

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE LA LOGOTERAPIA Y VICEVERSA

Enrique ARMENGOU y Montserrat GINER

Resumen

La logoterapia abre un enfoque para acercarse a los Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA), a la persona doliente -el paciente- y a su familia que comparte el sufrimiento. La literatura científica dispone hasta la actualidad de escasas referencias sobre la concurrencia de ambos campos, por lo que el presente artículo pretende reflexionar sobre la patología alimentaria y la logoterapia en ambas direcciones.

Por un lado se abordan los aspectos que la logoterapia ofrece para entender y tratar la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Por otro lado, se acerca la comprensión de los TCA a los logoterapeutas.

Abstract

Eating Disorders from Logotherapy and viceversa

Logotherapy is opening new avenues to approach the eating disorders, the sufferer -the patient- and family, who share the suffering. The scientific literature has thus far few references on the concurrence of both fields, so this article aims to reflect on eating pathology and logotherapy in both directions.

On one hand it addresses the issues that logotherapy offers for understanding and treating anorexia, bulimia and binge eating disorder. On the other hand, it bring further understanding of eating disorders to the logotherapists.

Palabras clave: Anorexia. Bulimia. Trastorno por atracón. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Logoterapia.

Key words: Anorexia. Bulimia. Binge Eating Disorder. Eating Disorders. Logotherapy.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la Anorexia, Bulimia y el Trastorno por Atracones, son en nuestros días alteraciones mentales que continúan incrementando su incidencia. La logoterapia aporta recursos para la comprensión y abordaje TCA.

En el presente trabajo, tras abordar la visión integrativa de los TCA, se proponen las aportaciones de la logoterapia.

Qué son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los TCA se diagnostican a través de los síntomas con la comida, ya sea la restricción, la pérdida de peso, el atracón de comida, las purgas o bien, las consecuencias sobre el estado de ánimo (OMS, 1995; Halmi, 2004; APA, 2009).

Actualmente entre los trastornos alimentarios se reconocen tres categorías diagnósticas: (a) la Anorexia Nerviosa (AN), en que el síntoma guía es la decisión de perder peso comiendo menos; (b) la Bulimia Nerviosa (BN) caracterizada por la presencia de atracones con conductas de compensación de la sobreingesta de comida, y (c) los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), que son formas incompletas de los anteriores (Toro y Vilardell, 1987; Turón, 1997; Morandé, 1999; Chinchilla, 2003).

En la clasificación americana (DSM-V), que se está actualizando, se plantea proponer el Trastorno por Atracon (TA) como entidad propia, aparte de los trastornos no específicos, al nivel de la AN o la BN (APA, 2010). Este trastorno se caracteriza por la presencia de atracones de comida pero sin conductas de compensación de la ingesta.

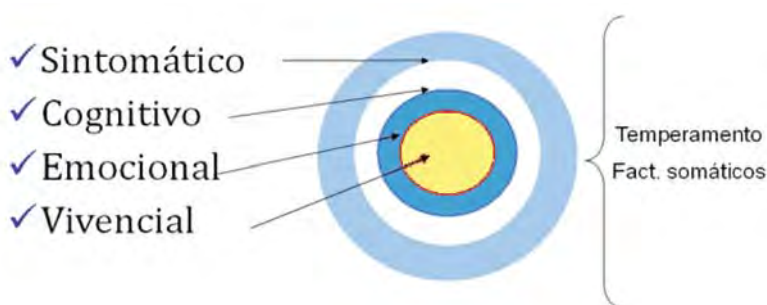
En la actualidad, las clasificaciones nosológicas hablan de entidades diferenciadas, pero cada vez más voces hablan de la existencia de un continuum desde la anorexia a la bulimia (Gleaves et al., 2000) y desde la bulimia a la obesidad (Stice et al., 1999). De hecho la experiencia avala que es frecuente en pacientes con Trastorno por Atracones la presencia de antecedentes de Anorexia Nerviosa, principalmente de subtipo compulsivo purgativo. Existen estudios genéticos que apoyan esta hipótesis como

es la presencia de la variante Met66 del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Ribasés et al., 2004).

Teoría estratiforme de los TCA

El ejercicio de la práctica clínica nos ha llevado a proponer la Teoría Estratiforme, que se basa en una hipótesis explicativa del funcionamiento intrínseco de los TCA (Figura 1).

Figura 1. Teoría estratiforme de los TCA.



En la relación terapéutica con las personas con TCA se descubre que la psicopatología propia afecta a todos los niveles de la existencia del paciente, tanto a la dimensión fisiológica, como a la psicológica, relacional y existencial. El éxito del tratamiento se produce cuando se incide en todos los estratos enunciados. Podemos detectar unos **síntomas (conductas, pensamientos y sensaciones)** que fluctúan en función de los afrontamientos y el estrés. Una estructura rígida de **esquemas y creencias cognitivas** que modulan la interpretación de la realidad. Un **estilo emocional** que condiciona la visión del estar en el momento y **los vínculos** relacionales de poder y dependencia que afectan a su relación con el otro y su pertenencia. En el núcleo de la persona, que denominamos **existencial**, domina un esquema de valores operativos, que con frecuencia chocan con los valores teóricos o inculcados, que impelen a una actitud vital autodestructiva.

Por el arraigo existencial en el estrato vivencial, el paciente no siente “tengo anorexia”, sino que cree “soy anoréxica”(Girard, 2010). Aquí radica uno de los aspectos más intrigantes de los TCA, **la baja concien-**

cia de enfermedad aunque las consecuencias de la enfermedad sean evidentes (Toro y Vilardell, 1987).

Para exponer el modelo de forma más concreta, vamos a describir detenidamente cada uno de los estratos y cómo se configuran en la persona con TCA:

Nivel sintomático

Las conductas expresadas de estos pacientes se manifiestan en el comportamiento, los pensamientos y las sensaciones (o percepciones). Siguiendo el listado de síntomas que propone la Asociación de Psiquiatría Americana en su clasificación DSM (APA, 2009) y la OMS en la CIE 10 (OMS, 1995), proponemos una clasificación de los mismos en varios ámbitos que el clínico debe observar siempre.

Como enfermedad mental que se expresa en el cuerpo cuando esta ya arraigada, presenta un funcionamiento biológico automático. Pongamos un ejemplo, la pérdida de peso se asocia a la hiperactividad y ésta produce pérdida de peso, con lo que se cierra un círculo vicioso biológico. La pérdida de peso se asocia a cambios estructurales en zonas del cerebro, esta alteración se asocia al error perceptivo de la distorsión del esquema corporal y a través de este error perceptivo empuja a la paciente a aumentar el ejercicio para perder peso (Tejado et al., 2010; Vocks et al., 2010).

En este nivel, el síntoma tiene una función: la reducción preconscious de la ansiedad. Teniendo en cuenta la *Teoría del escape* (Heather-ton y Baumeister, 1991), la persona a la que le cuesta afrontar una ansiedad con un dolor profundo II, deriva a una ansiedad con un dolor más soportable. Es decir, es más fácil soportar el ‘dolor’ de la bulimia frente al dolor de un fracaso existencial.

De ello se desprende que en el tratamiento el paciente ha de entender que el síntoma tapa pero no resuelve los motivos de la ansiedad originaria. Los síntomas acaban siendo mecanismos de difusión de la tensión y, aunque patológicos, son perversamente eficaces, de ahí la tendencia a la resistencia al cambio en estos pacientes.

Más allá de la interpretación profunda de los síntomas, éstos se podrían dividir según la función que ejercen y que recogemos a continuación esquemáticamente.

- *Síntomas con función de control:*

- Miedo intenso a engordar.
- Sensación de estar dominado por la comida.
- Sensación de descontrol durante la ingesta (atacón subjetivo).
- Reducción de la variedad de alimentos.
- Reducción de la cantidad de comida.
- Control del cuerpo. Mirarse obsesivamente, necesidad de saber el peso.
- Reducción del abanico de actividades.
- Estrechamiento de la red social.

- *Síntomas con función de catarsis:*

- Vómito repetitivo.
- Atracones.
- Autoagresiones.
- Activismo.
- Conductas multi-impulsivas.
- Potomanía y otros.

- *Síntomas con función de reparación:*

- Purga (vómito, laxantes o diuréticos).
- Dependencia social.
- Cocinar para los demás.

- *Síntomas con función de distracción:*

- Autoevaluación de la propia imagen.
- Refugio en lo académico.
- Conducta vegetariana.
- Ascetismo incorrectamente enfocado.
- Profesionalización de la tendencia (profesor de aeróbic, nutricionista,...).

Nivel cognitivo

Siguiendo el modelo estratiforme, se van formando en el sistema de conocimiento, ideas y esquemas de interpretación que condicionan la forma de valorar y adaptarse al mundo. Desde pequeños nuestro cerebro se va modulando para responder de formas determinadas a estímulos conocidos y anticiparse y adaptarse a estímulos desconocidos. Estas ideas y esquemas de interpretación actúan como filtros que condicionan nuestra forma de ver el mundo y, sobre todo, de interpretarlo. El filtraje que hacemos condiciona qué estímulos incidirán en nuestros sentidos internos y cuales de ellos se convertirán en vivencias que dejen impronta en nuestra experiencia de vida.

En las situaciones de estrés, y por lo tanto de alerta y peligro, estos esquemas rigidifican el pensamiento con la consiguiente tendencia a tener respuestas automáticas. Por ello, en los pacientes en situaciones de tensión, el pensamiento se automatiza y puede bloquear la actividad del mismo.

Como refieren varios autores (Turk, Rudy y Salovey; 1986; Glass y Arnkoff, 1997) podemos hablar de tres niveles de análisis de la información:

1. Esquemas cognitivos: son estructuras de pensamiento que marcan la forma de clasificar y ordenar la información que vamos recibiendo y acumulando.
2. Procesos cognitivos: son los mecanismos mediante los que manejamos la información.
3. Contenido cognitivo: es el resultado del procesamiento de la información que condiciona la conducta consciente de la persona. Éste también condiciona las estrategias de afrontamiento-evitación (locus de control interno- externo, estrategia adaptativa-desadaptativa).

Los errores o distorsiones cognitivas son derivados de esquemas cognitivos o supuestos personales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Estas cogniciones generan pensamientos automáticos, que determinan la interpretación y el afrontamiento de las situaciones de conflicto a las que se enfrenta el paciente. Las más habituales en las patologías alimentarias son:

- a. Inferencia arbitraria: consiste en extraer conclusiones con datos inexactos: *“Mi novio me dejó porque estaba gorda”*.
- b. Sobregeneralización: Cuando se extrae una regla general a partir de datos inconsistentes o aislados. *“Si estás delgada eres feliz”*.
- c. Exageración: consiste en exagerar el significado o valor de una realidad. *“Si empiezo a comer no podré parar y seré obesa”*.
- d. Minimización: consiste en subestimar el significado o importancia de una realidad. *“No he sido yo, ha sido suerte”*. *“Sé que tengo buenas notas pero no soy buena deportista”*.
- e. Abstracción selectiva: la persona enfoca una parte de una realidad poliédrica, omitiendo otras. *“Si no estoy delgada y guapa no podré entrar en el grupo de teatro”* (la paciente no tiene en cuenta que el grupo está lleno, que tiene un defecto del habla y que el profesor era una expareja de ella).
- f. Razonamiento dicotómico: consiste en evaluar las situaciones sin matices y con posiciones antagónicas (blanco/negro, si/no,) con lo que no se percibe toda la realidad global. *“Si no saco un diez en el trabajo no lo entrego”*. *“O me siento perfecta como voy vestida, o no salgo de fiesta”*.
- g. Personalización: induce a atribuirse, sin una base firme, los mensajes del entorno. Si partimos de la premisa de que un chico dice: *“Las chicas gordas son más patosas”*, la paciente lo recibe como: *“No le puedo gustar porque me ve patosa”*, cuando el chico no se refería a ella.
- h. Razonamiento emocional: se basa en considerar las sensaciones o emociones como base de la realidad. *“Me siento insegura, por eso sé que no le gustaré”*. *“Tengo miedo, nunca seré capaz”*.
- i. Imperativos categóricos: es la tendencia a establecer normas absolutas, que además, cierran la posibilidad a otras opciones. *“El pan engorda, si como pan no dejaré de engordar”*

Estas distorsiones cognitivas generan lo que se ha denominado **pensamientos automáticos** (McKay, Davis y Fanning, 2007), que se caracterizan por:

- i. Ser mensajes específicos, que a menudo parecen taquigráficos
- ii. Se creen a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- iii. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- iv. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- v. Suelen conllevar una *visión de túnel*, es decir, tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Un ejemplo ilustrativo de pensamiento automático podría ser: *“Cuando me ponen un plato de pasta me pongo de los nervios, pienso: eso me va a engordar, sé que no, pero puede más que yo y veo todas esas calorías, como se me ponen en las pistoleras, y me siento incapaz de comer; sé que no, pero no puedo...”*.

En los pacientes con TCA se instauran **creencias** que tienden a automatizar el pensamiento.

- **Creencias de evitación:** son ideas relacionadas con la pobre visión *yoi-ca*, con la sensación de inadecuación, con el miedo a ser rechazado. Llevan a la evitación de la situación.
- **Creencia de dependencia:** el paciente se siente necesitado, débil e incompetente y los demás son vistos como “ideales y necesarios”.
- **Creencia de autosuficiencia:** relacionada con la visión ideal del yo. La intervención del otro es vista como amenazante e interfiere en sus metas ideales.
- **Creencia de dominio:** relacionado con el estilo histriónico y narcisista. El concepto de uno mismo es de ser diferente, especial y encantador. Toma poco en cuenta al otro.
- **Creencia de control:** se basa en la necesidad de eficacia y perfeccionismo. Ve al otro como irresponsable e incompetente.

Nivel emocional

Como su propia raíz etimológica indica, las emociones son aquellas respuestas sensitivas (en forma de sentimientos, sensaciones sensoriales y respuestas vegetativas) ante estímulos interiores o exteriores.

Estas respuestas son automáticas e irreprimibles, pues dependen de estratos cerebrales arcaicos. Principalmente están en las estructuras cerebrales de la base del cerebro, premisa defendida por la Teoría de las emociones (Damasio, 1996) y la *Teoría del cerebro triunfo* (Ogden, Minton y Pain, 2009). Esta última teoría diferencia el cerebro reptiliano – archicerebro-, el cerebro límbico y el cerebro cortical. Las emociones se desencadenan en el reptiliano y límbico y, sólo después de desencadenarse la emoción, aparece la intervención cortical.

La forma como el entorno responde a nuestras emociones – de forma negativa o positiva- y la atribución que nosotros hacemos de ellas – acertada/distorsionada-, va generando un modelo de respuesta emocional a estímulos concretos o genéricos. Nuestro cerebro conserva la memoria de nuestras respuestas y cuando se reclama, ante un estímulo específico, una respuesta emocional, éste selecciona una respuesta que considera adecuada. ¿Qué ocurre cuando en nuestro desarrollo hemos bloqueado las respuestas emocionales por situaciones de trauma o cuando por alguna distorsión perceptiva se ha disociado la respuesta emocional adecuada al estímulo?. En tales situaciones se pueden observar las siguientes distorsiones:

- **Respuestas desproporcionadas:** tanto positivas como negativas. Con frecuencia, pacientes que han crecido en entornos familiares muy exigentes son demasiado sensibles a la crítica y, ante una crítica ligera, la respuesta es de desproporcionada tristeza. Con frecuencia los pacientes con TCA tienen tendencia a la dependencia y ante situaciones cotidianas de sentirse solas pueden tener respuestas de miedo excesivas que les pueden llegar a bloquear.

- **Respuestas transversales:** sucede cuando ante un estímulo, el paciente responde en un ámbito emocional diferente al del estímulo inicial. Un ejemplo paradigmático en la anorexia nerviosa es la distorsión del esquema corporal. Por ejemplo: en una situación de temor social en que la respuesta emocional sintónica sería la vergüenza, la paciente responde por el ámbito de la imagen corporal y se siente gorda. No reconoce la emoción vergüenza y siente la gordura.

- **Respuestas de sobreactivación:** ante un estímulo que genera descarga emocional, se responde en forma de alerta, lucha o ataque. Esto es frecuente en pacientes que han sufrido situaciones socialmente traumáticas

en la segunda infancia. En la práctica clínica se ve con frecuencia que cuando el paciente empieza a mejorar y puede decir "me siento bien", aparecen conductas disruptivas y sin sentido. Sería como si el paciente no se permitiera tener sentimientos.

- **Respuestas de bloqueo:** ante la sensación de las emociones el paciente responde con colapso y bloqueo, sintiéndose incapaz de responder ante el estímulo. Es una respuesta frecuente ante las situaciones de vergüenza y rechazo –objetivo o subjetivo- que llevan al paciente a aislarse socialmente o a abandonar lo que tenía entre manos y le estresaba –estudios, competición, ensayos...

Nivel existencial

En la base del actuar del paciente, y del 'sano', están los valores que mueven a proceder de un modo u otro, a emocionarse por una cosa u otra, o a sentirse de un modo u otro. Siguiendo a Frankl (1978) se proponen los **valores de creación**, aquellos que nos animan a hacer cosas; los **valores de vivencia**, que nos llevan a emocionarnos ante concreciones de los universales, y los **valores de actitud**, que nos animan a estar en el "aquí y ahora" de forma consciente y de acuerdo a lo que la vida nos pide en ese momento.

Lo que marca la centralidad existencial de un individuo es la adhesión decidida (consciente y libre) a un valor. Si éste es constructivo, le ayudará a crecer. Si es un valor neutro, le mantendrá estable. Si por otro lado es un valor alienante, le llevará a incrementar el síntoma –conductual, cognitivo o emocional- y como consecuencia profundizará en el vacío existencial.

Aquí encontramos una idea central de Frankl (2001) que es la 'capacidad de oposición del espíritu', en la que la persona siempre tiene la última palabra contra lo biológico, los instintos, las decisiones previas y las circunstancias.

En el fondo más profundo del hombre, éste intenta estar bien, ser feliz y ser útil. Por el contrario, en el epicentro del TCA se encuentra una desviación en el manejo de los valores. El paciente antepone el sentirse tranquilo, el no sufrir, a actitudes de afrontamiento y construcción vital.

Anteponer controlar la vida a vivir la vida. Anteponer el mantener el ‘statu quo’, aunque sea doloroso, a la incertidumbre del cambio. Es decir, el ‘no sentir’ placer por el temor a sentir dolor y no controlarlo.

Aproximación desde la logoterapia y sus aportaciones técnicas

La logoterapia, más allá de una técnica psicoterapéutica, es una cosmovisión. La búsqueda, por parte del hombre, del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos (Frankl, 2003).

En la intervención terapéutica propia de la logoterapia el terapeuta facilita que el paciente adquiera una disposición reflexiva y activa en la búsqueda de su propio sentido. Por ello el trabajo del terapeuta es de acompañar, no de dar el sentido; éste debe y puede buscarlo cada persona por sí misma (Lukas, 1983).

Frankl aporta una actitud del terapeuta como de facilitador y acompañante en el camino de la sanación. Siendo esta una aportación avanzada a su tiempo. De este modo en la relación terapéutica se encontrarán dos realidades personales: la del terapeuta y la del paciente (Frankl, 2001).

La visión del hombre de la logoterapia

La logoterapia ve al hombre como una realidad única e indivisible pero lo explica desde cuatro niveles: el biológico, el psicológico, el espiritual y el existencial, propuesta por Oro (1997), se define al hombre como “persona estratificada en mundo triple-trascendencia” (PEM3trans). Para la logoterapia el **hombre es persona** (por lo tanto libre y responsable, individual e indivisa) con una triple realidad biológica, psicológica y noética, abierta a la trascendencia.

Esta visión del hombre nos lleva a dos consecuencias claves en la psicoterapia logoterapéutica: la capacidad del hombre de **autotrascendencia** (salir de uno en referencia a otro) y el **autodistanciamiento** (tomar perspectiva desde uno mismo, separarse de lo inmediato).

La persona es completa e indivisible por ello cualquier actividad o relación le afectan a todos los planos de la persona. Por ello no se puede

excluir ni la dimensión espiritual, como hacen las psicoterapias deterministas, ni el excluir lo biológico y psicológico de los espiritualismos o psicologicismos.

Teniendo en cuenta estas premisas la logoterapia concibe al hombre como una **unidad, individual** y a cada uno como **novedoso**; siendo un fin en él mismo. Además, es **facultativo** -abierto a la posibilidad- e **indeterminado**; si bien está condicionado por su historia e instintos, no está determinado, permaneciendo radicalmente **orientado al sentido**. Es un ser yoico, libre –con capacidad de oponerse a sus instintos- y espiritual –con la facultad de la autotranscendencia. Es decir que su ser no se queda en sí y en el tiempo, sino que se realiza máximamente en el otro y en su proyección. La persona es más un ‘*ser-para-el-otro*’, un ‘*ser-para-la-donación*’, que un ‘*ser-en-sí*’, un ‘*ser-para-mi*’ o un ‘*ser-para-la-muerte*’” (Polaino, 2006).

Una de las principales aportaciones de la logoterapia es la interpretación de la antropología desde la ontología dimensional. Y precisamente desde ella descubre tres estrategias de tratamiento que han sido adoptadas por la psicología clínica. Nos referimos a la **intención paradójica**, la **derreflexión** y el **cambio de actitud** (Frankl, 2001; 2002; Fabry, 2006; Lukas, 2003)

¿Qué aporta la logoterapia a la comprensión y tratamiento de los TCA?

Son escasas las aportaciones explícitas existentes sobre los TCA en logoterapia. Concretamente, en el estudio de un caso, Hirsch (2008) expone como la logoterapia puede ayudar a la paciente a encontrar su propio sentido. Por otro lado, el trabajo de Lemus de Vanek (2007), aunque no hace aportaciones específicas desde la logoterapia a los TCA, aporta una visión comprensiva de los mismos. Ambos estudios son los únicos trabajos en los que hemos encontrado una aproximación directa y relacional en ambos campos. Si bien es cierto que es poca la literatura al respecto, existen abundantes aportaciones en referencia a la logoterapia y conductas adictivas (Cañas, 1996; Porras, Torres y Noblejas, 2007). Las toxicomanías y los TCA comparten aspectos clínicos y epistemológicos, por lo que en el presente estudio nos hemos basado en dichas fuentes.

Siguiendo a Frankl (2001) la logoterapia sería una **psicoterapia específica** sólo en el caso de las **neurosis noógenas**. Si bien en la génesis de los TCA pueden tener un papel precipitante o desencadenante las situaciones de pérdida u ofuscación del sentido de la propia vida y la implicación en éste, cuando un TCA está establecido, afecta a la totalidad de la persona y la logoterapia no explicaría de forma completa ni la psicopatología, ni la psicología, ni las conductas del paciente. Por lo tanto la logoterapia será útil como **psicoterapia inespecífica**, a través de los recursos psicoterapéuticos que aporta a la práctica clínica. Por otro lado, tanto con el paciente y su familia, como en las tareas de prevención, se emplea la visión antropológico-existencial que aporta la logoterapia a través de la **cura médica de almas**.

A continuación se plantean las estrategias y recursos que desde la logoterapia se pueden implementar en el tratamiento en los TCA.

a. Romper rutinas conductuales

En la expresión psicopatológica de TCA, en sus diferentes manifestaciones clínicas, se presentan los mecanismos neuróticos básicos destacados por Frankl (2003), denominados la *hiper-intención* (implicación excesiva en algo) y la *hiper-reflexión* (la fijación mental en algo parcial).

La **hiperintención** se manifiesta de forma evidente en los TCA, en la decisión interna del perfeccionismo y control de las emociones, como parte de los mecanismos de adaptación patológica. En la historia de vida del paciente, destaca el hecho de que cuánto más se ‘obsesiona’ en algo, con el tiempo ese algo se pervierte y pierde el sentido inicial. Finalmente, ese algo se convierte en un fin en sí mismo.

El deseo de delgadez es una metáfora clara de este principio. Al inicio, la joven decide adelgazar por una búsqueda de ser mejor, de acuerdo con el valor delgadez = belleza >> belleza = éxito >> éxito = felicidad. Con el tiempo la obsesión por la delgadez deviene un fin en sí mismo. Si bien en un primer momento -ayudado por el fenómeno clínico de la distorsión del esquema corporal- la pseudo/belleza delgadez motiva, en una fase más avanzada, la ‘delgadez’ se convierte un fin existencial. Estar delgada por estar delgada, “*antes muerta que volver a ser gorda*”.

A través de la **derreflexión** se conseguirá que el paciente pueda ironizar sobre el pensamiento circular y la absurdidad de las conclusiones.

No obstante, para que esta estrategia funcione, se debe acompañar de estrategias conductuales para el cambio de conducta.

b. Implicación en el propio cambio

La logoterapia trabaja desde la libertad-responsabilidad de la persona en su propia existencia. En relación a la actitud e implicación en el propio destino, todo proceso de terapia de los TCA tiene cinco momentos. La Figura 2 muestra la secuencia en la que se incluyen progresivamente los 5 pasos.

Figura 2. Secuencia de la implicación en el propio cambio.



En todos y cada uno de los momentos la ‘decisión’ libre y responsable del paciente será la que llevará al éxito del proceso. La aproximación al paciente desde las premisas del **método socrático** ha de conseguir la implicación del mismo en su propio cambio. Con ello se logra una mayor eficiencia en los objetivos decididos, así como también, mayor responsabilidad en su momento existencial, y por lo tanto, mayor vivencia de estar en el “aquí y ahora”. En el momento “**dejarse llevar**”, el paciente, que por su patología presenta distorsión en el juicio autovalorativo, debe vencer una doble resistencia: perder el control sobre el propio cuerpo que tanto sufrimiento le ha supuesto y ‘comprar’ las propuestas que el tratamiento le propone y ante las que muestra temor y pánico.

c. Apertura a la búsqueda de sentido

En una aproximación existencial a la psicología de los TCA, la dificultad en soportar la incertidumbre deviene en un perfeccionismo rígido, como intento de controlar las emociones negativas y de vivir el riesgo como peligro y no como oportunidad. Este perfeccionismo lleva al paciente a enfocar la propia existencia a un objetivo que se convierte en

absoluto y a dedicar de forma existencial todo el esfuerzo y todas las vivencias. El paciente se siente ‘seguro’ y evitará la incertidumbre que le lleva al temor, al descontrol; es decir, dedicar la vida a estar delgada le distrae de vivir lo que la vida en cada momento le presenta. Aquí radica el riesgo de suicidio que sucede en las personas que han ‘fracasado’ en su esfuerzo por ser anoréxicas y caen en la bulimia.

Ante esta realidad clínica, desde la visión de la logoterapia con la actitud de **búsqueda de sentido**, se ayuda al paciente a salir de los sentidos –o sinsentidos- en los que se ha obcecado. La actitud del ‘buscador’, con ‘curiosidad’ e implicación, protege al individuo de la rigidez y el perfeccionismo patológico.

El paciente que se puede interrogar y ocupar en la busca de algo que pueda darle sentido, está protegido de quedarse bloqueado por un objetivo que le aporte sólo un sentido parcial.

La estrategia de la **intención paradójica** puede ser utilizada en el abordaje de multitud de síntomas en los pacientes con TCA. Algunas aplicaciones prácticas son:

- Para superar actitudes fóbicas; miedo a hacer el ridículo, afrontar situaciones sociales evitadas por la preocupación obsesiva por la imagen o la distorsión corporal.
- Para afrontar situaciones de miedos anticipatorios, como puede ser el miedo al fracaso, a la rubefacción, al bloqueo...
- Para el tratamiento de los atracones en situaciones concretas. Se trata de proponer al paciente que en la situación previa al atracón, en que aparece una situación de ambivalencia (“*me doy el atracón, no me lo doy*”, “*¿es ansiedad o es hambre?*”...), que se imagine de forma intencional un atracón con tanta intensidad, que el malestar que le genere actúe de estímulo disuasorio. Existen profesionales que trabajan este aspecto mediante la prescripción del síntoma, es decir, se incita al paciente que lleve a cabo el atracón real, con protocolo, con público (Nardone, 2004). En la misma línea trabaja la Terapia Basada en la Exposición de Señales, en ésta el paciente se enfrenta a la comida que tendría en un atracón –la huele, la toca, la mira pero no la come- hasta que se acostumbra a estar delante de la comida sin que le atraiga y le des controle; en este caso actuaría como una desensibilización (Toro, 2003). La experiencia terapéutica nos hace

ver que la acción simbólica, de la intención paradójica, es eficaz para que el paciente generalice una estrategia.

- Como estrategia de motivación para que el paciente o la familia se muestre eficiente en la aplicación de una pauta de tratamiento que sea costosa por la resistencia del paciente. Un ejemplo es tratar, en la relación terapéutica, al paciente como incapaz de hacer algo; el efecto reto le capacitará para afrontar de forma exitosa.

d. El cambio de actitud

La técnica del **cambio de actitud**, propuesta por Lukas (2003), es de gran utilidad en la ayuda a pacientes y familias con TCA. Es frecuente que el ambiente familiar esté dominado por una actitud derrotista, cansada o abrumada. Utilizando ejercicios, visualización, dramatización, esculturas,... se entrena una forma de afrontar y estar diferente, delante de una situación. En este aspecto, es interesante trabajar con la actitud de víctima, protagonista y líder que propone Kofman (2000).

e. La apertura a la autotranscendencia

La logoterapia anima a que el terapeuta ayude al paciente a salir de la facticidad y abrirse a lo facultativo. Pasar de la inmanencia a la trascendencia. Mediante ello, se ayuda al paciente a entender sus conductas desde un paradigma universal, en el que sus actos le trascienden en la subjetividad (lo que hace o no hace afecta a los demás) y a la temporalidad (lo que hace o no hace hoy influye en el mañana).

Potenciar esta cualidad del hombre puede servir de elemento de motivación para el cambio de una actitud egótica (al estar metido en uno mismo), a una actitud abierta a los demás, a la belleza y al arte. En este sentido las actividades altruistas, el arte terapia (teatro, musicoterapia, pintura creativa...) o experiencias de contemplación (arte, naturaleza, meditación o espiritualidad), ayudan a que el paciente ensimismado pueda salir del sí-mismo patológico.

Conclusión

Desde nuestra experiencia clínica en la comprensión y tratamiento de los TCA, la logoterapia plantea una visión integradora del hombre -con las dimensiones biológica, psicológica, noética- y aporta recursos técnicos útiles. Por una parte, el aspecto conceptual de la cosmovisión del hombre facilita un abordaje para el tratamiento, acorde con la visión estratiforme propuesta durante el presente trabajo. Por otro lado, los aspectos técnicos también son útiles en el tratamiento de los TCA en cada una de las fases expuesta en el plan de tratamiento.

De forma conclusiva, las aportaciones de la logoterapia en el tratamiento de los TCA se podrían resumir en:

- a. Destacar la cosmovisión del paciente como una persona única y novedosa que integra los diferentes ámbitos de la antropología ontológica. Siguiendo a Oro el hombre se mueve en la realidad biológica, psicológica, espiritual (o noética) y existencial. De forma que todo el ser y hacer del hombre se mueve en todos los ámbitos de la persona. Desde esta visión se rehumaniza la atención al paciente acercándose desde él y sus circunstancias.
- b. Aporta diferentes técnicas o recursos que, si bien en su momento fueron novedosos, actualmente están incorporados en la caja de herramientas de todo terapeuta. La intención paradójica, el lenguaje socrático, la derreflexión, el autodistanciamiento y el cambio de actitud son recursos que el terapeuta puede utilizar para ayudar al paciente a modificar sus tendencias de acción.
- c. Viktor Frankl y la logoterapia abrieron una novedosa forma de acercarse al paciente exigiendo al terapeuta una nueva actitud e implicación en la tarea de ayuda. Esta podría concretarse en:
 - Se acerca con una actitud fenomenológica sin prejuicio epistemológico.
 - Sin paternalismo haciéndole corresponsable de su recuperación.
 - Sin culpabilizar ni al paciente, ni a la familia, ni a las circunstancias, pero si responsabilizando en el cambio.
 - Con actitud positiva, rescatando las posibilidades y con sentido del humor.

- Abriendo al paciente a su entorno y a su futuro.
- Apelando a la libertad esencial frente a la enfermedad. Siguiendo el credo logoterapéutico. En el peor de los casos siempre nos queda la capacidad de oposición del espíritu.
- Ayudando al paciente a que viva su vida –y su enfermedad- con una actitud de búsqueda de sentido. “*si tiene un porqué –o para qué- encontrará un cómo y la fuerza para cambiar o resistir*”.

Enrique ARMENGOU es psiquiatra, trabaja como director médico en el Centro ABB. Montserrat GINER es doctora en psicología y psicóloga clínica, trabaja como profesora en la Universitat Abat Oliba y como psicóloga en consulta propia.

*Enrique Armengou. C/ Ausias March 25. 08010 Barcelona.
earmengou@centroabb.com*

Referencias

- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible La lucha contra la imposición de la imagen*. Barcelona: Paidós.
- APA. (2009). *DSM IV*. Barcelona: Masson.
- APA. (2010). *DSM 5. Binge Eating disorder. Proposed Revisions*. Descargado el 7-dic-2010 de:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=372#>
- Armengou, E. et al. (Eds.) (2003). *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Experiencia.
- Armengou, J. E. (2003). Comprensió i terapèutica clínica dels Trastorns de la Conducta Alimentaria. In S. Isoletta, *L'anorèxia com a símptoma social* (pp. 103-127). Barcelona: Experiencia.
- Artigas, J. T. (2000). *El cuerpo como enemigo - Comprender la anorexia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (8ª edición ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Cañas, J. L. (1996). *De las Drogas a la Esperanza*. Madrid: San Pablo.
- Castells, D. M. (2002). *Aprender a comer - Cómo alimentarse para vivir mejor*. Barcelona: Martínez Roca.
- Claude-Pierre, P. (1998). *¡Alerta! Anorexia y Bulimia - El lenguaje secreto de los trastornos en la alimentación*. Buenos Aires - Argentina: Vergara.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria - Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Grijalbo.
- Fabry, J. (2006). *Señales del camino hacia el sentido. Descubriendo lo que realmente importa* (3ª edición ed.). México D.F.: LAG.
- Fernández, A. (2002). *Una hoja de lechuga - Anorexia, una enfermedad del alma*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y Existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (2001). *Teoría y Terapia de las Neurosis*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2002). *La voluntad de Sentido* (4ª edición ed.). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Girard, R. (2010). *la anorexia y el deseo mimético*. Barcelona: Marbot.
- Glass, C. y Arnkoff, D. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *J Consult Clin Psychol*, 65 (6), 911-27.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Green, B. A., Cororve, M. B. y Williams, T. L. (2000). Do anorexia and bulimia nervosa occur on a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 31 (2), 195-219.

Gordon, R. A. (1994). *Anorexia y Bulimia - Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel, S.A.

Gual, P. (2000). *¿Anoréxica...Yo? ¿Anoréxica...Mi hija? - Saber para prevenir*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Halmi, K. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. In R. Y. Hales, *Tratado de Psiquiatría clínica* (pp. 1001-1023). Barcelona: Masson.

Heatherton, T. y Baumeister, R. (1991). Binge-eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Hirsch, B. Z. (2008). Treating Food Adiction with Logotherapy. *The International Forum for Logotherapy*, 31, 3-8.

Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

Kofman, F. (2000). *Metamanagement*. Barcelona: Granica.

Lemus de Vanek, T. (2007). *Anorexia Nerviosa. Detectar a tiempo. Salvar una vida*. México DF: Logoforo.

Lindsay, C. (2002). *Anorexia - El camino a la recuperación*. México: Prentice Hall - Pearson Educación.

Lukas, E. (1983). *Tu Familia Necesita Sentido*. Madrid: SM.

Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.

Llewellyn-Jones, S. A. (1994). *Anorexia y Bulimia - Desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza.

Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y Sentido de la Vida*. Bogotá: Herder.

Martínez, E. (2009). *Buscando el Sentido de la Vida. Manual de trabajo*. Bogotá: Fundación Colectivo Aquí y Ahora.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (2007). *Thoughts & Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland: New Banbinger.

Morandé, D. G. (1999). *La anorexia - Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Temas de Hoy.

Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Paidós.

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao.

OMS. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)*. Madrid.

Oro, O. (1997). *Persona y Personalidad*. Buenos Aires: Fundacion Argentina de logoterapia.

Polaino, A. (2006). Aportaciones de Frankl a la psicoterapia antropologica. In M. Noblejas, A. Ozcáriz y M. Rodriguez (Eds.), *La búsqueda de sentido en el Siglo XXI* (pp. 9-44). Madrid: Asociacion Española de Logoterapia.

Porras Torres, A. y Noblejas de la Flor, M. (2007). Estudio longitudinal del sentido de la vida en el Proyecto Hombre de Málaga. Análisis de las dos primeras fases con atención a los abandonos. *Nous* (11), 67-79.

Ribasés, M., Gratacòs, M., Fernández-Aranda, F., Bellodi, L., Boni, C. y Anderluh, M. (2004). Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European population. *Human Molecular Genetics*, 13 (12), 1205-12.

Salgueiro, D. K.-M. (2002). *El enemigo en el espejo - De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.

Stice, E., Cameron, R. P., Killen, J. D., Hayward, C. y Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 967-974.

- Tejado, L. D., Alonso, I., Marsá, M. D. y Perera., J. C. (2010). Resonancia magnética funcional en trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp de Psiquiatria*. 38 (3): 183-188
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito - Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. C. (2003). Cues exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 1-8.
- Toro, J. C. (2004). *Anorexia Nerviosa - El peligro de la delgadez*. Barcelona: Morales y Torres.
- Toro, J. y Vilardel, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turk, D., Rudy, T. y Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (5), 453-74.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación - Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Vocks, S., Schulte, D., Busch, M., Grönemeyer, D., Herpertz, S. y Suchan, B. (2010). Changes in neuronal correlates of body image processing by means of cognitive-behavioural body image therapy for eating disorders: a randomized controlled fMRI study. *Psychol. med.*, 16, 1-9.
- Yager, J., Halmi, k., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Power, P. y Zerbe, K. (2006). *Guía clínica para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. New York: Medical Trends.