



XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM

INTERPSIQUIS 2012

Del 1 al 29 de Febrero de 2012

“Compartir para crecer”

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

Francisco Martín-Murcia; Luz Nieto; Jorge Ruíz.

Universidad de Almería

murcia@cop.es

Anorexia Nerviosa, Trastornos del Comportamiento Alimentario, Psicoterapia Analítico-Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Anorexia Nerviosa, Trastornos del Comportamiento Alimentario, Psicoterapia Analítico-Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso.

RESUMEN:

La necesidad de alternativas de tratamiento psicológico en los trastornos de la conducta alimentaria resistentes es uno de los retos actuales de la psicología clínica, tanto por la habitual resistencia al cambio, como a la elevada morbilidad presentada. Si bien se han establecido intervenciones eficaces para otros trastornos de la alimentación desde la perspectiva cognitivo-conductual, al parecer un alto grupo de pacientes con TCA graves no responden bien a los tratamientos al uso. Se apunta que la altísima prevalencia de comorbilidad, especialmente en forma de Trastornos de Personalidad sean en parte responsables de las dificultades del tratamiento. Las terapias de tercera generación podrían ser eficaces en al menos este grupo de pacientes refractarios. Se discute la pertinencia de dichos enfoques en base a los focos de intervención (problemas interpersonales, fusión cognitiva, necesidad de control y evitación experiencial) así como en las estrategias implementadas (uso de la relación terapéutica, aceptación-distanciamiento y clarificación de valores alternativos al cuerpo como proyecto vital).

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se han convertido en uno de los trastornos psicológicos más relevantes en cuanto a impacto social y cifras de incidencia y prevalencia –casi triplicándose en las últimas tres décadas-. Sin embargo, tal relevancia no ha ido de la mano de una mejora en los tratamientos psicológicos implementados (1,2). Aún siendo evidente que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es probablemente el enfoque que mayor eficacia comprobada tiene para un amplio abanico de trastornos psicológicos incluidos los TCA, se hace necesario un esfuerzo de análisis y mejora de los tratamientos cognitivo-conductuales para los pacientes que no responden bien a este tipo de intervención. De hecho se ha llegado a sugerir incluso la poca pertinencia de realizar ensayos clínicos aleatorizados hasta que no existan evidencias claras de tratamientos eficaces para la anorexia nerviosa (3). A pesar de que las intervenciones conductuales operantes destinadas a la ganancia de peso parece que son los únicos tratamientos de demostrada eficacia en los estudios consultados, lo cierto es que en un gran número de pacientes este objetivo es poco estable a medio plazo. De hecho, una importante cantidad de personas tratadas con estos métodos “mejoran” y siguen las reglas solo para escapar cuanto antes de la hospitalización o del control familiar. En numerosos casos se refuerza paradójicamente la sobreingesta/atracón y los métodos compensatorios (vómitos o laxantes), con lo cual se pueden generar incluso más conductas problemáticas de las inicialmente presentadas. Todo ello sin contar con la escasa generalización de la conducta alimentaria en otros contextos (entre otras cosas por el uso de reforzadores arbitrarios, no naturales).

La poca conciencia de problema sería una de las mayores barreras a la hora de generar la alianza terapéutica óptima. Por tanto acercarse al paciente con AN es todo un reto: se recordará que la egosintonía es absoluta en las primeras fases del tratamiento. Una dificultad extra es que en muchos casos se encontrarán ambientes familiares sobreprotectores, hostiles o ambivalentes (4,5) y ello implica que las variables de modelado, evocadoras y discriminativas seguirán estando en funcionamiento (por lo menos en tanto el sujeto no adquiera independencia). Por otra parte, en el caso de pacientes difíciles es habitual que hayan realizado un itinerario terapéutico variado, por lo que estarán preparados para resistirse con éxito o presentaran un franco deterioro que dificulte el trabajo. Las dificultades para establecer la relación terapéutica será en muchos casos un ejemplo de conducta clínicamente relevante, ya que suelen manifestar alteraciones interpersonales importantes.

Por último, una dificultad terapéutica que requiere el concurso de otros profesionales en el equipo de tratamientos, es la habitual y relevante presencia de complicaciones biomédicas, que suponen un enlentecimiento o complicación del tratamiento (6).

Y se llegaría a la pregunta central del presente trabajo. ¿Que se requiere en un tratamiento eficaz de pacientes refractarios con AN?. De entrada evitar el ensañamiento contra el síntoma o dicho de otro modo, contra el valor existencial de la delgadez y las conductas destinadas a tal fin. En primer lugar por una cuestión ética y después por una cuestión práctica: una postura invalidante

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

de entrada contra los valores que presenta el paciente repetiría patrones de defensa (a buen seguro ya habrán sido realizadas anteriormente por familias y clínicos). Otra característica que debiera tener un tratamiento psicológico es la necesidad de creación de relaciones terapéuticas intensas y auténticas, dadas las dificultades habituales que presentan los pacientes en esta área (en parte por los antecedentes aversivos en su vida social, como por ejemplo críticas por sobrepeso, experiencias sexuales traumáticas, relaciones familiares invalidantes). De hecho, existe una elevadísima presencia de comorbilidad, siendo especialmente significativa la presencia de trastornos afectivos y de personalidad (8,9,10,11,12,13). Parece lógico pensar que la extensa psicopatología asociada (no relacionada exclusivamente con los componentes patognómicos de los TCA) alterarán fácilmente el curso y pronóstico en este tipo de casos (10,14) y por ello deben ser focos de primer orden.

Por último una buena parte de pacientes con AN han tenido sobrepeso y lo más probable es que ello esté genéticamente determinado, por lo que la lucha por la delgadez tarde o temprano tendrá una vuelta a una experiencia corporal negativa. Un tratamiento psicológico cuya filosofía central se base en la aceptación de los eventos psicológicos como la imagen corporal y los pensamientos y sentimientos asociados a ella, será un buen punto o de partida o de final. Sea como fuere, el paciente volverá una y otra vez a su peso premórbido.

Terapias de Tercera Generación

No cabe duda de que distintos enfoques clásicos de terapia incidirían de una u otra forma en los epígrafes expuestos anteriormente y no sería justo no reconocerlo. De hecho, cualquier terapeuta experimentado advierte y trabaja sobre ellos. Quizás lo que tenga de interés el conocimiento y uso de las terapias de tercera generación sea la filosofía implícita que auna los factores mencionados. Por otra parte, no existe todavía abundante literatura acerca de la implementación de dichas estrategias en TCA.

La *tercera ola* de las terapias de estirpe conductual o cognitivo-conductual (15) forman una amalgama de estrategias descritas en la última década cuyos principios filosóficos están basados en una visión pragmática, determinista, fenomenológica y holística o contextual (16). Algunas de ellas cuentan con su propia denominación de origen, por ejemplo la Terapia de Aceptación y Compromiso (17), la Psicoterapia Analítico Funcional (18,19), la Terapia Dialéctica-Comportamental (20) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (21). Tanto la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) son tratamientos basados en un particular punto de vista sobre la cognición y la emoción (17, 18, 19, 22). Esencialmente se distinguen de otros modelos clásicos de psicopatología en que no se asume necesariamente la causalidad de los eventos mentales (pensamientos, emociones o estados corporales) en el comportamiento problemático, admitiéndose explicaciones alternativas a las clásicas relaciones $A \rightarrow B \rightarrow C$ (19). Por tanto desde esta perspectiva no se instará por principio al paciente a modificar y controlar dichos eventos negativos para conseguir un estado mental libre de ellos; antes bien, se procurará instruirle para aceptar dicho malestar desde una posición de seguridad (observación distanciada de la mente) y en no

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

obsecarse con soluciones que su historia ya ha descrito como ineficaces (22). La *teoría de la aceptación* (17) se basa precisamente en el análisis de los costos personales que tiene para el paciente dicha servidumbre evitativa, aun conviniendo con el paciente los beneficios secundarios de su forma de vivir. El análisis de los valores, entendidos no como metas sino como direcciones vitales, sería una de las tareas esenciales. Por su parte, el formato terapéutico de Kohlenberg y Tsai (18,19) se basa en la implementación de ciertos principios derivados del conductismo radical en los problemas cotidianos que tienen muchos pacientes de larga evolución (enmarcados en los tradicionales Trastornos de la Personalidad), como las dificultades en las relaciones íntimas, aislamiento, alexitimia, baja tolerancia a la crítica o al fracaso, hostilidad, fobia social o conductas compulsivas. Se focaliza esencialmente en las contingencias que ocurren in vivo en la sesión, entendiendo que existe una equivalencia funcional entre el contexto terapéutico y el habitual del cliente y atendiendo a las conductas problemáticas y a los cambios positivos, procurando fortalecer repertorios de conducta más adaptativos a través del reforzamiento natural y el moldeamiento. La observación de que el mero hecho de atender a las conductas que forman parte de la llamada *Transferencia* facilita las mejorías, hace que desde este enfoque se sugiera un esfuerzo en el uso funcional de la misma. Las claves operativas de este enfoque incluyen buscar conductas problema (CCR1), evocarlas en sesión, facilitar y reforzar conductas de cambio positivo (CCR2), observar los efectos reforzantes del terapeuta (que variarán según el problema, los objetivos y las personas) y adiestrar al paciente a entender funcionalmente su comportamiento problemático (CCR3). Lo cierto es que un análisis de la relación terapéutica en este sentido daría cuenta, por lo menos en gran parte, de los ubicuos "*factores comunes*" a los distintos tratamientos psicológicos. Aún así, sería conveniente destacar que aunque estas herramientas pueden utilizarse conjuntamente con el arsenal terapéutico más protocolizado en TCC, es necesario matizar algunas cuestiones previas de índole filosófico -siquiera para sortear ciertas contradicciones flagrantes (24). Por ejemplo, el uso del entrenamiento en relajación no buscaría necesariamente ni la relajación ni ningún estado de felicidad en sí mismo, sino que sería una forma de libertad, es decir, de poder actuar más cómodamente ante situaciones difíciles. En esta línea, el diálogo socrático sería una actividad de la terapia que podría permitir al paciente flexibilizar su forma de pensar y por tanto llegar a enfocar el contenido de los pensamientos desde la distancia y arbitrariedad necesaria más que a llegar a "*una correcta manera de pensar*", consiguiendo disminuir la *fusión cognitiva*. También podría usarse la *asociación libre* o el relato de sueños, a pesar de no ostentar un pedigree cognitivo-conductual, para elicitar una tarea introspectiva si es que ésta fuera una actividad habitualmente evitada por el paciente, sin que necesariamente deba requerir una interpretación más *profunda*.

Principios básicos aplicados

Se podría establecer una división –más didáctica que teórica- entre aquellas técnicas enfocadas a la propia relación terapéutica (se insiste, como escenario en el que se pondrán en juego los patrones comportamentales disfuncionales), de aquellas estrategias interventivas más generales. Respecto a las primeras podríamos distinguir el uso de la empatía (p.ej. el reflejo empático y el uso del

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

humor que permite por si mismo la toma de perspectiva acerca de la problemática del paciente). Por otra parte, la validación de la experiencia emocional y de valores o actitudes del paciente es una condición previa; se advierte como algo necesario reconocer los aspectos positivos que la anorexia nerviosa aporta a la vida del paciente. En primer lugar porque no deja de ser absolutamente cierta la contingencia de reforzamiento establecida y porque suelen traer de suyo la invalidación de sus entornos familiares y sociales.

El trabajo sobre aspectos relacionales requiere que el clínico sea capaz de realizar una óptima discriminación de conductas que ocurren en sesión para responder eficazmente a ellas (p.ej. reforzar el que un paciente obsesivo-rígido no traiga la tarea, o que un paciente dependiente verbalice que quiere realizar algún cambio en el horario de sesiones, o que un paciente esquizoide se interese por una enfermedad del terapeuta, o elicitando conductas clínicamente significativas como ocultaciones o mentiras). Desde la psicoterapia analítico-funcional se insiste en que el refuerzo generalizado es un craso error (por arbitrario, ineficiente o, yendo más lejos, incluso iatrogénico). Este es un aspecto clave en la estrategia terapéutica, por lo que se hace necesario un escrupuloso análisis psicológico del paciente en términos funcionales. No es raro encontrar que en ocasiones se crea una alianza fantástica con él, pero no hay ninguna evolución clínica. Estos son ejemplos de reforzamiento generalizado, que es tan agradecido por todos los pacientes como poco eficaz.

Algunos ejemplos de conductas clínicas relevantes que pueden aparecer en el tratamiento con pacientes difíciles podrían ser la presencia de conductas de evitación de intimidad (por ejemplo no sostener la mirada, no realizar preguntas personales al terapeuta, dar mensajes sin tono afectivo, secuestro de información), la demanda continua de reglas de conducta (tipo "*dime que debo hacer*"), la aparición de muestras de desconfianza (por ejemplo verbalizaciones de que el terapeuta no podrá ayudarla, desviar la sesión hacia asuntos irrelevantes), expresiones de malhumor y desesperanza (que proyecta en el terapeuta), sentir malestar ante los silencios o la falta de respuestas del terapeuta, resistirse a obtener explicaciones alternativas sobre sus problemas (como una defensa en sus creencias), el uso del razonamiento lógico-matemático lineal para establecer un proyecto de vida, la excesiva adherencia a los registros, horarios y planificaciones de las sesiones (prototípica de pacientes obsesivo-compulsivos y el patrón de queja (esencialmente en forma de proyección hacia el entorno).

Asimismo, desde este enfoque es necesario que el terapeuta se maneje bien con los cambios y sea creativo/espontáneo en el uso de cuentos, metáforas y analogías que contacten directamente con los asuntos personales en juego. Y uno de los principales asuntos personales serán los valores. La clarificación de valores es un objetivo terapéutico per se, pero además una forma de generar un genuino interés del paciente por la relación y por la terapia. Se recordará que los valores no son metas en si mismas, sino direcciones vitales que deberan ponerse en juego practicamente en todas las sesiones.

En esta línea, es asimismo relevante la explicitación de los conceptos cognitivos (25,26). Con

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

esto se alude a las autoexplicaciones e hipótesis que el paciente tiene sobre sus problemas, así como a los conceptos sobre la vida, la felicidad, la forma de conseguir los objetivos vitales, el yo y los demás, los valores y los patrones de pensamiento desadaptativos. En nuestra experiencia, parte de la evolución psicológica es debida a la capacidad de aprendizaje de análisis del paciente acerca de su propio comportamiento en términos funcionales.

Por último, el reforzar la alianza es un tema especialmente delicado dado que las familias entrarán en juego en ocasiones saboteándola. Hay que recordar que a veces los objetivos de la paciente no tiene porqué ser los objetivos que espera la familia de la terapia. P.ej. un objetivo de cambio precisamente puede ser la independencia real del paciente mientras que la familia podría no aceptar ese cambio y solo espere una ganancia de peso.

Desde las primeras sesiones es necesaria la activación conductual, terapia con nombre propio dedicada en principio a la depresión, pero cuyos principios no desdican por supuesto otras aplicaciones. La activación tiene por objeto promover la responsabilidad del paciente en su cambio y por supuesto el contacto con reforzadores que, en muchos casos, llevaban largo tiempo fuera del escenario vital del mismo.

Una clave esencial, más tratándose de formatos conductistas, es el proceso de exposición, si bien no entendido como un método para reducir el distress de pensamientos o emociones negativas, sino como una forma de aprender a vivir a pesar de ellos. La terapia de aceptación y compromiso hace de este asunto uno de sus puntos fuertes. Gran parte de los ejercicios experienciales están destinados a producir un cierto distanciamiento o contemplación desapasionada de los contenidos conscientes de la mente. Dado que tanto pacientes como terapeutas pertenecemos a la misma cultura y además el hecho de "cuidar" de los demás suele hacer a estos especialmente sensibles al sufrimiento, hay que ser extremadamente cuidadoso con no reforzar las verbalizaciones del paciente acerca de que "se encuentra menos ansioso o que tiene menos cantidad de pensamientos negativos o que comer le causa menos estrés", sino precisamente reforzar los cambios de conducta en áreas valiosas y significativas. Este punto es importante porque se podría caer con suma facilidad en una contradicción de principios en la filosofía subyacente a estos enfoques.

A modo de ejemplo

La especial complejidad de abordaje de casos con AN refractaria, puede observarse en la tabla I, en la que se explicitan funcionalmente algunas variables en juego, junto con las conductas problemáticas y las consecuencias. Se pueden objetivar las diferentes áreas clínicamente significativas: problemas sociales, comportamiento de estudio obsesivo y limitante, problemas en las relaciones familiares cuyo efecto sobresaliente en la paciente puede ser dificultades para regular eficazmente sus emociones, evitación de las relaciones íntimas con hombres y la aceptación estoica de la anhedonia vital. A nivel de funcionamiento cognitivo es habitual encontrar la angustiada necesidad de controlar los pensamientos, que trae de vuelta precisamente mayor obsesividad. Un formato de aprendizaje excesivamente limitado al funcionamiento por reglas (más pliance) y minimizado el contacto con las contingencias naturales. Y por supuesto, la sintomatología

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

patognomónica de la AN: vivir prácticamente al servicio de controlar la comida, el peso, planificar la ingesta, disputas familiares al respecto, evitación social y el miedo que va de la mano de esos intentos precisamente de reducirlo.

Discusión y conclusiones

Las Terapias de tercera generación están comenzando a implementarse para el tratamiento de pacientes con AN (24,27,28). Este tipo de formas de comprensión de la psicopatología de naturaleza radicalmente contextual está permitiendo abordar problemas graves y refractarios de una forma parsimoniosa y tremendamente efectiva (25). La aportación de este trabajo estaría relacionada con la escasa literatura de la que actualmente se dispone sobre tratamiento de tercera generación en patologías graves como la AN, así como con la sugerencia de que este tipo de estrategias clínicas podrían ser útiles en trastornos habitualmente resistentes como el tratado, dado que no se focalizan ni exclusiva ni necesariamente en los comportamientos patognómicos criteriosales del diagnóstico, antes bien, se abordan diversos problemas cotidianos de la vida del paciente que se expresan en la propia relación terapéutica. Por otro lado, es destacable la combinación de ACT y FAP, así como otras intervenciones clásicas, que actuarían de manera sinérgica, tal y como proponen Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra y Virués (29) y se sugeriría para líneas futuras el análisis del peso específico de las distintas variables terapéuticas en el cambio psicológico.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

Tabla I

Antecedentes	Conductas problema	Consecuentes
<p>Modelo familiar crítico hacia los demás</p> <p>Ausencia de relaciones con familia extensa, adultos y pares</p>	<p>Patrón cognitivo de suspicacia y autoreferencialidad</p> <p>Miedo a la intimidad.</p> <p>Aislamiento.</p>	<p>Ausencia de reforzadores sociales. Sentimiento de seguridad por evitación de problemas en relaciones sociales. No experiencias en relaciones reforzantes</p>
<p>Reglas familiares sobre la obligación de obtener grandes logros profesionales. Valores familiares: éxito, imagen social, dinero y poder</p> <p>Críticas y castigos hacia conductas de ocio o de "no ser nadie". Refuerzo familiar de conducta de estudio. Refuerzo familiar de conducta de evitación de ocio</p>	<p>Necesidad de tener que estudiar cada vez más. Dedicación excesiva al estudio en detrimento de otras actividades.</p> <p>Dudas sobre su capacidad intelectual y sobre la eficacia de sus técnicas de estudio.</p> <p>Preocupación obsesiva por imagen corporal y social</p> <p>No contacto con estímulos placenteros</p> <p>No valoración de conductas de ocio</p>	<p>Aceptación dentro del seno familiar. Reconocimiento ante profesores. Rol familiar de "niña perfecta" y valores de éxito, aceptación del costo vital por conseguir el éxito.</p> <p>Repaso obsesivo hasta el agotamiento y ansiedad limitante ante exámenes</p> <p>Evitación: pensamientos suicidas o de abandonar estudios. Críticas de pares por "rara"</p>
<p>Padres con ausencia de conductas de afecto. Castigo sistemático de expresiones emocionales. Modelo de relación de pareja fría</p>	<p>Falta de empatía familiar, dificultad para expresar sentimientos, malestar intenso al no manejar funcionalmente las emociones. Sentimientos de miedo y odio hacia los hombres</p>	<p>Sentimiento de indiferencia hacia sus padres.</p> <p>Disregulación emocional. Pérdida de comprensión de comunicación emocional. Evitación de relaciones íntimas</p> <p>Equivalencia funcional:</p>

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

Historia de hermano Perfecto que acabó fracasado		placer = imperfección (drogas, absentismo escolar, fracaso)
Rigidez de pensamiento	Pensamiento dicotómico, Sobregeneralización y ausencia de perspectiva	Necesidad de controlar los pensamientos y aprendizaje deficitario (poco contacto directo con las contingencias)
Leve sobrepeso, sentir pantalones estrechos, malestar con su imagen, pensamientos recurrentes sobre sus caderas, miedo a engordar.	Dieta hipocalórica y ejercicio físico, contar calorías, coleccionar dietas, comparar precios de los distintos alimentos y características nutricionales en etiquetas, planificar exhaustivamente desde primera hora de la mañana que tipo, preparación y orden de los alimentos que compondrán su dieta, pesarse, medir diámetro de muslos. "Mantra particular" = convencerse de que su dieta "es saludable"	Placer al ser capaz de tener el control. Seguridad al controlar qué come y qué no. Mayor frecuencia e intensidad de miedo a engordar. Miedo a perder el control. Miedo a volverse loca. Disputas con madre sobre la comida. Evitación de comidas sociales

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

Referencias

1. Agras et al. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment in AN. *International Journal of Eating Disorders*, 2004; 35: 509-521.
2. Saldaña, C. Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 2001; 13: 381-392.
3. Fairburn, C.G. Evidence-based treatment of AN. *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 37: 526-530.
4. Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 2010; 15: 63-73.
5. Vandereycken W., Castro, J., Vanderlinden, J. Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
6. Mehler, P.S., Andersen, A.E. Eating disorders: A guide to medical care and complications. Baltimore: John Hopkins University Press; 1999
7. Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Ostensen, E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998 . *Eat and Weight Disorders*, 2000; 5: 52-61.
8. Borda-Más, M., Torres-Pérez, I., y Del Río-Sánchez, C. Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2008; 8: 65-75.
9. Braun, D.L., Sunday, S.R., Halmi, K.A. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 1994; 24: 859-867.
10. Echeburúa, E, y Marañón, I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 2001; 9: 513-525.
11. Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., Sacks, N.R. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1992; 53: 147-152.
12. Martín-Murcia, F, Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M., López, M. Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology*, 2008; 16: 187-203.
13. Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., Rosenvinge, J. Two-Year Prospective Study of personality disorders in adults with longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 37: 112-118.
14. Bell, L. Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa?. *Eat and Weight Disorders*, 2002; 7: 168-181.
15. Hayes, S.C. Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. En Hayes, S.C., Follette, V.M., Linehan, M.M. (Eds). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press; 2004.
16. Pérez Álvarez, M. La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 2006; 5: 159-172.
17. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press; 1999.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN APLICADOS AL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RESISTENTES

18. Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1994; 4: 175-201.
19. Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. Psicoterapia Analítico-Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Málaga: Universidad de Málaga; 2007 (orig.: 2001).
20. Linehan, M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós; 2003.
21. Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
22. Luciano M. C. y Hayes, S. C. Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001; 1: 109-157.
23. Heffner, M., Eifert, G.H. *The Anorexia Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications; 2004.
24. Wilson, K.G., Roberts, M. Core principles in acceptance and commitment therapy: an application to Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002; 9: 237-243.
25. Ferro, R., Valero, L., López, M.A. La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 2009; 30: 255-264.
26. López, M.A., Ferro, R., Valero, L. Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítico Funcional. *Psicothema*, 2010; 21: 92-98.
27. Heffner, M., Sperry, J.A., Eifert, G.H, Detweiler, M. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002; 9: 232-236.
28. Martín-Murcia, Cangas and Pardo (2011). A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies, *Clinical Case Studies*, 2011;10(3): 198-209. DOI: 10.1177/1534650111400899.
29. Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005; 5(2): 37-67.