



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Palacios Espinosa, Ximena
Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia
Nerviosa
Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 1, junio, 2007, pp. 73-85
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525106>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa

The Evolution of Cognitive Theories and Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa

Ximena Palacios Espinosa*

Universidad del Rosario, Colombia

(Rec: 17 de Octubre 2006 Acep: 30 de Abril 2007)

Resumen

La anorexia nerviosa es el trastorno del comportamiento alimentario (TCA) que representa las tasas de mayor mortalidad de los trastornos psiquiátricos, aunque el interés de los investigadores ha estado particularmente centrado en la bulimia nerviosa; quizás porque su incidencia es mayor, pero también porque la complejidad del curso clínico de la anorexia nerviosa supone la exposición a la constante frustración del terapeuta y del paciente. Las bizarras conductas que desarrollan estas personas desencadenan en estados de inanición e infrapeso severos que por lo general han obligado a recurrir a tratamientos intrahospitalarios donde la persona recibe manejo médico e interdisciplinario. En estos casos, el tratamiento psicológico suele ser de tipo comportamental. Este artículo pretende presentar la evolución temporal que han tenido las teorías cognoscitivas y el tratamiento cognoscitivo conductual para la anorexia nerviosa, resaltando el valor de las cogniciones en el mantenimiento de este TCA.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, teorías cognoscitivas, tratamiento cognoscitivo conductual, trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

Abstract

Anorexia nervosa is the eating disorder (ED) that represents the highest mortality rate among psychiatric disorders, though the interest of investigators has been particularly centered on bulimia nervosa; probably because it's incidence is higher, but also because the complexity of the clinical course of anorexia nervosa supposes a frustrating scenario that is constant for the therapist and the patient. The desadaptatives behaviors that these patients develop unleash in starvation and extremely low weight that in general are bound to resort to hospital treatments, where the person receives medical and interdisciplinary managing. In these cases, the psychological treatment is based in behavior therapy. This article presents the temporary evolution that cognitive theories and cognitive behavioral treatment for anorexia anorexia nervosa have followed, highlighting the value of cognitions in the maintenance of this eating disorder.

Key Words: anorexia nervosa, cognitive theories, cognitive behavioral therapy, eating disorders (ED).

Introducción

La anorexia nerviosa es el trastorno del comportamiento alimentario (TCA) que representa las tasas de mayor mortalidad de los trastornos psiquiátricos. De acuerdo con Hoeck (2006), la incidencia de la anorexia nerviosa es de aproximadamente 8 personas por 100.000 cada año. Se ha visto un sustancial incremento de este trastorno desde 1935 hasta 1999, en mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y los 24 años.

En Colombia hay ausencia de datos relacionados con el comportamiento epidemiológico de este trastorno. No obstante, continúa considerándose como un patrón de conducta desadaptativo, propio de algunos subgrupos poblacionales (es el caso de modelos y reinas de belleza,

mujeres de clase social alta o media alta y de sociedades industrializadas), lo que podría mantener que se ignoren otros grupos y se reconozca el impacto de este TCA en la dinámica de la sociedad actual. Precisamente, se observa un interés creciente de los investigadores (Wilson & Fairburn, 1993; Sloan, 1999; Schmidt & Treasure, 2006) en la identificación e importancia de los factores de mantenimiento del comportamiento de las personas con anorexia nerviosa por considerar que su abordaje podría resultar francamente efectivo en el manejo de la problemática. De hecho, uno de los grandes desafíos para la psicología ha sido el trabajo terapéutico con estos pacientes ya que la complejidad que caracteriza al cuadro clínico que se desarrolla supone el afrontamiento de numerosos y recurrentes fracasos terapéuticos que se traducen en cortos periodos de estabilización

* Correspondencia a: Ximena Blancos Espinosa. E-mail: ximena.palacios64@urosario.edu.co

o remisión y recaídas frecuentes que generan un deterioro físico y emocional significativo de los pacientes, de sus familias y de otros significantes.

El deterioro físico ha sido comúnmente abordado por la terapéutica médica, dando soporte de tipo biológico y estabilizando metabólica y ponderalmente al paciente. Mientras que en lo que respecta a la intervención de las consecuencias emocionales y afectivas de la persona con anorexia nerviosa, su desarrollo ha sido más bien tortuoso, poco lineal y progresivo, aunque se ha investigado particularmente desde la terapia cognoscitivo-comportamental, observándose una combinación de técnicas propias de la modificación de conducta en el abordaje de esta problemática. La terapia cognoscitiva ha tenido una evolución relativamente corta pero a su vez, ha reportado beneficios significativos en el avance de la terapia de este TCA.

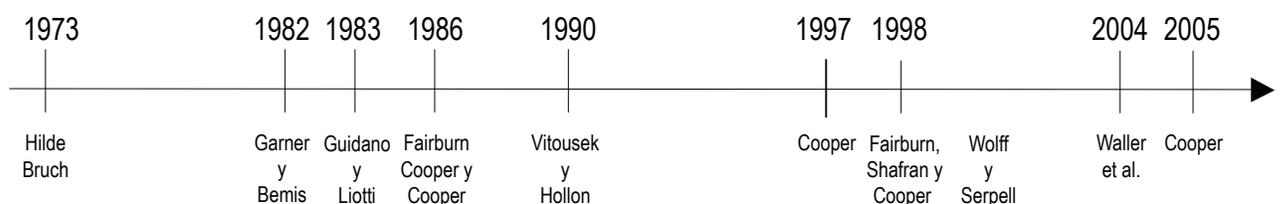
El presente artículo está dirigido a describir el desarrollo de las teorías cognoscitivas sobre anorexia nerviosa y el tratamiento que a nivel cognoscitivo y conductual ha tenido lugar en esta problemática.

El reconocimiento de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa se debe al psicoanalista Hilde Bruch (1973), citado por Fairburn, Shafran & Cooper (1998). No obstante, solo una década más tarde se da inicio a la construcción teórica para comprender el papel de las cogniciones en el desarrollo, mantenimiento y evolución de este TCA. Durante la década de los años ochenta, se realizan cuatro grandes y significativos aportes teóricos en el desarrollo de las teorías cognoscitivas de la anorexia nerviosa. El primero de ellos tiene lugar en 1982 con Garner y Bemis, en 1983 con Guidano & Liotti, en 1986 con Fairburn, Cooper y Cooper y en 1990 con Vitousek & Hollon (Figura 1).

dicotómico o absolutista es aquel que conlleva el englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas: bueno-malo, aceptación-rechazo, y por consiguiente, no admiten matices intermedios. Este mismo autor resalta que el perfeccionismo subyace a esta forma de pensamiento; la personalización y autorreferencia (la persona hace una interpretación egocéntrica de hechos interpersonales) y el pensamiento supersticioso (mantienen y alimentan creencias basadas en una relación de causalidad entre hechos no contingentes). Además, reconocen la función de factores predisponentes no resueltos tales como conflictos familiares relacionados con conflictos referidos a la búsqueda de autonomía o a la maduración, lo que explicaría el mantenimiento de estados crónicos del trastorno. De hecho, Garner & Bemis (1982) enfatizan que las personas anoréxicas tienen un deseo de retener el síntoma central e incluso de experimentar pensamientos y emociones displacenteros que lo mantienen. E insisten en que esto es lo que marca la diferencia de los trastornos depresivos, fobias y trastornos de ansiedad, con los que frecuentemente se le compara. Así, mientras que la situación inicial es de desdicha e infelicidad, la pérdida de peso es de placer en la medida en que les proporciona alivio.

También en 1982, y en congruencia con los aportes de Garner & Bemis (1982), Slade propuso un análisis funcional que resalta la necesidad de control como fundamental para desarrollar y mantener la anorexia nerviosa. De acuerdo con esta propuesta, el mecanismo de mantenimiento se da por reforzamiento positivo. De esta manera, cada vez que la persona restringe la ingesta de alimento o ayuna completamente, experimenta sentimientos de logro al confirmar que dispone de esa singular capacidad de rechazar o de desechar el alimento (ver Figura 2).

Figura 1. Evolución temporal de las teorías cognoscitivas sobre anorexia nerviosa

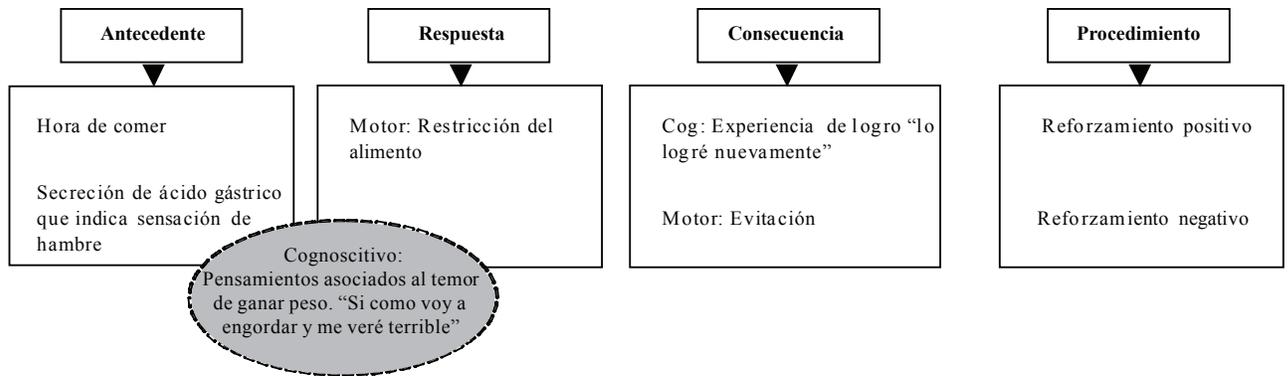


Para Garner & Bemis (1982), en los anoréxicos están presentes distorsiones cognoscitivas que estarían explicando el mantenimiento de la anorexia nerviosa, entre ellas la abstracción selectiva que hace referencia a la focalización de un detalle del contexto, generalmente un aspecto negativo, que es exagerado por la persona, e ignorándose el contexto total (Navas, 1998); la sobregeneralización que son juicios extremistas o predicciones basadas en un solo incidente, la magnificación de los estímulos, el razonamiento

En 1983, Guidano & Liotti plantean que el cuadro clínico de la anorexia nerviosa está esencialmente caracterizado por un déficit en las estructuras cognoscitivas asociadas a la identidad personal.

Durante siete años consecutivos cesa la producción de nuevas teorías cognoscitivas sobre la anorexia nerviosa (Figura 1), hasta 1990 con la contribución teórica de Vitousek & Hollon. Ellos comparten con Garner & Bemis la postura de que la conducta de las personas con anorexia

Figura 2. Análisis funcional de la restricción alimentaria en anorexia nerviosa



Nota. Debe resaltarse el papel de las cogniciones como moderadoras entre el antecedente y la respuesta de restricción alimentaria.

nerviosa se mantiene por ideas sobrevaloradas sobre el peso corporal y la figura y resalta que estas suelen estar precedidas por el perfeccionismo, el ascetismo y las dificultades en la regulación del afecto (Vitousek & Hollon, 1990; 1993; 1994, citados por Fairburn, Shafran & Cooper, 1998). Según Fairburn (1998), este es el legado de la premisa actual que se refiere a la preocupación por la figura y el peso corporal como mantenedores de la conducta desadaptativa característica de la persona con anorexia nerviosa.

Nuevamente durante siete años después de los aportes de Vitousek & Hollon en 1990, viene otro cese en la construcción de nuevas teorías cognoscitivas sobre la anorexia nerviosa. Por consiguiente, es en 1997 que Cooper, a partir de las cuatro contribuciones teóricas mencionadas hasta el momento, planteó nueve hipótesis relacionados con los TCA. Fue un trabajo muy significativo que ha dado lugar al desarrollo de importantes trabajos de investigación en anorexia nerviosa, aunque no puede obviarse que el interés para finales de los años noventa, está focalizado en la bulimia nerviosa. A continuación se enuncia cada una de ellas y algunas de las evidencias reportadas en la literatura.

Primera hipótesis. El tratamiento psicológico de los TCA basado en un modelo (por ejemplo, la terapia cognoscitiva), puede ser efectivo.

Evidencia. En 1997, no existía evidencia alguna de que la terapia cognoscitiva ni cualquier otro tratamiento fuera verdaderamente efectivo en el tratamiento de la anorexia nerviosa (Fairburn, 1998). Aunque se prueban diversas técnicas y estrategias de intervención, se evidencia un alto índice de recaídas, recuperación espontánea y abandono del tratamiento. Por consiguiente, desde entonces aumenta el interés de los investigadores con respecto a este tema (Gempeler, 2004; Gowers, 2006; Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Halmi, 1998; Herzog et al., 1999; NICE, 2004) pero se mantiene el interés en la bulimia nerviosa, lo que es evidente en la producción literaria y científica.

Segunda hipótesis. Los pensamientos automáticos podrían reflejar aspectos concernientes con la comida, la alimentación, el peso y la figura.

Evidencia. Para 1997, el interés por la investigación sobre pensamientos automáticos declina significativamente, pese a haber sido uno de los principales temas de interés en la década de los años ochenta cuando se hicieron las grandes contribuciones teóricas en relación con la teoría cognoscitiva y la anorexia nerviosa.

Tercera hipótesis. Existe un fuerte respaldo de que a la conducta anoréxica subyacen ideas irracionales acerca de la comida, la alimentación, el peso y la figura.

Evidencia. Desde 1997 hasta la actualidad se ha mantenido el interés por las actitudes, las suposiciones y las reglas subyacentes a los TCA. De hecho, se han realizado estudios que podrían clasificarse en algunos de los siguientes dos tipos de estudios: (1) aquellos focalizados en la evaluación específica y detallada de las cogniciones y (2) aquellos focalizados en la evaluación general de la importancia del peso y de la figura en la determinación del autoconcepto.

Una particularidad de estos estudios es la utilización de cuestionarios y otros instrumentos psicométricos, como por ejemplo: Mizes Anorectic Cognitions (MAC) de Mizes et al., 2000; Eating Disorders Belief Questionnaire (Cooper et al., 1997); Eating Disorder Examination (EDE) de Cooper & Fairburn (1987); Shape and Weight Based Self Steem (Geller, Jonhston & Madson, 1997); Anorectic Cognitions Questionnaire (Mizes & Klesges, 1989). De hecho, Mizes & Christiano (1995) resaltan el papel de la evaluación de las cogniciones en los avances de las propuestas cognoscitivas para explicar la anorexia nerviosa.

Cuarta hipótesis. Las creencias irracionales (“core beliefs”) reflejarían la evaluación negativa de sí mismo.

Evidencia. En el artículo de Cooper en 1997, solamente se presentó un estudio relacionado con las creencias

irracional y su relación con la evaluación negativa del sí mismo. Desde entonces, se han consolidado dos grandes grupos de investigación interesados en este tema: (1) uno que ha utilizado la entrevista semiestructurada detallada, para proporcionar información sobre este aspecto, y (2) otro que ha realizado una importante serie de estudios utilizando el Eating Disorder Belief Questionnaire, y que ha confirmado que, en efecto, las creencias negativas sobre sí mismo, son características tanto de las personas con anorexia nerviosa como con bulimia nerviosa. Las conclusiones de estos grupos pueden considerarse válidas pues ambos grupos, de manera independiente, han utilizado gran variedad de medidas y de metodologías obteniendo las mismas conclusiones.

Un estudio reciente, Dingemans, Spinhoven & van Furth (2006) utilizaron el Young Schema Questionnaire (YSQ), con el objetivo de comparar las creencias irracionales maladaptativas en grupos de personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, por supuesto introduciendo un grupo de control. El cuestionario de autorreporte agrupa 16 creencias irracionales maladaptativas en cuatro dominios o grandes factores, de acuerdo con Lee & Duna (1999), citados por Dingemans, Spinhoven & van Furth (2006) (Tabla 1).

La desconexión, primer dominio del YSQ, se refiere al sentimiento de considerar que no se puede ser querido, estimado e incluso de que se es indeseable (Dingemans, Spinhoven & van Furth, 2006).

Tabla 1. Creencias irracionales maladaptativas en los TCA según Lee & Duna (1999)

Dominio	Creencias irracionales maladaptativas
I. Desconexión	<p>1. abandono/inestabilidad: creencia acerca de que las relaciones cercanas van a desaparecer inminentemente.</p> <p>2. Defectuosidad /vergüenza: creencia acerca de que se es imperfecto e inadecuado, por lo que se puede avergonzar a otros.</p> <p>3. Deprivación emocional: creencia acerca de que las propias necesidades emocionales jamás deben ser conocidas por otros.</p> <p>4. Desconfianza /abuso: creencia acerca de que los demás van a aprovecharse siempre de uno.</p> <p>5. Aislamiento social: creencia acerca de que uno está solo en el mundo, a diferencia de otras personas, y que no hace parte de una comunidad.</p> <p>6. Restricción emocional: creencia acerca de que uno siempre debe inhibir las emociones e impulsos porque cualquier expresión de sentimientos podría herir a otros o afectar su autoestima, generar indisposición y retaliaciones o abandono.</p>
II. Autonomía afectada	<p>7. Dependencia/incompetencia: creencia acerca de que uno no es capaz de manejar las responsabilidades diarias de manera competente e independiente</p> <p>8. Vulnerabilidad de ser herido y de enfermar: creencia acerca de que siempre se es susceptible de experimentar una catástrofe.</p> <p>9. Sentirse atrapado: creencia acerca de que se carece de una identidad individual por sobre involucrarse con otros.</p> <p>10. Ausencia de autoeficacia: creencia acerca de que se es incapaz de hacer algo bien.</p> <p>11. Vivir subyugado: creencia acerca de que uno debe someterse al control de otros para evitar consecuencias negativas.</p> <p>12. Autocontrol y autodisciplina insuficientes: creencia acerca de que uno no puede controlar totalmente sus impulsos y sentimientos.</p>
III. Límites afectados	<p>13. Derecho/grandiosidad: creencia acerca de que las personas están autorizadas, pueden hacer o decir siempre lo que deseen aun lastimando a otros.</p> <p>14. Temor a la pérdida de control: creencia acerca de que uno siempre debe inhibir emociones e impulsos, y la razón para ello es el temor a la pérdida de control.</p>
IV. Control excesivo	<p>15. Autosacrificio: creencia acerca de que uno debe sacrificar sus necesidades por ayudar a otros.</p> <p>16. Altos estándares de exigencia/hipercrítica: creencia acerca de que uno debe esforzarse por alcanzar estándares irreales.</p>

Nota. Adaptado a partir del Young Schema Questionnaire con base en la información proporcionada en: Dingemans, A.E., Spinhoven, Ph., & van Furth, E.F. Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, Volume 7, Issue 3, August 2006, p. 258-265.*

El segundo dominio, el de la autonomía afectada, hace referencia a cómo las expectativas acerca de sí mismo y del ambiente interfieren con la habilidad percibida para separar, sobrevivir, funcionar de manera independiente o alcanzar logros. Incluye el sentido de percepción de sí mismo como un error, lo que lleva a la persona a depender o diferir de otros, ser vulnerables y sentirse incapaz de tener suficiente autocontrol y autodisciplina para actuar efectivamente (Dingemans, Spinhoven & van Furth, 2006).

El tercer dominio se denomina límites afectados y se refiere a la deficiencia de límites internos, responsabilidad hacia otros o metas orientadas a largo plazo. Se observa una importante dificultad para respetar los derechos de los demás, cooperar con otros, hacer contratos o compromisos y establecer metas personales realistas, así como intolerancia para experimentar emociones displacenteras (Dingemans, Spinhoven & van Furth, 2006).

Y finalmente, el cuarto dominio, llamado control excesivo, representa un énfasis en este tipo de control pero especialmente con sentimientos y elecciones, la ejecución, los deberes, el perfeccionismo y el seguimiento de reglas (Dingemans, Spinhoven & van Furth, 2006).

Quinta hipótesis. Estilos disfuncionales de razonamiento o errores y prejuicios en el procesamiento de la información podrían estar presentes en los asuntos relacionados con la comida, la alimentación, el peso y la figura.

Evidencia. Para probar esta hipótesis se han realizado diferentes investigaciones en el campo de la atención y de la memoria. Con respecto a la atención, se ha utilizado el paradigma stroop. Por ejemplo, Green, Corr & de Silva (1999) encontraron que en la ejecución de una tarea modificada del stroop, los anoréxicos mencionaron más lentamente las palabras sobre la imagen corporal y las asociaron significativamente a las palabras neutras, concluyendo que estas personas mostraron tener la capacidad de conectar la naturaleza de la figura corporal con los esquemas, dotándolos de valor afectivo.

Con respecto a la memoria, Hermans, Pieters & Eelen (1998) realizaron un estudio con doce pacientes anoréxicas y 12 pacientes en el grupo control. Los dos grupos debían observar series de 64 palabras. Cabe aclarar que había cuatro tipos de palabras: relacionados con anorexia, positivas, negativas o neutras. Como resulta obvio, los tres últimos tipos no estaban relacionados con anorexia. Aquellas del primer tipo, las relacionadas con anorexia, tenían la misma connotación afectiva que las palabras de control neutral. Los participantes debían completar un test de memoria explícita y los resultados demostraron una fuerte memoria de este tipo para las palabras relacionadas con anorexia en los pacientes con este trastorno alimentario, a diferencia del grupo control.

Es necesario resaltar que los estudios relacionados con el procesamiento de la información han evolucionado de la evaluación simple de la presencia o ausencia de prejuicios

en pacientes con TCA cuando se presentan estímulos relacionados con la alimentación, la comida, el peso y la figura, a la comprobación de que las creencias negativas de sí mismo tienen un papel importante en el desarrollo de los TCA hasta el punto de dar origen al desarrollo de un modelo que ha sido denominado transdiagnóstico y que se explicará posteriormente.

Sexta hipótesis. Podría existir una relación causal entre las suposiciones subyacentes y los autoesquemas relacionados con la conducta de comer, particularmente con la conducta restrictiva.

Evidencia. Esta hipótesis no ha sido objeto de estudios relevantes hasta el momento. Aunque posiblemente pudieran encontrarse correlaciones espurias al respecto, no se han diseñado estudios que permitan evaluar la causalidad que plantea la hipótesis. Luego, es necesario resaltar la dificultad para establecer este tipo de relaciones en los escenarios clínicos.

Séptima hipótesis. La restricción dietaria mediada por el pensamiento dicotómico puede resultar en episodios de atracones.

Aunque Cooper (2005) plantea que no hay estudios relevantes al respecto, Hetherington et al. (2000), realizaron un estudio en el que trabajaron sobre la relación entre la restricción dietaria y los atracones pero no contemplaron el pensamiento dicotómico. De hecho, Tenconi et al. (2006) acaban de presentar los resultados de su investigación sobre predictores de los atracones en las personas anoréxicas clasificadas en el subtipo restrictivo y no hay mención alguna a los pensamientos y menos aún, a las distorsiones cognoscitivas de tipo dicotómico.

Octava hipótesis. El estilo de pensamiento conduce procesos que podrían favorecer el desarrollo y mantenimiento de las creencias negativas sobre sí mismo.

Evidencia. En la actualidad, no existe evidencia empírica para comprobar esta hipótesis en personas con anorexia nerviosa. No sucede igual con respecto a las personas con bulimia nerviosa, con quienes Spranger, Waller & Bryant-Waugh (2001) realizaron una investigación al respecto, encontrando resultados que soportan la hipótesis planteada.

Novena hipótesis. La experiencia temprana podría ser importante en la formación de creencias negativas sobre sí mismo.

Evidencia. Respaldan esta hipótesis cuatro estudios cuyas conclusiones se mencionan a continuación.

Cooper, Todd & Wells (1998) realizaron un estudio con personas anoréxicas y bulímicas, encontrando que para ambos grupos existe una relación causal entre experiencias tempranas negativas y el desarrollo de creencias negativas sobre sí mismo.

Leung et al. (1999) encontraron que existe alguna relación entre las creencias negativas sobre sí mismo y las experiencias tempranas de apego negativas.

En el año 2002, Turner & Cooper realizaron entrevistas semiestructuradas a un grupo de personas con anorexia nerviosa y a un grupo control. Encontraron que en el primer grupo había relaciones muy claras entre las experiencias negativas y el desarrollo de creencias negativas sobre sí mismo.

Finalmente, Sarin & Abela (2003) hacen un interesante estudio desde el enfoque cualitativo, utilizando entrevistas a profundidad y construyendo a partir de ellas historias de vida de los pacientes con TCA y encontrando evidencias positivas para nutrir la hipótesis.

Es absolutamente necesario continuar desarrollando investigaciones que permitan recolectar mayor evidencia empírica sobre estas hipótesis e igualmente, replicar los estudios ya disponibles.

Para continuar con el recorrido temporal de las teorías cognoscitivas, Wolff & Serpell (1998) construyen el modelo cognoscitivo sobre la anorexia nerviosa, el cual resulta particularmente útil para identificar el contenido específico de las creencias y de las conductas típicas de seguridad, así como en la importancia de la rumiación o la vergüenza sobre la comida o la conducta de comer, el peso y la figura. Introdujo así mismo, la importancia de considerar las creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad y propuso el reconocimiento de creencias pro-anorexia y anti-anorexia.

En ese mismo año, Fairburn, Shafran & Cooper (1998) hacen una propuesta teórica a la que denominan modelo de la anorexia nerviosa. De acuerdo con estos autores, el eje central de la problemática las personas con anorexia nerviosa es el autocontrol. Por ello, el modelo que proponen está basado en el autocontrol, lo que se traduce, de acuerdo con esta postura, como la necesidad extrema de mantener la conducta de control. Descripción muy distante de la del modelo de elección del autocontrol de Rachlin (1974) según la cual el autocontrol es un concepto que permite describir elecciones hechas por organismos en diferentes puntos del tiempo. Esto quiere decir que los organismos, humanos o no, seleccionan un reforzador más grande y retrasado sobre uno más pequeño pero inmediato; o prefieren una estimulación dolorosa inmediata pero pequeña con relación a una más fuerte pero retrasada (por ejemplo cumplir con un procedimiento médico invasivo). Esta clase de autocontrol se conoce como “autocontrol molecular” porque describe elecciones realizadas entre montos y retrasos discretos de reforzadores y condiciones aversivas (Rachlin, 1989).

Pero también existe otro tipo de autocontrol, denominado “autocontrol molar” porque la elección se realiza entre un refuerzo o condición aversiva individual y una tasa general de reforzamiento o castigo (Rachlin, 1989). Un ejemplo de ello en las personas anoréxicas podría descri-

birse como dejar de comer un plato deseado, lo que podría ser un refuerzo pequeño e inmediato que confirmaría su capacidad de control, mientras que comerlo generaría una alta tasa general de castigo en el futuro, debido a la experiencia de culpabilidad. Efectivamente, Rachlin considera que no comer es una respuesta de autocontrol, aunque no está claro que no emitir una respuesta sea una respuesta. Por consiguiente, en esta conceptualización, “el autocontrol no es un problema de foco de control (control interno versus control externo), sino un problema de la dimensión temporal, un problema de reforzadores y condiciones aversivas inmediatas versus diferidas” (Rachlin, 1974).

La necesidad de autocontrol se dirige principalmente a la comida y consideran los siguientes mecanismos de retroalimentación en la conducta del anoréxico nervioso: (1) el ayuno promueve el sentido de control, (2) los aspectos de la inanición motivan la restricción dietaria y (3) las consideraciones extremas sobre el peso y la figura motivan la restricción dietaria.

Al respecto del control, Dalgleish et al. (2001) concluyen que las personas con TCA tienen una percepción de control particularmente más baja pero en relación con el control de los eventos del mundo y que asociado a esta percepción, suelen subyacer estados de ánimo depresivos que deben ser siempre considerados.

Seis años más tarde, Fairburn et al. (2003) presentan la teoría transdiagnóstica; su planteamiento central es que los TCA se caracterizan por la misma psicopatología y los pacientes oscilan entre un diagnóstico y el otro. Y reconocen cuatro mecanismos de mantenimiento comunes a los TCA, aunque discriminan alguna diferenciación en la topografía en que se presentan en personas con anorexia nerviosa y en personas con bulimia nerviosa. Estos son: (1) el perfeccionismo clínico, del que resaltan que es particularmente superior en las personas con anorexia nerviosa, (2) la baja autoestima, característica de los cuadros de anorexia nerviosa crónica, (3) la irritabilidad, poco representativa en el mantenimiento de este trastorno y (4) las dificultades interpersonales que de acuerdo con estos autores se presentan en una alta proporción en las mujeres con anorexia nerviosa.

Es importante resaltar que tanto el modelo de la anorexia nerviosa de Fairburn, Shafran & Cooper (1999) como la teoría transdiagnóstica de Fairburn et al. (2003), han dado lugar al establecimiento de cinco predicciones, a saber: (1) el humor negativo tiene una relación causal con los atracones, (2) la necesidad de autocontrol es importante, especialmente en la anorexia nerviosa, (3) la restricción dietaria podría promover el sentimiento de control, (4) el perfeccionismo es particularmente importante en la anorexia nerviosa, y (5) las dificultades interpersonales son importantes.

Posteriormente, aparecen nuevas propuestas teóricas (Figura 1) las cuales han sido consideradas como la se-

gunda generación de teorías y son la de Waller, Kennerley, y Ohanian (2004) y la de Cooper (2005). Su objetivo es el de estudiar detalladamente las cogniciones, su contenido preciso y sus relaciones con la emoción y la conducta.

La teoría propuesta por Waller et al. (2004), explica entre otras las razones por las cuales las personas desarrollan anorexia nerviosa o bien, bulimia nerviosa. En relación con la anorexia nerviosa, estos autores plantean que se mantiene por un mecanismo de evitación primaria en el que no comer es la vía para prevenir las cogniciones que generan malestar psicológico (distrés) así como las emociones negativas que puedan experimentarse durante la emisión de la conducta de comer o como consecuencia de ella. De esta teoría se ha derivado una hipótesis importante: la anorexia nerviosa podría estar asociada con un proceso primario de prevención del afecto, generado por las creencias negativas que la persona tiene de sí misma. El gran aporte de esta teoría está en que proporciona elementos para pensar en que existe una relación entre la cognición, el afecto y las conductas relevantes para los TCA.

La teoría de Cooper et al. (2005), ha dirigido sus esfuerzos a la identificación de los diferentes tipos de pensamientos automáticos que se desarrollan solo en las personas con bulimia nerviosa, desafortunadamente para el interés de este artículo. No obstante, algunos de estos tipos de pensamientos pueden ser relevantes para la anorexia nerviosa: pensamientos permisivos, de pérdida de control y negativos, entre otros. Igualmente, estos autores proponen que existen diferentes tipos de suposiciones subyacentes y creencias negativas sobre sí mismo en los autoesquemas negativos. También se preocuparon por el mantenimiento de los atracones, conducta que como se mencionó previamente puede desarrollarse en las personas con anorexia nerviosa del subtipo restrictivo.

Dos grandes grupos de estudiosos han nutrido esta segunda generación de teorías. Uno de ellos se dedica a identificar los pensamientos automáticos relevantes para la anorexia nerviosa y el otro, a la identificación de factores de riesgo con el objeto de construir un modelo de vulnerabilidad al estrés que considere los elementos o factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La identificación de los factores de riesgo daría lugar a la predicción de un mejor o peor pronóstico. Además, el planteamiento de este modelo representa un primer intento por integrar los resultados de diferentes investigaciones y campos teóricos relacionados con los TCA a una perspectiva cognoscitiva y enfatizar así en la etiología, el curso y el contenido de las creencias negativas de sí mismo, los esquemas y los supuestos subyacentes a la alimentación, la comida, el peso y la figura.

Una particularidad de la teoría cognoscitiva sobre la anorexia nerviosa es que su evolución no es congruente con la evolución del tratamiento cognoscitivo para ella. Esto hace referencia a que las propuestas de intervención cognoscitiva

para este TCA han sido significativamente escasas (Figura 3). Además, debe resaltarse que la anorexia nerviosa ha sido de difícil tratamiento. Al respecto, Mountford et al. (2004), plantean que la relativa y pobre efectividad de los tratamientos para este trastorno se debe a la deficiente conceptualización del mismo. Como puede observarse en la Figura 3, el tratamiento de la anorexia nerviosa en la década de los años setenta estaba fundamentado en intervenciones de tipo psiquiátrico, por lo que los aspectos cognoscitivos comprometidos eran trabajados a través de psicofármacos. Además, durante veinte años (1977-1997), el tratamiento fue esencialmente médico y conductual y es en 1997 cuando empiezan a aparecer propuestas cognoscitivas para el abordaje de la problemática.

Aun así, desde los inicios de la terapéutica de la anorexia nerviosa, se ha reconocido la importancia del abordaje multidisciplinario e interdisciplinario. Por supuesto, se priorizan intervenciones de unos u otros profesionales de acuerdo con el estado clínico del paciente. Es el caso de los pacientes con infrapeso severo, para quienes la atención es primordialmente médica con el objeto de estabilizarlos ponderal y metabólicamente.

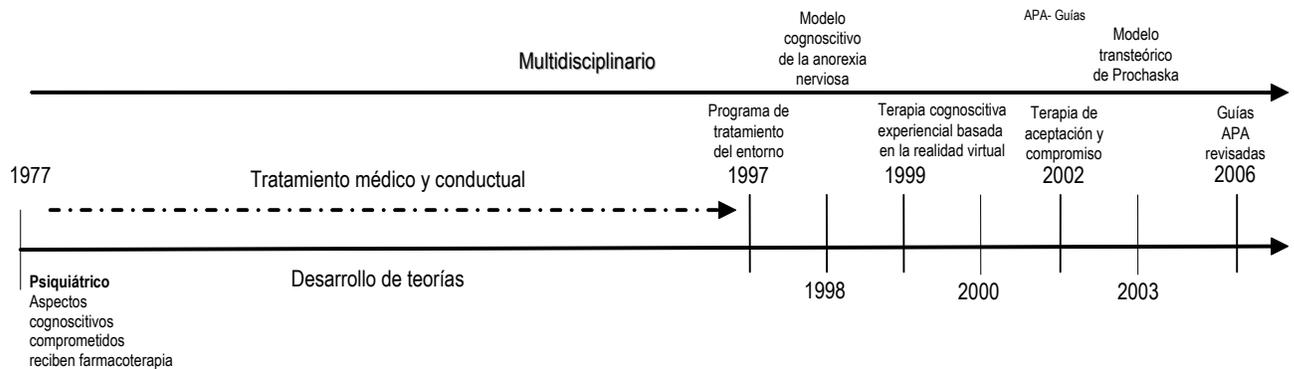
No obstante, los escenarios de acción han sido siempre los mismos: hospital, hospital día y consultorio. Por lo tanto, los procesos se realizan a nivel intrahospitalario o ambulatorio. Los procesos característicos en la evolución del paciente con anorexia nerviosa demuestran que suelen rotar por estos diferentes escenarios.

En Colombia, el sistema de seguridad social en salud admitiría con dificultad tratamientos de hospital de día, por lo cual se recurre preferiblemente a la hospitalización en casos donde la supervivencia del paciente está en franco riesgo.

Tradicionalmente, durante la hospitalización, el tratamiento es médico, farmacológico y conductual, y se utilizan estrategias tales como administración de altas dosis de antipsicóticos, alimentación por sonda nasogástrica. La yeyunostomía no es tratamiento de elección en estos casos. Manejo por enfermería que pretende dar cuidados permanentes, vigilancia y control, reposo en cama y dieta hipercalórica. Además, se introducen técnicas de modificación de conducta para iniciar la incorporación de conductas de afrontamiento y de autocontrol en los pacientes. No obstante, de acuerdo con Bowers, Evans & Andersen (1997), el tratamiento multidisciplinario hace énfasis en intervenciones a nivel psicosocial, nutricional, recreacional y médico y un énfasis primario en el restablecimiento gradual del peso corporal pues se tiene claridad de que un aumento desproporcionadamente acelerado del mismo podría generar consecuencias negativas como edema, falla cardíaca congestiva y dificultades gastrointestinales.

En términos generales, el modelo cognoscitivo considera que todos los TCA tiene un patrón común final de múltiples eventos o experiencias (Garner & Garfinkel,

Figura 3. Evolución del tratamiento cognoscitivo de la anorexia nerviosa



1985) en el que varias experiencias vitales, ideas distorsionadas específicamente relacionadas con el yo, el mundo y el futuro (tríada cognoscitiva) son aprendidas creando vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno. Reconoce que son vulnerables de desarrollar ideas relacionadas con que la pérdida de peso puede ser un medio para aliviar el distrés psicológico y la disforia, las personas con rasgos de introversión, sensibilidad y tendencia al aislamiento. Por consiguiente, de acuerdo con Bowers, Evans & Andersen (1997), hacer dieta, perder peso y desear la delgadez son factores que las personas con TCA manipulan con el objetivo de ejercer control sobre su ambiente.

El tratamiento cognoscitivo deberá dirigirse fundamentalmente a la modificación de las cogniciones que tiene la persona con TCA. Es decir, a la reestructuración de las ideas irracionales y estilos atribucionales negativos y a la modificación de las conductas desadaptativas que se generan a partir de ellas (Bowers, Evans & Andersen, 1997). Así, una primera propuesta relacionada con el tratamiento cognoscitivo de la anorexia nerviosa se realiza en 1997 con el programa de tratamiento cognoscitivo del entorno, el cual parte de la premisa de que los pacientes se afectan por su ambiente. En la medida en que se concibe que el entorno es un microcosmos del mundo del paciente, la terapia estará dirigida a que el paciente reconozca, conozca y acepte sus problemas, de manera tal que pueda darles un nuevo sentido o significado y reestructure y modifique sus patrones de pensamiento negativo y sus creencias (Bowers, Evans & Andersen, 1997). De acuerdo con la propuesta inicial, este programa de tratamiento contempla igualmente el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, y debe estar constituido por un grupo psicoeducativo, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y nutricionistas.

Fairburn, Cooper & Shafran (2003), plantean que en los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa hay presencia de una distorsión cognoscitiva central caracterizada por la sobrevaloración de la conducta de comer, el control del peso y la figura y además, están presentes cuatro mecanismos de

mantenimiento del trastorno, ya mencionados previamente. El planteamiento terapéutico de estos autores se ha denominado tratamiento transdiagnóstico. Está basado en la teoría cognoscitivo-conductual transdiagnóstica y parte de la idea de que todos los trastornos del comportamiento alimentario comparten los mismos mecanismos de mantenimiento y por consiguiente, pueden ser abordados de una manera semejante con excelentes resultados. No obstante y en contradicción con lo anterior, Wilson (2004) plantea que la eficacia de los tratamientos varía según el TCA y que la efectividad de los tratamientos para la anorexia nerviosa está aún en una fase de estudio que requiere de investigaciones con diseños de grupos randomizados, frente a lo cual indica además que existe una importante dificultad dada la complejidad en la consecución de las muestras. Por lo anterior, anota que es fundamental la colaboración interinstitucional.

El tratamiento transdiagnóstico está estructurado en un proceso de varias etapas (Tabla 2) y tiene diferentes características que se describen a continuación (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003): (1) Está diseñado para ser sensible a todas las formas clínicas de TCA independientemente del tiempo de evolución de los mismos. (2) El diagnóstico preciso del TCA no es relevante para el tratamiento. Lo realmente relevante son las características psicopatológicas presentes y los procesos que las mantienen. (3) Está diseñado para ser aplicado en pacientes en condiciones normales y puede ser aplicado por terapeutas de ambos sexos sin necesidad de entrenamiento especial. (4) Se aplica en dos versiones. Una de 20 sesiones y otra de 40 sesiones. La segunda versión está indicada para pacientes con infrapeso severo (índices de masa corporal (IMC) inferiores o iguales a 17.5). De acuerdo con la versión elegida, la duración es de 20 a 40 semanas respectivamente, con sesiones iniciales dos veces a la semana. El estilo y contenido son fundamentalmente los mismos, exceptuando que en el tratamiento más largo se incluyen estrategias dirigidas a lograr un aumento ponderal que permita la estabilización del paciente. (5) El tratamiento es absolutamente idiográfico. (6) Tiene cuatro etapas:

Tabla 2. Etapas del tratamiento transdiagnóstico

Etapa	Duración	Objetivos
I Inicial intensiva	4 semanas (8 sesiones)	1. Enganchar y educar al paciente 2. Formular el caso 3. Obtener la mayor cantidad de información sobre la modificación de la conducta
II	1 a 3 semanas (1 a 3 sesiones)	1. Revisar detalladamente el progreso 2. Reconocer y caracterizar las barreras para el cambio 3. Realizar una evaluación inicial de la contribución que han tenido cada uno de los cuatro mecanismos de mantenimiento 4. Utilizar la información obtenida para crear, junto con el paciente, una formulación revisada y extendida
III	Aproximadamente 13 a 15 semanas (13 a 15 sesiones)	Ocupa la parte más prolongada del tratamiento y está basada esencialmente en la formulación revisada. 1. Enfatizar en la modificación de la psicopatología de la conducta alimentaria 2. Abordar otros procesos identificados durante la formulación 3. Modular los cuatro mecanismos
IV	No especificado	1. Asegurar que se mantengan los cambios 2. Cerrar el proceso

Nota. Adaptado de Fairburn, Cooper & Shafran (2003). Esta tabla muestra las cuatro etapas del tratamiento transdiagnóstico de 20 semanas de duración.

Durante toda la década de los años noventa, se consolidan diversas propuestas relacionadas con la utilización de la realidad virtual (Hodges et al., 1993, 1995, 1996; North, North & Coble, 1996, 1997; Glantz et al., 1996, 1997 y Riva et al., 1999). Pero interesa particularmente la propuesta de Riva et al. (1999), la terapia cognoscitiva experiencial basada en la realidad virtual, pues su objetivo es esencialmente cognoscitivo, pero que está fundamentada en el tratamiento cognoscitivo-comportamental. Permite evaluar y dar tratamiento a los TCA, es una terapia estructurada y de corta duración (Tabla 3), sus beneficios se ven a las 8 semanas y puede desarrollarse de forma individual y grupal (entrenamiento en habilidades asertivas y entrenamiento para la evaluación y consolidación de la motivación) y el manejo es interdisciplinario: psicólogos, psiquiatras y nutricionistas).

De acuerdo con Riva et al. (1999), sus principales objetivos son: (1) generar satisfacción con la imagen corporal, para lo cual se crea y utiliza un ambiente virtual, y (2) motivar para el cambio. A través del método socrático que es la técnica central en toda la terapia, se espera minimizar la distorsión de sí mismo y favorecer la motivación para el cambio y el descubrimiento y reconocimiento de la distorsión corporal.

Este programa de tratamiento debe ser impartido por terapeutas y psicólogos con formación y dominio en terapia cognoscitivo-comportamental, quienes además deben tener la capacidad de reconocer la necesidad del apoyo de tipo farmacológico concomitante con la terapia y por supuesto, de aceptarlo (Riva et al., 1999). La técnica central de esta terapia es el método socrático, a través del cual se utilizan

series de preguntas, relacionadas con el contenido del ambiente virtual para ayudar así a los pacientes a sintetizar información y generar conclusiones sobre sí mismos.

Tabla 3. Estructura de la terapia cognoscitiva experiencial basada en realidad virtual.

Sesión	Objetivos
1	Evaluar cualquier estímulo que pueda elicitar una conducta alimentaria anormal, centrando la atención en los aspectos relacionados con la comida, la alimentación, el peso y la figura.
2 a 5	Evaluar y modificar los síntomas de ansiedad relacionados con la exposición a la comida y la experiencia del paciente con su cuerpo.

Nota. Adaptado de Riva et al. (1999).

Para el año 2000, la Asociación Americana de Psicología (APA), edita unas guías para el manejo psicológico de las personas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa. Una tercera edición de estas guías es publicada en junio de 2006 y en ella los siguientes objetivos terapéuticos en el manejo de las personas con anorexia nerviosa: (1) restablecer un peso saludable, lo que necesariamente se vincula a la recuperación de la ovulación y los ciclos menstruales normales en los pacientes de sexo femenino, un funcionamiento sexual y un restablecimiento de niveles hormonales en pacientes de sexo masculino y un crecimiento y desarrollo físico y sexual normales en pacientes niños y adolescentes; (2) dar tratamiento a las complicaciones físicas; (3) promover la motivación del paciente para cooperar en el restablecimiento de patrones de alimentación saludables y

participar en el tratamiento; (4) educar en el establecimiento de patrones de alimentación y nutrición saludables; (5) ayudar a los pacientes a reconocer y modificar los patrones cognoscitivos disfuncionales, actitudes, motivaciones, conflictos y sentimientos relacionados con el TCA; (6) tratar las condiciones psiquiátricas asociadas, incluyendo alteraciones en el humor y la regulación de los impulsos, así como problemas de autoestima y comportamiento; (7) favorecer tanto el soporte familiar como el *counselling* y la terapia apropiados; y (8) prevenir las recaídas (APA, 2006).

Con respecto a los aspectos cognoscitivos, en estas guías se especifica que la recuperación ponderal puede generar una disminución considerable e incluso una desaparición de pensamientos asociados con el suicidio y otras obsesiones no necesariamente relacionadas con la comida. Al respecto, Bowers (2002) indica que las intervenciones iniciales están dirigidas a la rehabilitación nutricional y al restablecimiento de las conductas alimentarias normales pues entre otros, la inanición interfiere con la habilidad para pensar claramente e intensifica algunas de las distorsiones cognoscitivas. No obstante, no se enfatiza ni se describe el tratamiento cognoscitivo para su manejo. Definitivamente, las intervenciones para esta asociación siguen siendo de carácter más conductual, pero no desconocen por ello el papel de las cogniciones en el proceso, ni el de la biología, la sociedad y la cultura.

El objetivo esencial de estas guías ha sido asistir a los pacientes con anorexia nerviosa en la toma inteligente de decisiones frente al tratamiento (Bowers, 2002). No obstante, este mismo autor resalta que la combinación de pérdida de peso extrema y distorsiones cognoscitivas, creencias negativas sobre sí mismo y esquemas distorsionados contribuyen a considerar intratable la anorexia nerviosa. Y además, indica que las intervenciones cognoscitivas dependen en gran medida de la habilidad de la persona para pensar.

En relación con la prevención de la anorexia nerviosa, Jansen (2001) plantea que al no conocerse bien los factores de mantenimiento de los TCA, las estrategias dirigidas a la prevención son complejas. No obstante, recientemente varios autores han trabajado sobre el tema de la prevención de este TCA. Es el caso del estudio de Tenconi et al. (2006), quienes intentaron identificar factores predictores de atracones en pacientes con anorexia nerviosa subtipo restrictivo; el de Troisi (2006), cuyo estudio sugiere que un estilo de apego inseguro puede ser uno de los factores implicados en la etiología de la insatisfacción corporal y por consiguiente, un factor de riesgo para los TCA. Su estudio analizó y confirmó la asociación existente entre la ansiedad por separación a temprana edad, el apego inseguro y la insatisfacción corporal, en una muestra clínica de 96 mujeres. Treinta y una con anorexia nerviosa y sesenta y cinco con bulimia nerviosa. Por su parte, Bachner-Melman et al. (2006), encontraron que las conductas de mujeres altamente atléticas son compatibles con las anoréxicas e

incluso propusieron el término “atletas anoréxicos” que está respaldado por rasgos de personalidad similares a los de las personas anoréxicas, así como actitudes y conductas similares. Por consiguiente, estas conductas altamente atléticas así como las otras variables ya mencionadas, pueden ser predictoras del desarrollo de TCA. Ya a nivel de prevención terciaria, Keel et al. (2005), realizaron un estudio dirigido a la identificación de posibles predictores de recaídas en los pacientes con TCA. Indican que éstas ocurren en un 36% de las mujeres con anorexia nerviosa y que presentar este trastorno alimentario de subtipo purgativo es un factor de riesgo importante para el desarrollo de síntomas bulímicos, así como la distorsión de la imagen corporal.

Sin embargo, la producción de artículos al respecto no es alta ni concluyente y aún quedan diversos interrogantes relacionados con la prevención de los TCA, específicamente de la anorexia nerviosa; y por supuesto, uno de ellos estaría especialmente dirigido al diseño y desarrollo de estrategias para prevenir considerando el papel de las cogniciones en la etiología, mantenimiento y recaída de este TCA.

En el año 2002, Bowers presenta la terapia cognoscitiva para la anorexia nerviosa, fundamentada esencialmente en la terapia de aceptación y compromiso, tiene como énfasis asistir a las personas en la comprensión de que la fuente del distrés no es una experiencia negativa privada sino que surge para evitar, para eliminar experiencias negativas y tener experiencias de control. Esta terapia, cuyo marco de referencia teórico es el conductismo radical, concibe las cogniciones como conductas, por lo que no contempla el contenido del pensamiento sino su funcionalidad en el contexto en el cual tienen lugar. Uno de los principales objetivos de esta terapia es el de eliminar la rigidez, que como se ha mencionado previamente, es una característica fundamental de las personas con anorexia nerviosa. Por consiguiente, según Hayes, Strosahl & Wilson (1999), emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (*cognitive defusion*).

Para Orsillo & Batten (2002), la terapia de aceptación y compromiso asume que los clientes se fusionan con el contenido psicológico de los eventos verbales privados tales como pensamientos, sentimientos y recuerdos. En otras palabras, los eventos privados se tornan más simbólicos que las mismas palabras o experiencias físicas y son igualados con la verdad y la realidad.

Entre otras, una posible aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a la anorexia nerviosa es el ejercicio del observador en el cual el paciente es llevado a un estado de relajación y observación para experimentar directamente un sentido trascendente de sí mismo, que es separado de sus recuerdos, roles, cuerpo, pensamientos y sentimientos y que ha demostrado ser muy útil en este TCA (Orsillo & Batten, 2002).

En congruencia con lo anterior, Hasler et al. (2003) plantean que uno de los principales problemas de los pacientes con TCA es su baja motivación para el tratamiento y sugieren que el modelo transteórico de Prochaska se consolida como un marco teórico promisorio para el desarrollo y la comprobación de técnicas específicas dirigidas a incrementar la motivación para el cambio. Al reconocer que el cambio de conducta es gradual y que no es lineal, es comprensible y explicable que la motivación sea fluctuante de acuerdo con el momento o etapa del proceso de cambio y por consiguiente, es susceptible de ser incrementada según se reconozcan las necesidades de la persona en cada una de esas etapas.

En el año 2006, Schmidt & Treasure presentan el modelo cognoscitivo interpersonal de mantenimiento de la anorexia nerviosa subtipo restrictivo, que está fundamentado en otros modelos de la anorexia nerviosa en los que, como se mencionó previamente, no se enfatiza en el rol del peso y de la figura en el mantenimiento de las conductas y cogniciones anorécticos. Este modelo combina factores intra e interpersonales en el mantenimiento de ésta, a saber: (1) perfeccionismo/rigidez cognoscitiva, (2) evitación experiencial, (3) creencias pro anorexia y (4) respuesta de cercanía a otros. Proponen integrar estos factores a aquellos factores de mantenimiento asociados a la inanición en estos pacientes.

Conclusiones

Como pudo observarse, el trabajo en teorías cognoscitivas sobre anorexia nerviosa no ha sido estático y ha dado lugar a procesos de investigación interesantes y necesarios para nutrir una serie de hipótesis que se han planteado alrededor del papel de la cognición en este TCA. La producción en este tema tampoco ha sido fluida y continua. Se conocen algunos periodos de estancamiento específicamente en relación con la anorexia nerviosa, contrario a lo que sucede con la bulimia nerviosa, y este es un tema sobre el que habría que generar investigación.

Si bien la identificación de factores de riesgo se constituye en un interés para la comunidad investigativa, está claro que estos no se han explorado desde la teoría cognoscitiva, lo que explica que los estudios sobre el tema como por ejemplo el de Tenconi et al. (2006), no contemplen la participación de las cogniciones en el desarrollo y las recaídas de la anorexia nerviosa.

Es fundamental que las ideas que van surgiendo como producto de las investigaciones desarrolladas en el área de los TCA, sean incorporadas en la estructura de las teorías cognoscitivas. Un amplio y pobremente explorado campo teórico espera ser nutrido empíricamente. Pero quizás, una de las más inmediatas necesidades en este campo de estudio está en la traducción de estas nuevas teorías cognoscitivas

sobre la anorexia nerviosa, en tratamientos cuya efectividad pueda ser objeto de estudio.

Las diversas perspectivas teóricas cognoscitivas han mostrado un cambio en su objeto de estudio en el tiempo. Inicialmente, se consideró fundamental establecer el papel de las cogniciones en el origen y desarrollo del trastorno, interés que fue evolucionando hasta la focalización en el interés de éstas en el mantenimiento de las conductas desadaptativas.

En general, perder peso, independiente del TCA del que se trate, se traduce en una estrategia de control por la cual se produce reforzamiento para la persona de alguna o algunas de las siguientes maneras; aunque por supuesto debe siempre considerarse que el análisis es idiográfico y por consiguiente, no puede ni debe reducirse a la generalización de las consecuencias que se mencionan a continuación.

(a) Reforzamiento positivo cuando: (1) obtiene la atención de otros, bien sea familia, significantes, etc., que demuestran su preocupación por las conductas restrictivas, la pérdida de peso significativa, el evidente deterioro físico y emocional, las conductas desadaptativas asociadas con la conducta de comer, entre otros. (2) Inicialmente, la persona obtiene reconocimiento social de algunas personas por el control que muestra ante la ingesta de comida, calificándosele incluso como “juiciosa”, “disciplinada”, “admirable”, etc. (3) Aumenta su autoeficacia al percibirse “capaz” de restringir la cantidad calórica en la ingesta, ayunar, aplazar una o varias comidas, rechazar “tentaciones”, aprender a no percibir el hambre como hambre sino como discriminativo de malestar.

(b) Reforzamiento negativo cuando: (1) se aísla para evitar las críticas que hacen los demás de su aspecto físico, su conducta desadaptativa, su enfermedad. (2) disminuye la probabilidad de sentir malestar al no comer o evitar las situaciones en las que generalmente la interacción supone alimentarse. (3) la evidencia de la disminución ponderal disminuye su ansiedad ante la idea de que está con sobrepeso.

Debido a las dimensiones que ha venido adquiriendo la presentación de la anorexia nerviosa, actualmente es necesario y pertinente considerar además de los psiquiatras, la participación de médicos, específicamente gastroenterólogos, endocrinólogos, y ginecólogos en el manejo multidisciplinario de ésta.

De acuerdo con Dalgleish et al. (2001) parece existir consenso en relación con que los TCA no son patologías o desórdenes primarios sino que representan una adaptación secundaria a una serie de dificultades psicológicas.

La evolución de la teoría cognoscitiva para la explicación y comprensión de la anorexia nerviosa ha sido lenta. La presentación de la anorexia nerviosa pareciera haberse restringido a subgrupos poblacionales específicos que representan una minoría (¿prejuicio?), lo que podría

explicar el lento desarrollo de las teorías explicativas y los tratamientos. No obstante, es el desorden psiquiátrico con mayores tasas de mortalidad.

Aunque las nuevas teorías incluyan factores cognoscitivos y reconozcan su importancia en la explicación y mantenimiento de los TCA, el análisis y el conocimiento de cómo podrían ser traducidos en una experiencia coherente y explícitamente cognoscitiva del desarrollo y mantenimiento de los TCA, es todavía pobre. No obstante, el tratamiento transdiagnóstico de Fairburn, Cooper & Shafran (2003) para el abordaje de los TCA y que está igualmente basado en los factores de mantenimiento, es el único que al momento de la publicación del artículo tenía tres años de comprobación de la eficacia catalogada como satisfactoria. Hasta el momento no hay disponibilidad de más artículos que permitan seguir el proceso de este tratamiento en la praxis.

Es necesario nutrir la investigación sobre tratamiento y comprensión de la anorexia nerviosa a nivel cognoscitivo: (1) traduciendo las teorías en protocolos de investigación; (2) replicando estudios; (3) considerando el aporte de otros modelos de la psicología de la salud en la modificación de las conductas desadaptativas de los pacientes con anorexia nerviosa; y (4) considerando el papel de las creencias negativas sobre sí mismo, ideas irracionales y otros aspectos cognoscitivos en la prevención de la anorexia nerviosa y otros TCA.

Referencias

- American Psychological Association – APA (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (suppl.).
- American Psychological Association – APA (2006). *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. Third edition. Psychiatric Practice Section: www.psych.org
- Bachner-Melman, R., Zohar, A.H., Ebstein, R.P., Elizur, Y. & Constantini, N. (2004). How Anorexic-like Are the Symptom and Personality Profiles of Aesthetic Athletes? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(4), 628-636.
- Bowers, W.A. (2002). Cognitive therapy for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 247-253.
- Bowers, W.A., Evans, K. & Andersen, A.E. (1997). Inpatient treatment of eating disorders: a cognitive therapy milieu. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 291-323.
- Cooper, M.J. (1997). Cognitive theory of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 25, 113-145.
- Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychology review*, 25, 511-531.
- Cooper, M.J. & Fairburn, C.G. (1987). The eating disorder examination: a semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Cooper, M.J., Todd, G. & Wells, A. (1998). Contents, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.
- Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., de Silva, P. & Treasure, J. (2001). Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study. *Personality and Individual Differences*, 31, (3), 453-460.
- Dingemans, A.E., Spinhoven, Ph., & van Furth, E.F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7, (3), 258-265.
- Fairburn, C.G., Cooper, P.J. & Cooper, Z. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En: Brownell K.D., & Foreyt J.P., (eds), *Physiology, psychology and treatment of the eating disorders*. New York: Basic Books.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior, Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Garner, D.M. & Bemis, K.M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy Research*, 6, 1-27.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (Eds.). (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and Bulimia*. London: Guilford Press.
- Geller, J., Johnston, C. & Madson, K. (1997). The role of shape and weight in self-concept: the shape and weight base self esteem inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 5-24.
- Gempeler, J. (2004). Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal en trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 1.
- Glantz, K., Durlach, N.L., Barnett, R.C. & Avilés, W.A. (1996). Virtual reality (VR) and psychotherapy: from the physical to the social environment. *Psychotherapy*, 33, (3), 464-473.
- Glantz, K., Durlach, N.L., Barnett, R.C., & Avilés, W.A. (1997). Virtual reality (VR) and psychotherapy: opportunities and challenges. *Presence*, 6, (1), 87-105.
- Gowers, S.G. (2006). Evidence based research in CBT with adolescent eating disorders. *Child & Adolescent Mental Health*, 11, (1), 9-12.
- Gowers, S.G., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 63-83.
- Green, M., Corr, P. & de Silva, L. (1999). Impaired color naming of body shape related words in Anorexia Nervosa: Affective valence or associative priming? *Cognitive Therapy & Research*, 23, (4), 413-422.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Halmi, K.A. (1998). A 24-Year-Old woman with Anorexia Nervosa. *JAMA*, 279, 24.
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Biddeberg, C. & Schnyder, U. (2003). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 67-72.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, D., Pieters, G. & Eelen, P. (1998). Implicit and explicit memory for shape, body weight, and food-related words in patients with Anorexia Nervosa and nondieting controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, (2), 193-202.
- Herzog, D.B., Dorer, D.J., Keel, P.K., Selwyn, S.E., Ekeblad, E.R., Flores, A.T., Greenwood, D.N., Burwell, R.A. & Keller, M.B. (1999). Recovery and relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, (7), 829-837.
- Hetherington, M.M., Stoner, S.A., Anderson, A.E. & Rolls, B.J. (2000). Effects of acute food deprivation on eating behaviour in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 272-283.
- Hodges, L.F., Bolter, J., Mynatt, E., Ribarsky, W. & Van Teylingen, R. (1993). Virtual environments research at the Georgia Tech GVU Center. *Presence*, 2, (3), 234-243.
- Hodges, L.F., Rothbaum, B.O., Kooper, R., Opdyke, D., Meyer, T., North, M., de Graaff, J.J. & Williford, J. (1995). Virtual environments for treating the fear of heights. *IEEE Computer*, 28, (7), 27-34.
- Hodges, L.F., Rothbaum, B.O., Watson, B., Kessler, G.D. & Opdyke, D. (1996). The virtual airplane for fear of flying therapy. Paper presented

- alt the virtual reality annual international symposium-VRAIS 96, Los Alamitos, CA. En: Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. & Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 221-230.
- Hoeck, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and others eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 19, 389-394.
- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment of eating disorders: nothing is as practical as good theory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1007-1022.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S.C. & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, (12), 2263-2268.
- Leung, N., Waller, G. & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 736-741.
- Mizes, J.S. & Christiano, B.A. (1995). Assessment of cognitive variables relevant to cognitive behavioral perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33, (1), 95-105.
- Mizes, J.S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R. & Varnado; P. (2000). Development of Mizes anorectic cognitions questionnaire revised: psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 415-421.
- Mizes, J.S. & Klesges, R.C. (1989). Validity, reliability, and factor structure of the anorectic cognitions questionnaire. *Addictive Behavior*, 14, 589-594.
- Mountford, V., Waller, G., Watson, D. & Scragg, P. (2004). An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 5, 223-230.
- Navas, J.J. (1998). *Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC)*. Santurce: PSYPRO.
- NICE (2004). *Treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: A clinical guideline*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- North, M.M., North, S.M. & Coble, J.R. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence*, 5, (3), 127-132.
- North, M.M., North, S.M. & Coble, J.R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 154, (1), 130.
- Orsillo, S.M. & Batten, S.V. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 253-259.
- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94-107.
- Rachlin, H. (1989). Self-control. *In Judgment, Decision and Choice*. Nueva York: H. Freeman.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. & Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 221-230.
- Sarin, S. & Abela, J. R. Z. (2003). The relationship between core beliefs and a history of eating disorders: an examination of the life stories of university students. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 359-374.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, (3), 343-366.
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Sloan, G. (1999). Anorexia nervosa: a cognitive-behavioural approach. *Nursing Standard*, 13, (19), 43-47.
- Spranger, S.C., Waller, G. & Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302-306.
- Tenconi, E., Lunardi, N., Zanetti, T., Santonastaso, P. & Favaro, A. (2006). Predictors of Binge Eating in Restrictive Anorexia Nervosa Patients in Italy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194, (9), 712-715.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R.C., Di Pasquale, C. & Siracusano, A. (2006). Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, (3), 449-453.
- Turner, H. & Cooper, M.J. (2002). Cognitions and their origins in women with anorexia nervosa, normal dieters and female controls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 225-241.
- Vitousek, K.B. & Hollo, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Waller, G., Kennerley, H. & Ohanian, V. (2004). Schema-focused cognitive behaviour therapy with the eating disorders. En: P. du Toit (ed). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist practitioner guide*. Washington: APA
- Wilson, G.T. (2004). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: progress and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S79-S95.
- Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. (1993). Cognitive Treatments for Eating Disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, (2), 261-269.
- Wolff, G. & Sepell, L. (1998). A cognitive model and treatments strategies for anorexia nervosa. En: Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.