trata-

mientos por los que habían pasado, habían desarrollado una especie de “psicologitis”, es decir, sabían mucho de teoría pero no había compromiso personal con el cambio ni con las acciones que implica el mismo. Por esta razón, nos planteamos la combinación de estrategias cognitivo- conductuales y experienciales, puesto que el aprendizaje autogenerado se fija mejor y correlaciona con la motivación intrínseca para el cambio.

Las intervenciones van dirigidas a incrementar el autoconocimiento y la sensación de autoeficacia para que la persona desarrolle sus potencialidades y se permita ser quien realmente es, en vez de tratar de ser lo que cree que debería ser o lo que los demás esperan que sea.

El tratamiento implica un ajuste en las expectativas del paciente que lleva implícito una aceptación de los límites personales tanto propios como de las personas que les rodean y un replanteamiento de los errores y equivocaciones como un modo de adquirir nuevos aprendizajes, para lo que se requiere sustituir el juicio moral y la culpabilización o lamentación por el análisis de la situación y la generación de nuevas estrategias de actuación.

El objetivo del tratamiento no es cambiar a la persona, sino que descubra y se permita ser quien es.

La dinámica de trabajo consiste en abordar las diferentes áreas de tratamiento yendo desde lo experiencial a lo cognitivo-conductual o viceversa, bien sea en el trabajo individual o en grupos, en una misma sesión o en varias.

## Áreas y estrategias de intervención

### *La ambivalencia ante el cambio*

Para explorar las contradicciones que tienen los pacientes acerca de recuperarse o mantenerse enfermo se recurre a diversos ejercicios que consisten en situarse a veces en el polo de la salud y otras en el de la enfermedad. Una de estos ejercicios es la “barita mágica”: “imagínate que te toco con una barita mágica y ya estas bien de la anorexia, ¿Qué pasa ahora?, ¿Cuáles son tus preocupaciones?, ¿Qué decisiones tienes que tomar?...”. La finalidad de este tipo de técnicas consiste en que el paciente se de cuenta de cuales son los impedimentos o los miedos que le supone el cambio y también cuales son los factores mantenedores del trastorno.

### *Las funciones de los síntomas*

Para que las personas puedan dejar de tener síntomas, es fundamental entender para que los utilizan, con el fin de poder buscar conductas alternativas. Para lograr este objetivo, es necesario ver la interrelación entre los síntomas, los antecedentes y consecuentes, es decir, llevar a cabo un *análisis funcional*. Como modo

de profundizar en el conocimiento de las funciones de la conducta problema, además de llevar a cabo el análisis funcional clásico, hemos desarrollado el *análisis vivencial*. En esta técnica los pacientes hablan desde cada uno de los lugares que representan la situación desencadenante, el cuerpo, los pensamientos, emociones y conductas.

Otra variante es representar en el suelo diversos caminos, uno de ellos va a los síntomas y otros no. Antes de los caminos hay una señal de STOP y previamente un obstáculo. Se trata de que el paciente represente el proceso que va desde la presentación de una situación/pensamiento negativo hasta la elección de una estrategia de acción, que puede ser un síntoma o diversas conductas alternativas.

La realización de entrevistas a la persona identificándose con estos síntomas es otro modo de buscar posibles funciones de éstos. Entre las preguntas que deben incluirse estarían: ¿Cuándo apareces?, ¿Para qué sirves?, ¿Qué pasaría si no estuvieses?, ¿Qué hacen los demás cuando tu estas presente?, etc.

Para que un síntoma desaparezca es necesario que la persona disponga de estrategias alternativas que sirvan para la misma función que el síntoma.

### *Las prohibiciones alimentarias*

Para demostrarles que la prohibición de la alimentación fija la obsesión con la comida, se les plantea experimentos sin darle ninguna explicación como coger una camiseta, guardarla en el armario y decirse a sí mismos que no la pueden poner. O simplemente decirles una frase como “te voy a decir una frase que no debes recordar después”. Ejemplo: Hay una mariposa amarilla en la sala.

Otra área de trabajo es romper mitos y tabúes acerca de la comida: no hay alimentos buenos y malos, la dieta debe ser equilibrada para no tener déficit nutricionales, el objetivo no es engordar sino nutrirse de modo adecuado y no utilizar la comida para otras funciones que no sean la de saciar el hambre, que a mayor prohibición, mayor riesgo de atracón y que las conductas purgativas actúan como refuerzos a la conducta de comer, por tanto, favorecen el descontrol alimentario además de suponer riesgos importantes para la salud.

La normalización de la comida es un objetivo esencial del tratamiento puesto que el descontrol alimentario y el déficit nutricional afectan al funcionamiento cognitivo de los pacientes impidiendo o dificultando el aprovechamiento de las demás intervenciones.

### *El significado de la gordura en la anorexia*

Una estrategia consiste en buscar objetos que para ellas tengan relación con la gordura y después hablar identificándose con ese objeto. Algunos ejemplos que son frecuentes son: la nevera, un globo, un plato, un

bollo, etc. Esto les permite identificar elementos rechazados de sí mismos que con frecuencia engloban bajo el epígrafe “estoy gorda”. Se puede combinar con una reflexión por escrito de aquellos aspectos que asocian con “estar gordo”. Algunos ejemplos frecuentes serían: pasividad, dejadez, vagancia, despreocupación, abandono, aprovechamiento. De forma que, cuando se sientan “gordas”, puedan tratar de ir más allá e identificar la fuente básica de su malestar. Estoy gorda en una persona con anorexia significa “me encuentro mal” y debo buscar la causa de ese malestar más allá de los kilos.

### *La imagen corporal*

En este ámbito por un lado realizamos ejercicios para ver las distorsiones de la imagen tales como calco de siluetas o medición con cuerdas y, por otro lado se lleva a cabo un programa de aproximaciones sucesivas que va desde menos a más contacto corporal para aprender a vivir el cuerpo como algo positivo y capaz de suscitar emociones agradables.

### *Las distorsiones cognitivas o errores de procesamiento de información*

Además de las técnicas cognitivo conductuales que permiten identificar estas distorsiones y buscar una visión alternativa de la realidad<sup>6,7</sup>, utilizamos ejercicios prácticos para mostrarlas.

Una estrategia para ver la subjetividad de lo percibido, es plantear una situación y que cada uno anote lo que ha pensado sobre la misma, sin haber explicado nada previamente. Ejemplo, un terapeuta al minuto de empezar un grupo, abre la puerta y dice: “¡me tenéis hasta el gorro, dejo este trabajo!”. En este tipo de situaciones unos piensan que es una estrategia terapéutica, y no les dan gran importancia aunque se preguntan el sentido, otros se sienten culposos porque creen que se debe a algo que han hecho mal, otros piensan que es una broma, etc., y, en función de la explicación que se dan experimentan unas emociones u otras.

Para ver la abstracción selectiva de la información puede contarse una historia o mostrar unos segundos una foto y después que cada uno diga lo que recuerda o ha visto. No siempre podemos cambiar la realidad pero sí nuestro modo de pensar sobre ella.

### *Toma de decisiones y resolución de problemas*

Tal y como señala Khul<sup>3,4</sup>, para que una persona esté motivada a la acción es importante que discrimine sus propias decisiones de las de los demás. En este sentido puede pedirse que haga una lista de las cosas que ha hecho o quiere hacer por el/a y otra lista de lo que han hecho o desean hacer para complacer a los demás. Otra variación es plantear que las personas significativas

viven a miles de kilómetros y no pueden intervenir en sus decisiones, plantearse qué harían o dejarían de hacer o que harían de diferente forma.

La imposibilidad de decidir no es tanto un déficit instrumental de no saber como tomar decisiones sino que está ligada al miedo a errar y por ende, al deseo de perfección. Por esta razón, es importante redefinir los errores como la oportunidad de aprender, y también ajustar de un modo más realista las expectativas, puesto que la autotortura y la no aceptación surgen del deseo de ser perfectos.

### *Habilidades de comunicación*

Si bien realizamos entrenamiento en las diferentes habilidades sociales: saber presentarse, pedir cosas, negarse a peticiones, expresar quejas y recibirlas, etc., lo que observamos en nuestro trabajo diario es que, más que una falta de habilidades, en la mayoría de los pacientes lo que existe es un temor a expresar lo que desean o sienten por temor al abandono o al rechazo. De ahí la importancia de insistir en la diferenciación entre la opinión y la persona. Se puede rechazar una opinión sin que esto implique necesariamente el rechazo de la persona además de replantearse la creencia irracional de que uno debe gustar y ser aceptado por todos.

### *Manejo de experiencias traumáticas*

Un elemento fundamental en las experiencias traumáticas (maltrato, abuso, acoso escolar, etc.) es la culpa, “el no haber sabido frenar la situación”. Para poder elaborar estas experiencias es importante contextualizarlas en el momento evolutivo en el que tuvieron lugar, teniendo en cuenta las circunstancias y los recursos de los que disponía la persona en aquel momento. Para llevar a cabo esta tarea además de psicoterapia, se recurre al psicodrama y, en algunos casos a constelaciones familiares. Se trata de que la persona

acepte su experiencia y la integre como parte de sí misma.

### **Conclusión**

El tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios de larga evolución exige un tratamiento multidimensional y una combinación de estrategias terapéuticas con el fin de promover el cambio. La mayoría de los pacientes que acuden a nuestro hospital han realizado numerosos tratamientos sin resultado positivo, por eso es fundamental analizar en que estadio del cambio se encuentran, no repetir lo que no ha funcionado e idear técnicas de intervención que se adecuen a las necesidades de los pacientes, más que tratar de que ellos se adapten a nuestras intervenciones. El tratamiento supone un verdadero “encaje de bolillos” donde es necesario manejar infinidad de hilos diferentes para generar en ellos el deseo de cambio y el compromiso con las acciones que llevan al mismo. La flexibilidad, la autocrítica y la revisión constante de las actuaciones son esenciales para poder trabajar con esta patología.

### **Referencias**

1. Calvo R, Puente R, Vilariño P. Guía de Trastornos de la Conducta Alimentaria: cómo actuar desde la familia. Madrid. Ed. Dirección General de Familia, CAM, 2008.
2. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York. Continuum, 2000.
3. Kuhl J, Beckmann J. Action Control: From Cognition to Behavior. Springer Series in Social Psychology. Hardcover, 1985.
4. Kuhl J, Beckmann J. Volition and Personality Action versus State Orientation Volition and Personality. Hardcover, 1994.
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Tratamiento Psicológico en drogodependencias: recaídas y prevención de recaídas. Madrid. Ediciones en Neurociencias, 1992.
6. Ellis A. Manual de Terapia racional emotiva. Bilbao. Desclee de Brouwer, 2003.
7. Beck A. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao. Desclee de Brouwer, 1996.
8. Bandura A. y Walters RH. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial, 1974.