

Problemas de Control con la Comida en un Caso de Síndrome de Colon Irritable

Feeding Control Problems in a Case of Irritable Bowel Syndrome

Miriam Rocha Díaz

Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), España

Resumen. Se expone la intervención del caso de Sara, una mujer en la treintena con problemas de control con la comida que se combinan con un diagnóstico de Colon Irritable. Ambos se mantienen desde su niñez y hasta el momento los ha venido manejando a través de distintas fases de agravamiento y mejora. Actualmente, la desorganización de vida a la que le fuerza su trabajo ha conllevado un agravamiento de sus problemas y le ha impulsado a buscar ayuda. La clave de este caso fue la necesidad de ajustar la intervención a su ritmo de vida desordenado y a los condicionantes de su enfermedad. El objetivo principal fue normalizar la relación de Sara con la comida y maximizar la adaptación a sus circunstancias vitales. Para ello se buscó proporcionarle un conjunto de estrategias de autocontrol que ella misma pudiera adaptar y aplicar de manera flexible ante los cambios.

Palabras clave: atracón, control de peso, estrategias de autocontrol, ingesta descontrolada, hábitos de alimentación, Síndrome de Colon Irritable, trastornos alimentarios, terapia conductual.

Abstract. This article presents Sara's case, a woman in her thirties with feeding control problems combined with a diagnosis of Irritable bowel syndrome. Both problems originate in her childhood, and throughout the years, she has been bearing up her situation through different stages of exacerbation and improvement. Currently, these problems have got worse due to her disorganized lifestyle, which prompted her to look for help. The key to this case was the need to adjust the intervention both to her disorganized lifestyle and to the constraints of her illness. The main objective was to regularize Sara's feeding behaviour and maximize the adaptation to the circumstances in her life. In order to achieve this goal, we tried to develop a set of self-control strategies that she could adapt and apply in a flexible way.

Keywords: binge eating, weight control, self-control strategies, uncontrolled food intake, feeding habits, Irritable Bowel Syndrome, eating disorders, behavioral therapy.

Introducción

Los trastornos de la alimentación son una problemática de gran importancia para nuestra sociedad, debido a su elevada incidencia y prevalencia y a las consecuencias sobre la salud. No se trata de enfermedades sino de

La correspondencia sobre este artículo puede enviarse a la autora al email: rochadiaz.m@gmail.com // <http://miriamrochadiaz.wordpress.com>

trastornos del comportamiento aprendido en los que se ha alterado la relación o comportamiento natural de la persona con la comida. Se distribuyen en un continuo a lo largo del cual, las conductas problemáticas fluctúan en diferentes dimensiones: peso (elevado o bajo), grado de control sobre la ingesta (abuso o restricción) y grado de preocupación por el peso. (Froján, González y Cristóbal, 2006). De esta manera podemos encontrarnos desde la restricción severa hasta la ingesta compulsiva, si bien, cada caso se define por unas características propias y por un conjunto de conductas problema específicas, que no siempre encajan en una de las categorías diagnósticas prefijadas en los manuales (DSM y CIE), pero que siguen provocando un malestar clínicamente significativo para la persona, requiriendo de una intervención adaptada al caso.

En el presente artículo, se expone el caso de Sara, azafata de vuelo de 35 años. Actualmente vive sola y acude a consulta por problemas de falta de control con la comida (se describe como “comedora compulsiva”) que dice tener “desde siempre”, aunque ahora se han tornado más relevantes debido a un cambio en sus circunstancias de vida. Está diagnosticada de *Síndrome de Colon Irritable* desde pequeña pero hace tres años tuvo un episodio grave y durante un año, (que ella describe como un infierno) estuvo sin responder a medicación. Desde hace un año sigue una dieta que la mantiene controlada sin medicación, pero el ritmo de vida y el descontrol de horarios que impone su trabajo, no favorecen su seguimiento ni el control en la alimentación.

A los inconvenientes que para el seguimiento de la dieta plantea su ritmo de vida, se une los temores de Sara al incremento de peso, pues para ella, el peso, la imagen corporal y la alimentación han representado un problema desde su infancia y reconoce haber hecho “burradas” en el pasado para no engordar. Nunca se ha planteado venir al psicólogo para intervenir estos problemas hasta la fecha, aunque sí estuvo en tratamiento psicológico anteriormente en el mismo centro, por un problema obsesivo-compulsivo. Actualmente dice tenerlo completamente superado: ya no aparecen los temores e ideas obsesivas ni se hace necesario recurrir a las compulsiones. Los buenos resultados obtenidos en el pasado le han animado a buscar ayuda profesional para trabajar este problema con la alimentación.

Al iniciar la intervención el Índice de Masa Corporal (IMC) de Sara es de 21,9 (dentro de la normalidad). Su somatotipo puede clasificarse de *Mesomórfico* (estructura corporal bastante proporcionada). Su aspecto físico es cuidado y no se encuentra en un estado anímico bajo, pese a la ansiedad que le genera su problema con la comida. Desde el primer momento, la relación establecida con el terapeuta fue buena, mostrando confianza en las explicaciones y pautas e interés e implicación en el seguimiento de las mismas durante toda la intervención.

La clave de la intervención en este caso, radica en que, por su condición médica (*Síndrome de Colon Irritable*), se hace necesario el seguimiento de una dieta para evitar los problemas intestinales serios que ha tenido en el pasado, pero su ritmo de vida y los condicionantes de su trabajo (descontrol horario, constante exposición a alimentos atractivos, no disponibilidad de los alimentos que le convienen por su trastorno digestivo...) acentúan sus problemas para el control de la ingesta y dificultan que su dieta pueda ser correctamente cumplida.

Se hace por tanto necesario una modificación de sus hábitos de ingesta y de algunas cogniciones inadecuadas (eliminación de los comportamientos inadecuados, entrenamiento de pautas de ingesta y de control del peso más adecuadas, abordaje de su miedo a engordar y a perder el control...). En definitiva se buscará mejorar el cumplimiento de la dieta y el control de la ingesta, la pérdida de miedos y que Sara pueda llevar una vida lo más normalizada posible, dentro de sus circunstancias laborales.

La intervención se ha llevado a cabo desde una perspectiva Conductual y contempló 10 sesiones distribuidas semanal o quincenalmente, en función del plan de vuelo de la cliente, y cinco llamadas de seguimiento espaciadas por un mes. Las cuatro primeras sesiones se reservaron para la evaluación, en la quinta sesión se le expuso la explicación del problema y se acordaron con ella los objetivos de intervención y el modo en que se iban a abordar. En esta sesión el clínico operativizó una serie de criterios que serían tenidos en cuenta para la evaluación del tratamiento de cara a la decisión de alta (Froján y Santacreu, 1999). La intervención propiamente dicha se llevó a cabo entre la sexta y la decima sesión, periodo en el que se entrenaron las técnicas y estrategias, se adaptaron a las situaciones problema y al ritmo de vida de Sara y se solventaron sus dudas y miedos.

El tratamiento tuvo que finalizarse antes de tiempo por motivos de trabajo de la cliente, llevándose a cabo cinco llamadas de seguimiento con el fin de corroborar el mantenimiento de los logros realizados hasta la fecha.

Motivo de Consulta

Sara acude a consulta calificándose a sí misma de “comedora compulsiva”. Cuenta que tiene dificultades para el control con la alimentación desde siempre (especialmente ante ciertos alimentos para ella “atractivos”), algo que también ha visto en su madre desde pequeña. Nunca ha querido venir al psicólogo por este motivo, pues hasta ahora ha venido manejándolo y utilizando estrategias compensatorias para mantener su peso. Actualmente realiza ejercicio con asiduidad bajo control y pauta de un entrenador, y aunque ahora ya no lo utiliza como estrategia compensatoria, en el pasado lo ha realizado de manera excesiva (hasta el punto de lesionarse la cadera) y contingente a los episodios de ingesta descontrolada (atracción), funcionando como refuerzo negativo. Sin embargo, nunca ha recurrido al vómito.

Padece el *Síndrome de Colon Irritable*; un trastorno caracterizado por un conjunto de alteraciones funcionales del intestino de carácter hereditario y crónico, que cursan con sintomatología muy diversa que se alterna entre fases leves y períodos más severos con gran alteración de la vida diaria. Los principales síntomas son molestias o dolor abdominal acompañados de algún tipo de disfunción en la motilidad intestinal (diarreas o estreñimiento). Existen tres tipologías del síndrome (con diarreas predominantes, con estreñimiento predominante o un patrón alternante). En el caso de Sara se ha venido manifestando principalmente con episodios de estreñimiento más o menos graves y con molestias digestivas (gases, hinchazón), con los que ha venido conviviendo hasta la fecha. La intensificación del problema hace tres años, coincidiendo con un cambio de línea de vuelo y mayores desajustes horarios, derivó en un internamiento hospitalario (por un colapso intestinal) y en un año de graves problemas y molestias que interfirieron en su rendimiento laboral. Encontró la solución hace un año, al dar con una endocrina que logró controlar su estreñimiento y molestias digestivas a través de una dieta. No obstante, el miedo a que se repita la experiencia tan negativa que supuso ese año y los problemas de control con la comida que se mantienen desde la infancia (y que probablemente acentúen los síntomas de su enfermedad) han motivado a Sara a buscar ayuda psicológica para solucionar su problema.

- Las conductas que Sara revela como problemáticas en el momento de acudir a consulta son las siguientes:
- Sensación de estar siempre comiendo, pensando en comida, anticipando situaciones problemáticas o planificando cómo organizar las comidas, lo que le genera ansiedad.
 - Mucha ansiedad y ganas de comer en el avión (donde se ve constantemente expuesta a alimentos “atractivos” y calóricos).
 - Dificultad para controlarse ante ciertos alimentos que considera “atractivos”, pues “si come un poquito, se lo termina todo”. Teme especialmente los contextos en los que puede estar expuesta a ellos (ej. casa de sus padres o amigos, restaurantes y hoteles, avión...)
 - Problemas para comer delante de gente por miedo a lo que vayan a pensar de su manera de comer (piensa que le verán como una “glotona”). En estas situaciones siente vergüenza y a veces trata de evitarlas o come a escondidas.
 - A veces restringe su ingesta o la retrasa a situaciones que ella considera más apropiadas, lo que favorece que llegue con mucha más hambre y des controle.
 - Después de haberse excedido, saltado la dieta o incumplido su planificación, aparecen recriminaciones que le hacen sentir muy mal, por ser incapaz de controlarse y por las posibles consecuencias (engordar, sentirse hinchada y estreñirse).
 - Los síntomas asociados al estreñimiento (hinchazón, gases, pesadez...) provocan gran malestar y preocupación cuando se anticipan o aparecen, debido a su asociación a momentos muy desagradables en el pasado.
 - Los estados emocionales negativos (frustración, tristeza, enfado) favorecen que des controle con la comi-

da. Un caso concreto es cuando no hay comida que le conviene disponible en el avión: en esos casos se enfada y acaba sucumbiendo a la comida “atractiva” y descontrolando.

Sara califica su ingesta como “descontrolada”, lo que para ella se traduce en: 1) Son alimentos que no necesita, 2) Los come sin hambre (controlada por los estímulos), 3) Son alimentos que no come habitualmente o que no contempla la rutina de su dieta y 4) Lo come con urgencia y rapidez, sin que necesariamente le apetezca y experimentando que no puede parar. También vive como descontrol, cualquier transgresión de lo previsto o ruptura de la estructura de la dieta (no comer lo que le conviene en el momento del día adecuado). En muchas ocasiones la clave no es la cantidad de alimento sino el modo de comer y el tipo de alimentos que ingiere (calóricos o inadecuados para su dieta).

En el momento de buscar ayuda Sara siente que la situación se mantiene bajo control debido a la cantidad de ejercicio físico que realiza, aunque no sea contingente (2-3 días por semana durante varias horas) y al miedo a engordar que tiene, pues cree que este temor le mantiene siempre alerta, evitando que “*se deje llevar totalmente*”. Su principal miedo es que sus circunstancias de vida cambien y no sepa manejar la situación. Por ello le gustaría que le ayudásemos a desarrollar un mayor control sobre la ingesta y a perder sus miedos.

Del tratamiento Sara espera conseguir dos objetivos generales:

- 1) Llevar una vida normalizada con la alimentación, que se concreta según sus palabras en:
 - No pensar constantemente en cosas relacionadas con la comida (la anticipación de situaciones de descontrol, la búsqueda de estrategias de prevención y los reproches ocupan gran parte de su tiempo).
 - Poder manejar la ansiedad que constantemente experimenta en el avión donde se ve siempre expuesta a alimentos ante los que teme perder el control.
- 2) Maximizar el cumplimiento de la dieta, que para Sara implicaría:
 - Aprender a controlar la ingesta de determinados alimentos para ella “atractivos”.
 - Poder salir fuera y comer raciones normales sin perder el control ni comer lo que por su dieta no le conviene.
 - Conseguir ajustarse lo más posible a su dieta en las situaciones de vuelo, controlando la ingesta de otras comidas menos convenientes.

En relación a este segundo objetivo hubo que realizar un ajuste en sus expectativas, explicando a Sara que, pese a que su condición de “*Colon Irritable*” le exigía respetar una dieta, ésta era relativamente flexible y no le impedía comer ningún alimento. En ese caso, lo más adaptativo de cara al futuro sería aprender a maximizar el cumplimiento de la dieta, como era su deseo, aprendiendo también a ser flexible con ello. Esto implicaría permitirse la ingesta de los alimentos para ella “atractivos”, pero de manera controlada (ej. Pan, leche, bollos, chocolate...). Hay que tener en cuenta que son alimentos a los que siempre va a verse expuesta y que la privación de ellos sólo aumentaría su valor reforzante (por efecto de privación) y la probabilidad de perder el control ante ellos (Carrasco y Adame, 2000). La razón de esta medida es que si la intervención se centra en aprender a comerlos de manera controlada, Sara perdería su miedo a perder el control ante ellos y estaría mucho más tranquila en su presencia (perderían el valor de *Estímulos Condicionados Negativos* que tiene actualmente). Además, como explican Mahoney y Mahoney (1981) para lograr mantener una dieta a largo plazo es necesario aprender a ser flexible y saber permitirse alimentos apetitivos y calóricos de vez en cuando y de manera controlada. No debe haber alimentos “prohibidos”, pues de ser así, aumenta la probabilidad de incumplimiento con la consecuente frustración.

Evaluación

La evaluación del problema se llevó a cabo en las cuatro primeras sesiones y se realizó por medio de la entrevista en sesión, y de los siguientes instrumentos:

- Autorregistro diario de los comportamientos y situaciones problemáticas con el fin de establecer las secuencias funcionales: Día-Hora/Situación/Qué Come/Qué Piensa/Qué Siente/Qué Hace/Grado Malestar (0-10).
- Autorregistro de las deposiciones con el fin de comprobar si existe regularidad.

- Historia Clínica del centro: Recogía datos de interés sobre la persona y su problema.
- Listado de alimentos disponibles en el avión que podría comer y los que le llevan a descontrolar: Para planificar la intervención.
- Informes médicos: Relacionados con su diagnóstico de *Síndrome de Colon Irritable*.
- Hoja de Dieta e información sobre su seguimiento: Se trata de una dieta disociada con dos tipos de menús (uno que permite carbohidratos y que le es más fácil seguir cuando está en casa, y otro sin carbohidratos, que reserva para hacer los días que está de vuelo). La clave de la dieta es la estructura de la misma y lo más importante en su caso es que las verduras las ingiera siempre al medio día. Va cada dos o tres meses a su doctora para realizar seguimientos.

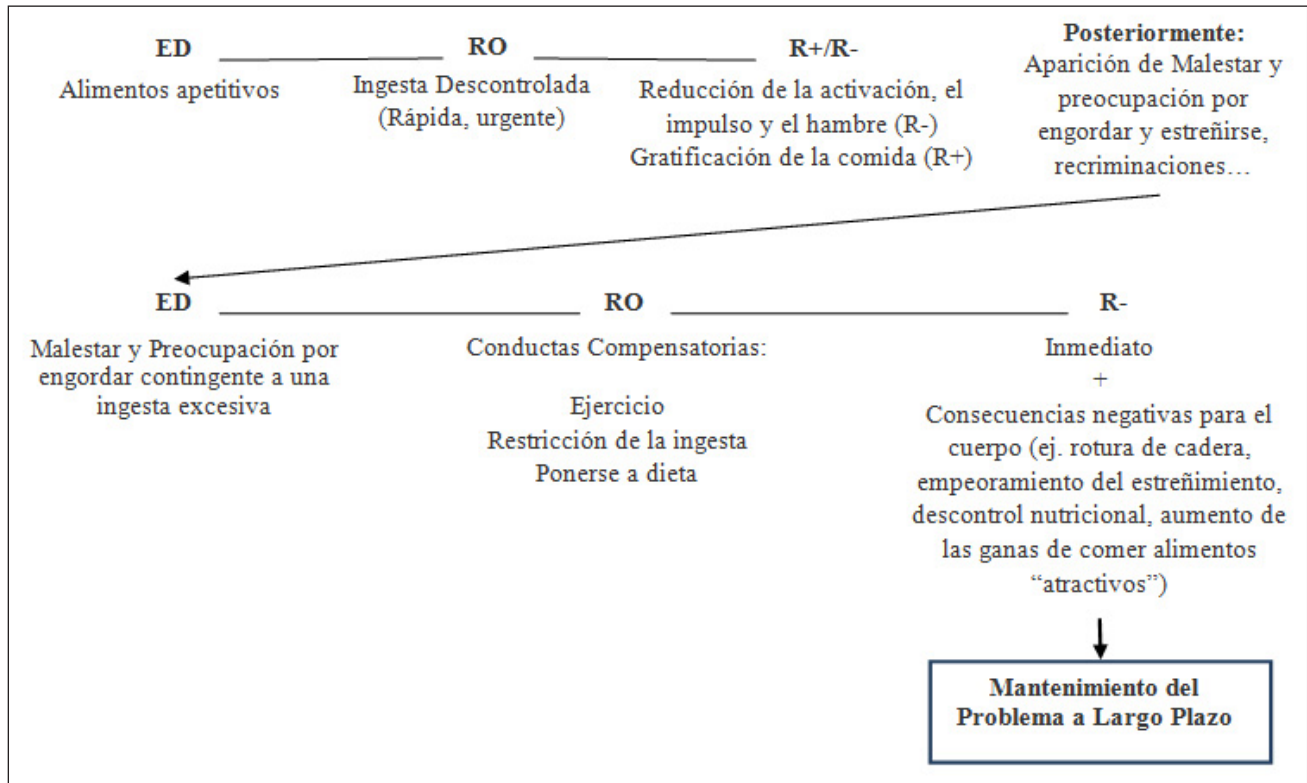
Historia del Problema

La evaluación de las experiencias y circunstancias del pasado de la cliente es de suma importancia para formarse una hipótesis del origen del problema. Debemos tener en cuenta que las dificultades por las que una persona acude a terapia se van configurando a lo largo de la interacción de la persona con su entorno. En este proceso interactivo pueden aparecer ciertos comportamientos que en lugar de ser adaptativos (procurar el bienestar de la persona) comienzan a resultar problemáticos (generan malestar) (Froján y Santacreu, 1999). En el aprendizaje de estos comportamientos intervienen las experiencias vividas y también otra serie de factores circunstanciales o disposicionales que rodean la vida de la persona y que favorecen o hacen más probable la aparición de ciertas conductas (Segura, Sánchez y Barbado, 1991). Por este motivo, se realizó una evaluación de la historia pasada de Sara, con el objetivo de realizar una hipótesis de cómo se ha podido generar su problema y cómo ha ido evolucionando hasta día de hoy.

De pequeña Sara tuvo problemas de sobrepeso, motivo por el cuál fue objeto de críticas tanto en el colegio como en casa (burlas por su peso y aspecto físico), donde la imagen corporal y el peso han sido centro de mucha atención. Desde siempre, Sara ha estado expuesta en casa a modelos cuya relación con la comida se caracterizaban por: Dietas constantes, atribución de importancia al peso y la imagen, críticas por no responder al canon estético deseable, hábito de poner mucha comida en la mesa (pese a la paradoja de estar siempre a dieta), hábitos inadecuados a la hora de comer y manejar el peso... En concreto, la madre de Sara, que sufre obesidad, ha mostrado siempre mucha preocupación por el peso, realizando muchas conductas anómalas: seguimiento de dietas constantes, episodios de ingesta descontrolada diurna y nocturna, aplazamiento de controles médicos para evitar las regañinas de los doctores...

En un marco como el descrito Sara ha incorporado ciertas ideas sobre el peso y el físico y ha adquirido unos hábitos de ingesta inadecuados. Producto de las críticas sobre el físico recibidas en su contexto familiar y escolar, ha podido condicionarse la “gordura” como algo negativo. Eso ha favorecido que el peso empezase a cobrar relevancia para Sara y la gordura se haya convertido progresivamente, en una condición a evitar. Esa preocupación ha entrado en competencia con el gran valor reforzante intrínseco que, por otro lado, tiene la comida. Este conjunto de factores: el miedo a engordar, el valor reforzante de la comida y el aprendizaje por modelado familiar de unos hábitos de ingesta y un modo de relacionarse con el peso inadecuados, han favorecido que Sara fuera desarrollando conductas problemáticas en torno a la comida y al físico. Estas conductas se debatían entre la ingesta excesiva y desorganizada y la realización de conductas de purga: Ejercicio físico exhaustivo y dietas muy estrictas, sin haber recurrido nunca al vómito. Con ellas buscaba compensar los excesos de ingesta cometidos (cumpliendo la función de *refuerzo negativo*), pero así mismo, conllevaron otra serie de problemas: El ejercicio exhaustivo le provocó una lesión de cadera y las dietas estrictas le causaron grandes desarreglos físicos (afectando negativamente a su condición de *Colon Irritable*) y emocionales (le “*volvían loca*”). Al final, en lugar de compensar los excesos, terminaban favoreciendo nuevas pérdidas de control ante la comida. (Carrasco y Adame, 2000; Froján et al., 2006).

Figura 1. Secuencia Funcional del bucle de conductas de Descontrol-Compensación



Su condición de *Colon Irritable* juega un papel importante en la preocupación de Sara por el peso y la comida puesto que los episodios de estreñimiento y los síntomas asociados (hinchazón, gases, sensación de pesadez, molestias digestivas) han adquirido un valor negativo (convirtiéndose en estímulos condicionados negativos), debido por un lado a lo desagradables que esos síntomas son de por sí, y por otro lado, al haber sido asociadas dichas sensaciones con la posibilidad de engordar (esos estados elicitan pensamientos de "estar engordando"). Por todo ello, la condición de estreñimiento ha sido algo a evitar por Sara. El problema es que, debido a su predisposición orgánica y a la desorganización con la comida que siempre ha llevado, el evitar estreñirse no siempre le ha sido posible, generándole episodios de gran malestar y potenciando a su vez conductas anómalas como el ejercicio y las dietas.

Momento Actual

En el momento de acudir a consulta Sara tiene un peso normal para su edad y estatura (IMC = 21,9). Las molestias y los episodios de estreñimiento relacionados con su *Colon Irritable* se encuentran bajo control desde hace un año, gracias al seguimiento de la dieta y muchas de las conductas compensatorias han desaparecido: Ya no realiza ejercicio de manera compulsiva ni contingente a la ingesta, sino que se viene realizando más por placer y dejándolo bajo control de un entrenador. El problema que ahora Sara detecta es que se hace necesario mantener la dieta pautada y este seguimiento se ve dificultado por: 1) Los hábitos de ingesta aprendidos durante su historia de vida (caracterizados por bastante descontrol) y 2) Su rutina de vida actual (caracterizada por horarios inestables). Todo ello enmarcado por la preocupación de Sara con el aspecto físico y por su temor a engordar, lo que hace que viva las situaciones relacionadas con la comida y el descontrol al que le obliga su trabajo como fuentes de gran malestar y ansiedad.

Por el momento Sara va organizándose para realizar los dos tipos de menú que marca la dieta en función de

si está en casa o de vuelo y de lo que va a tener disponible, intentando respetar las verduras en la comida. Para ello lleva siempre que puede su comida envasada al vacío o pide en los hoteles menús específicos. El mayor problema lo encuentra cuando no puede prepararse comida para llevar o cuando ésta se le acaba, pues en el avión no tienen en la mayoría de ocasiones comidas que la convengan.

En el momento de iniciar la intervención se dan una serie de factores disposicionales personales y de su entorno que deben tenerse en cuenta para comprender el modo en que Sara se relaciona con la comida (Segura, Sánchez y Barbado, 1991):

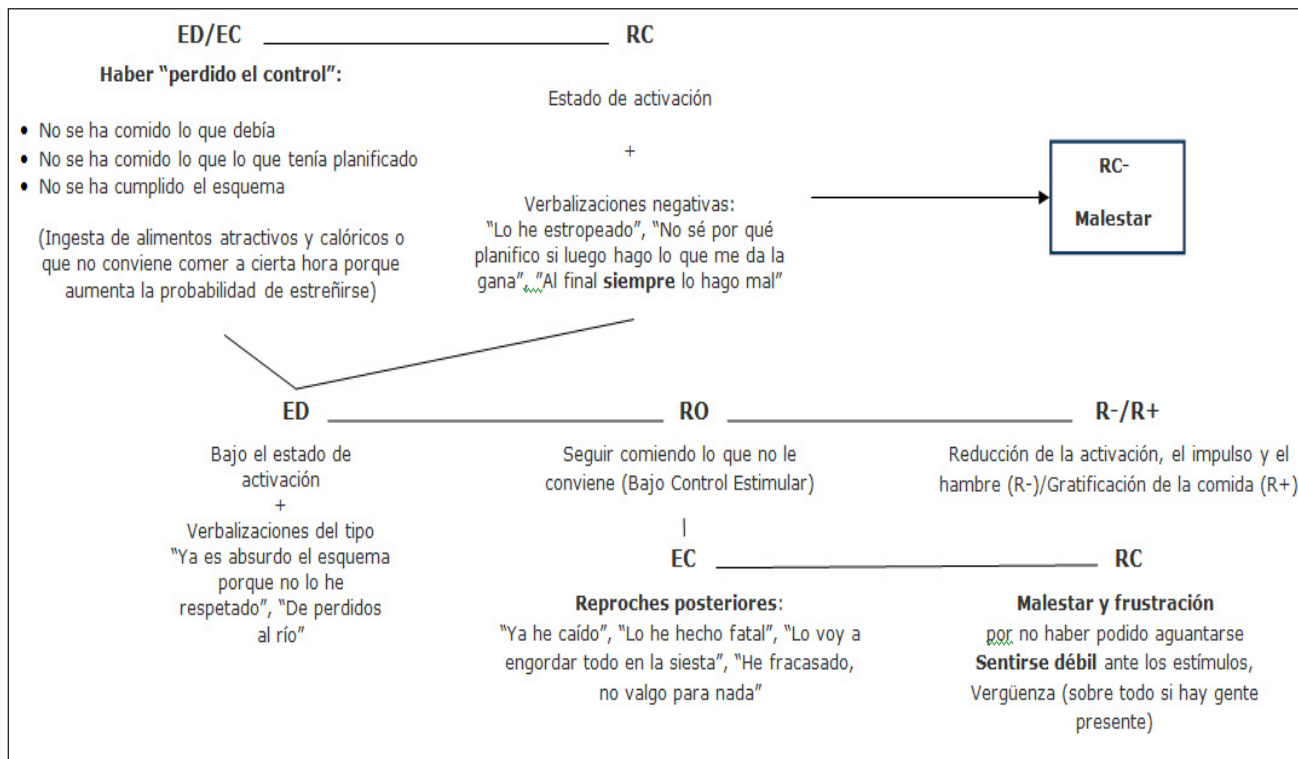
- Enfermedad de Colon Irritable (que implica la necesidad de llevar una dieta).
- Historia de estreñimiento (condicionamiento negativo de sus síntomas).
- Rutinas de vida bastante desorganizadas por su trabajo como azafata.
- Preocupación por el peso y la imagen corporal mantenida en el tiempo.
- Historia de Aprendizaje en relación al peso y a la ingesta caracterizada por:
 - 1) Modelado materno de conductas de ingesta anómalas.
 - 2) Crecimiento en un contexto familiar y escolar donde la obesidad ha sido criticada.
 - 3) Condicionamiento de la gordura como un estímulo que genera emociones negativas y pone en marcha conductas de evitación.

La información proporcionada por Sara durante las entrevistas y a través de los autorregistros permitieron la detección de varias situaciones y cadenas conductuales problemáticas, que debían ser objeto de intervención y que fueron explicadas a Sara en la quinta sesión, con el fin de incrementar el conocimiento sobre el problema: Qué factores y estímulos favorecían el descontrol en la ingesta, qué comportamientos le estaban siendo de ayuda y cuáles no... La comprensión del problema por parte de la persona ayuda a poner en marcha las estrategias de cambio y a entender el por qué de las mismas (Mahoney y Mahoney, 1981). En el caso de Sara el *Análisis Funcional* (según el modelo propuesto por Segura, Sánchez y Barbado, (1991)) reflejó lo siguiente:

Existían situaciones en que Sara anticipaba que podría descontrolar (ej. Ir a sitios donde están presentes alimentos atractivos, tener que comer en buffets o restaurantes, tener que ir en el puesto del avión donde están los dulces...) y dedicaba mucho tiempo a buscar posibles estrategias para prevenirlo. Esto le ponía muy nerviosa y cuando encontraba una solución factible (llevar su propia comida, cambiar el puesto a una compañera...), la ansiedad se reducía en cierta medida (R-). En la propia situación aparecían además verbalizaciones que anticipaban la pérdida de control inminente e incrementaban su malestar y nerviosismo (Ej. “Como pruebe el pan, voy a descontrolar pero no voy a poder evitarlo”, “No quiero probar la pasta porque me voy a tirar a comer dulces”). Este estado de activación y, en general, todos los estados emocionales negativos (ej. Tristeza, frustración...), hacían difícil poner en marcha las estrategias de autocontrol previstas y ante el fracaso en el afrontamiento, Sara comenzaba a: 1) Recriminarse su actuación y su modo de comer (Ej. “No puedo controlarme”, “soy una glotona”, “Ya lo he hecho mal”, “He comido demasiado”, “No debía haber probado eso”), 2) Recordarse las consecuencias negativas de la ingesta excesiva (engordar, estreñirse) y 3) Preocuparse por lo que pensarán los demás de ella (Ej. “Van a pensar que soy una glotona”, “Van a creer que estoy todo el día comiendo”). Las comidas sociales eran especialmente problemáticas por su miedo a la opinión de los otros y por verse expuesta a alimentos apetitivos al margen de su dieta (ej. en restaurantes y buffets).

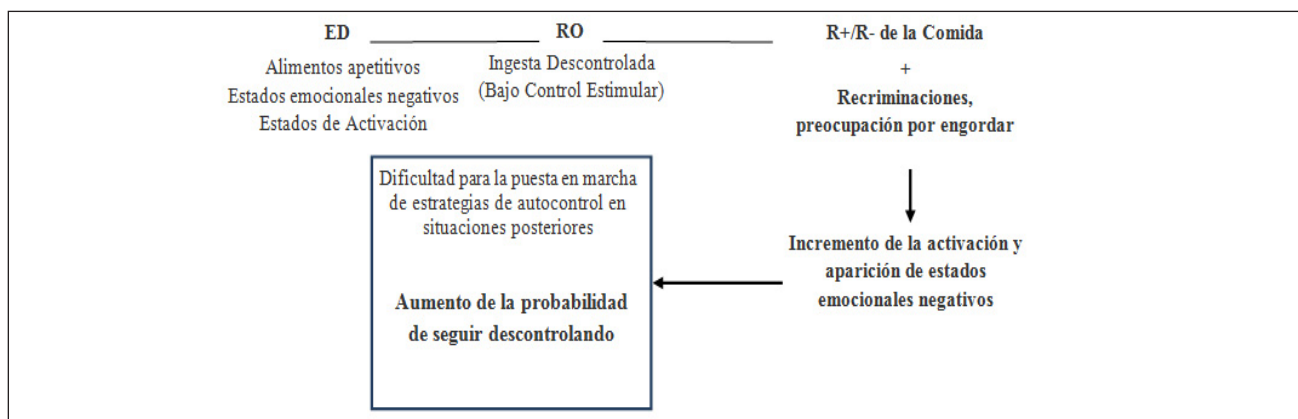
Las recriminaciones y preocupaciones anteriores también aparecían cuando Sara vulneraba una restricción (ej. no comer cierto alimento) o una demora autoimpuesta (ej. esperar al momento previsto para comer), pues esto le generaba estados fisiológicos desagradables que favorecían que empezase a comer para calmarlos y se excediese. Una vez que perdía el control, aumentaba la probabilidad de que se prosiguiera descontrolando porque el estado de ansiedad generado dificultaba discriminar las señales de hambre/saciación, así como poner en marcha estrategias de autocontrol. A ello se unía el poder reforzante inmediato de ciertos alimentos (como estímulos apetitivos y gratificantes en sí mismos (R+) y como reductores de estados desagradables como la activación, ansiedad o hambre (R-)). (Carrasco y Adame, 2000).

Figura 2. Secuencia Funcional de las Situaciones en que descontrola o se salta lo previsto



A rasgos generales, el problema de Sara se caracteriza por una ingesta muy dependiente de la presencia de ciertos estímulos (alimentos tentadores para Sara) y ciertos estados fisiológicos y emocionales (activación, nerviosismo y estados emocionales negativos) que dificultan el control. Ante estos estímulos, se come por “impulso” y “urgencia” y no importa lo que se coma, ni si apetece o no. Se dice que la conducta está *Bajo Control Estimular*, pues se realiza de manera muy automática e incluso con independencia de las contingencias de *refuerzo positivo y negativo* que suponen los alimentos (gratificantes por su sabor y reductores de los estados de activación, impulso, urgencia o hambre). El problema de Sara adquiere además un patrón en espiral, de manera que el excederse en una situación favorece la aparición de activación y estados emocionales negativos que predisponen al descontrol en comidas posteriores, contribuyendo al aumento progresivo de la ansiedad de Sara y a la aparición de pensamientos y estados emocionales negativos (culpa, incompetencia, sensación de estar controlada por la comida...). El nerviosismo y el malestar dificultan la puesta en marcha de las estrategias de autocontrol en la siguiente situación problema y vuelve a comenzar la cadena.

Figura 3. Esquema General de las Conductas Problemáticas



Intervención

Las estrategias aprendidas en la intervención psicológica anterior pudieron ser utilizadas en la intervención actual, pues Sara las tenía muy bien aprendidas, había comprobado su eficacia y ya eran aplicadas por ella en el problema actual con resultados relativamente positivos. No obstante, la evaluación de su uso puso de manifiesto que hacía falta su adaptación al problema de alimentación que nos ocupaba y una mayor sistematización en la aplicación de las mismas. Así mismo, se entrenaron estrategias nuevas.

Objetivos

Nos marcamos un objetivo global a largo plazo: Normalizar su relación actual y su vivencia respecto a la comida, adaptándonos a los condicionantes existentes (diagnóstico de Colon Irritable y necesidad de seguir una dieta).

Este objetivo se lograría por medio de varios subobjetivos a corto/medio plazo que estructuraron la intervención:

- 1) Maximizar el cumplimiento de la dieta.
- 2) Reducir los episodios de descontrol.
 - a) *En momentos previos al atracón* se pondrán en marcha estrategias de prevención y se realizarán comidas espaciadas y regulares para evitar que se generen estados de hambre y ansiedad intensos que favorezcan el atracón.
 - b) *En situaciones de alta probabilidad de atracón* se pondrán en práctica estrategias de Autocontrol.
- 3) Reducir y eliminar el malestar relativo a los episodios de ingesta excesiva y de incumplimiento de lo planificado, buscando que los posibles excesos o incumplimientos puntuales sean contemplados como parte de la normalidad y sepan manejarse sin tanto malestar.
- 4) Reducción del miedo a engordar: Esto se iría logrando a medida que Sara incorporase los nuevos hábitos de ingesta y autocontrol y fuera comprobando que no tiene lugar un incremento de peso (pues las cantidades que marca su dieta y que come habitualmente son adecuadas y sólo había que controlar el modo de ingerirlas).

Técnicas de Intervención

Junto con los objetivos de intervención se planificaron las técnicas y estrategias para conseguirlos. Con Sara se aprovecharon aquellas técnicas que ya tenía aprendidas y utilizaba en algunos momentos (*Parada de Pensamiento, Respiración Abdominal y Exposición con Prevención de Respuesta*), explicándole cuál era el objetivo actual que se buscaba con ellas y cómo debía aplicarlas en cada caso, con el fin de aumentar su eficacia. Además se le explicaron algunas técnicas nuevas y se puso mucho énfasis en que, dado su ritmo de vida, sería necesario que aprendiera a ser flexible y a adaptar las estrategias a las características de la situación.

Muchas de las técnicas y estrategias que se entrenaron tenían el objetivo de desarrollar en Sara la capacidad de ejercer "Autocontrol" sobre su conducta. Entendemos por autocontrol el renunciar a un estímulo reforzante inmediato en busca de unos beneficios a largo plazo (Lynn y Rehm, 1991). Los beneficios a largo plazo en el caso de Sara eran: Lograr adquirir un nuevo hábito de ingesta controlada (para lo que es necesario la persistencia en la conducta de autocontrol, con el fin de consolidarla en el repertorio), lograr mantener controlado el estreñimiento y las molestias digestivas, comprobar que es capaz de mantener una relación más normalizada con la comida sin necesariamente engordar y por último, estar más tranquila y despreocupada respecto a este tema.

Es importante entender que el Autocontrol no es un rasgo o característica con la que la persona nace o no, sino un conjunto de conductas que pueden aprenderse y entrenarse y que a base de repetir las podrán consolidarse como nuevos hábitos de comportamiento que sustituyan a los anteriores. Como explican Lynn y Rehm (1991), con *Técnicas de Autocontrol* nos referimos a todas aquellas estrategias que permiten a la persona controlar o modificar su propia conducta con el fin de alcanzar metas a largo plazo (ej. Mantener una alimentación saludable, cuidar el aspecto físico, prevenir problemas digestivos...), renunciando al refuerzo inmediato (ej. Comer alimentos atractivos). En el caso de la conducta de comer existen refuerzos inmediatos muy potentes, de carácter negativo (eliminación de un estímulo aversivo como el hambre o la ansiedad) y positivo (sabor de la comida, placer), mientras que las consecuencias negativas de comer en exceso (engordar, problemas de salud...) o las consecuencias positivas de controlarse (perder peso, mejorar la salud...) se observan más a largo plazo (Santacreu y Scigliano, 1986). Esto hace muy costoso ejercer autocontrol, pues los mantenedores más potentes de una conducta son las consecuencias inmediatas frente a las postergadas.

Para desarrollar autocontrol en Sara nos servimos de la puesta en marcha de todas aquellas estrategias y técnicas que nos pudieran ayudar a mantener controlada la ingesta en las situaciones problemáticas detectadas, dotándole así de toda una serie de herramientas a las que pudiera recurrir de manera flexible (aplicando cuando lo necesitara la que mejor le resultase). Algunas de ellas implicaban el control de los estímulos antecedentes (*Técnicas de Control Estimular*) y otras actuaban sobre los estímulos consecuentes (Díaz, Comache y Vallejo, 1997).

1. Técnicas de Control Estimular:

- *Prevención, control y manejo de los estados emocionales negativos y los estados psicofisiológicos* (activación y ansiedad), que favorecen la pérdida de control.
- *Eliminación o retirada de los estímulos desencadenantes*: No tener disponibles los estímulos apetitivos que discriminan la ingesta descontrolada o saltarse la dieta.
- *Cambio de los estímulos discriminativos*: Se buscó que Sara adecuase su ingesta a ciertos momentos del día para evitar estar comiendo a todas horas. Se estipularon cinco comidas (las que marcaba su dieta) que debía respetar y tratar de realizar en un mismo horario, en la medida en que le fuera posible. De esta manera se pretendía regularizar las señales de hambre/saciación, pues en su caso el comienzo y el fin de la ingesta no respondía a tales señales.
- *Manejo del medio social*: Cuando fue posible, se aprovechó el control externo que ejercía la gente sobre la ingesta de Sara, al tiempo que se aplicaban otras estrategias.

2. Otras Técnicas:

- *Tareas Distractoras y Conductas incompatibles*: Se instruyó a Sara para aplicarlas cuando aparecieran estímulos tentadores, para demorar la ingesta hasta una hora adecuada y para no comer lo que no le conviene. También resultaron muy útiles para establecer un tiempo de demora entre el momento del despertar y el desayuno y para prolongar el tiempo de comida (evitando una ingesta rápida y dando tiempo a la aparición de las señales de saciedad). Se demostró que cuando Sara realizaba actividades que introducían tiempo entre el deseo de comer y el comer, era capaz de controlar mucho más.
- *Respiración Abdominal*: Se utilizó como conducta distractora y reductora de la activación.
- *Parada de Pensamiento*: Se dio instrucciones para su aplicación en varias situaciones: 1) Cuando empezase a anticipar situaciones problemáticas y de posible pérdida de control, 2) Ante verbalizaciones negativas sobre su actuación tras haber perdido el control, 3) Ante verbalizaciones sobre las consecuencias negativas que pudieran derivarse de haber perdido el control (estreñirse, engordar...) y 4) Si aparecían molestias digestivas reales.
- *Autoinstrucciones*: Se aplicaron en diversos momentos de las cadenas de conducta (antes, durante y después de la ingesta) con el fin de maximizar las conductas adecuadas y minimizar las conductas a eliminar. Ej. "Voy a ceñirme a la dieta porque eso me va a ayudar a controlar el resto del día y a sentirme mejor", "De nada sirve darle vueltas", "Ya está hecho y pensarlo sólo me va a hacer sentirme peor". Se aplicaron también en combinación con las *Técnicas de Control Estimular* y la *Parada de Pensamiento*.

- *Reestructuración Cognitiva*: Se utilizó en sesión para trabajar ideas distorsionadas y las conclusiones a las que se llegó fueron utilizadas por Sara como *Autoinstrucciones* en los momentos apropiados. Se aprovechó que ya aplicaba la *Racionalización* en diversas situaciones con relativo éxito, para continuar aplicándola. Ej. Darse cuenta de que hay cosas que hace bien y que no siempre hace todo mal, justificar su conducta en base a argumentos racionales como: “Lo he comido porque me apetecía”, “Llevaba muchas horas sin comer y no iba a aguantar”.
- *Autorrefuerzo*: Se le dio a Sara instrucciones para autorreforzarse en aquellos momentos en que lo hiciera bien.

La intervención comenzó volviendo a explicar las estrategias que Sara ya conocía (Parada de Pensamiento, Respiración Abdominal, Reestructuración Cognitiva y Exposición con Prevención de respuesta), indicándole en qué momentos debía aplicarlas.

Se le explicaron también diversas *estrategias de control estimular* que podían ayudarla a controlar la ingesta (Mahoney y Mahoney, 1981): Ponerse en el plato sólo lo que iba a comer, dejar los cubiertos en el plato después de cada bocado, masticar 15 veces el alimento, levantarse de la mesa e ir a lavarse los dientes al terminar de comer, distanciarse de aquellos estímulos precipitantes del descontrol siempre que fuera posible, en casa congelar porciones de alimento e ir las descongelando a medida que se necesiten, hacer una lista de lo necesario antes de ir a hacer la compra y atenerse sólo a ello... Para aquellos casos en los que el Control Estimar no era posible y Sara estaba obligada a exponerse a alimentos “atractivos”, se planificaron con ella algunas *estrategias distractoras*: Hablar durante las comidas con otras personas para demorar la ingesta y dar tiempo a la aparición de señales de saciación, concentración en la respiración abdominal como estrategia distractora, concentración en sus actividades laborales (en lugar de en los alimentos), mantenerse ocupada... Se le explicó también la importancia de las autoinstrucciones (nuestras verbalizaciones) para el control del comportamiento manifiesto (Santacreu, 1991; Meichenbaum, 1987). Se incidió en su libertad y flexibilidad para utilizar cualquier estrategia que le ayudara a realizar una ingesta más controlada.

En relación a la dieta se le indicó que organizara como venía haciendo los menús en función de los vuelos previstos y que en la medida en que pudiera, realizase las cinco comidas previstas con un espaciado de 3- 4 horas. Realizar varias comidas espaciadas ayuda al mantenimiento del peso, evita que se llegue a la siguiente comida con demasiada hambre y contribuye a regular las señales de hambre y saciedad (favoreciendo que la ingesta se realice en función de estas señales y no de los estímulos externos). No obstante, se le insistió en la necesidad de ser flexible y contar con que su planificación puede verse alterada por circunstancias ajenas a su control.

Se elaboró junto a Sara un “*Programa de Afrontamiento de las Comidas*” prototípico que fue siendo adaptado a las diferentes comidas y situaciones del día, modificándolo según iban apareciendo necesidades y dificultades. Lo importante de toda intervención es la adaptación de las estrategias a las necesidades del cliente, lo que exige una evaluación constante del proceso de aprendizaje y aplicación de las mismas, para corregir errores o dificultades y para ajustarlas mejor de cara al logro de los objetivos (Froján y Santacreu, 1999). En el caso de Sara se fueron incorporando estrategias que fueron resultando útiles para el control de la ingesta y diferenciando aquellas que daban mejores resultados en ciertos momentos de las que los daban en otros.

La intervención a lo largo de las sesiones se desarrolló de la siguiente manera:

Sesiones 6 y 7: Se recordaron las técnicas ya conocidas, se entrenaron las técnicas nuevas y se dieron instrucciones para poner en marcha el “*Programa de Afrontamiento de las Comidas*”, comenzando primero por el desayuno, por ser la primera comida del día y una de las más problemáticas para el control. En la *sesión 7* se corrigieron las dificultades surgidas y se trató de afianzar lo aprendido durante una semana más.

Sesión 8: Se analizaron las dificultades encontradas, ajustando las pautas a situaciones específicas que no se supo manejar. Se adaptó el programa de afrontamiento a la comida de “media mañana”. Se trabajó las autoinstrucciones como herramienta de control.

Sesión 9: Se abordó el afrontamiento de la comida, aprovechando la existencia de comidas de trabajo y que Sara percibía una mejora en su capacidad de control. Para ello se adaptaron las pautas que ya venía practican-

Cuadro 1. Programa de Afrontamiento de las Comidas

1. Antes de iniciar la ingesta:

- Autoinstrucciones: 1) Que anticipan la conducta adecuada a realizar: “Voy a atenerme a la dieta” y 2) Que anticipan las consecuencias positivas derivadas: “Si lo cumplo me voy a sentir mejor el resto del día”, “Si lo cumplo seguiré mejor el resto de comidas”.

2. Durante la ingesta:

- Control Estimular:
 - Sólo poner en el plato lo que se va a comer y atenerse a ello.
 - Masticar 15 veces cada bocado, dejar el cubierto en el plato para: 1) Evitar una ingesta rápida y ansiosa, 2) Favorecer la aparición de las sensaciones de saciación y 3) Aprender a realizar la comida de manera tranquila, tratando de disfrutar de ella.
 - Retirar si es posible el resto de comida que pueda ser tentadora para no seguir comiendo.
 - Levantarse de la mesa tras terminar, para evitar verse tentada.
- Autoinstrucciones:
 - Decirse que “estoy haciendo lo correcto”
 - Tras atenerse a lo del plato, decirse: “Ya he comido lo que me correspondía”, “Ya no como más”.
- Estrategias Distractoras:
 - Realizar alguna actividad que retire su atención de la comida o de las ganas de seguir comiendo. Ej. Atender y participar en una conversación, Respiración Abdominal

3. Después de la ingesta:

- Autorrefuerzo explícito por haber realizado la conducta adecuada.
- Parada de Pensamiento + Autoinstrucción (“Ya está hecho, la siguiente comida irá mejor”) + Tarea Distractora
- Racionalización: Saber valorar que puede no hacerlo perfecto. No debe caer en valoraciones extremas, sino saber relativizar el nivel de ejecución.

do y se le proporcionaron estrategias nuevas para las dificultades que solía encontrar en esas situaciones (ej. Comer dos primeros y pan, poner al corriente a la gente de que está a dieta y hay cosas que no puede comer como medio de control externo, hacer uso del *autorrefuerzo* y las *autoinstrucciones*).

Sesión 10: Pese a que Sara no pudo acudir en tres semanas, por motivos de trabajo, decía estar muy contenta con los avances y haber extendido por sí misma el “*Programa de afrontamiento*” a la cena. Se dieron pautas para el manejo de situaciones específicas aún problemáticas. Se insistió en la idea de que a través de la práctica de los nuevos hábitos de ingesta, estos irían sustituyendo a los anteriores, incluso en las situaciones más problemáticas.

En esta sesión se abordaron los temores de Sara a aumentar de peso si sus circunstancias de vida variaban y no pudiera realizar tanto ejercicio y en condiciones controladas como las actuales. Tenía miedo a que si lo realizaba por su cuenta, cayera en el descontrol del pasado, cuando lo realizaba de manera exhaustiva y con el fin de quemar lo comido. Consideraba haber hecho grandes logros y temía perderlos. Estos miedos se vieron aumentados por las noticias de un posible cambio de línea de vuelo que implicaría trasladarse de ciudad y por la llegada de las vacaciones de verano y el cierre del gimnasio. Se realizó una *Reestructuración Cognitiva* de ciertas ideas y se le ofreció a Sara algunas explicaciones para que se quedara más tranquila: Del mismo modo que se habían entrenado conductas de autocontrol con la comida, éstas podían generalizarse y adaptarse para el autocontrol con el ejercicio físico. Así mismo se podían buscar maneras para que ella pudiera continuar haciendo ejercicio ciertos días en semana, adaptándolo a sus nuevas condiciones de vida. En cuanto a dejar de realizar ejercicio durante el verano, se le explicó que los cambios que pudiera experimentar, ahora que había mucho más control sobre la alimentación, eran pequeños y que pronto podría recuperar la forma física. Se le hizo ver que la clave para ir perdiendo su miedo era exponerse a esas situaciones y ver que era capaz de manejarlas y que las consecuencias no eran tan negativas como las que anticipaba. Eso es algo que Sara fue comprobando en diversos momentos (con sus problemas obsesivos-compulsivos del pasado, con su miedo a estreñirse, con su miedo a engordar...) y le había permitido ir cogiendo seguridad y estar más tranquila al respecto.

El tratamiento finalizó en la sesión 10 debido a diversas circunstancias: Vacaciones del centro, programaciones de vuelo, vacaciones de la cliente y cambio de línea de vuelo que implicó un traslado de ciudad durante unos meses. Se mantuvieron cinco llamadas de seguimiento con espaciamiento de un mes para corroborar que los cambios positivos que se empezaban a conseguir se mantenían y se consolidaban.

Resultados

Toda intervención debe ser evaluada en base a unos criterios operativos que permitan valorar el grado de logro de los objetivos. Estos criterios deben ser fijados por el clínico antes de comenzar la intervención, pues serán los que le ayudarán a decidir cuándo darla por terminada y el grado de eficacia de la misma. En este caso, pese a que la intervención tuviera que finalizar antes de lo previsto, debido a las circunstancias mencionadas, también es posible valorar el grado de consecución de los objetivos. Para ello se operativizaron en su momento los siguientes criterios de cambio:

- 1) Que Sara hubiera aprendido las estrategias entrenadas y fuera capaz de ponerlas en práctica en la mayoría de las situaciones problemáticas.
- 2) Que episodios puntuales de mayor ingesta no fueran vividos como problemáticos y con tanto malestar, sino entendidos como algo normal.
- 3) Que se hubiera reducido su miedo a engordar y la preocupación por el peso.

Se consideraría logrado el objetivo cuando además de mostrar dominio de las estrategias (que las pusiera en práctica adecuadamente en las situaciones problemáticas la mayoría de las veces), fuera capaz de emitir verbalizaciones racionales y flexibles en torno a la comida y al peso, reflejándose a través de éstas una reducción de su miedo a engordar y de su preocupación por el peso. Se consideraría dentro de lo normal cierto deseo por mantener la imagen y un peso adecuado (pues como apuntan Froján et al. (2006), éste es un objetivo lícito), pero el objetivo a lograr fue que esto no fuera problemático como lo era en el momento de iniciar la intervención y no se recurriera a conductas inadecuadas para conseguirlo. Así mismo, se pretendió que el comer más de la cuenta o saltarse puntualmente la dieta no fuera vivido como una transgresión sino como algo normal y permisible. El grado de logro de estos tres objetivos se fue evaluando a través de los autorregistros encargados a Sara durante la intervención (*Día-Hora/Situación/Estrategia aplicada/Qué se dice, siente o hace antes /Qué come/ Que se dice, siente o hace después/ Gº Cumplimiento de la dieta 0-10*) y de las propias verbalizaciones de la cliente en sesión.

Los avances experimentados durante las sesiones indicaron una correcta adquisición y aplicación de las estrategias entrenadas. Sus verbalizaciones así mismo, se fueron haciendo más flexibles y demostrando una menor preocupación por el peso y la ingesta. A través de sus verbalizaciones Sara fue mostrando también cada vez mayor confianza en su capacidad de ejercer control sobre la comida. Las llamadas de seguimiento ayudaron a confirmar que los cambios y mejoras se iban consolidando y que Sara mostraba una mayor seguridad en sí misma a la hora de controlar la situación. Seguía aplicando las estrategias entrenadas y otras nuevas que le estaban siendo útiles, se encontraba mucho más tranquila respecto al peso y la ingesta, se sentía mucho más capaz de controlar y el hecho de saltarse puntualmente la dieta o comer mayores cantidades no le hacía sentir tan mal. Así mismo había comprobado que el estar sin hacer ejercicio durante un tiempo no había supuesto tanto problema como anticipaba y al mantenerse ocupada (estrategias de distracción), no le había resultado tan costoso. El estar comprobándose capaz de manejar por sí sola los cambios en su vida (cambio de ciudad y de horarios, abandono del ejercicio, finalización de la terapia...), aumentó su confianza hasta el punto de tomar la decisión de no necesitar retomar la intervención a su vuelta, algo que inicialmente no había descartado. Era consciente, no obstante, de que aún tenía que seguir esforzándose en aplicar las técnicas.

Conclusiones

La valoración final del tratamiento es positiva pues, pese a la finalización repentina, se logró una mejora sustancial en los objetivos propuestos (Mejorar el cumplimiento de la dieta, mejorar el control sobre la ingesta, reducir los episodios de descontrol y reducir el miedo a engordar y a perder el control) que se ha mantenido en el tiempo en ausencia de sesiones. Es cierto que si bien, para favorecer la consolidación de los cambios, lo ideal

es que la intervención pueda proseguir hasta que el clínico lo considere (logro de los criterios fijados para el alta), las circunstancias externas a veces alteran lo previsto y obligan al clínico y al cliente a hacer un esfuerzo de adaptación. En general toda terapia es un proceso de adaptación, pues su planificación depende exclusivamente de las características del caso y de la evolución del mismo. En casos en los que la terapia no puede ser mantenida el tiempo suficiente, se pueden buscar alternativas como el seguimiento telefónico siempre que sea posible.

En el caso de Sara, de haber podido continuar la intervención, se hubiera proseguido el énfasis en la aplicación de las *estrategias de autocontrol* para favorecer su consolidación y hubiera sido una buena medida la realización de *exposiciones controladas* a aquellos alimentos “atractivos” ante los que solía perder el control, con el fin de aumentar su capacidad de autocontrol ante ellos y la pérdida de miedo a descontrolar (ello supondría una reducción del valor condicionado negativo de dichos estímulos). También se hubiera abordado más profundamente el tema del deporte, reestructurando miedos e ideas distorsionadas y generalizando las estrategias de autocontrol que ya conocía al control del ejercicio. Con ello se pretendía prevenir las posibles situaciones futuras que ella anticipaba (ej. Verse obligada a dejar de hacer tanto deporte). Sin embargo las circunstancias del entorno la expusieron a esas situaciones antes de tiempo, lo cual, resultó muy positivo y ofreció a Sara una importante oportunidad de aprendizaje. Pudo comprobar que los miedos que tenía no estaban justificados, dándose cuenta de que era capaz de aplicar todo lo entrenado y obtener resultados positivos.

Del abordaje de este caso destacaría las siguientes conclusiones que pueden hacerse extensibles a otros casos:

- La importancia de diseñar y ajustar la intervención a las circunstancias de vida del cliente.
- La importancia de ir dando solución a los problemas que van apareciendo y de adaptar las estrategias a las situaciones concretas que aparecen en la vida del cliente, teniendo en cuenta en qué momento resultan más útiles y en cuáles menos.
- La importancia de aprovechar cualquier estrategia que el cliente tenga en su repertorio y pueda ser útil para la solución de su problema actual.
- La importancia de transmitir al cliente la capacidad de cambio conductual que existe, incluso para aquellos hábitos que se encuentran muy consolidados desde la infancia. No se trata de crear falsas expectativas pero sí de explicar que del mismo modo que aprendemos ciertos hábitos y patrones conductuales, podemos modificarlos y sustituirlos por otros. El cambio lleva tiempo, pero es posible.
- La importancia de que el propio cliente compruebe a través de la exposición cómo se van produciendo poco a poco los cambios buscados. La experimentación de resultados positivos tendrá un gran efecto motivador y de adhesión al tratamiento.
- La importancia de clarificar ciertas ideas erróneas y proporcionar explicaciones rigurosas basadas en los conocimientos contrastados sobre el funcionamiento psicológico. Como expertos en el estudio del comportamiento, los psicólogos conocemos los principios de aprendizaje que subyacen al mantenimiento y al cambio de los comportamientos humanos y el explicar de manera rigurosa al cliente cómo se ha generado y por qué se mantiene su problema, así como qué vamos a hacer para modificarlo y por qué se prevé que funcione, favorecerá una mayor confianza e implicación en la intervención, así como incrementará la potencia del cambio y la generalización de lo aprendido a la prevención de problemas futuros (Froján y Santacreu, 1999).
- Este caso pretende ser un ejemplo de cómo se puede abordar un problema de control de la ingesta, pero de igual modo que esta intervención ha tenido que adaptarse a las características de la cliente, pueden existir muchos otros modos, igualmente efectivos de abordar problemas similares. Lo importante es que los clínicos podamos beneficiarnos de la experiencia aplicada de unos y de otros con el fin de mejorar nuestra práctica profesional.

Referencias

- Carrasco, T. J. y Adame, M. L. (2000). Análisis funcional de la anorexia y bulimia nerviosa. En M. Lameiras y J. M. Faílde (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria: Del tratamiento a la prevención* (pp. 65-86). Santiago: Universidad de Vigo.
- Díaz, M. I., Comache, M. I. y Vallejo, M. A. (1997). Técnicas de Autocontrol. En F. J. Labrador. *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. (pp. 577-593). Madrid: Pirámide.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Froján, M. X., González, M. y Cristóbal, R. (2006). *Qué es la anorexia*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Lynn, P. y Rehm (1991). Métodos de Autocontrol. En V. E. Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. (pp. 655-686). Madrid: Siglo XXI.
- Mahoney, M. J. y Mahoney, K. (1981). *Control permanente de peso: Una solución total para las dietas*. Madrid: Trillas.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Santacreu, J. y Scigliano, R. (1986). Programa de Autocontrol en la obesidad: Datos de un año de seguimiento. *Estudios de Psicología*, 25, 123-140.
- Santacreu, J. (1991). El entrenamiento en autoinstrucciones. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 607-626). Madrid: Siglo XXI.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

Manuscrito recibido: 10/02/2012

Revisión recibida: 01/04/2013

Manuscrito aceptado: 04/04/2013