



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Departamento de Psicología

**Análisis de las variables
terapéuticas de cambio en pacientes
con anorexia nerviosa y trastornos
de personalidad**

Francisco Manuel Martín Murcia

**Director:
Dr. Adolfo Javier Cangas Díaz**



**Tesis
Doctoral
2015**

TESIS DOCTORAL

**Análisis de las variables
terapéuticas de cambio en pacientes
con anorexia nerviosa y trastornos
de personalidad**

Francisco Manuel Martín Murcia

Director:

Dr. Adolfo Javier Cangas Díaz

***A mis padres Ana y Victoriano que
con su esfuerzo y sentido común forjaron
mi carácter a golpe de afecto y valores.***

***A mis hijos Carlos y Carmen,
que recibieron ese legado.***

Agradecimientos

Esta es la única parte de este escrito que no ha requerido demasiados contratiempos intelectuales. Probablemente porque ya estaba ideada incluso antes de que tomara su camino la investigación presente.

No estarán todos los nombres porque a buen seguro que no les importa demasiado figurar a los que realmente les importo. No obstante comenzaré agradeciendo a los damnificados por mi trabajo; vaya mi familia de entrada y mis amados amigos de salida. Ellos han soportado estoicamente mis costosas ausencias elegidas.

Los verdaderos responsables de este cúmulo de ideas y desasosiegos son mis pacientes, que han aguantado mis incontables errores y algunos aciertos. Han sido varias decenas de miles de horas con ellos. El viaje de muchas vidas que me han permitido el privilegio de compartir. Sea mi enorme agradecimiento para ellos.

El motor esencial de este trabajo ha sido mi director de tesis, Adolfo, al que le he sustraído su tiempo y sus interesantes ideas, así como la paciencia para lidiar con un hombre demasiado ocupado como para darle el afecto que le profeso. A su familia por enseñarme su tierra con tanto amor. Gracias de todo corazón.

A mis compañeros de oficio por su coraje para seguir apostando por esa mezcla mágica de arte y ciencia con perseverancia y aceptación del dolor que a veces trae la vida.

A Eva y Ana, mis hermanas de sangre y a TRIP, mis hermanos del Rock.

Y a Carmen, porque no entendería la vida sin ella y cuyo apoyo jamás compensaré.

Tal es la naturaleza del amor.

Almería/Barcelona, 2015

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA	13
Imagen y Sociedad	15
Trastornos alimentarios	17
Modelos explicativos clásicos	33
Tratamientos psicológicos y dificultades clínicas	39
Cuestiones críticas	59
Modelo psicopatológico funcional-contextual	75
Terapias de tercera generación	91
Terapia de Aceptación y Compromiso	95
Psicoterapia Analítica Funcional	101
Principios básicos de Terapias de Tercera Generación en TCA	109
Justificación de la línea de investigación	119
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	123
Objetivos específicos	126
3. COMPENDIO DE PUBLICACIONES	129
I) Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. <i>Psicología Conductual/Behavioral Psychology</i> , 16, 189-205.	131
II) Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. <i>Psicothema</i> , 21, 33-38.	149
III) Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E. y Martínez, M., (2010). Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. <i>Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente</i> , 15, 63-73.	155
IV) Martín-Murcia F. (2010). Intervención en anorexia nerviosa, En A.J Cangas, L.A Maldonado y M. López (Eds). <i>Nuevas perspectivas en el tratamiento del Trastorno Mental Grave (pp. 209-235)</i> , Granada: Alborán.	167

V)	Martín-Murcia, F.M. (2009). Personality disorders and modern culture. <i>Psychology, Society & Education</i> , 1, 39-49.	197
VI)	Martín-Murcia, F. y Ferro, G. (2015). Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación, <i>Psychology, Society & Education</i> , 7, 97-106.	209
VII)	Martín-Murcia, F., Cangas, A.J. y Pardo, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third generation behavior therapies, <i>Clinical Case Studies</i> , 10, 198-209.	219
VIII)	Martín-Murcia, F. (en revisión). Integrating Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy in three cases of eating disorder.	231
IX)	Martín-Murcia, F. y Ferro, R. (en revisión). Building the Self. A contextual approach.	267
4.	DISCUSIÓN y CONCLUSIONES	283
5.	REFERENCIAS	295
6.	CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS	315
	Actividad docente y comunicaciones científicas	316
	Otras publicaciones científicas	319
	Citas recibidas	320
7.	ANEXO	325
	Resúmenes de publicaciones	

PRESENTACIÓN

La memoria de Tesis Doctoral que se presenta a continuación se acoge a la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones, regulada por la normativa de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Universidad de Almería de fecha 15/03/2013.

Tanto los artículos como los capítulos de libro que comprenden esta memoria se engloban en la línea de investigación acerca de los procesos de cambio psicológico, tanto en los contextos clínicos como sociales. La muestra clínica escogida como soporte teórico y empírico han sido personas con trastornos del comportamiento alimentario. La elección vino dada por la oportunidad que da su estudio y tratamiento, habida cuenta de la especial complejidad de estas situaciones clínicas, con una elevada prevalencia asociada de trastornos de la personalidad (I), una clara influencia de factores familiares y sociales (II), así como ocasión para observar los cambios personales y vitales de forma longitudinal incluso en aspectos que en principio han sido poco susceptibles a su modificación (III). La investigación de este tipo de comportamiento clínico permite enfrentarse a aspectos psicopatológicos complejos, tanto en el análisis como en el tratamiento. Por otra parte, dada la escasa bibliografía de tratamientos basados en la evidencia, se proponen alternativas de intervención enmarcadas en la nueva generación de terapias contextuales (IV).

Se hace especial énfasis en los aspectos interactivos de la persona y su medio social (V y VI) atendiendo de forma especial a la relación terapéutica y a la conducta clínica del psicólogo (VII y VIII). De igual forma, se discuten la

naturaleza de los llamados trastornos de personalidad y de los trastornos psicológicos en general, aportando una perspectiva de análisis de raigambre fenomenológico-contextual (VI y IX).

1. Introducción y justificación de la unidad temática

Imagen y sociedad

La inflación del culto a la imagen no es un fenómeno contemporáneo. Quizás sea una seña de identidad moderna la preponderancia de género femenino, pues en la Grecia clásica dicho culto sería patrimonial de los hombres siendo el gimnasio ateniense y la escultura antropocéntrica su expresión (Sennet, 1997). La función psicológica de dignificación, civilización y cultura del culto ateniense, ha dado paso a otros valores modernos como la seguridad en sí mismo, tener éxito social, sentirse eternamente joven o incluso evitar crecer (Sennet, 1997).

Tanto en Esparta como después en Roma, la función del culto al cuerpo estaría relacionada con la relevancia de adquirir fortaleza para hacer y ganar la guerra; ahora la guerra podría ser controlar la probabilidad de ser *alguien* especial y/o evitar la enorme responsabilidad de afrontar la vida y sus retos (Martín Murcia, 2009a). Además, a diferencia de las sociedades antiguas, el contexto en el que emergían conductas de control de la imagen se ha democratizado y extendido; la expansión transversal de los valores a través de los medios y tecnologías de la comunicación ha favorecido sin duda este hecho. La valoración del ayuno en los célebres casos de Anorexia Santa, desde Santa Liberata hasta Catalina de Siena (Toro, 1996), como patrón de conducta para alcanzar el perfeccionamiento moral y como estrategia de evitación de responsabilidades adultas, no difiere en realidad de las funciones más actuales en muchos de los casos de personas con anorexia nerviosa encontrados en la clínica. La búsqueda del perfeccionamiento ético y estético como base de la construcción de la identidad psicológica parece haberse actualizado (Stanghellini, 2005). Al fin y al cabo, es interesante observar como

el control del mundo y de sí mismo es una contingencia de refuerzo que podría llegar a dotar de significado a la existencia. Si se realiza a través del ayuno, se tendría además la propia experiencia analgésica prototípica de la caquexia como un desentendimiento o alejamiento del miedo a vivir, tan reforzante como fugaz. No es raro, pues, que en una sociedad extraordinariamente iconográfica a través de los medios audiovisuales, los trastornos de la imagen y de la alimentación tengan un lugar predominante, habida cuenta de la enorme presión social sobre el ideal de delgadez, de la fragmentación y colonización del Yo, de la modificación de la estructura familiar y de las dificultades para competir por el éxito en la vida (Martín Murcia, 2006). Al parecer la construcción de uno mismo nunca ha sido tan difícil. Tanto que se ha llegado a proponer dicha construcción como “una obra de arte” en el sentido del estilo ético y estético que cada persona da a su vida de acuerdo con sus circunstancias y valores sociales (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2004). Y probablemente una forma específica de construcción de la persona se daría en los Trastornos del comportamiento Alimentario (TCA), cuya fenomenología incluye graves disturbios en la autoimagen y respuestas excesivas a la presión de experimentar la relación con uno mismo y los demás. A continuación se describirán.

Trastornos del comportamiento alimentario

El cuadro clínico de la anorexia nerviosa (AN) fue descrito en la literatura médica por primera vez por Morton en 1689, siendo definido nosológicamente por Lasegue en 1873 y Gull un año después. Se consideró en principio como un síndrome de base histérica o como una forma sui generis de trastorno afectivo u obsesivo (Gull, 1874). Por su parte, Russell en 1979 describió y acuñó el término "bulimia nerviosa" (BN), siendo reconocido por la *American Psychiatric Association* (APA) en la tercera edición del manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, centrando los criterios en la presencia de episodios de ingesta voraz y las reacciones psíquicas inmediatas inducidas por tales conductas. La quinta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico para los trastornos mentales y del comportamiento (DSM-5), ha modificado el epígrafe de los Trastornos Alimentarios (*Eating Disorders*), denominándolo *Feeding and Eating Disorders* (APA, 2013). Se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y una categoría de trastornos no especificados de la conducta alimentaria. Es interesante resaltar que en esta 5ª edición se han enfatizado más los aspectos conductuales, dada la imprecisión diagnóstica que aportaban los criterios cognitivos como "experimentar rechazo" o "presencia de temor" y por tanto la dificultad para demostrar la "intencionalidad" o la presencia de "temor a ganar peso". Aún no siendo especialmente operacionalizables las conductas que presentan, se trata de un avance en la precisión de los casos (Behar y Arancibia, 2014).

Anorexia Nerviosa

Siguiendo la descripción del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), la característica clínica esencial en la AN es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal. El repertorio psicopatológico incluye pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal, manifestando miedo intenso a la obesidad, alteraciones perceptivas de su propio peso, tamaño o forma corporal, rechazo al consumo de alimentos, así como pérdida extrema de peso debido al uso de dietas hipocalóricas extremadamente restrictivas o al empleo de conductas purgativas -vómitos auto-inducidos, ejercicio físico muy intenso y/o abuso de laxantes-. Los pacientes suelen negar el peligro que comporta su comportamiento y rechazar en gran medida las iniciativas familiares y profesionales para modificarlo. La irreductibilidad de las evaluaciones sobredimensionadas de su peso o figura –a pesar de la emaciación evidente- ha hecho que algunos autores las describan fenomenológicamente como delirios en algunos casos extremos (Halmi, 1982). Se recordará que existe una elevada frecuencia de sobrepeso premórbido y quizás por ello, a pesar de conseguir mantener un peso bajo, el miedo a ganar peso o convertirse en obesos es tanto más intenso cuanto más peso pierden. Esta preocupación limita gravemente el resto de las áreas de su vida (p.ej. relaciones sociales y familiares, rendimiento académico, estado de salud biomédica y actividades de ocio). Una vez instauradas dichas conductas y el bajo peso, éstas se suelen mantener por refuerzo positivo (p.ej. tener la sensación de que se acercan a la imagen ideal, experimentar sentimientos de control y eficacia, ser objeto de

especial atención familiar) y negativo (p.ej. vomitar para evitar la culpa tras la ingesta, disminuir la ingesta para evitar malestar postprandial o la condición de “ser enferma” para evitar enfrentarse a retos de la vida). A pesar de la distinción nosológica entre la AN y la BN, lo cierto es que entenderlas como un continuum más que como “cuadros” distintos parece una postura cabal dados los entrecruzamientos evidenciados en los estudios evolutivos longitudinales (Behar y Arancibia, 2014). De hecho, existe un linaje común entre la AN compulsiva y la BN tanto en la topografía como en los estilos de personalidad, lo que ha puesto en entredicho la validez de la clasificación de los subtipos de AN (Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Brenner y Herzog, 2008).

Así, la cuestión del diagnóstico está relacionada con la evolución natural, puesto que un gran número de pacientes con AN tienden a desarrollar, en su evolución natural, conductas compatibles con el diagnóstico de BN con el paso del tiempo. De hecho los atracones suelen vivirse de forma secreta durante años. En cuanto estilo de personalidad, al parecer los pacientes con topografía bulímica suelen mostrarse más extrovertidos, impulsivos, toleran mal el aburrimiento y las rutinas y suelen experimentar relaciones extremas y tempestuosas (en ocasiones con alta desinhibición sexual), existiendo gran incidencia de conductas adictivas (tóxicos, cleptomanía) y para-suicidas.

En la tabla 1, se muestran los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la quinta edición del DSM de la APA (2013).

Tabla 1.
Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (DSM-5)

-
- A.** Restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física.
- B.** Intenso temor a ganar peso o a convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.
- C.** Alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la autoevaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual peso.
- D.** Se elimina el criterio de presencia de amenorrea.
- Subtipo Restrictivo: Durante el episodio de A.N, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas en los últimos tres meses (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Subtipo Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de A.N, la persona recurre regularmente a atracones o purgas en los últimos tres meses (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
-

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²
Grave: IMC 15–15,99 kg/m²
Extremo: IMC < 15 kg/m²

Siguiendo a la CIE 10:

La AN es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños pre-púberes o mujeres maduras hasta la menopausia.

La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.

b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos

que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

En la tabla 2 se describe los criterios diagnósticos según la CIE 10 (1992).

Tabla 2.
Criterios diagnósticos para la AN (CIE 10)

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

A) Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
- 2) vómitos autoprovocados
- 3) purgas intestinales autoprovocadas
- 4) ejercicio excesivo
- 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Excluye:

Anorexia, falta de apetito (R63.0).

Anorexia psicógena (F50.8).

Bulimia Nerviosa

Las principales características conductuales del trastorno consisten en la presencia de atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Al igual que en el trastorno anterior, la autoevaluación de estos individuos está excesivamente influida por el peso y la forma corporales. El tiempo de duración de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas necesario para hacer el diagnóstico es de 3 meses, con una frecuencia semanal de al menos dos veces. No se realizará este diagnóstico si estos patrones aparecen únicamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Según Fairburn y Cooper (1984), las tres características esenciales del cuadro son la sensación de pérdida subjetiva del control sobre la ingesta (incluyendo los atracones), la presencia de una serie de comportamientos destinados al control del peso corporal y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales. Como sería esperable, generalmente durante los atracones se consumen alimentos altamente calóricos (precisamente aquellos prohibidos durante los períodos de dieta), aunque como se ha dicho la característica definitoria de los atracones es la cantidad de alimento ingerido y no la preferencia por determinado tipo de alimentos. Los atracones suelen ser conductas privadas, cuando no deliberadamente ocultas dada la intensa sensación de vergüenza y culpabilidad que generan. Suelen ser desencadenados por situaciones interpersonales estresantes, por la intensa sensación de hambre provocada por una dieta excesivamente severa o por la disforia relacionada con el peso, la silueta y los alimentos.

Muy a menudo la consumición de alimentos bajo estas circunstancias produce poca o nula satisfacción dado que en ocasiones se experimentan de forma *disociativa*. El atracón suele terminar por el dolor abdominal, llenado gástrico y/o la aparición de sentimientos inaceptables de culpabilidad y auto-rechazo. Entre las conductas compensatorias inadecuadas la más frecuente es la provocación del vómito, cuya función es eliminar la sensación de culpabilidad, falta de control y el miedo a engordar. En otros casos los pacientes acuden al uso de laxantes, diuréticos, enemas y a la práctica de ejercicio físico excesivo. Excepcionalmente pueden tomar hormonas tiroideas para evitar ganar peso.

A continuación se describen los criterios diagnósticos según la quinta edición del DSM (APA, 2013) y la CIE 10. Como se verá, en el DSM-5 se han eliminado los subtipos (purgativo y no purgativo). Respecto a la CIE 10, se recordará que deben estar presentes todas las alteraciones definidas dado que son pautas diagnósticas estrictas.

Tabla 3.
Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa (DSM-5)

-
- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que está ingiriendo).
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D.** Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
-

Leve: Un promedio de 1–3 episodios *
Moderado: Un promedio de 4–7 episodios
Grave: Un promedio de 8–13 episodios
Extremo: Un promedio de 14 episodios
(* episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana)

Tabla 4.
Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa (CIE 10)

-
- A)** Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B)** El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C)** La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.
-

Incluye:
Bulimia sin especificar.
Hiperorexia nerviosa.

Normalmente las personas con patrones de conducta bulímica presentan un peso dentro de los límites de lo que se considera normal. Entre los atracones, suelen reducir la ingesta calórica escogiendo alimentos de bajo contenido calórico y evitando los de alto contenido o los que pueden desencadenar un atracón. Con frecuencia presentan síntomas depresivos y de ansiedad. Otros problemas habituales se refieren a las conductas adictivas y al control de impulsos. Es también frecuente el consumo de sustancias estimulantes, iniciado con el fin de intentar controlar el apetito y el peso. Alrededor de un tercio de los individuos con bulimia nerviosa cumplen con criterios diagnósticos para trastornos de personalidad (con mayor frecuencia límite e histriónicos).

En las mujeres que padecen este trastorno no es infrecuente la aparición a largo plazo de irregularidades del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea). Los patrones de alimentación alterados, vómitos y el uso de laxantes provocan graves complicaciones físicas, como deplección de los niveles de pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida (debido al desequilibrio electrolítico), hipocalcemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, crisis tetánicas, parestesia periférica y crisis lépticas. Asimismo, el uso prolongado de laxantes provoca problemas de estreñimiento. Se ha descrito la callosidad en el dorso de la mano producida por el roce constante de los dientes en la provocación del vómito como "signo de Russell". Los vómitos pueden también erosionar el esmalte dental y provocar caries, especialmente si son frecuentes y el hábito se prolonga en el tiempo.

La literatura describe como factores de mal pronóstico la elevada

intensidad y frecuencia de conductas de sobre-ingesta, presencia de impulsividad, uso y abuso de sustancias, mayor presencia de conductas auto-lesivas e historia de alcoholismo en la familia (Treasure y Russell, 2011). El trastorno suele iniciarse generalmente al final de la adolescencia o el inicio de la vida adulta y los atracones suelen comenzar tras un período de régimen o dieta. La edad de inicio suele oscilar entre los 18 y 25 años. Dada la privacidad de las conductas bulímicas, el problema alimentario puede permanecer durante años sin tratamiento. El curso es crónico en la mayoría de los casos, si bien la proporción de mortalidad es muy escasa.

Trastorno por Atracón

El patrón de sobre-ingesta compulsiva que estaba en estudio en el DSM IV-TR ha sido incorporado como trastorno *per se* en la nueva edición. La tabla 6 ofrece los criterios diagnósticos según DSM-5.

Tabla 6.
Trastorno por Atracón

-
- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B.** Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C.** Malestar intenso respecto a los atracones.
- D.** Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E.** El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia.

Leve: 1–3 atracones a la semana.
Moderado: 4–7 atracones a la semana.
Grave: 8–13 atracones a la semana.
Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de Alimentos

Este nuevo diagnóstico que aparece en el DSM-5 (APA, 2013) difiere de la AN y BN esencialmente en la nula relevancia de la imagen corporal en las personas que lo presentan. Se observa prevalentemente en niños. En la tabla 7 se pueden observar los criterios diagnósticos para este trastorno según el DSM-5.

Tabla 7.

Criterios diagnósticos Trastorno de Evitación/Restricción de Alimentos

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o a bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado

En la clasificación propuesta por el DSM-5, se han incorporado nuevas topografías de cuadros con la finalidad de proveer una mayor capacidad diagnóstica dado el “pobre” reflejo de la realidad clínica evidenciada tanto en el DSM IV-TR como en la CIE 10 (Fairburn y Cooper, 2011). La tabla 8 ofrece la clasificación propuesta en la quinta edición del DSM acerca de los trastornos del comportamiento alimentario no especificados. Algunos autores afirman que la aplicación del DSM-5 ha permitido reasignar categorialmente el diagnóstico de la mayoría de los TCA, lo que implicaría una mayor utilidad clínica (Behar y Arancibia, 2014). En realidad, lo que sí parece es que los diagnósticos principales se nutren de mayor casuística y la categoría EDNOS que era un gran cajón de sastre (con una prevalencia de hasta el 60% de casos de TCA), ahora tiene al menos la apariencia de un grupo más diferenciado y a la par homogéneo (al menos topográficamente).

Tabla 8.
Otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado

-
- Anorexia Nerviosa atípica: aún con significativa pérdida de peso, este se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad.
 - Bulimia Nerviosa sub-umbral (de baja frecuencia o limitada duración): presencia de episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a las semana y/o tres meses.
 - Trastorno por atracón (*Binge Eating Disorder*) sub-umbral: episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a las semana y /o tres meses.
 - Trastorno purgativo: conductas purgativas recurrentes para influir en el peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes) sin presencia de atracones. El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso o hay un intenso temor a ganar peso o llegar a estar obeso.
 - Síndrome de ingesta nocturna (*Night Eating Syndrome*): episodios recurrentes de ingesta nocturna, en forma de ingesta tras despertarse por la noche o excesivo consumo de alimentos tras la cena. Hay conciencia y recuerdo de la ingesta y no está explicado mejor por alteraciones del sueño o por normas sociales.
-

Las tablas 9 a 11 ofrecen criterios diagnósticos para otros trastornos alimentarios.

Tabla 9.

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Tabla. 10

Pica

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es **307.52** y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son **(F98.3)** en niños y **(F50.8)** en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Tabla 11.
Trastorno de rumiación

-
- A.** Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B.** La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C.** El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D.** Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.
-

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Sería de esperar que tal esfuerzo en la clasificación diagnóstica pudiera aportar mayor comprensión sobre la etiología y etiopatogenia de los trastornos referidos. En esta línea, convendría destacar la actual crisis de la nosología categorial, que ha empezado perder pregnancia por sugerencia de asociaciones psiquiátricas profesionales e instituciones de salud mental (Allen, 2013). No obstante cabe reconocer que, a pesar del beneficio descriptivo de tal empresa –esencialmente de cara a poder recibir tratamiento en las instituciones y como se ha dicho, a fotografiar con más precisión la realidad clínica-, no parece que exista consenso sobre como se gestan los problemas psicológicos y porqué (Pérez-Álvarez, 2013).

Modelos explicativos clásicos

Modelos dinámicos

Como se sabe, los modelos psicoanalíticos ortodoxos entienden la anorexia nerviosa como una reacción neurótica de conversión de un conflicto intra-psíquico. Dentro de las concepciones neo-psicodinámicas, Hilde Bruch (1973) y Selvini-Palazzoli (1963) son referencias clásicas. Para estas autoras, las situaciones de origen estarían en las interacciones entre la madre y el hijo en los contextos de alimentación, reconociendo las características psicóticas o cuasi-delirantes presentes en la anorexia nerviosa. Bruch relacionó la evolución del trastorno con las etapas del desarrollo cognitivo descrito por Piaget, esencialmente con los procesos de asimilación y acomodación para explicar el hallazgo habitual de una forma de pensamiento concreto que observaba en estos pacientes, destacando la presencia de un defecto o error en la interpretación de los signos corporales (p.ej. la necesidad nutricional) (Bruch, 1973). Por otra parte, es destacable la descripción del sentimiento de ineficacia personal descrito por esta autora que sería un déficit en el sentido del Self debido a la creación de un vínculo patológico en la relación madre-hija (esencialmente se trataría de una madre percibida como controladora e intrusiva). Esta experiencia psicológica de actuación solo en respuestas a las demandas externas (cuya existencia elicitaría el contra-control en forma de oposición), estaría en la base del patrón anoréxico; así, la AN representaría una maniobra defensiva que protegería al individuo frente a esa ineficacia percibida (Behar, 2011). Una de las consecuencias, según Bruch, de la

interacción diádica madre-hija sería la dificultad para identificar la experiencia emocional interna (privada) debido a la invasión e invalidación -lo que recordaría a las conclusiones de Linehan (2003) acerca de la relación familiar invalidante en los casos de trastorno límite de personalidad-.

Selvini-Palazzoli por su parte aborda en su primera obra la patología anoréxica partiendo del análisis de las relaciones primarias madre-hijo (Selvini-Palazzoli, 1963). Realizó importantes observaciones de la interacción diádica, haciéndolas extensivas a todo el grupo familiar hasta que finalmente se convirtió en la máxima exponente de la Escuela de Milán, cuyos planteamientos desde el punto de vista sistémico se describen a continuación.

Modelos sistémicos

Selvini-Palazzoli describe las características a su juicio predominantes en la interacción familiar en los casos de anorexia nerviosa, vinculando la aparición del trastorno con ciertas características de las relaciones dentro del grupo familiar y del contexto significativo del paciente.

En esta línea, el grupo de Filadelfia, representado por Minuchin (Minuchin, 1979; Minuchin y Fishman, 1984) define la anorexia como un trastorno psicossomático más que surge en entornos familiares con unas determinadas características en las que los conflictos se expresan a través del cuerpo. Entre estas características se encuentran las relaciones familiares definidas por una proximidad extrema entre los individuos y límites mal definidos entre ellos, la sobreprotección hacia los hijos, la no aceptación de los

cambios evolutivos, la dificultad familiar en la resolución de conflictos y la implicación de los hijos en los conflictos conyugales como factor clave del desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Modelo de restricción y activación emocional

Este modelo parte de la hipótesis sobre la importancia de los factores emocionales como desencadenantes de la ingesta. En 1980, Herman y Polivy presentaron la *teoría de la restricción*. Según estos autores, la restricción se define como la intención del individuo de restringir voluntariamente su ingesta con el objetivo de conseguir mantener el peso que desea y se plantea como un continuo en el cual, los sujetos situados en el extremo restrictivo (continuamente comprometidos con el control del peso), responderían a la presencia de los “desinhibidores del comer restrictivo” (estados emocionales negativos, presencia de comida, etc.) “contra-regulando”, es decir, comiendo de manera descontrolada (Herman y Polivy, 1980). Esta teoría ha obtenido evidencia empírica, en el sentido de haberse comprobado que la dieta o restricción provoca episodios de voracidad, por ejemplo, la mayoría de las veces el comienzo de la bulimia nerviosa coincide con un período de restricción alimentaria, siendo ocho veces más probable durante el seguimiento de una dieta.

Modelos biológicos

La particularidad de este tipo de trastornos, en los que los comportamientos (tanto restrictivos como de sobre-ingesta) tienen graves consecuencias biológicas y médicas, ha desarrollado un elevado número de estudios sobre las bases fisiológicas de dicho trastorno. Tras el clásico estudio

de Minnessota, en el que voluntarios sanos tras un período de restricción desarrollaron alteraciones cognitivas y conductuales sobre la alimentación, trastornos del humor y sintomatología obsesivo-compulsiva, se han publicado estudios sobre el polimorfismo 5-HT 2A apuntando hacia la hipótesis del compromiso serotoninérgico (Toro, 1999). Por otra parte, la evidencia de la existencia de una significativa prevalencia de antecedentes familiares, en la que la probabilidad de desarrollar AN es cinco veces superior a los controles, sugiere para algunos autores la relevancia de condiciones genéticas predisponentes (Treasure y Holland, 1995). Los estudios de concordancia gemelar parecen discriminar la influencia monocigótica, aunque es necesario apuntar las habituales dificultades metodológicas que este tipo de diseños presentan.

A pesar de los conocimientos sobre la neurobiología de la conducta alimentaria y sobre los sistemas de neurotransmisión implicados, los modelos etiopatogénicos no se han desarrollado de forma satisfactoria hasta la fecha. Esto podría hacerse extensivo a otras patologías psicológicas, donde el modelo centrado en la enfermedad como desajuste en ciertos sistemas bioquímicos cerebrales no acaba de convertirse en una evidencia; lo único evidente es que hay muchas razones, no necesariamente clínicas, para seguir manteniendo dichas hipótesis (Moncrieff, 2013). Lo que parece claro es que la condición restrictiva genera consecuencias importantes en la alteración de los sistemas de neurotransmisión noradrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico, endorfinicos y en la bioquímica general (Treasure y Campbell, 1994). Aunque no debiera obviarse que el estrés psicológico también podría ser responsable

en parte de estos cambios. Sea como fuere, podría concluirse que dichas consecuencias podrían ser consideradas como variables de mantenimiento (Toro, 1999).

Modelo multidimensional

En relación al análisis causal, la perspectiva más extendida en la comunidad científica es de tipo multidimensional que parte de un enfoque biopsicosocial. Así, en la sistematización propuesta por Garfinkel y Garner (1982), la anorexia nerviosa sería el producto de la interacción de una serie de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes (Tabla 12).

Tabla 12. Modelo descriptivo multidimensional de la AN (Adaptado de Toro y Vilardell, 1987)

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES MANTENIMIENTO
<i>Factores genéticos</i> <i>Edad (13-20 años)</i> <i>Sexo femenino</i>	<i>Dieta</i> <i>Cambios corporales adolescentes</i> <i>Problemas familiares</i> <i>Experiencias sexuales aversivas</i> <i>Aumento de peso</i> <i>Críticas acerca del cuerpo</i> <i>Enfermedad adelgazante</i> <i>Actividad física elevada</i> <i>Acontecimientos vitales</i>	<i>Feedback fisiológico por inanición</i> <i>Deterioro de las relaciones familiares</i> <i>Aislamiento social</i> <i>Cogniciones "anoréxicas"</i> <i>Actividad física excesiva</i> <i>latrogenia</i>

Tratamientos y dificultades clínicas

Como se ha visto, parece que dadas tantas razones en el contexto social actual para no comer y pretender tener el control de la imagen, no es de extrañar que los trastornos de la alimentación se hayan convertido en un claro fenómeno clínico de dimensiones relevantes; el aumento de su incidencia ha pasado en una década de 0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la anorexia nerviosa (AN) y de 6 a 9,9 casos para la bulimia nerviosa (BN), aceptándose un incremento en la prevalencia de dos a cinco veces en las últimas tres décadas con un porcentaje de 0,5-2,2% en la AN, de 1-3% en BN y de aproximadamente 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005; Portela, Ribeiro, Mora y Raich, 2012).

Sin embargo, tal relevancia no parece haber ido de la mano de una clara mejora en los tratamientos psicológicos implementados (Agras *et al.*, 2004; Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011; Löwe, Zipfel, Bucholz, Dupont, Reas y Herzog, 2001; Saldaña, 2001).

Para introducir la cuestión de los tratamientos en los TCA, convendría señalar que una de las particularidades que presenta el abordaje psicológico de este tipo de pacientes es que en fases de compromiso biomédico requiere la intervención multi-profesional, siendo esencial la evaluación completa de los aspectos fisiológicos, médicos y antropométricos por parte de un especialista. Algunos autores sostienen que este es un aspecto a atender en el inicio del contacto con el paciente y previo a cualquier intervención psicológica (Mehler

y Andersen, 1999). Los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) bajo o muy bajo y aquellos que presentan una conducta purgativa grave deben ser controlados por personal médico, dado el elevado riesgo que entrañan.

Toro y Vilardell (1987) destacan cuatro criterios que sugerirían el ingreso hospitalario: biomédicos (pérdida de peso igual o superior al 25% del peso esperado según la edad y talla, presencia de irregularidades electrolíticas, alteraciones en los “signos vitales”, enfermedades secundarias o no a la AN, pero que puedan agravarse con la concurrencia de cuadros), familiares (relaciones familiares con elevada frecuencia de conflictividad), psicológicos (presencia de deterioro psicopatológico relevante) y, por último, fracaso reiterado en el tratamiento ambulatorio.

Se acepta que el tratamiento ambulatorio puede ser más eficaz en adolescentes que presenten un inicio reciente del trastorno (Treasure y Russell, 2011), que no manifiesten comportamiento compulsivo o purgativo y que tengan un entorno familiar comprometidos con el proceso de terapia y dispuestos a cooperar y participar en el tratamiento. Existen los denominados dispositivos intermedios (Hospital de día), cuyo programa de intervención incorpora terapias de grupo, ocupacionales, talleres y soporte terapéutico individual, permitiendo al paciente realizar las comidas en el centro y tener un horario externo.

A continuación se repasarán sintéticamente las alternativas de enfoques clásicos de tratamiento para los TCA.

Tratamientos psicofarmacológicos en AN

Introducir un epígrafe sobre los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos mentales y del comportamiento es necesario y pertinente, aunque sea porque en la práctica clínica una gran mayoría de personas con problemas psicológicos lo tienen prescrito. No es el lugar para profundizar sobre el uso y las razones terapéuticas que subyacen a estas herramientas, pero quepa apuntar que, a pesar de ser una práctica extendida entre clínicos y pacientes que los demandan, la pretendida evidencia empírica que los soporta es más bien pobre (Montcrieff, 2013). Otra cosa es que puedan aprovecharse los efectos inespecíficos como la “desactivación” generada por el uso de neurolépticos (Breggin, 1993) o los efectos ansiolíticos de los fármacos antidepresivos (Breggin, 2008).

No obstante, en el caso de la Anorexia Nerviosa, parece haber acuerdo en su ineficacia para el núcleo psicopatológico de la AN y se desaconseja en la fase de ganancia de peso, aunque algunos clínicos lo implementen para otros síntomas o trastornos comórbiles como la depresión o el funcionamiento obsesivo-compulsivo (Saldaña, 2001; APA, 2001; Fernández y Turón, 2002) y pueda considerarse su utilidad en la fase de prevención de recaídas (APA, 2001). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se suelen utilizar tanto por su pretendido efecto antidepresivo como por su supuesta acción en las rumiaciones obsesivas. En ocasiones, se han utilizado neurolépticos, por ejemplo la clorpromazina o risperidona, con el objetivo de eliminar –entre otras cosas- las percepciones delirantes respecto al peso y a la

imagen corporal, aprovechando por otra parte el efecto orexígeno y de incremento de peso (consecuencia que si está evidenciada).

Tratamientos psicológicos en AN

Respecto a los tratamientos psicológicos, la bibliografía actual desestima –en menor o mayor medida- las intervenciones ortodoxas provenientes del psicoanálisis, del enfoque sistémico o del modelo de 12 pasos (utilizados en adicciones) fundamentalmente por la ausencia de estudios de eficacia controlados. No obstante, existen algunos estudios controlados (RCT) que muestran la eficacia de la terapia psicodinámica focal comparada con la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el tratamiento habitual (Zipfel *et al.*, 2014).

Terapia Cognitivo-Conductual en AN

Respecto a los focos de intervención en la AN, la Guía de Tratamiento para los TCA de la American Psychiatric Association (2001) destaca los siguientes:

- 1) restablecer peso saludable (normalización hormonal)
- 2) tratar complicaciones médicas
- 3) incrementar la motivación y colaboración terapéutica
- 4) suministrar formación sobre nutrición y conducta alimentaria
- 5) corregir ideas, actitudes y sentimientos disfuncionales del TCA
- 6) tratar alteraciones psiquiátricas asociadas
- 7) proporcionar apoyo y/o terapia familiar
- 8) prevención de recaídas.

En el actual abordaje de la AN se podrían distinguir entonces dos focos terapéuticos generales; por un lado el programa de rehabilitación saludables y por otro la implementación de estrategias relacionadas con el resto de problemas existentes en cada caso (que suelen ser frecuentes y ubicuos). La terapia conductual de reforzamiento contingente a la conducta alimentaria y/o al aumento de peso es la principal herramienta utilizada (fundamentalmente en entornos hospitalarios). Como se sabe, dichos procedimientos operantes consisten en la privación de ciertos privilegios -por ejemplo poder vestirse, recibir visitas, ver la televisión, leer, estudiar- para que el paciente pueda ir progresivamente obteniendo reforzadores de forma contingente a la consecución de los objetivos de ganancia de peso y de pautas de alimentación acordados. Se utilizan programas de economía de fichas para mediar entre los objetivos alcanzados y la obtención de reforzadores.

A pesar de que las intervenciones de modificación de conducta destinadas a la ganancia de peso parece que son 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”, aunque la adherencia a las reglas en ocasiones solo tiene la función de escapar cuanto antes de la hospitalización o del control familiar. En numerosos casos los pacientes aprenden de otros pacientes “trucos” para adelgazar, simular un peso mayor e incluso métodos compensatorios (vómitos o laxantes), con lo cuál 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 quizás por el uso de reforzadores arbitrarios. De igual forma, se recomienda que se minimice la postura coercitiva en la implementación de dichas estrategias habida cuenta de la resistencia que presentan dichos pacientes (APA, 2001) y la posibilidad de generación de una engañosa aquiescencia con el tratamiento cuya función, como se ha dicho, es salir pronto de la hospitalización y retomar cuanto antes su conducta restrictiva.

Dado el patognómico componente fóbico del trastorno (elevada ansiedad ante la posibilidad de ganar peso), se han aplicado programas de desensibilización sistemática para intentar eliminar tales respuestas. La exposición a la imagen corporal parece reducir el nivel de insatisfacción, ansiedad hacia el cuerpo y conductas evitativas. Aunque todavía no existen estudios controlados, distintos clínicos sugieren que ampliar el entrenamiento en exposición desde una marco basado en el mindfulness podría producir mejoras y generalización del afrontamiento de estados emocionales negativos (Wilson, 2004). Para la reducción del comportamiento impulsivo como los atracones y vómitos (en el subtipo anorexia compulsivo-purgativa) se suelen aplicar técnicas de exposición con prevención de respuesta, control de estímulos y procedimientos de demora (disminuir la impulsividad-velocidad del atracón) así como cambio de conductas auxiliares (comer sentada, colocar los alimentos del atracón en un plato, etc.). Se cuestiona su éxito a medio-largo plazo, aunque su uso es imprescindible en casos de gran infrapeso y/o comportamiento purgativo grave. De hecho parece que la recuperación pondo-estatural puede tener como consecuencia una interesante mejora en la clínica

afectiva y obsesiva, así como un re-establecimiento de las capacidades cognitivas y volitivas necesarias para el establecimiento de intervenciones psicosociales (APA, 2001).

Respecto a la intervención sobre el contenido cognitivo distorsionado que presentan los pacientes con AN, se ha utilizado ampliamente la terapia cognitivo-conductual (TCC) desde que fuera descrita y prescrita para la depresión. El manual de Fernández y Turón (2002) muestra un protocolo de dicho abordaje incluyendo intervenciones grupales. Los objetivos esenciales serían la recuperación de peso y la instauración de hábitos alimentarios adecuados como cuestión de principio y el trabajo de discusión y reestructuración cognitiva para eliminar o reducir los pensamientos irracionales o distorsionados así como los estados de ánimo negativos que se suponen como causa del patrón conductual patológico. El protocolo tendría las siguientes etapas (Fernández y Turón, 2002):

1. Sesiones probatorias
2. Sesiones terapéuticas:
 - a) Objetivación de peso y de alimentación a través de autoregistros
 - b) Pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso
 - c) Pautas básicas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno (p.ej. no realizar menús especiales ni reforzar conductas anorexígenas)
 - d) Introducción al modelo cognitivo
 - e) Objetivación y re-estructuración cognitiva relacionada con la AN
 - f) Resolución de problemas
 - g) Prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo
 - h) Sesiones de control

Respecto al grueso del trabajo psicológico desde esta perspectiva (reestructuración cognitiva de pensamientos disfuncionales relacionados con la imagen, comida o peso) se ofrecen algunos ejemplos de tales pensamientos en la tabla 13.

Tabla 13.
Reportes verbales de pacientes con AN

“Si como algo extra perderé el control y me inflaré”.

“Antes comía dulces y estaba gorda; ahora no puedo permitirme ni un poco”.

“Todo el mundo se fija en mi peso y ven que ha aumentado”.

“Noto como la grasa se acumula en mis nalgas”.

“Cada vez que como, mi estómago se hincha como un globo”.

“Sólo puedo controlar la alimentación si soy capaz de no comer o comer lo menos posible”.

“Si como algo que me guste, tengo más probabilidades de descontrolarme”.

“Si no sé exactamente que tengo que comer, mejor no hacerlo”.

“Si no he programado por la mañana mi dieta, mejor no arriesgarme y no comer nada”.

“Nunca tengo hambre”.

“Puesto que he comprobado que si como normal acabo engordando, la única solución es no comer”.

“Puesto que no pierdo más y más peso, a pesar de comer poquísimo, cualquier cosa que ingiera me hará engordar”.

“Como he ganado 1 kilo en una semana, debo dejar de comer o engordaré 30 kilos”.

“Si comes a gusto, engordas”.

“Si tomo la fruta antes de la comida, absorberé menos calorías”.

“Debo mantener mi dieta restrictiva, porque mi metabolismo es tal que si tomo algún alimento prohibido, engordo seguro”.

“La actividad física quema calorías, así que he de hacer ejercicio inmediatamente después de comer para adelgazar o mantenerme delgada”.

“Con una alimentación normal no conseguiré controlarme jamás”.

“Sólo delgada puedo ser persona y o estoy delgada o no me importa vivir”.”.

“Me noto nerviosa, así que es mejor no comer nada porque podría tener un atracón”.

“Cuando la gente me mira, creo que están dándose cuenta de lo gorda que estoy”.

Aún siendo evidente que la TCC es probablemente el enfoque que mayor eficacia comprobada tiene para un amplio abanico de trastornos psicológicos incluidos los TCA (Karbasi, 2010; Wilson, 2004), existen ciertas cuestiones que dificultan la elaboración de un trabajo de reestructuración cognitiva –por lo menos en casos resistentes- dado que el debate sobre la irracionalidad o distorsión de las creencias o ideas en ocasiones se complica puesto que forman parte del lógico reporte verbal de personas preocupadas con el peso y forman parte del “ambiente de la época”. Es esperable que la restricción de alimentos en un contexto de dieta elicitte comportamientos de escape (p.ej. empezar a comer alimentos “restringidos” y no poder parar, con los subsecuentes remordimientos y planes de controlar más y mejor mañana). Es también esperable experimentar una sensación de éxito cuando “se han dejado” de comer alimentos calóricos y el inevitable miedo subsiguiente a probarlos de nuevo y tener la probabilidad de revivir y recordar el enorme malestar experimentado cuando se tenía sobrepeso. Por otro lado, es relativamente fácil tener pensamientos auto-referenciales cuando la mayor parte de las personas con la que el paciente está vinculado están continuamente mirando su peso, vigilantes de si el pantalón está más holgado o los pómulos más marcados. Y por último, se observa que la pérdida de grasa corporal sigue una distribución determinada (se pierde poco peso en las zonas de máxima preocupación como nalgas, muslos, barriga) y que la distensión abdominal y la laxitud de la musculatura intestinal hace que el volumen de la barriga aumente con una mínima ingesta. Algunas de sus ideas no son sino una constatación empírica de lo que ocurrirá si aumentan de peso

o comen más y para ellos es inaceptable. Por otro lado, tal y como se ha apuntado anteriormente, en muchos casos la identidad personal queda fusionada y restringida a la experiencia corporal, siendo por tanto legítima la identificación del yo con un cuerpo e imagen determinados (delgado). En todo caso, es precisamente la cuestión de la aceptación del intenso y deteriorante contenido intrusivo sobre el peso y la imagen -entre otras experiencias psicológicas relevantes- el gran caballo de batalla. Es más, se observa que en los casos compulsivos es poco probable que haya evolución positiva si no existe respuesta terapéutica temprana en 6-8 semanas (Wilson, 2004).

Se hace por tanto necesario un esfuerzo de análisis y mejora de los tratamientos cognitivo-conductuales para los pacientes no respondedores. Quizá el enfoque al uso de lucha y modificación de la “manera de pensar” de los pacientes con AN tenga en ocasiones tan poco sentido como la lucha contra los delirios en pacientes psicóticos (Chadwick, 2006; Heffner y Eifert, 2004). 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 (Fairburn, 2005).

Tratamientos farmacológicos en BN

Dentro de los TCA, el uso de fármacos está más extendido en aquellos pacientes que tienen diagnóstico de Bulimia Nerviosa. Es probable que ello se deba a la mayor frecuencia de síntomas relacionados con trastornos afectivos y a la presencia de comportamiento impulsivo y funcionamiento obsesivo. Como se sabe, dicha presencia *per se* ya elicitaba una conducta prescriptiva a pesar de la poca evidencia (en estudios no financiados) de su eficacia sobre todo a medio y largo plazo. De hecho, se informa de reducción de sintomatología impulsiva (reducción de los atracones y los vómitos en torno al 60% a los dos meses de tratamiento), aunque a los seis meses varios estudios han informado de una alta tasa de recaídas en más de un tercio aproximadamente de los pacientes, incluso cuando se mantenía la medicación. Como era de esperar, los psicofármacos más implementados han sido los antidepresivos (especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS) y los anticonvulsivos (topiramato). Mención especial se hará a la fluoxetina, único ISRS aprobado por la *Food and Drug Administration norteamericana* (FDA) y por esta razón probablemente el tratamiento más usado en BN.

Tratamientos psicológicos en BN

Tratamientos conductuales clásicos

Dirigidos a reducir los atracones y eliminar los vómitos. Estos tratamientos a menudo combinan componentes de información y educación (sobre la enfermedad y las consecuencias físicas y psicológicas de las conductas purgativas) con técnicas de control de estímulos dirigidas a evitar los atracones, con refuerzo por la consecución de los objetivos planteados y con técnicas de exposición y prevención de respuesta como forma de afrontar la urgencia de vomitar.

Tratamientos cognitivo-conductuales

Además de centrarse en la eliminación de atracones y vómitos, se abordan de manera especial los aspectos cognitivos. Surgen en su mayoría del trabajo de Fairburn (1981). Desde esta propuesta, el eje central del trastorno lo constituyen las ideas disfuncionales que el paciente tiene respecto a la comida y a su propio cuerpo. Fairburn indica que determinadas características cognitivas, como la tendencia a auto-valorarse en función de la figura y el peso, la baja autoestima, el elevado perfeccionismo y la presencia de pensamiento dicotómico favorecen el miedo a engordar. Este funcionamiento cognitivo facilita una especial sensibilidad a los cambios de peso y el intento de mantenimiento de un control estricto sobre la ingesta. A su vez, este control excesivo incrementa la probabilidad de que aparezcan atracones, que irán seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, con lo que se va perpetuando el ciclo restricción-atracón-vómito típico de la bulimia.

A esta propuesta inicial se han añadido (el propio Fairburn y también otros autores) otros componentes, como técnicas de relajación y exposición con prevención de la respuesta.

Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal (IPT en las siglas originales) fue desarrollada por Klerman y cols. en 1984 bajo unos principios basados en el pluralismo, huyendo del posicionamiento teórico y con clara vocación aplicada. Está basada en los hallazgos empírico-clínicos acerca de cuatro áreas esenciales observadas en las personas que experimentaban procesos depresivos, a saber, el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits en habilidades sociales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Se reconoce heredera de Harry Stack Sullivan y la psiquiatría interpersonal y supuso un aire nuevo frente al biologicismo imperante en psiquiatría. Se sustenta en las investigaciones provenientes de los clásicos trabajos de Bowlby sobre la necesidad de vinculación en humanos, de los hallazgos acerca de la calidad de las relaciones paterno-filiales (en especial, de la elevada frecuencia de antecedentes familiares de depresión, así como de la presencia de rechazo, abuso o negligencia parental) y, por último, de la existencia de antecedentes vitales críticos previos y consecuentes a la depresión relacionados con las dificultades interpersonales. Como se ve, a pesar de la pretendida “neutralidad teórica”, el caso es que su planteamiento de la depresión es de suyo una declaración acerca del “carácter” decididamente interpersonal de la misma (Pérez-Álvarez y García-Montes,

2003). Es destacable la pregnancia que ha tenido en la práctica psiquiátrica norteamericana (Fernández, Rodríguez, Diéguez, González y Morales, 1997), que ha permitido a los psiquiatras sentirse cómodos con una terapia psicosocial que no se desdice de la farmacología y además entiende de entrada la depresión como una enfermedad (a pesar de la aparente paradoja que se desprende de poner el énfasis en los efectos de las relaciones familiares y sociales). Sea como fuere, la Psicoterapia Interpersonal tiene un lugar destacado por derecho propio, dados el contexto en el que nace (en la práctica clínica real y lejos de los departamentos universitarios) y su vocación de comprobación sistemática de su funcionamiento. Respecto a los estudios de eficacia en depresión, cabe destacar el meta-análisis de Cuijpers y Cols. (2011) con 38 estudios incluyendo 4.356 pacientes, concluyendo de forma ostensiva que no cabe duda de la eficacia de la IPT sola o en combinación con fármacos.

Respecto a los TCA, se ha establecido que la IPT es un tratamiento eficaz en trastornos asociados a la Bulimia Nerviosa (Fairburn, 1993). De hecho se han reportado eficacias similares a la TCC a largo plazo precisamente en las áreas relacionadas con la imagen corporal y la conducta alimentaria (APA, 2001) a pesar de no ser focos terapéuticos. Desde esta perspectiva, la intervención se basa esencialmente en las dificultades interpersonales relacionadas con los conflictos de roles, la no aceptación de las transiciones biográficas (p.ej. el paso de la adolescencia a las responsabilidades sexuales, profesionales o académicas adultas) y la deficiencia en la creación o mantenimiento de un soporte social adecuado. Por tanto sitúa a los problemas interpersonales como agentes causales y

desencadenantes del TCA. El objetivo del tratamiento se centra en el estrés y las relaciones interpersonales más que en la dieta, el peso o la imagen corporal. La aplicación de estas técnicas en BN se basa en el supuesto de que, a menudo, los atracones comienzan en el contexto de unas relaciones interpersonales insatisfactorias (determinadas por la baja autoestima, la sobrevaloración de la imagen corporal, etc.). Dichas relaciones provocarían estados emocionales adversos ante los cuales se desencadena el atracón. Así, los focos terapéuticos serán la baja autoestima y los sentimientos de ineficacia, cuya mejora pueden provocar la reducción de la sintomatología alimentaria. El esquema de tratamiento seguiría las siguientes fases: 1) identificar las dificultades interpersonales implicadas en el desarrollo y mantenimiento de las conductas bulímicas 2) contrato y desarrollo del trabajo sobre dichas dificultades, identificando pautas de comunicación, examen de sentimientos, utilización de la relación terapéutica como una relación más, consejo, modelado, role-playing 3) preparación del paciente para la conclusión del tratamiento y la prevención de recaídas.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos, las aproximaciones psicológicas descritas se han mostrado más eficaces que el tratamiento farmacológico y que las psicoterapias no directivas en el control de la sintomatología bulímica y de la psicopatología asociada. Si se toma como variable dependiente la abstinencia de atracones y vómitos, entre el 47 y 50% de los pacientes así tratados consiguen la abstinencia al final del tratamiento, sin diferencias significativas entre los tres enfoque psicológicos descritos. Aproximadamente el 16% de los pacientes abandonan el tratamiento; entre el

80-90% de los pacientes mantienen la mejoría al cabo de un año, y el 71 % lo hace al cabo de dos años. Sin embargo, si como variable dependiente tomamos la reducción de la preocupación sobre el peso y la dieta, la mejora de la identificación de las señales internas y la mejora del funcionamiento social del paciente, la terapia cognitivo-conductual parece ser más eficaz (Agrás, Wals, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000).

Por último, decir que los fármacos antidepresivos añadidos al tratamiento cognitivo-conductual, según han demostrado numerosos estudios, no aumenta la eficacia del mismo. La medicación antidepresiva sólo está indicada si existen síntomas depresivos importantes o si existe una alta tasa de atracones y conductas purgativas que exige una rápida reducción por compromiso biomédico.

Dificultades clínicas

En general, parece que, entre todas las categorías de trastornos de la conducta alimentada, los pacientes bulímicos normo-peso responden bien a los tratamientos psicológicos estructurados, los pacientes con anorexia restrictiva presentan más dificultades y los pacientes con anorexia subtipo bulímico a menudo presentan una gran resistencia al tratamiento.

Respecto a las dificultades en el manejo de estos casos, 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. No es extraño encontrar tan altas tasas de abandono (drop-out) en el marco terapéutico (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002). Dado el habitual rechazo a la intervención, se ha sugerido que en las primeras entrevistas se permita al paciente expresar su postura real frente a su trastorno. En este sentido, Beato y Rodríguez (1998) siguen las observaciones de Miller y Rollnick (1991) durante su experiencia en conductas adictivas, en las que concluyeron que el estilo confrontativo del terapeuta estaba asociado a mayor tasa de recaídas y a peor evolución, mientras que un estilo comprensivo aunque realista favorecía la motivación del cliente. En esta línea, parece que una buena forma de aumentar el compromiso terapéutico y disminuir la resistencia es no invalidar el sistema de creencias de personas con AN (Vitousek, Watson y Wilson, 1998). Dado que una gran parte de los pacientes con TCA suelen presentar conductas instrumentales de manipulación del ambiente, es

necesario asegurar la confidencialidad para neutralizar los intentos de engaño al terapeuta. La creación de un vínculo terapéutico afectivo es la condición efectiva previa necesaria para hacer trabajar al paciente; de hecho, dicho vínculo es en muchas ocasiones el único respetuoso y estimulante que tienen.

Una dificultad extra es que en muchos casos se encontrarán ambientes familiares sobreprotectores, hostiles o ambivalentes y que existe una alta tasa de antecedentes psicopatológicos familiares (Martín-Murcia, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009; Martín-Murcia, Cangas, Pozo y Martínez, 2010; Timko, Zucker, Herbert, Rodríguez y Merwin, 2015; Vandereycken, Castro, y Vanderlinden, 1991) y ello implica que las variables de modelado, evocadoras y discriminativas seguirán estando en funcionamiento (se recordará que el debut suele producirse en la adolescencia y personas jóvenes). Sea como fuere, parece que existen ciertas prácticas familiares “preparatorias” que no serían más que un ejemplo de los conflictos de normas propios de las sociedades modernas (Pérez Álvarez, 1996a; Fuentes y Quiroga, 2004). Por tanto, la importancia de los factores socio-familiares en el desarrollo, mantenimiento y evolución es de tal magnitud que se han de convertir necesariamente en foco esencial de la evaluación y tratamiento (Eisler, Simic, Russell y Dare, 2007; Timko, Zucker, Herbert, Rodríguez y Merwin, 2015).

Por otra parte, en el caso de situaciones clínicas complejas es habitual que los pacientes hayan realizado un itinerario terapéutico variado, por lo que estarán preparados para resistirse con éxito o presentarán un franco deterioro que dificulte la intervención (Treasure y Russell, 2011). Las dificultades para establecer la relación terapéutica será en muchos casos un ejemplo de

conducta clínicamente relevante, ya que suelen manifestar alteraciones interpersonales importantes.

Como se ha destacado anteriormente, una dificultad terapéutica es la habitual e insidiosa presencia de complicaciones biomédicas, que suponen un enlentecimiento o complicación del tratamiento (Mehler y Andersen, 1999).

Por otro lado es especialmente reseñable la documentada refractariedad de los distintos abordajes terapéuticos implementados en los TCA graves (Herzog, Nussbaum y Marmor, 1996; McIntosh *et al.*, 2005) y por tanto el desgraciado costo personal y familiar que conlleva, todo ello sin olvidar una tasa de mortalidad cuyo riesgo medio por década se cifra en 5,6 por 100 (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011; Saldaña, 2001). La dificultad terapéutica que entraña para los clínicos la intervención en pacientes con TCA, tanto por la baja motivación al cambio como por la gran frecuencia de abandonos, podría deberse a algunos factores que convendría señalar. De entrada, la elevada comorbilidad parece ser un hallazgo relevante (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000) siendo especialmente significativa la presencia de trastornos del estado de ánimo y de personalidad (Echeburúa y Marañón, 2001; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Borda-Más, Torres-Pérez y Del Río-Sánchez, 2008; Friborg *et al.*, 2014; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992a y b; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). La presencia de dichos problemas añadidos implicaría ampliar necesariamente los focos terapéuticos y naturalmente alterarían el curso y pronóstico (Echeburúa y Marañón, 2001; Bell, 2002). Convendría señalar, si quiera para objetivar nuestra posición respecto al concepto de comorbilidad, que no parece

del todo pertinente hablar de trastornos comórbiles en el sentido de yuxtapuestos e independientes o consecuentes, antes bien, parece más adecuado entender las alteraciones de la persona desde una perspectiva dimensional, siendo las alteraciones de personalidad el contexto que diera sentido a la emergencia de otras alteraciones psicopatológicas.

Como se desprende de lo argumentado, la dimensión psicopatológica y social de los trastornos de la conducta alimentaria, las carencias de algunos modelos explicativos así como las específicas dificultades descritas en las intervenciones en TCA, justificarían el interés de esta línea de investigación.

Además, son pertinentes las preguntas acerca de las variables psicológicas y sociales relacionadas con la aparición y mantenimiento de estas formas extremadas de conducta y sobre la propia consideración de la psicopatología habitual (tanto la asociada con la forma de comer como con otros correlatos en la formación de la persona). Por ello, se reparará en el siguiente apartado sobre algunas cuestiones filosóficas críticas, que sustentarían el fondo teórico del trabajo empírico realizado.

Cuestiones críticas

No es nada fácil la tarea de comprender y tratar con profundidad ciertas formas peculiares de comportamiento que inundan los manuales de psicopatología. La aproximación que se ha dado en la línea de investigación presente parte del supuesto de continuidad entre la conducta normal y la descrita como patológica. Este precepto skinneriano no se presenta como filiación acrítica, sino por encontrar en él las salidas a ciertas aporías insertas en las psicologías representacionales que, sin negar su innegable interés en el desarrollo de teorías, modelos y constructos, siguen siendo deudoras de dualismos que en ocasiones no dejan ver a la persona en su mundo real quizás por una excesiva psicologización. Incluso en la fórmula expresada como “trastornos de personalidad” como ámbito de estudio no se incurre en contradicción, toda vez que se podrían titular como “trastornos de la persona”.

La experiencia en la práctica terapéutica deja ver más de lo que un cuadro clínico refiere. En todo caso, no se reniega de la descripción de los asuntos humanos y probablemente se facilita la comunicación interprofesional gracias a ellos (con lo que ello tenga de reforzante), pero en nuestra experiencia tal descripción de entidades morbosas es en ocasiones insuficiente. Las realidades observadas son extraordinariamente heterogéneas, aún entendiendo que las personas tenemos muchas cosas en común, entre ellas unas culturas bien establecidas y unos cuerpos parecidos (tanto fisiológica como fenomenológicamente hablando). Podría argüirse que respecto a la praxis del psicólogo clínico, ésta no diferirá en gran medida se

tenga una u otra forma de entender la ontología humana y, más metidos en el arte, respecto a cómo se forman los problemas psicológicos. Ciertamente es que las terapias bien establecidas como eficaces parece que funcionan relativamente bien. Existen cambios que pueden objetivarse tanto en los resultados de ciertas pruebas psicométricas como en los relatos de los usuarios y en la adquisición de nuevos repertorios de conducta más adaptativos. Quizás simplemente con este hallazgo pudiera hacer estéril cualquier justificación teórica. De hecho en esta situación de la psicoterapia, la conclusión más habitual es que todas las terapias funcionan -por lo menos las utilizadas con más frecuencia por los psicólogos- (Martorell, 1996; Feixas y Miró, 1993). Sin que ello deje de ser cierto, aunque con las reservas que debe tener una generalización de este tipo, se han aducido la existencia de factores comunes que serían las responsables de dichos cambios terapéuticos (Bandura, 1977; Frank, 1982; Martín-Murcia, 2015). Esos factores serían comunes en tanto que la propia modernidad ya lastra cierta desmoralización dada quizás en parte por las propias teorías psicológicas que surgen de ella a modo de institución y que luego a su vez intentarán reparar (Fuentes, 2009). Pero el análisis de dichos factores también choca con posicionamientos intelectuales integristas o integradores. La integración y el eclecticismo, siendo posturas adaptativas y cómodas para la práctica de la terapia, no dejan de ser una suerte de arreglo. Un arreglo probablemente necesario debido a la propia naturaleza de nuestra área de conocimiento, tan contingente a los cambios sociales, a las modas y a las ideologías (Fuentes y Quiroga, 2009; Martín Murcia, 2009). No es difícil perderse ante tal eclosión de terapias. Incluso la terapia de conducta actual no

parece lo que era; cogiéndola como ejemplo, es algo lógico que algunos estudiosos de las terapias que observen sin más los manuales germinales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) crean que se utilizan principios difíciles de integrar con el conductismo, sobre todo los relacionados con tradiciones humanistas o con filosofías orientales (Gavino, 2004). Pero a nuestro entender, solo se trata de una falsa apariencia. De hecho, cuando en 1999 en el marco del Symposium Internacional sobre Avances en Terapias Cognitivas, el autor preguntó al Dr. Mahoney sobre el futuro de la psicoterapia, este contestó que creía que derivaría hacia una focalización en aspectos espirituales y existenciales. Todo ello a pesar de que la tradición existencialista y concretamente logoterápica hacia ya varias décadas que focalizaban su trabajo terapéutico en dichos asuntos humanos (Frankl, 2011). Poco tiempo después, se ha asistido a una incorporación de esos asuntos en los tratamientos cognitivo-conductuales actuales. Mahoney no erró en su vaticinio. Trazar los horizontes de valores hacia los que dirigir la vida, dándole sentido a la existencia (incluso al malestar psicológico) no se desdice del enfoque científico de la terapia (antes bien, parece que es esencial en estos tiempos modernos en los que la experiencia de vacío está tan presente). Otra cosa distinta será el abuso que algunos clínicos hacen de ciertas técnicas. Por ejemplo el mindfulness parece ser una buena técnica o si se quiere, filosofía de vida, de una vida más consciente, por lo que traería una sana competencia entre los fenómenos negativos y los que no lo son, con lo que esto tendría ya por si mismo de terapéutico. Quizás el problema sea el aplicarlo sin una base intelectual o filosófica que permitiera entender de forma prudente algo

fundamental, a saber, que en ocasiones el exceso de conciencia podría ser más iatrogénico que terapéutico (Pérez-Álvarez, 2012a).

En todo caso, el que sí requiere de un elevado nivel de conciencia es el clínico, que debiera hacer consciente lo inadvertido (Jaspers, 1913). Por otra parte, no queda claro, por lo menos de momento, que un cambio de filosofía (bastante ajena al tejido cultural del que serían originarias y le daría su sentido en la formación de la psicología particular), sea de entrada positivo para todas las personas que requieren tratamiento. Las dificultades conceptuales en psiquiatría y psicología se observan tanto a nivel ontológico (de qué están hechos los trastornos psicológicos) como epistemológico (como acceder al conocimiento) y pragmático (como tratar los problemas psicológicos). A pesar de la confusión de lenguas (Pérez-Álvarez, 2003) parece existir poco nivel de conocimiento “transversal” de los paradigmas entre sí, aspecto ya introducido por Jaspers en su magna *Psicopatología General* (1913). Sea por lo que sea este mutuo desconocimiento, quizás una vuelta a la filosofía sea una buena vía, para que el alcance del conocimiento tenga la perspectiva necesaria para comprender la psicología. Enfocar desde la filosofía los asuntos clave podría orientar sobre la génesis del desenfoque. Así, el primer asunto a tratar serían los modos de comprensión de las llamadas psicologías representacionales frente a las fenoménico-contextuales. Las primeras se avienen con la primera y segunda generación de terapias (Pérez-Álvarez, 2006). Escoger el planteamiento representacional cartesiano (psicología cognitiva, neurociencia) lleva a una situación aporética, es decir, una dificultad objetiva de razonamiento por la que el punto de partida ya en sí lastra la posibilidad de

resolución (Robles, 1996a). Esto ya fue expuesto con acierto por Jaspers, denominando esta dificultad como *prejuicio representativo* (Jaspers, 1913).

La fascinante pretensión objetivista del planteamiento heredero de Descartes acerca de la mensuración necesaria de la confusa y subjetiva experiencia fenoménica ha traído paradójicamente un alejamiento del mundo real y ha dotado de mayor relevancia al mundo re-presentado. Desde esa perspectiva, la Psicología sería la encargada de hallar correlaciones entre la experiencia interna y la externa, siendo esta última la transmisión de la presencia de un objeto externo al ámbito de la conciencia (la experiencia externa es un “estar ante” la presencia de algo del mundo físico como una manzana, pongamos por caso). La experiencia interna será un “estar ante” la presencia suministrada por la experiencia externa. De ahí la re-presentación, ya que el contenido de la experiencia interna será un duplicado de la presencia del objeto del mundo físico. La experiencia externa actúa sobre el espacio físico detectando estímulos presentes (“ver una manzana”), pero no hay justificación alguna para creer que la experiencia interna debería ser una conciencia observando las sensaciones y elementos presentes (representados) en dicho espacio (en una suerte de alquimia por la que las sustancias extensa y cogitans se analogan). El espacio fisicalista obedece sin duda a la lógica binaria presencia-ausencia y ha sido muy tentador equiparar ese espacio al de la mente. Aunque, como subraya Honneth (2007), se han formulado muchas objeciones contra la idea del “ojo interior”, quizás una plausible, por su sencillez, sea la de la recursividad: si tomamos conciencia de nuestros estados mentales mediante un acto de percepción dirigida hacia nuestro interior, un

acto tal constituye a su vez un estado mental, de modo que para explicarlo como si fuera *mutatis mutandis* una percepción de la realidad exterior (clara, distinta y recortada), se debería recurrir a un acto de percepción de superior jerarquía y así *ad infinitum*. Obvia decirlo, pero no se reniega de la objetividad de los fenómenos mentales, tan reales como el famoso dolor de muelas de Skinner.

Lo cierto es que las psicologías representacionales debieron sortear esta aporía (ya que el psiquismo, obviamente, escapa de la lógica binaria matemática) y para ello fueron gestando modelos que o bien escondían dicha aporía (inconsciente, ello, cajas negras, conductismo metodológico, cognitivismo) o bien buscaban ampliar el contexto (enfoque bio-psico-social). Pero el contexto no puede despiezarse en elementos lógico-formales, dado que es simultáneamente presencia-ausencia. Lo bio-psico-social no es una mezcla de asuntos claros y distintos que se interrelacionan. Por tanto se rehúye del reduccionismo en su formato mecanicista dado que es probablemente una metáfora ineficaz. En resumen, abordar un esquema depresógeno, una creencia sobredimensionada, un desequilibrio serotoninérgico, un complejo de Edipo mal resuelto para explicar un hecho psicológico, implicaría de entrada una concepción mecanicista, dualista e internista del ser humano. Pero aún así, hacer psicología implicaría comenzar por dar una respuesta elegante a la naturaleza de la experiencia psíquica y ello pasa, como se ha dicho, por sortear las aporías de las concepciones dualistas. Para ello, se podría partir de perspectivas que busquen radicalmente la certeza, es decir, las condiciones de posibilidad del conocimiento. Dentro del

campo de la filosofía destaca el enfoque fenomenológico, que podría entenderse como un método de constatación y descripción de la experiencia (del fenómeno en sí) donde la explicación del hecho psicológico, si se encontrara, siempre estaría en el mismo orden de realidad (por ejemplo, en la constitución indisoluble de la triple relación contingencial conducta-situación-reforzador) y no en otro orden (sean complejos de Edipo o déficits de serotonina). Fenomenología y conductismo radical serían las dos lenguas que compartirían objeto (Day, 1969; Fuentes y Robles, 1992). La epojè o puesta en paréntesis de cualquier realidad externa en la que el psicólogo busque correspondencias internas, se asemeja a los planteamientos de Skinner y de Husserl que partiendo de los hechos llegan a la explicación inductiva (sin necesidad de una teoría previa). Pero esta puesta en paréntesis no niega el mundo (es decir, la objetividad del objeto) como podría verse en algunas teorías constructivistas excesivamente subjetivistas en las que parece que el mundo es una mera autoexpresión del acto cognoscitivo del sujeto (Frankl, 2001). Póngase por caso el estudio de la conciencia, como uno de los grandes temas en psicología. La conciencia como sustancia no ofrece garantías (pues no es sino una realidad de otro orden, no se experimenta la conciencia, sino que se es consciente de algo). Solo se experimentan correlatos intencionales de la conciencia (ser consciente de esto pero no de aquello); la conciencia es siempre intencional. Y dicha intención no está en ningún sitio, ni siquiera en cualquier sustrato neurológico, como a veces se plantea. Sería como preguntarse, en el clásico ejemplo de Freixa (2003), donde estaba la llama, si en el fósforo o en el rascador de la cerilla. Lógicamente no está en ningún sitio.

La llama es el resultado de una interacción entre ambos objetos. El propósito o la intención serían una manera de referirse a variables que controlan el comportamiento (Skinner, 1953). Todo comportamiento está volcado en los objetos, todo cogito está indisolublemente unido al objeto, no parece necesaria una mediación representacional. El propio cuerpo ya está intencionalmente situado. Se podría decir que “sé sin saber, que la calle está detrás de mí; la ausencia de la calle ante mis ojos es una forma de co-presencia que da sentido al edificio que tengo delante de ellos”.

El conductismo radical da una continuidad de sentido a la existencia dado que la conducta es operante e intencional. Cualquier fenómeno psíquico no constituye una presencia absoluta (Robles, 1996b), de igual forma que una operante no es algo que aparece plenamente desarrollado en la conducta de un organismo, sino un modelado continuo. La débil propuesta de E-R es una simplificación completamente alejada de la propia historia del sujeto en la que se van dando continuas experiencias. Las variables independientes pueden hallarse en la historia remota del individuo, no es necesaria una contigüidad temporal inmediata ni cabe recortarla. La conciencia es una corriente, como bien aseverara tanto William James (1890) como Karl Jaspers (1913). Así, una percepción de algo no es una presencia recortada del continuum que es el hecho de percibir. Es más, percibimos, lo que no está ahí –la parte de atrás de la naranja- y ese no estar ahí, no es ausencia, sino co-presencia. Sin lo no presente no percibiríamos la naranja como tal. Específicamente la conciencia de si-mismo podría estar restringida a la capacidad de tener lenguaje y a las prácticas sociales que nos han hecho “caer en la cuenta” de distintas

experiencias (sensaciones, percepciones y, en definitiva, eventos privados). Quizás por ello queden desprovistas de fondo las formas dualistas o reduccionistas de comprender la naturaleza humana, que necesariamente requieren de una historia (cuerpo-conducta-cultura) para un cabal análisis y comprensión (Pérez-Álvarez, 2011). Es posible que la etiqueta “reduccionista” del análisis skinneriano se deba al equívoco habitual de entender que el reforzador fortalece la respuesta particular que le *precede*, en vez de entender que lo que cambia es la probabilidad futura de la misma clase (operante). En realidad no precede, dado que ocurre como un *todo*, sin que los guiones *E-R-Reforzador* representen orden temporal. En todo caso, ninguna de estas partes de la relación de triple contingencia puede rebasar la estructura pragmática-contextual a la que están adheridos en el hilo de la vida; ni la orientación intencional de la operante es una instancia cognitiva ni el reforzador algo dado en el espacio fisicalista (Robles, 1996a). De hecho, la naturaleza del reforzador no existe si no se han dado cambios en la conducta.

En definitiva, la postura de “duda” fenomenológica podría salvar esa falta de profundidad presente en la psicología, dado que lleva a la certeza del mundo de la vida (*Lewensbelt*), de los asuntos prácticos (“ser mejor estudiante, conseguir el amor de esa mujer, elegir el vestido para la ocasión”) sin prejuicios que oscurezcan lo ahí dado. No se trataría de una duda cartesiana, enredada en el solipsismo presente en toda forma de idealismo. Siguiendo a Ortega (1942), la posibilidad de dudar viene dada por la historia previa de existencia de un sujeto insatisfecho con la vida real, que le lleva a dudar. La duda no está antes de la vida, como suspendida en el limbo. Por tanto, la

puesta en paréntesis se interesa por el acceso al fenómeno, a la experiencia pre-cognitiva (la conciencia de mi cuerpo) y por las formas ante-predicativas de acercarse a la experiencia psíquica (en esto, como el conductismo radical). La actividad científica (neurociencia cognitiva, biología) no deja de estar constituida por elementos lógicos, es decir, por cosas hechas por lo científicos (no realidades físicas, sino de otro orden, como las teorías o los modelos).

No se discute su pertinencia, que es obvia, sino que se trata de advertir que son construcciones que pueden constreñir la capacidad de aprehender, ya que no alcanzan la experiencia en si de la persona (la suma de neuronas del lóbulo occipital no genera la experiencia de ver una naranja, aunque sin ellas no existiría el fenómeno de ver). Y esa experiencia en si (experiencia psicológica) y la búsqueda de qué es lo que ha llevado a la evocación de esa experiencia es lo verdaderamente pertinente para los psicólogos; parece que se ha olvidado que el cerebro necesita un contacto *significativo* continuado con el mundo para poder realizar sus funciones, como demuestran entre otros los clásicos experimentos sobre los efectos de la estimulación visual en alucinaciones en paradigmas de privación sensorial (Frankl, 2001).

Sin embargo es pertinente despejar las dudas acerca del prejuicio ambientalista de que se niega la influencia de las variables genéticas/biológicas en la conducta. Las contingencias filogenéticas asociadas en gran parte a las de supervivencia son relaciones conducta-conducta que probablemente van seleccionando lo que se denominaría conducta heredada. Lo que se rechaza es colocar el locus causal en los genes. El mismo Skinner diría que lo que se hereda es la susceptibilidad a las contingencias ontogenéticas. Por tanto, la

psicología podría estar interesada en el análisis de la conducta de memorizar o pensar o sentir, más susceptible de control y predicción que el estudio de la “memoria”, “pensamiento” o “sentimiento”. Todo ello, se insiste, dado que es la historia ambiental y conductual idiosincrática la que influye en la experiencia de recordar, pensar o sentir en el *presente*. Es decir el mundo en el que las personas viven y se desarrollan. Y ese mundo estaría antes que las ideas que sobre él se desprendan. Las creencias, los valores, serían el horizonte de sentido hacia el que se mueve el ser humano y estarían insertadas en su ser como ser psicológico, no se trataría de un proceso de razonamiento ni se accede a ellos analíticamente dado que están ahí (se quiera o no). Ello será básico como se verá en la terapia de aceptación y compromiso, heredera en este particular de la logoterapia de Victor Frankl. Pero los valores no pueden diseccionarse como elementos lógicos (como una frase analizada sintácticamente) o materiales (como si separamos el oxígeno del hidrógeno). El mundo o si se quiere las creencias (u orientación fenoménica) figuran como la base del existir y se trata de un ámbito pre-lógico o a-representacional. Son objetivas y reales aunque su naturaleza sea psicológica. Los valores son más que la expresión de la vida interna o del mundo privado de la persona (Frankl, 2001), están ahí dados en el mundo donde la persona se construye como tal y le darán sentido en tanto se haga responsable de vivir a su servicio. Como se desprende de esta argumentación, nuestra vida intelectual (y por tanto la actividad científica) es secundaria a la vida real; el sujeto está “sujeto” antepredicativamente, como se ha dicho, a un mundo ahí dado (Pérez-Álvarez, 2012b). Mundo en el que se mueve (comporta) de forma operante. El sujeto

opera en el mundo que a su vez re-opera en él. Pero el sujeto es mundo, no cosa aparte, sino persona circunstanciada; siempre está obligado a vivir, atrapado y desenvolviéndose en unas circunstancias u otras, haciendo esto o aquello. Incluso retirándose del mundo, éste le perseguirá como una sombra (sea en forma de pensamientos obsesivos, miedos o paranoias). La intencionalidad operante, las creencias o la tríada conducta-situación-refuerzo son formas de nombrar lo mismo; serían análogos a los valores, en el sentido de comportarse-hacia-algo (sea esto comida, status social o riqueza económica). En definitiva, las personas cambian por las contingencias de reforzamiento, pero no necesariamente “almacenan” información sobre ello (aunque evidentemente el organismo cambia, incluida la estructura del cerebro). Lo que cambia es la probabilidad de comportarse de una manera (sea recordar esto pero no aquello, sea sentir algo en determinados contextos y no en otros, sea pensar de una manera distinta a la previa).

Como dice Heidegger (1927), el sentido o significado no requiere entenderlo como una adecuación entre las representaciones internas y los objetos elementales externos. El significado, que puede tomar forma a través del lenguaje, se halla fundido en las actividades desplegadas en el mundo de la práctica. Es por ello que las terapias de tercera generación tienen como fundamento el estudio experimental de la conducta verbal, del lenguaje (tanto en como entienden la forma de construir los problemas psicológicos como en su resolución, que pasaría –entre otras cosas- por desenredarse de las trampas del lenguaje y en su utilización controlada en la sesión). Pero la subjetividad está originariamente configurada a través de la capacidad

operatoria del cuerpo, desde la caza de nuestros antepasados pre-lingüísticos, hasta ahora. La aparición del lenguaje y de la escritura hará que esa subjetividad alcance niveles extraordinarios, tanto como los problemas psicológicos derivados de ella (Pérez-Álvarez, 2012b).

Pues bien, el método fenomenológico salvaría los prejuicios denunciados por Ortega en la lección III de sus Investigaciones Psicológicas (Ortega, 1979) al retornar a las cosas mismas salvando el análisis psicológico de los errores categoriales. Así por ejemplo la depresión no sería la *causa* de estar triste, desesperanzado, de los pensamientos catastróficos o de sentir angustia. Salvar esta tautología -dado que depresión y los síntomas de la depresión son una y la misma cosa- es muy relevante para sortear las contradicciones aporéticas. Sin embargo, es algo extraordinariamente habitual escuchar dichos reportes verbales (tanto en pacientes como en clínicos). Quizás por ello el conductismo no se aviene con la filosofía de la ciencia como “verdad por consenso”. Como se verá más adelante, la propuesta no mentalista propia de las terapias de tercera generación no niega la existencia de procesos cognitivos, sino que no se les da el estatus de causa de la conducta. En la conducta de echar monedas a la máquina, no se requiere asumir que está causada por procesos psicológicos como la “falta de voluntad” o “el miedo al fracaso” (Kohlenberg y Tsai, 2007). Otra cosa es que el propio paciente se diga, crea o le enseñen a decir que “juega porque le falta voluntad” (y que en el presente ello sea un estímulo que discrimine la conducta de jugar y por tanto aumente su probabilidad de evocación de la misma). Pero la explicación debería completarse con el análisis de las variables antecedentes a dicha

conducta, lo que podría llevarnos a la historia lejana de esta persona concreta. La objeción estriba también en que sean de naturaleza mental en vez de conductas que ocurren bajo la piel, siendo que no son de otra materia que la materia de las cosas. En esta línea, se ha sugerido la relevancia de un enfoque fenomenológico y contextual para la comprensión del Yo y de sus trastornos entendiéndolo como una unidad funcional emergente de las prácticas sociales en vez de considerarlo un constructo substancialista enraizado en la mente (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002; Kohlenberg y Tsai, 2007; McHugh y Stewart, 2012). Ello permitiría de entrada explicar la frecuente psicopatología familiar presente en casos clínicos graves (dado que la familia es el primer ambiente socializador y por tanto modelador de la persona). Pero el Yo tiene un locus físico: el propio cuerpo (Robles, 1996). Mientras la persona como sujeto estaría en contacto con el mundo, el *Self* (Yo psicológico) tendría contacto con el propio cuerpo (pudiendo ser esta experiencia corpórea inaceptable, como se observa en la casuística de esta investigación). No es de extrañar que algunas personas reparen enfáticamente en su cuerpo como objeto de reflexión y objetivo de cambio. Así, la identidad personal se encarnaría en el cuerpo (Pérez-Álvarez, 1996) convirtiéndose las tareas auto-reflexivas de orgullo y vergüenza en un quehacer esencial. Se entendería entonces que en muchos casos las personas con graves trastornos de la imagen se refieran a sí mismas como “Yo soy Anoréxica” en vez de “Yo soy una Persona con un problema de anorexia” (Heffner y Eifert, 2004). Quizás esto tenga que ver con la *ideonomía* o sentimiento de radical excepcionalidad e individualidad que recuerda a la vivencia de la patología como un regalo o como misión escatológica.

Lo psíquico contiene, por tanto, una esencial dimensión problemática y existen distintos formatos que, de alguna u otra manera, podrían dar cuenta de esa dimensión y a la par encajar dentro de las psicologías efectivas (Fuentes, 1994).

Modelo psicopatológico funcional-contextual

La metáfora raíz del contextualismo es la comprensión del evento psicológico o acto en su contexto (McHugh y Stewart, 2012), lo que nos recuerda a la máxima orteguiana del “Yo y sus circunstancias”. Desde esta aproximación, la conducta de la persona y el contexto se hayan fusionados, siendo que el núcleo del análisis de conducta –la operante- reflejaría el acto en contexto. Como se ha dicho, la explicación del fenómeno psicológico se daría en la relación contingencial conducta-situación-reforzador. Un aspecto que se desprende de esta perspectiva es que una explicación adecuada de la conducta debe incluir variables ambientales manipulables que permitan la intervención terapéutica. Esta es una diferencia clave con las explicaciones mentalistas u organicistas, donde las causas son atribuidas a ciertos estados de la mente o del cerebro. Un gran número de tradiciones en psicopatología y psicoterapia destacan el lenguaje, la comunicación y los ambientes socio-familiares como variables relevantes para acceder a la comprensión y/o tratamiento del hecho psicopatológico. Sin embargo, la relevancia de la propuesta del enfoque funcional-contextual sería la consideración de que la manera en la que el ser humano responde a sí mismo debe ser una discriminación verbal. Por tanto se enfatiza el ambiente socio-verbal de referencia, donde se aprende precisamente a hablar y referirse a ciertas experiencias psicológicas públicas y privadas. Y ello permite no solo una comprensión del Self (McHugh y Stewart, 2012), sino una re-elaboración de la psicopatología en términos del lenguaje dado que la formación de los problemas psicológicos podría estar relacionada precisamente con él, haciendo

inevitable que bajo ciertas condiciones surjan pensamientos, emociones y sensaciones que se experimenten con gran malestar. La propia condición verbal de los seres humanos facilita que estos se enreden en trampas consistentes en evitar ciertos eventos psicológicos o luchar contra ellos, siendo estas estrategias muchas veces tan inútiles como generadoras de trastornos.

Existe un marco teórico en la aproximación funcional-contextual que permite entender el lenguaje y la cognición explicándolos en términos de patrones aprendidos de respuestas relacionales referidas a ciertos marcos con las que se encuentran relacionadas. Se trata de la Teoría del Marco Relacional (RFT en las siglas originales). Dicha teoría permite estudiar los fenómenos cognitivos “hechos en su contexto” y analizar su función, así como la regulación del comportamiento, la emergencia de relaciones verbales sin entrenamiento previo, la derivación de funciones, el autoconocimiento, etc. Explica de forma parsimoniosa cómo pueden alterarse contextualmente ciertas funciones de los eventos privados para regular y modificar ciertos comportamientos, especialmente aquellos comportamientos simbólicos propios de la especie humana. Establece por tanto que las relaciones derivadas entre estímulos son consecuencia de los marcos relacionales en los que están insertados. Aprender a relacionar nombres con objetos como iguales o diferentes sería el más básico ejemplo de marco relacional inicial. Otros marcos como el de oposición (día-noche), comparación (padre más grande que hijo) y deícticos (“yo estoy aquí pero tu estás allí”) son aprendidos evolutivamente a lo largo del desarrollo de los individuos. Dichas relaciones aprendidas pueden ser arbitrarias y por tanto no sujetas a las propiedades físicas de los estímulos.

Todos estos marcos relacionales incorporan tres características definitorias: derivación de condicionamientos por vinculación mutua, combinatoria y por transformación de funciones. La investigación iniciada por Sidman en los años 70 sobre derivación de funciones sería la base germinal de la RFT (Sidman, 1971). Un resumen aplicado a la comprensión de la psicopatología se encuentra en Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón (2007). Tal como describen, la derivación de funciones trata básicamente de la posibilidad de aparición de comportamiento novedoso sin necesidad de entrenamiento previo, es decir que si se entrenan las relaciones entre los estímulos A-B y B-C, se derivarán sin entrenamiento explícito las relaciones B-A y C-B (relaciones simétricas), A-C (relación transitiva) y C-A (combinación de simetría y transitividad o equivalencia), formándose así una clase de equivalencia entre los estímulos A, B y C que serían funcionalmente intercambiables. La cuestión, por tanto, es que habiendo sido entrenadas dos relaciones entre estímulos, surgirían, en este caso, cuatro nuevas relaciones *sin entrenamiento explícito*. Es más, se ha observado que, si se da una función a un estímulo perteneciente a una clase de equivalencia u otro tipo de marco relacional, ésta se transfiere o transforma al resto de miembros de la clase o red relacional en función del tipo de relación establecida entre ese estímulo y el resto de estímulos. Es interesante ver que el tipo de relaciones que se establecen entre estímulos no son sólo de equivalencia (aunque estas son las más habituales en nuestro lenguaje), sino también de oposición, de comparación, distinción, etc. Así, las funciones de un estímulo opuesto a otro no se transferirían, sino que se transformarían de manera opuesta.

Siguiendo a McHugh (2013), la vinculación mutua se refiere al hecho de que una relación en una dirección entre dos estímulos da lugar automáticamente a una segunda relación en sentido opuesto (p.ej. si la moneda A tiene más valor que la moneda B, entonces la B tiene menos valor que la A). La vinculación combinatoria incluye la combinación de dos relaciones con una tercera (p.ej. si la moneda A vale más que la B y ésta vale más que la C, entonces se derivará que la moneda A vale más que la C y ésta menos que la A). La transformación de funciones es la más relevante ya que explica el proceso de cómo el lenguaje puede influir en la conducta. Básicamente determina que si dos estímulos participan de una relación y uno de ellos (A) tiene una función psicológica (p.ej. si una moneda A se ha utilizado para comprar algo deseable, tras situaciones de condicionamiento, ese tipo de monedas ha adquirido una función “deseable”) entonces si se ofrece otro tipo de monedas nuevas (B) y se le dice al niño que valen más que la A y se insta a elegir, escogerá la nueva a pesar de no haber recibido entrenamiento con ella. Esto ocurre porque las funciones apetitivas de la moneda B han sido transformadas por relaciones de comparación con la A, siendo entonces “más deseable” que la moneda original.

Este funcionamiento se incrementará de forma exponencial a través del contacto con el ambiente socio-verbal, generando redes de marcos relacionales dados tanto por las respuestas de las personas que rodean al individuo como por las propias respuestas dadas hacia uno mismo.

Así, el aprendizaje relacional sería responder a un evento en términos de otro que participa de su mismo marco relacional (Wilson y Luciano, 2002). Esta forma de aprendizaje es el que se asocian objetos, ideas o situaciones es

extraordinariamente adaptativo y económico, pero puede convertirse en algo tan problemático que se convierta en un trastorno psicológico. A título de ejemplo clínico se sabe que puede haber respuestas de ansiedad hacia estímulos sin relación temporal o física con aquellos que generaron la crisis inicial (algo que se ve frecuentemente en terapia como generalización o desplazamiento del síntoma). La RFT establece que aprender a relacionar es una operante generalizada (Wilson y Luciano, 2002), cuyas características son que se desarrolla a través de una gran diversidad de experiencias, muestra flexibilidad, está bajo el control de estímulos (bajo claves contextuales, que pueden ser distintas) y es dependiente de las consecuencias (por tanto sensible a las contingencias, como no podría ser de otra forma al tratarse de operantes). Además de las relaciones de vinculación de estímulos se describe otra característica esencial del lenguaje como la transformación de funciones y que se ejemplificaría en el hallazgo de que pacientes con respuestas de agorafobia inicialmente dadas en un supermercado, pueden derivar la función aversiva a “otros lugares con mucha gente” experimentando crisis de ansiedad en un lugar con gente distinto al primario. Este tipo de asociaciones, combinaciones y transformaciones derivadas no requieren obviamente que el sujeto sea consciente y desempeñan desde temprana edad las claves del desarrollo psicológico de la persona. El caso es que desde esta perspectiva pueden abordarse comprensivamente temas que han sido históricamente poco habituales en el análisis funcional o análisis de conducta clínico, como la formación y los problemas del Yo, el autoconocimiento y la psicopatología de la personalidad. De entrada, se puede explicar la universalidad del sufrimiento en

la especie humana (Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2007).

En tanto que seres verbales, se generarán relaciones y se derivarán funciones de ciertos estímulos que causaron malestar (miedo, pena, angustia) hacia otros, de tal manera que se responda a estímulos verbalmente relacionados *como si* fueran literalmente aquellos (p.ej. sentir pánico ante la posibilidad anticipada de tener una crisis ante un viaje). Esta literalidad del lenguaje hace que en ocasiones se transformen palabras (por ejemplo las que se refieren al Yo) y se hagan equivalentes a la propia persona (“yo soy anoréxico”), con el enorme perjuicio que esto pueda suponer (sin ir más lejos, la formación de prejuicios). Y una vez insertados en el lenguaje, cuesta desactivarlos (no en vano decía Einstein que era más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio). Las funciones comparativas tan habituales en el funcionamiento psicológico harán que se emitan juicios (sobre nosotros y los demás) de tal manera que acabemos tratando las palabras como si fueran categorías psicológicas. Y verdaderamente, la vida se puede convertir en una vida tan *psicológica* que acabamos enredados con las palabras y distanciados de la vida real (de tal manera que ya no se aprenda de la experiencia real de vivir). Tal es el caso de gran parte de los pacientes, que dedican gran parte de su existencia a encontrar sentido a sus eventos psicológicos, a la búsqueda de razones “coherentes” y a evitar el malestar (miedos, dudas, obsesiones, ideas incoherentes, etc.). Y una de las consecuencias de la conducta gobernada por reglas, es que es muy resistente al cambio (como se observa en el trabajo clínico con personas que presentan un gran funcionamiento obsesivo como la casuística que forma parte de la muestra de la presente investigación).

Se apunta que dicho formato de aprendizaje (formulación de reglas, establecimiento de relaciones causales, temporales, comparativas) ha sido esencial para la supervivencia (sobre todo en el mundo occidental) y quizás de ahí su afianzamiento en el funcionamiento psicológico y la insensibilidad tan persistente incluso a las contingencias directas (de ahí la habitual dificultad del cambio en la topografía de la conducta). Así, La RFT provee una claves explicativas que permiten entender la emergencia de los pensamientos, la aparición de experiencias de relación entre pensar y sentir, el porqué surgen automáticamente los pensamientos a pesar de la resistencia a que esto ocurra.

En resumen, esta teoría podría dar cuenta a nivel básico de los fenómenos clínicos clásicos descritos desde distintas posiciones teóricas y clínicas, como la abstracción selectiva, sobre-generalización, pensamiento dicotómico, desplazamiento del síntoma, transferencia, construcción desadaptativa del Self, estructura delirante, etc. De hecho, ha sido loable el esfuerzo por seguir el principio de la navaja de Ocam para reducir la complejidad de los modelos explicativos de la psicopatología, dada la lógica conceptualización de un tema tan complejo que en ocasiones ha dado teorías y modelos tan deslumbrantes como literarios, siendo quizás esta la causa de que el deslumbramiento haya acabado por cegar formatos más aprehensibles y parsimoniosos. Este aspecto también lo encontramos en la obra de Jaspers (1923), cuando critica las psicoterapias recubiertas de ropajes científicos, incluso sugiriendo un necesario psicoanálisis del propio Freud (Jaspers, 1923). Un ejemplo destacable precisamente derivado del enfoque funcional-contextual para elaborar un modelo explicativo transversal a distintos cuadros clínicos,

que se precia de sencillez y poder heurístico, es el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) propuesto por Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl (1996). El TEE es un patrón inflexible cuya función es eludir cualquier experiencia psicológica adversa como pensamientos negativos, sensaciones corporales incómodas, recuerdos dolorosos y otro tipo de emociones experimentadas como malestar (serían en definitiva los síntomas habituales en trastornos psicopatológicos de cualquier tipo). La persona elicitaba un amplio repertorio de respuestas con esa función, para acabar enredado en la paradoja expuesta por Watzlawick, Weakland y Fish (1976) de que la “solución es el problema”. La evitación es una clase de respuesta esencialmente adaptativa, siquiera como escape inmediato del dolor; sin embargo, bajo ciertas condiciones el esfuerzo por controlar ciertos eventos mentales de forma inflexible se convierte en el patrón de conducta imperante haciendo que muchas personas giren en torno a sus síntomas y a la necesidad de evadirse de ellos. Aunque se mantienen por reforzamiento negativo, ya que de forma inmediata suelen encontrar alivio (véanse por ejemplo las compulsiones, los rituales mentales, dietas, el uso de alcohol y drogas, la toma de psicofármacos o no salir de las zonas de seguridad agorafóbica). Lo cierto es que los síntomas aparecen frecuentemente con más virulencia. El caso es que las personas encerradas en esta forma circular de vivir pueden acabar por tener una existencia muy limitada y dolorosa. Este modelo de comprensión genuinamente psicológico cuenta, como se ha visto, con su base experimental (teoría del marco relacional), su procedimiento terapéutico (terapia de aceptación y compromiso, que se verá más adelante), su perspectiva filosófica (ya ensayada

en el apartado de cuestiones críticas) (Martín Murcia y Ferro, 2015) y su alcance antropológico (la cultura y sus influencias en la persona) (Martín Murcia, 2009; Pérez Álvarez, 2011).

En otro orden de cosas y dado que en la línea de investigación aparecen continuas referencias a los trastornos de personalidad, convendría detenerse en las propuestas derivadas del enfoque funcional-contextual acerca de la construcción psicopatológicas del Self (se utilizarán de forma alternativa y como sinónimos los términos Yo, Self o Sí-mismo por cuestiones de pregnancia en la literatura).

La casuística de pacientes tratados y evaluados a lo largo de los trabajos realizados presentan graves alteraciones de su identidad personal, con respuestas acerca de si mismos en ocasiones muy limitantes y que les generan gran dolor. La experiencia del Self es probablemente la experiencia psicológica por antonomasia. Desde la primera infancia los humanos aprenden a contactar con las experiencias privadas y a ser altamente reforzado este contacto. Esta sería la experiencia fenomenológica primaria del Yo y precisamente lo que nos hace distintivamente personas. Se seguirá brevemente la descripción de Kohlenberg y Tsai (1991; 2007), que expresan las clásicas maneras de autodefinir el Yo como un sentimiento permanente de nosotros mismos (conciencia de sí-mismo), como origen de las acciones (fuerza organizadora que aparece por ejemplo en la situación “yo quiero ayudarte”), como origen/locus de la acción espontánea y de la creatividad y, por último, como identidad personal (la autoconciencia y la percepción de mi por los demás). Es fácil experimentarse de estas maneras ya que forman parte

de los marcos de aprendizaje habituales de las experiencias relacionadas con el Yo. Para estos autores, la palabra Yo emerge como unidad funcional a partir de la adquisición de unidades más largas durante el aprendizaje verbal del niño (de igual forma que se aprende la palabra “pequeño” como unidad tras el contacto con unidades apareadas de sustantivo-adjetivo (p.ej. “grande” en “pelota-grande, papa-grande). Distinguen tres etapas en el desarrollo de la conducta verbal que darían la emergencia del Yo. La primera etapa sería la del aprendizaje de grandes unidades funcionales en la que los padres suelen enseñar a los hijos a decir “Yo veo agua”, describiendo por tanto una actividad privada del niño (dado que la experiencia del niño de “ver agua” es privativa de él). La experiencia compleja del niño contaría con distintos estímulos y conductas, por ejemplo la presencia del padre, del agua, de oír las palabras, de orientar el cuerpo hacia el vaso y de la experiencia de “ver” el agua. Estos estímulos son públicos y privados, aunque en esta etapa la estimulación privada no es la más relevante (la vinculación efectiva/afectiva con la madre estaría lógicamente más relacionada con la supervivencia).

En la etapa II, tras múltiples contactos con unidades funcionales mayores tipo “yo-veo-una-pelota, yo-veo-un-gato, yo-veo-leche”, emerge la unidad funcional “yo-veo” dado que es el elemento común a todas las fórmulas “Yo-veo-X”. Esta unidad funcional sería entonces la experiencia de ver con independencia del objeto visto. Parece probable entonces que el estímulo privado asociado con la actividad “ver” vaya adquiriendo control sobre el “yo veo” por encima del control paterno (que va siendo menos frecuente por lo menos en ambientes adaptativos y no invalidantes de la experiencia del niño).

La etapa III es la de consolidación de la unidad funcional menor de todas, el Yo, que sería el elemento común de todas las situaciones “Yo-X” (“veo, quiero, tengo, cojo, deajo, como, bebo, salto”, etc.). Es más, probablemente el Yo como unidad estará bajo el control estimular de la localización física de ese tipo de experiencias (que en todo caso será una perspectiva, un lugar desde el que se “ve, siente, coge o quiere”). El que la experiencia del Yo sea una perspectiva en vez de algo físico tiene importantes consecuencias. Puede describirse como constante, atemporal, invariable y se experimentará habitualmente independientemente de la edad o vicisitudes cambiantes. Podría auto-describirse como conciencia, como algo que está en mi interior o que es el centro (recuérdese el concepto de perspectiva), pero también como algo ajeno (cuando la experiencia de percibir a veces no está bajo el control de la perspectiva de centro o interior, como en algunas experiencias psicóticas). Cuando se dice que el yo es conciencia, se podría estar refiriendo a que somos capaces de observar nuestra propia conducta, de caer en la cuenta de lo que hacemos o sentimos o pensamos. El comportamiento asociado a *ser consciente* está tan estrechamente relacionada con la unidad funcional “Yo” (de naturaleza verbal) que es extraordinariamente sencillo que se hagan equivalentes (Kohlenberg y Tsai, 2007). También es necesaria una conducta verbal adicional para completar la experiencia del yo como una perspectiva (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009). Como se recordará acerca de la RFT, se parte de que las relaciones de estímulo derivadas de otras relaciones verbales son conductas aprendidas generalizadas de la misma forma que se aprenden otras clases de respuesta.

De acuerdo con esta teoría las habilidades de toma de perspectiva (*perspective taking*) están basadas en un particular marco de relaciones denominado deíctico que determinan las relaciones dadas desde el sujeto (hablante) y que serán esenciales en la formación del Self. Los tres marcos relacionales deícticos básicos para tomar perspectiva son “*Yo versus Tú, Aquí versus Allí y Ahora versus Antes*” (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009; McHugh, Stewart y Hooper, 2012; Stewart, Villatte y McHugh, 2012). Estos marcos no parecen tener contrapartes formales y no pueden ser determinadas por las dimensiones formales del entorno (McHugh y Stewart, 2012 pp. 61). Cada vez que se responde a determinadas cuestiones (p.ej. “¿qué estoy sintiendo ahora?”) lo que permanece constante son las propiedades relacionales de *Yo versus Tu, Aquí versus Allí y Ahora versus Después*. Estas propiedades serán abstraídas a lo largo del aprendizaje y son entrenadas de manera muy temprana en el niño y formarán un amplio rango de redes relacionales. Este tipo prototípico de experiencia psicológica podría fallar. Es habitual encontrar errores de perspectiva en muchas situaciones psicopatológicas cuando no se da distancia entre el hablante y lo hablado, el que habla y el que escucha o el que habla “*aquí ahora*” pero está “*allí y antes*”. Se han descrito habitualmente en trastornos del espectro esquizofrénico y autista (Villatte, Vilardaga y Monestes, 2012), aunque se apuntaría la posibilidad de que sea un problema más ubicuo y no clasificable dentro de un cuadro ya que sería observable en problemas sociales interactivos (p.ej. en problemas de anhedonia, disociales, fóbicos o narcisistas). Las implicaciones de esta noción de Yo en psicopatología son muy relevantes. Por de pronto, el

desarrollo des-adaptativo del Yo tendría que ver con el contexto de crianza (de ahí la esperable frecuencia de ambientes y antecedentes familiares patológicos). Más concretamente, el grado de severidad dependería de la falta de control privado sobre numerosas unidades de “Yo-X” que los padres no hubieran podido o sabido enseñar. Y es que, como dice Pérez Álvarez a colación de la avalancha diagnóstica del TDHA en niños, probablemente educar no sea una tarea tan sencilla como se pensaba (García, González y Pérez-Álvarez, 2014). Cuando se registran las interacciones verbales familiares, es usual la presencia de invalidaciones de las experiencias privadas de los niños y adolescentes (p.ej. cuando castigan verbalizaciones tipo “*no tengo más hambre*”, diciéndoles “*es imposible porque no has comido nada*”) o bien que suplanten los deseos del niño (“*tu quieres comer, engañar, ganar, te debe gustar tal cosa y no tal otra*”, etc.). Ambientes especialmente invalidantes se han descrito como profundamente nocivos, sobre todo en niños con alta vulnerabilidad emocional, esto es, elevada sensibilidad de respuesta a estímulos emocionales y retorno lento a línea base, (Linehan, 2003). En estos contextos familiares se observa la tendencia a responder de forma errática e inapropiada a los sentimientos, creencias y sensaciones del niño. Pueden responder de forma extremada en ambos sentidos (excesiva alarma o desatención) a las verbalizaciones públicas de los eventos privados del niño. Esto podría traer problemas en la regulación efectiva de las emociones, siendo que la discrepancia continuada entre las experiencias privadas y las del ambiente proporcionaría un contexto de aprendizaje que ha sido asociado a graves alteraciones de la personalidad, esencialmente el trastorno límite

(Linehan, 2003). Por otra parte, las personas con trastornos leves o moderados del Yo pueden tener una frecuencia tan alta de respuestas “Yo-X” evocadas por estímulos privados como bajo control externo. Así su sentido del Yo se verá inevitablemente afectado por la presencia de otras personas (con sus opiniones y estados emocionales). Ello dará lugar a experiencias de un sí-mismo inseguro o inestable (muy cambiante según el contexto social). Ejemplos clínicos serían aquellas personas que cambian radicalmente en situaciones de intimidad respecto a las relaciones “formales” pareciendo y sintiéndose como distintas, que experimentan que “dejan de ser ellas” cuando tienen pareja, que confunden lo que quieren con lo que quieren los demás (quizás por las dinámicas invasivas familiares en sus deseos o gustos) o que necesitan el estímulo público para “querer” algo (como el que no sabe cuando parar de comer hasta que alguien lo determine). Otros ejemplos serían la sensibilidad extrema a las opiniones y críticas de los demás cuando se tiene un sentido del Yo inestable y controlado públicamente donde siempre estará vulnerable y ello hará especialmente dramática la vida. De hecho existe toda una tradición de investigación acerca de la Emoción Expresada en la que se determina su función en la génesis y mantenimiento de distintos trastornos psicológicos graves (García, Moreno, Freund y Lahera, 2012; Kuipers, 1992).

Como se ha visto en apartados anteriores, la literatura sobre TCA ha descrito distintos ejemplos de relaciones diádicas invasivas e invalidantes, poniendo el acento en la presencia habitual de trastornos de la personalidad y antecedentes familiares psicopatológicos.

Precisamente por todos estos argumentos (marco teórico y modelos explicativos psicopatológicos que atiendan también a los clásicos trastornos de personalidad) creemos que existe justificación para estudiar problemas clínicos de TCA desde la perspectiva funcional-contextual. En el siguiente apartado se justificará, al fin, el uso de tratamientos derivados de este enfoque.

Terapias de tercera generación

Dada la argumentación teórica y la objetiva relevancia de los TCA en las sociedades actuales como un problema clínico de interés, se justificará a continuación la elección de las terapias de tercera generación en este trabajo.

En los últimos quince años ha emergido una nueva generación de terapias psicológicas. Dado el enorme censo de terapias existentes, sería factible preguntarse si esto no debería ofrecerse como una moda (de tal forma que cada cierto tiempo aparecen nuevas formas y formatos), si no será “vino viejo en odres nuevos” y, en todo caso, qué es lo que tienen de particular frente a las anteriores generaciones. Aunque el título de tercera generación parece mimetizado del mundo de los psicofármacos (que también se cuentan por “generaciones”), puede ser pertinente dado que habitualmente los tratamientos psicológicos alcanzan su mayoría de edad por comparación con ellos y porque como se ha visto, existen diferencias generacionales de gran calado.

Como se sabe, la primera generación de terapia de conducta se sitúa en la década de 1950, que posicionó a la psicología clínica, auspiciada por los principios del aprendizaje, en un lugar distinto y distintivo frente a otros formatos clásicos (esencialmente psicoanalíticos). Los paradigmas de condicionamiento clásico y operante dieron lugar a distintas técnicas de intervención, siendo las más reconocidas la desensibilización sistemática (Wolpe) y la de exposición de Eysenck. Estas y otras técnicas derivadas fueron utilizadas más en contextos institucionalizados que en encuadres prototípicos de la psicoterapia individual ambulatoria. Esta sería la primera generación de

terapias conductuales y tendrá el mérito de dar de alta a la psicología clínica basada en la experimentación básica (Pérez-Álvarez, 2006).

A partir de los 70, comenzará la segunda generación, con el giro y empuje del cognitivismo y siendo sus precursores Ellis y Beck, ambos formados en psicoanálisis (Valero y Ferro, 2015). Los modelos de procesamiento de la información se avenían con el esquema del conductismo metodológico (heredero de Watson) y en su haber cuentan con el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces y el medirse sin complejos con el uso de la medicación. Se desarrollaron programas y protocolos y se empezó a validar su eficacia con métodos experimentales. Conviene reseñar, porque en esto se verán las diferencias generacionales, que la terapia cognitivo-conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales, existiendo una disfunción específica a cada trastorno (por ejemplo la tríada cognitiva en la depresión). Además de su éxito y relevancia ganada de suyo por los datos de eficacia, convendría destacar la facilidad para entrar en el medio clínico-sanitario dada la mimesis con el modelo médico (caracterizado por ser internista, de déficit y nosológico), que obviamente domina el contexto terapéutico. A la par, el análisis aplicado de conducta (basado en el conductismo radical skinneriano) seguía su camino bastante desinteresado en la terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués-Ortega, 2005).

En la última década, la tercera generación hace su entrada. La tercera ola de las terapias de estirpe conductual o cognitivo-conductual forman un conjunto de estrategias con principios filosóficos basados en una perspectiva

funcional-contextual, pragmática, determinista, fenomenológica y holística.

El conductismo parte de la afirmación de que se toma la conducta por derecho propio (por supuesto aceptando los eventos privados sentir, pensar, crear, decir, recordar, etc. que se entienden como conductas, o sea que su forma gramatical de verbo implica *acción*). No se desentiende de los fenómenos mentales sino que se advierte su condición excepcional de que solo son observables para el sujeto que los experimenta, pero ello no es óbice para tratarlos (eso sí, radicalmente, no como una representación de algo subyacente). A pesar de que existe un especial prejuicio hacia el conductismo radical, tachado de simplista o mecanicista, lo cierto es que paradójicamente tiene más en común con el psicoanálisis o con la fenomenología (especialmente), que las descarnadas psicologías cognitivistas. Tanto Sartre como Frankl, que precisamente no pertenecen a la escolástica conductista, dicen que el hombre se convierte en lo que es de acuerdo con el modo en el que se comporta (Frankl, 2001, pp. 50). O sea que el hombre no es, sino que deviene. Otra cosa es cómo se acceda a la explicación de qué hace que nos comportemos de una u otra forma. Es interesante observar que los principales fundadores de las distintas escuelas estén más cerca unos de otros que sus propios discípulos (se recordará que Maslow decía que “era freudiano, conductista y humanista”).

Sea como fuere, los dos formatos terapéuticos utilizados en el presente trabajo tienen como premisa común la des-psicologización de los problemas psicológicos. Por un lado se permitirá al paciente comprobar, en palabras de Fuentes (1994) los límites de la vía psicológica para su verdadera

re-estructuración personal (ACT) y por otra se reforzará su responsabilidad moral en la misma (a través de aceptar una relación compleja de trabajo como es la relación terapéutica según la Psicoterapia Analítica Funcional).

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es uno de los más relevantes ejemplos de la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales y se ha desarrollado con un marco teórico y filosófico basado en el análisis funcional de la cognición y el lenguaje, así como en el contextualismo funcional. Todo ello tiene repercusiones en el diseño de estrategias terapéuticas y precisamente los enfoques de tercera generación son un ejemplo paradigmático de ello. Si el lenguaje puede ser gran parte del problema, en el lenguaje puede estar gran parte de la solución. No en vano, la mayor parte de terapias “hacen algo” con el lenguaje (sea hablar, registrar lo que uno se dice a si mismo, reestructurar lo que dice el paciente, dar información, asociar libremente, etc.). Podría decirse que el corazón de ACT tiene que ver con establecer control contextual sobre la utilidad del lenguaje (Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2007). Y esta sería una de las diferencias clave con las terapias de 2ª generación; mientras éstas pretenden disminuir o suprimir el contexto relacional (el contenido de los pensamientos o las relaciones entre ellos tipo *“como mi pareja me ha dejado ya no podré tener otras persona que me quiera”* a *“no hay ninguna prueba de que no pueda conseguir otra relación en el futuro”*), ACT y FAP pretenden modificar las funciones (*“si ante el pensamiento de que jamás tendré pareja antes nunca intentaba conocer a una chica, ahora se que esa es solo mi forma de pensar y elijo hablar con alguna a pesar de tener ese pensamiento en la cabeza”*) por lo que esa clase de pensamientos adquiere otra función.

La figura 1 Hexaflex de Hayes y Stroschal (2004), modificada en parte, describe de forma clara las claves operativas en forma de objetivos básicos de la terapia. El centro de la diana sería la maximización de la flexibilidad psicológica. Para ello se sugiere proporcionar al paciente la posibilidad de aprender a ser observador de la mente (yo contexto); un observador que desde una distancia de seguridad (distanciamiento) entiende que algunos pensamientos y emociones se tienen *inevitablemente* a la luz de la propia biografía (aceptación) y se le motiva a actuar (compromiso personal/vital) hacia un horizonte de valores que pueden hacer que la vida adquiriera sentido (valores personales).

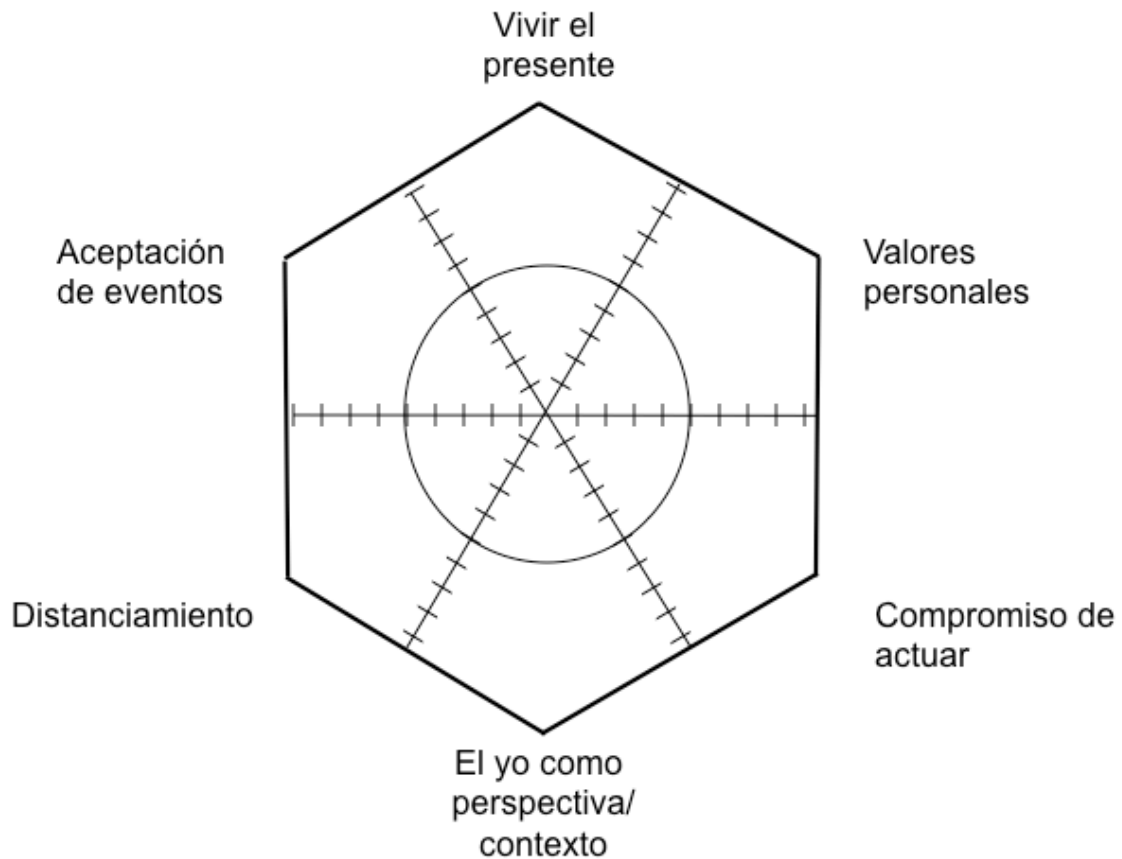


Figura 1. Modelo hexaflex de Hayes y Stroschal

De hecho, el malestar será una señal de que se va por buen camino (primero porque no existe la cara sin la cruz y después porque ello significa que está dejando de huir neuróticamente para afrontar la vida). Ello pasa por aprender a contactar con el aquí/ahora que sin duda aportará más riqueza que seguir enredado en las trampas de la mente/lenguaje (vivir el presente), dado que ampliará el campo de conciencia (experimentando no solo el malestar sino otros matices de la vida). Se resalta con frecuencia que ACT es una filosofía y no un protocolo manualizado (Heffner y Eifert, 2004; Wilson y Luciano, 2002). La base sobre la que subyace esta terapia son los valores del paciente. Por esta razón es esencial que en el establecimiento de la relación terapéutica se clarifique que esa será la guía a seguir y no “la curación” o resolución de los síntomas, sin perjuicio de que ello pudiera o no ocurrir en mayor o menor medida. Es una postura tan humilde como honesta, dado que el cambio no es tarea fácil.

Estarán en juego varios procesos continuos a lo largo de los distintos componentes de ACT: la clarificación de valores y la referencia a ellos en cada sesión (el dolor tiene sentido solo si la persona está en la dirección de lo que quiere), la aceptación y exposición (en este caso no se trata de eliminar conductas sino justamente de ampliar el repertorio para aumentar la flexibilidad), la desactivación de funciones y distanciamiento (aprender a tener un pensamiento o sensación negativos y responder de forma alternativa) y el fortalecimiento (reforzar el compromiso y la implicación del paciente en su cambio personal). No es por tanto un tratamiento sintomático, pero sí orientado a mejorar la vida de las personas en la dirección de lo sus valores.

Los componentes esenciales de ACT, son los siguientes:

1. Generación de desesperanza creativa y activa.
2. Instruir sobre la naturaleza problemática acerca del control de los pensamientos y de las emociones.
3. Discriminar entre el yo como contexto y el yo como contenido.
4. Elegir valores y tomar una dirección.
5. Compromiso y cambio.

Es preciso decir que no se tratan de fases secuenciales dado que todas se trabajan al unísono. El primer punto, probablemente el que más confusión y temor suscita en los clínicos, es el de la desesperanza creativa. En primer lugar porque puede hacer huir al paciente si no se maneja correctamente, dado que éste quiere recuperarse y dejar de estar desmoralizado. Tan iatrogénico puede ser “no generar empatía” con el sufrimiento como tener demasiada prisa para disminuir el sufrimiento del paciente. Como en cualquier asunto complejo de las relaciones humanas, es difícil encontrar el lugar óptimo como terapeuta. Todos los estudios muestran que las primeras sesiones son esenciales para la continuación o abandono del tratamiento. ACT es una terapia radical en el sentido de ir a la raíz de los problemas y también en el sentido de afrontar la vida con sus claros y sombras. No es un abordaje sintomático al gusto de la sociedad hedónica. Es por ello que debe de antemano entenderse que la desesperanza designa a la estrategia que no funciona, no a que la persona sea “desesperada o incapaz” (Wilson y Luciano, 2002). Los terapeutas viven en el mismo ambiente verbal que invita a evadirnos de los problemas, a identificar

como negativo sentirse triste y sobre todo, a ayudar a “estar bien y libre de problemas psicológicos” a nuestros pacientes (sea por la incomodidad de ver sufrir o por la necesidad de ganarnos la vida). Por eso es importante que no se refuerce precisamente el escape. Lo que estamos trabajando es aprender a estar delante del dolor, de la desesperanza y entender qué quiere decir. Dicho de otra forma, tanto el terapeuta como el paciente están aprendiendo a vivir (Wilson y Luciano, 2002).

El caso es que la desesperanza creativa no es un proceso de resignación, sino de comprensión de la propia condición humana en el que el sufrimiento tiene su lugar a veces inevitable. Por ello el proceso esencial es la aceptación entendida como la interesante capacidad humana de experimentar aquí y ahora toda una corriente de fenómenos psicológicos como pensamientos, imágenes, sensaciones, emociones y recuerdos. Y de hacerlo de forma consciente y voluntaria, sin huir, llegando al coraje que supone entender que el miedo solo puede enfrentarse, es decir, ponerse de frente a él. Históricamente han existido muchas evidencias de que ciertas posturas (por ejemplo el uso de “reírnos de nosotros mismos” o de cuentos y metáforas), servían para re-colocarse ante los problemas de la vida. Efectivamente, pasaban las mismas cosas pero “parecían distintas”.

Por eso la aportación absolutamente diferencial entre ACT y otras terapias cognitivo-conductuales es alterar la función de los eventos, no el contenido ni siquiera la forma (topografía). Pero la posibilidad de ser capaz de hacer consciente lo evitado y de ponerse frente al miedo debe venir de la mano de actualizar el compromiso para llevar a cabo acciones acordes con los

valores personales. En definitiva, se trata de mover el patrón cristalizado de vida, de aumentar la flexibilidad a la hora de responder a los problemas, yendo de la evitación experiencial a la capacidad de sentir, percibir y tener problemas psicológicos mientras se actúa para hacer lo que es importante, valioso y relevante para la vida de cada cuál. El proceso de exposición es fundamental, dado que los pacientes suelen haber limitado extraordinariamente su vida. La terapia trata de estar delante de los problemas del paciente intentando dotarle de mayor repertorio de acción y distanciamiento (desde “tratarlos” con humor, hasta modificar su función aversiva por ejemplo pasando de *tener una enfermedad mental* a entender los síntomas como *señales* de que es hora de cambiar). Mediante metáforas, paradojas y ejercicios experienciales los clientes aprenden a contactar con los pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones, tanto los previamente temidos y evitados como cualesquiera otros que surjan. De esta forma, las personas pueden aprender la habilidad de re-contextualizar estos eventos privados problemáticos (a experimentar el Yo como contexto en el que ocurren los eventos psicológicos), a vivir en el presente (aquí-ahora), a clarificar lo que les importa en su vida (lo que en el fondo y radicalmente valoran) y pueden adquirir el compromiso con los cambios necesarios en la acción.

Psicoterapia Analítica Funcional

Es un hecho muy común que la mayor parte de los clínicos y de los sistemas terapéuticos habituales, en la práctica profesional, admitan de una u otra forma la relevancia de la relación terapéutica en la base del cambio conductual observado en los pacientes y clientes. Por tanto la pertinencia del estudio de la conducta del terapeuta en el marco de la interacción verbal es algo fuera de duda, siendo al fin y al cabo la herramienta básica de la psicoterapia (Ruiz-Sancho, Froján-Parga y Calero-Elvira, 2013; Ruiz-Sancho, Froján-Parga y Galván-Domínguez, 2015). Como se verá, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, en sus siglas originales) toma como foco de intervención la interacción terapeuta-cliente (Valero y Ferro, 2015). Entre otros formatos terapéuticos clásicos que inciden en la relación terapeuta-paciente se encuentra el psicoanálisis, que enfatiza los fenómenos de la transferencia y contra-transferencia como claves para el cambio psicológico. Es interesante reparar en que los componentes básicos de ambas terapias serían la producción de material (esencialmente conducta verbal, pero por supuesto otro tipo de comportamientos interpersonales), el análisis (esencialmente interpretativo) y la relación terapéutica (alianza y afectos). El concepto central de resistencia sería toda suerte de comportamientos generalmente destinados a la evitación experiencial y de la intimidad (negación, racionalización, rumiación, proyección e introyección) y serían conceptualizadas como conductas problemáticas clínicamente relevantes en la psicoterapia analítica funcional. La intervención en ella podría ser la aclaración e interpretación (una explicación funcional de la conducta evitativa en términos biográficos) y

precisamente podría adquirir el paciente una adecuada manera de entender su conducta. Como se ha advertido, la relación terapéutica generaría fenómenos transferenciales; este concepto central en el psicoanálisis, no sería otra cosa que la actualización in vivo de emociones, sentimientos, deseos y conductas hacia el terapeuta (en gran medida conductas problema) y que es necesario generar en la sesión (tanto con posturas abstinentes “psicoanalíticas” como pro-activas como confrontación o seducción, dado que el terapeuta siempre está haciendo algo). En definitiva, la transferencia es traer el repertorio conflictivo pasado a la situación presente. La relación terapéutica analítica clásica con el terapeuta fuera de la visión del paciente probablemente tendría sentido en la Viena de fin de siglo ya que no formaba parte de las prácticas sociales la apertura del mundo privado. Lo interesante es que ambas terapias requieren crear afecto para que haya efecto (en ello consiste la utilización contra-transferencial). En definitiva, hacer consciente lo inconsciente no deja de ser común en ambos formatos. Se podría decir que desde Freud hasta la década de los 80, solo las terapias humanistas intentaron describir características del terapeuta (de su conducta) y de la relación terapéutica y aunque han sido herramientas (reglas) útiles para mejorar en cierta medida aquello que pasa en la consulta, quedaron por describir las relaciones causales/funcionales entre dichas conductas y los cambios en la conducta del cliente. En este marco, la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, et al., 2009) precisamente dará cuenta de ello (Valero y Ferro, 2015). FAP surgió hace más de dos décadas dentro de la tercera ola de terapias cognitivo-conductuales como una

alternativa a la terapia de conducta clásica y a la cognitivo-conductual (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez-Álvarez, 2006; 2012a). Está basada en los principios del conductismo radical y su énfasis estriba, como subrayan Valero y Ferro (2015), en la realización de un análisis funcional de la propia relación terapéutica. Enfatiza lo que ocurre dentro de la situación terapéutica, describiendo funcionalmente tanto los comportamientos del cliente como los del terapeuta. FAP es en sí misma un tipo de psicoterapia con unos fundamentos básicos y principios propios y con unos objetivos y reglas terapéuticas. Por otro lado, puede integrar ejercicios y/o metáforas provenientes de otros enfoques terapéuticos sin perder su fundamento teórico, pudiéndola considerar como una terapia integradora en este sentido (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués-Ortega, 2005; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009; López-Bermúdez, Ferro y Valero, 2010; Valero y Ferro, 2015). Ello quiere decir que cualquier técnica puede integrarse en FAP siempre que evoque conductas que sean relevantes clínicamente y esta elicitación esté al servicio del beneficio psicológico del cliente. La focalización de FAP en la relación terapéutica se debe a que desde este formato se asume que las principales causas de las alteraciones psicopatológicas están íntimamente relacionadas con las relaciones interpersonales (Baruch, Kanter, Busch, Plummer, et al., 2009) y que es en este tipo de experiencias humanas en las que aparecen los problemas psicológicos y por tanto la posibilidad de tratarlos. Lo importante en este tipo de intervención es lo que ocurre en la propia sesión de terapia. Se centra en las contingencias que ocurren en el contexto terapéutico, en la equivalencia

funcional entre ambos ambientes, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento del terapeuta sobre las conductas del cliente y del cliente sobre el terapeuta (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995; Valero y Ferro, 2015). De forma general, podríamos decir que utiliza los dos principios básicos del Análisis de Conducta como son la evaluación funcional idiosincrática y la aplicación de las intervenciones en vivo (Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004).

En resumen, las aportaciones FAP a la psicoterapia son:

- Realizar un análisis funcional de la relación terapéutica, en especial de la conducta verbal del cliente.
- Trabajar con el aquí y el ahora, con lo que ocurre directamente en la situación terapéutica, con lo que siente, piensa y hace el paciente en este momento.
- El uso del reforzamiento natural promocionando la generalización en la vida diaria.
- Describir una teoría conductual sobre la formación del Yo en la que, entre otras cosas, se da una explicación de cómo surgen los trastornos de personalidad y cómo deben tratarse (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001).

Pero, como mantiene Pérez-Álvarez (2004), la gran aportación de la FAP a la psicoterapia es convertir la *relación* terapéutica en una auténtica *relación terapéutica*. Y por ello resulta relevante continuar con la investigación acerca de la descripción, categorización y análisis funcional de la interacción entre el terapeuta y el paciente (Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruiz, 2008; Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011).

Como se ha mencionado, FAP resalta la importancia de lo que el cliente hace y dice en la propia sesión ante el terapeuta incluyendo hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc. A esto se le denominan Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). Se diferencian tres tipos de CCR como objetivos terapéuticos (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Las *CCR tipo 1* son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión y cuya frecuencia debería disminuir mediante la terapia. Están bajo control de estímulos aversivos y suelen consistir en conductas de evitación. Implican pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos que han de ocurrir siempre dentro de la sesión. Las *CCR tipo 2* son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. En las *CCR tipo 3* se incluyen las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Implican observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella. Las estrategias básicas de esta intervención son atender a la aparición de CCR, provocar y reforzar CCR2 (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués-Ortega, 2005; Valero y Ferro, 2015).

Dado que FAP atiende especialmente a las conductas del terapeuta durante la sesión, proponiendo cinco reglas terapéuticas, que ayudan a evocar, señalar, reforzar e interpretar las conductas del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009).

La *Regla nº 1*, consiste en observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica. Como proponen Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, (2009), hay que usar las propias reacciones del terapeuta como un barómetro en el sentido de

ver nuestras reacciones personales a lo que dice o hace el paciente. Estas serían un sensor válido de las CCR y nos han de generar cuestiones del siguiente tipo: *¿cómo ha impactado el cliente en ti?, o ¿parece razonable contigo?* Estas reacciones del terapeuta con el cliente podrían entenderse como ejemplos paradigmáticos de las respuestas que hacen emerger en los demás. Durante la terapia se dan situaciones que evocan CCR de una manera natural (Kohlenberg y Tsai, 1991), como la propia estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, finalizar la terapia, los honorarios, los errores del terapeuta, los silencios en la conversación, la expresión de afecto del cliente y del terapeuta, sentirse bien o mal, sentirse cercano al terapeuta, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales, y los sentimientos del terapeuta. Algunos ejemplos sobre estas situaciones pueden verse en Ferro (2006).

La *Regla nº 2* propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR. Para Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz (2009) hay que estructurar la terapia para que sea evocativa desde el inicio usando algunas preguntas, ejercicios, cuestionarios o tareas para casa (ver apéndice de Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, et al., 2009). Como antes se ha mencionado, FAP es una psicoterapia integradora y en ella se pueden usar diferentes técnicas de otras orientaciones, aunque el objetivo e interpretación de éstas difieran de sus contextos originales. Se pueden usar métodos terapéuticos que pueden llegar a ser evocativos (Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009), como ejercicios de asociación libre de ideas, tests proyectivos y ejercicios experienciales (silla vacía, focalizaciones sensoriales corporales), entre otros.

La *Regla nº 3*, consiste en organizar el reforzamiento positivo de una manera natural en las CCR tipo 2. Se entiende que no ha de ser un reforzamiento indiscriminado.

La *Regla nº 4*, trata de observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. Hay una serie de estrategias tanto explícitas como implícitas para ser conscientes del impacto de uno mismo sobre el paciente (Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009). La propia contingencia temporal puede traer problemas con la naturalidad en la respuesta del terapeuta; por ejemplo si este reacciona muy deprisa puede parecer artificial y no promocionar la generalización. Es muy relevante la necesidad de procurar reforzar clases de respuesta en vez de conductas independientes y tratar de aplicar el mismo reforzamiento que se daría en el ambiente natural (Valero y Ferro, 2015).

La *Regla nº 5* que consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas. Se moldea y se modela también este repertorio de correcta explicación funcional de la conducta.

Se considera muy relevante la aplicación de estrategias de generalización (estableciendo un paralelismo entre las CCR dentro y fuera, comparando lo ocurrido dentro y fuera de la sesión y antes y después de lo ocurrido) (Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009); esta intervención, como se verá, tiene relación con la intervención en la perspectiva de persona. No en vano, es un tratamiento destinado esencialmente a los clásicos trastornos de la personalidad.

Principios Básicos de Terapias de Tercera Generación en trastornos alimentarios

Como se ha argumentado en apartados anteriores, 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. Es evidente que se han establecido intervenciones eficaces para trastornos de la alimentación desde la perspectiva cognitivo-conductual, sin embargo un grupo de pacientes con TCA graves no responden bien a los tratamientos al uso. Se ha apuntado que la altísima prevalencia de trastornos de personalidad en este tipo de pacientes refractarios a las intervenciones cognitivo-conductuales sean en parte responsables de las dificultades del tratamiento.

La evolución dentro del paradigma cognitivo-conductual aplicado en forma de terapias de tercera generación podría ser una alternativa eficaz al menos en este grupo de pacientes refractarios. Las terapias de tercera generación empezaron a implementarse desde hace una década para el tratamiento de pacientes con AN (Berman, Boutelle, Crow, 2009; Heffner y Eifert, 2004; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Martín-Murcia, Cangas y Pardo, 2011; Wilson y Roberts, 2002) aunque la publicación de estudios ha sido escasa. Este tipo de formas de comprensión de la psicopatología de naturaleza radicalmente contextual está permitiendo abordar problemas graves y refractarios de una forma parsimoniosa. Precisamente son las características diferenciales de este grupo de pacientes las que podrían ajustarse a una estrategia contextual. En primer lugar porque desde este formato se evita 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 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). En segundo lugar, por 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 los antecedentes de críticas por sobrepeso, experiencias sexuales y la elevada frecuencia de relaciones familiares disfuncionales). Por ello, el uso de la relación terapéutica como situación privilegiada para intervenir en los problemas interpersonales puede ser una herramienta determinante tanto para resolver los conflictos vitales relevantes que presentan como para que dicha resolución traiga como consecuencia una acción decisiva del paciente para mejorar las pautas alimentarias y el autocuidado efectivo.

Ya se ha documentado en otro apartado la elevadísima presencia de comorbilidad, especialmente la presencia de trastornos afectivos y de personalidad (Bell, 2002; Borda-Más, Torres-Pérez y Del Río-Sánchez, 2008; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Echeburúa y Marañón, 2001; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Martín-Murcia, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2008; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). La presencia de alteraciones del Yo y otros problemas psicosociales alterarán sin duda el curso y el pronóstico, tanto o más que los propios componentes patognómicos del trastorno alimentario. De ello se desprende que esos focos terapéuticos sean

relevantes en la estrategia de tratamiento.

Por último, la frecuencia de sobrepeso premórbido por lo que es esperable un retorno a pesos estables y así la lucha por la delgadez tarde o temprano fracasará con lo que la experiencia corporal negativa es predecible. 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 de partida.

La especial complejidad de abordaje de casos con TCA resistentes contempla diferentes áreas clínicamente significativas como la existencia de problemas de evitación social, uso de drogas, comportamiento obsesivo y limitante (con la angustiada necesidad de controlar los pensamientos y el efecto paradójico del aumento de la obsesividad), problemas en las relaciones familiares, regulación ineficaz de emociones, conducta sexual disfuncional, anhedonia vital, abandono de reforzadores existenciales, beneficios secundarios (control familiar, evitación de responsabilidades, sentimiento de ideonomía o excepcionalidad, refuerzo social por la delgadez, alianzas parentales), formatos de aprendizaje excesivamente limitado al funcionamiento por reglas (*pliance*) más que por contacto con las contingencias naturales y lógicamente la presencia patognomónica de un intenso patrón de comportamiento destinado al control de la comida, el peso, recuento de calorías, compra compulsiva de alimentos, uso de laxantes, búsqueda de vestimenta que simule la imagen, ocultación de la conducta alimentaria y planificación de la ingesta y/o atracones.

Se podría establecer una división –más didáctica que teórica- entre

aquellas técnicas enfocadas a la propia relación terapéutica 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 humor que permite por sí mismo la toma de perspectiva acerca de la problemática del paciente), la validación de la experiencia emocional y de valores o actitudes del paciente (incluyendo el reconocimiento de la función positiva que la anorexia nerviosa aporta a su vida). La pertinencia de este enfoque de validación se entiende en primer lugar por la existencia de contingencias de reforzamiento establecidas y en segundo porque la invalidación de los entornos familiares y sociales esperable suele hacer emerger contra-control y otras respuestas defensivas. De hecho, algunos clínicos sugieren que se hagan explícitas las ventajas de las creencias disfuncionales y que no se invaliden, entre otras cosas porque los valores de las sociedades modernas los confirman y refuerzan (Vitousek *et al.*, 1998).

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 que un paciente con estilo obsesivo-rígido no traiga la tarea o llegue un poco tarde a la sesión, o que un paciente especialmente dependiente verbalice que quiere realizar algún cambio en el horario de sesiones, o que un paciente que muestre funcionamiento esquizoide-desapegado se interese por una enfermedad del terapeuta, o elicitar conductas clínicamente significativas como ocultaciones o mentiras). Desde la psicoterapia analítica 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 suele ser tan agradecido como poco eficaz respecto al cambio.

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 sí mismas, sino direcciones vitales que deberán ponerse en juego prácticamente en todas las sesiones.

En esta línea, es asimismo relevante la explicitación de los conceptos cognitivos (Ferro, Valero y López, 2009; López, Ferro y Valero, 2010; Valero y Ferro, 2015). Con esto se alude a las auto-explicaciones 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 des-adaptativos. 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 tienen porqué ser los objetivos que espera la familia de la terapia. Por ejemplo, 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 otras aplicaciones clínicas. 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. La idea es que se puede pasar a la acción antes de cambiar los pensamientos o de llegar a sentirse bien (Heffner y Eifert, 2004).

Una clave esencial tratándose de un formato funcional-contextual es el proceso de exposición, que pudiera o no reducir el estrés, pero cuya propuesta al paciente debe ser explicada como una forma de aprender a convivir con el malestar. Por ejemplo, la habitual intervención en relajación progresiva podría enfocarse como una forma más cómoda (flexible) de exponerse a situaciones temidas más que como un fin en sí mismo (Wilson y Roberts, 2002) en el sentido que a veces se instruye erróneamente al paciente “que hay que estar relajado para estar sano o afrontar con éxito la vida”. La terapia de aceptación y compromiso hace de este asunto uno de sus focos esenciales. Gran parte de los ejercicios experienciales están destinados a producir un cierto distanciamiento o contemplación desapegada 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.

Por ejemplo el diálogo socrático se re-enmarcaría a su vez como una actividad que permite al paciente flexibilizar su forma de pensar y por tanto llegar efectivamente a la arbitrariedad y relativismo de los pensamientos más que a llegar a “*una correcta manera de pensar*” o el uso de la asociación libre para elicitar una tarea introspectiva si es que ésta fuera una actividad habitualmente evitada por el paciente (pero que no necesariamente deba requerir una interpretación más *profunda*). En casos refractarios y de larga evolución en los que ya han sido tratados previamente en varias ocasiones y por varios especialistas, es habitual que los pacientes esperen que el objetivo del terapeuta sea “*hacerles ganar peso*” e intentar sin éxito “*luchar contra sus miedos y obsesiones*”. Por eso es desconcertante para ellos –y sobre todo para sus familias- este particular abordaje, encontrando frecuentes resistencias familiares ante esta nueva alternativa. La aceptación -entendida como un proceso activo de autoafirmación más que un proceso de resignación- es tarea harto difícil en pacientes con TCA. Por ello generar un compromiso activo por parte del paciente y de la familia para que estén abiertos a un sufrimiento de gran intensidad mientras aquel dirige su agenda vital hacia otros valores personales, requiere la utilización de una especial relación terapéutica que permita el esclarecimiento honesto de lo que el paciente quisiera para su vida.

El análisis de los valores y el colocarlos en el horizonte de cambio es lo que puede permitir que acepte el dolor que provoca el tratamiento. La

comprensión de los valores no es reduccionista ni sigue un alineamiento lógico-gramatical: los valores serían actitudes cuya función es regular la acción, pero que la trasciende más allá de las metas o normas circunstanciales.

Los valores se experimentan más que “pensarlos” o “conocerlos”, por lo que su aspecto esencial es pre-reflexivo y por tanto emocional (más que razonado y previo a la capacidad de elegir). Su carácter ontológico tendría que ver con la característica primaria de dar estructura (idiosincrásica) a la experiencia emocional (incluso o más aún en las que ésta es caótica o rígida). Los valores no son metas, son direcciones vitales (Heffner y Eifert, 2004 pp. 96). Por ello habitualmente existirán conflictos de valores (cuya expresión verbal sería por ejemplo “*ser alguien a través de un cuerpo delgado*” frente a “*ser una persona comprometida con mi mundo*”) y una de las tareas esenciales sería tratar de ayudar al paciente a esclarecerlos y elegir entre ellos. Se suelen distinguir en áreas –fundamentalmente para poder objetivarlos aunque obviamente se superpongan algunos de ellos-. La categorización que habitualmente se muestra aborda áreas de familia, relaciones sentimentales, amigos, educación, espiritualidad, salud, carrera, etc. Se ha de recordar que la intervención generalmente produce más sufrimiento que la condición de no tratamiento y es muy importante que el clínico entienda esto con comprensión para la paciente y la familia, con aceptación y respeto. Se recordará de nuevo la tradición logoterápica de Frankl (1987) sobre el sentido y finitud de la vida, la aceptación, el sufrimiento y la responsabilidad de hacer congruentes los valores y la conducta. Respecto al terapeuta, adquirir esta postura filosófica de comprensión de la psicopatología (determinista, fenomenológica, contextual y no mentalista) y de la intervención (no sintomática sino valiosa) permite que

éste *sobreviva* a la frustración habitual ante el tratamiento de este tipo de trastorno psicológico grave y refractario.

Por último, se destacaría de esta argumentación que la combinación de FAP y ACT, así como otras intervenciones clásicas, podrían actuar de manera sinérgica tal y como proponen Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra y Virués (2005).

Justificación de la línea de investigación

Para terminar, se condensan las conclusiones respecto a la justificación social, filosófica y clínica dada hasta ahora de la presente línea de investigación y que se resumirían como sigue:

- Existe una razonable evidencia de que los trastornos alimentarios son patrones de comportamiento extremadamente complejos tanto por las variables que intervienen en su génesis y desarrollo, como por las dificultades de tratamiento. Se hace pues necesario elaborar propuestas de análisis e intervención que además incorporen el trabajo sobre la formación de la persona en su conjunto.

- A pesar del interés por la clasificación y descripción diagnóstica, no parece que ello implique la formulación de modelos explicativos que permitan la implementación de herramientas terapéuticas.

- Gran número de modelos explicativos y/o tratamientos en TCA sugieren la existencia de un elevado nivel de implicación de la familia, tanto a nivel etiopatogénico como de mantenimiento del problema. Por tanto parece razonable investigar acerca de los antecedentes e interacciones familiares, así como que las intervenciones tengan en cuenta los contextos familiares y sus conductas.

- Dada la situación crítica de los problemas conceptuales en psiquiatría y psicología, parece razonable encontrar formatos de implementación clínica en TCA acordes con una perspectiva fenomenológico-contextual.

- En esa línea, sería adecuado sustentar una re-consideración del Yo y por ende de la personalidad en términos funcionales y contextuales.

- Se han establecido intervenciones eficaces para los TCA desde el paradigma cognitivo-conductual, aunque el hallazgo de una elevada tasa de pacientes resistentes al cambio, la alta frecuencia de abandonos y las dificultades en el establecimiento de la relación terapéutica, exige la necesidad de plantear alternativas de tratamiento.

- La evidencia de una alta comorbilidad de trastornos de personalidad en dichos pacientes y por tanto la aparición de comportamientos interpersonales complejos en las sesiones terapéuticas, sugiere que el uso de la psicoterapia analítica funcional pudiera ser un formato de intervención eficaz en este grupo de pacientes.

- La validación de la experiencia emocional y de valores o actitudes del paciente (incluyendo el reconocimiento de la función positiva que la anorexia nerviosa aporta al paciente) puede evitar el contra-control y otras respuestas defensivas que impidan una evolución favorable.

- Dada la eventual vuelta al peso de origen, se precisa un abordaje terapéutico cuya filosofía central se base en la aceptación de los problemas relacionados con la imagen corporal y los pensamientos y sentimientos asociados a ella.

- Existen pocos trabajos publicados sobre el uso de terapias de tercera generación en casos de TCA resistentes, por lo que es pertinente la puesta en marcha de estudios de caso.

- Dada el énfasis especial en las conductas que ocurren in vivo en sesión terapéutica, parece relevante la realización de estudios en los que se analicen las conductas verbales del terapeuta y su función en el cambio

psicológico de los pacientes.

- Existen trabajos que parecen confirmar la eficacia de las terapias de tercera generación implementadas de forma conjunta. La propuesta de integrar con FAP con ACT en casos de TCA podría aumentar y consolidar las tasas de cambio psicológico a largo plazo.

2. Objetivos

OBJETIVOS

Como se ha documentado, las intervenciones conductuales operantes destinadas a la ganancia de peso son los únicos tratamientos de demostrada eficacia en los estudios consultados, pero este objetivo es poco estable a medio plazo. De hecho los patrones de “puerta giratoria” son habituales. Por otra parte, la conducta imitativa y competitiva entre pacientes ingresadas puede hacer emerger nuevo repertorio (vómitos, laxantes, trampas para simular más peso). En otro orden de cosas, la evidencia de egosintonía en personas con TCA grave podrían implicar una respuesta defensiva objetivada como falta de adherencia, abandono precoz o incapacidad para generar una relación afectiva y efectiva adecuada con el terapeuta.

Estos aspectos serían básicos para el planteamiento de algunos objetivos relacionados con la hipótesis de que la dificultad para el tratamiento de este tipo de casos tenga que ver en parte con la existencia de estructuras caracteriológicas altamente disfuncionales (los clásicos trastornos de personalidad) y, si esto es así, con la elección de otro tipo de estrategias de intervención que fueran más a la raíz constitutiva de la persona y en las que la relación terapéutica fuera una variable esencial.

Es más, la existencia de alteraciones de personalidad importantes implicaría una especial relevancia de las relaciones familiares y sociales como variables de modelado, evocadoras y discriminativas que mantienen el comportamiento problemático. Por lo que se hizo indispensable generar un diseño que pudiera atender los aspectos de antecedentes familiares y de soporte social.

Un aspecto esencial de la línea de investigación tiene que ver con la conducta del terapeuta en el marco de las interacciones verbales con el paciente. Primero porque es la herramienta básica en psicoterapia y en segundo lugar porque un análisis funcional permitiría establecer con más claridad que relaciones de cambio existen en la modificación del comportamiento verbal del paciente.

Por último, en el ánimo del trabajo de investigación se quiso dotar de un marco teórico para pudiera ser una forma de resolución de las aporías en las que se encuentra la psicología y la psicopatología. Dicha reconsideración se ha realizado desde una perspectiva fenomenológico-contextual dado que se trataría de considerar la pertinencia de entender las alteraciones del Yo como un punto de referencia para la terapia psicológica y de que dichas alteraciones pudieran ser el contexto de comprensión de otro tipo de problemas clínicos como sería el caso de los TCA .

Objetivos específicos

- *Se pretendió mostrar la elevada prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario y la afinidad de ciertos estilos según la topografía conductual patológica. Dicho objetivo justificaría la idoneidad de este tipo de casos para una investigación acerca de las variables de personalidad y la intervención en sus trastornos. (publicaciones I y II)*

- *Dado el punto de partida de comprensión funcional-contextual, es natural aducir que las relaciones familiares sean variables que podrían generar una historia de reforzamiento y modelado de conductas disfuncionales. Se pretendió replicar los reportes descriptivos acerca de la elevada prevalencia de trastornos psicológicos (los denominados Antecedentes Familiares) en la casuística de las familias de los casos clínicos (publicación III).*

En esa línea, se espera que existan variables biográficas de soporte social a lo largo del seguimiento que puedan explicar en parte el cambio terapéutico, como el mantenimiento de relaciones sentimentales, relaciones familiares funcionales, independencia y autonomía de marcos familiares inestables y por supuesto la consecución de una relación terapéutica adherente e intensa. (publicación III).

Se analizaron descriptivamente y funcionalmente los patrones de conducta interactivos familiares habituales en los casos estudiados. (publicaciones III, VII y VIII)

Se pretendió mostrar que un control eficaz en las variables familiares de mantenimiento de la conducta problemática, tuvo relación con una disminución de disruptivas y suprimió la función de control familiar (publicaciones VII y VIII).

- Se describieron los principios básicos de intervención contextual a través de ACT y FAP en Anorexia Nerviosa, con ejemplos prototípicos de comportamientos del paciente y terapeuta (publicación IV).

- Se pretendió mostrar que la escasa generalización de la conducta alimentaria en contextos no hospitalarios podría estar relacionada causalmente con el uso de reforzadores arbitrarios, no naturales. Para ello, se realizó un diseño de intervención en el que existía un control eficaz para implementar reforzadores no indiscriminados y se objetivaron cambios en las variables asignadas como conducta alimentaria no restrictiva y conducta de sobre-ingesta (publicaciones VII y VIII).

- Se pretendió mostrar que la postura terapéutica de no focalizar la intervención contra el síntoma, objetivada como una conducta no aversiva del terapeuta, no dar instrucciones para el control de la dieta, evitación de contratos de contingencia relacionados con el aumento de la ingesta y/o el aumento de peso hizo emerger más conductas verbales relacionadas con el autoconocimiento (esencialmente la capacidad para el autoanálisis funcional), redujo el abandono precoz y permitió el aumento de conductas de adherencia. (publicaciones VII y VIII).

- Se pretendió mostrar que en el estado del arte de los tratamientos psicológicos en los TCA graves, tanto la terapia de aceptación y compromiso y la psicoterapia analítica funcional, que cuentan con abundante investigación en

procesos básicos como el control de estímulos, el aprendizaje por reglas y el fortalecimiento y la evitación experiencial, podrían ser formatos eficaces y eficientes de intervención.

Ello requirió el análisis funcional del comportamiento psicopatológico alimentario, la observación de una clase general de conducta de evitación (que incluiría tanto la evitación de la comida como de las relaciones y los eventos psicológicos asociados a esas situaciones aversivas) y de las dificultades con la intimidad. Se realizó una intervención integrada de FAP y ACT (publicaciones VII y VIII).

- Dada la posición funcional-contextual, que enraíza a la persona y sus trastornos psicológicos en el mundo, se pretendió argumentar que un modelo explicativo de la Ipseidad genuinamente conductual que entendiera el Yo como un epifenómeno social que requiere una conciencia básica pre-reflexiva en un contexto cultural determinado y que le dará forma a través de la conducta verbal prototípica en la interacción humana, es una perspectiva teórica que llevada a la práctica clínica a través de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación podrían salvar del encalle de las psicologías representacionales y quizás del escaso éxito terapéutico en los problemas clínicos complejos enmarcados en los tradicionales trastornos de la personalidad (publicaciones V, VI y IX).

3. Compendio de Publicaciones

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PERSONALIDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Francisco Manuel Martín Murcia¹, Adolfo J. Cangas Díaz²,
Eugenia M^a Pozo Pérez¹, Margarita Martínez Sánchez¹
y Manuel López Pérez³

¹*Instituto de Ciencias del Comportamiento*; ²*Universidad de Almería*;
³*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

Resumen

Los trastornos de personalidad asociados a trastornos del Eje I se han erigido como unos de los principales tópicos actuales en la investigación psicológica. Se diseñó un estudio descriptivo, comparativo y transversal cuyos objetivos fueron comparar las escalas de personalidad en una muestra clínica de 67 pacientes con TCA frente a un grupo control a través del MCMI-II y analizar la existencia de agregación de estilos de personalidad en función de la topografía del TCA. No se encontraron diferencias significativas en la agregación de estilos de personalidad entre grupos clínicos, aunque sí respecto al grupo control en la mayoría de las escalas patológicas. Se discute sobre las escalas en las que no se encontró diferencia entre ambos grupos (dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva) y sobre la posibilidad de que ello se deba a la influencia de ciertos valores sociales imperantes y por tanto comunes a ambas muestras.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de personalidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.*

Abstract

Personality disorders associated to Axis I disorders have become ever-present topics in current psychological research. A descriptive, comparative and transversal study was designed to compare the personality scales in a clinical sample of 67 patients with TCA and a control group by means of the MCMI-II and to analyze the existence of aggregation of styles of personality depending on the topography of the TCA. We did not find significant differences in the aggregation of styles of personality among clinical groups, though differences did appear with regard to

the control group in the majority of the pathological scales. We discuss the scales in which no differences were found between both groups (dependent, histrionic, narcissist and compulsive) and the possibility that it should be due to the influence of certain widely accepted social values common to both samples.

KEY WORDS: *Eating disorders, personality disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa.*

Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se han convertido en un reto fundamental para clínicos e investigadores por varios motivos. Por un lado, el aumento de su incidencia que ha pasado en una década de 0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la anorexia nerviosa y de 6 a 9,9 casos para la bulimia nerviosa, aceptándose un incremento en la prevalencia de dos a cinco veces en las últimas tres décadas con un porcentaje de 0,5-1% en la anorexia nerviosa, de 1-3% en bulimia nerviosa y, aproximadamente, un 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005). Por otro, la refractariedad de los distintos enfoques terapéuticos y el enorme costo personal y familiar que conlleva, con una tasa de mortalidad que se cifra entre un 8-18%, (Saldaña, 2001). La dificultad terapéutica que entraña para los clínicos la intervención en pacientes con TCA, tanto por la baja motivación al cambio como por la gran frecuencia de abandonos, podría deberse a los pocos casos «puros» que se encuentran. De hecho, la elevada comorbilidad parece ser la norma y no la excepción, siendo especialmente significativa la presencia de trastornos del humor y de personalidad (Echeburúa y Marañón, 2001). Braun, Sunday y Halmi (1994) mostraron que los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos coexistían frecuentemente en este tipo de pacientes. Respecto a la comorbilidad con el Eje II, la literatura informa de frecuencias que llegan hasta el 77% (Herzog *et al.* 1992a; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005), aunque existen claras diferencias respecto a la prevalencia de trastornos de personalidad en los diferentes estudios, probablemente debidas tanto a la selección muestral (participantes hospitalarios o ambulatorios, adolescentes o adultos) como a las dificultades intrínsecas del diagnóstico de los propios «trastornos de la personalidad» dada la complejidad en el consenso para determinar una validez de constructo y la propia limitación de los instrumentos de medida diseñados, siendo éste probablemente uno de los retos del siglo XXI (Caballo, 2001). Por otro lado, la malnutrición y el bajo peso podrían afectar a la personalidad ya que pueden exacerbar estilos y patrones de conducta desadaptativos. Según algunos autores, se podría dar una falsa comorbilidad, siendo estos patrones desadaptativos una exageración sintomática debida a la propia condición física de la anorexia nerviosa (Graell, García, López y Guzmán, 2006).

En un recorrido por los principales estudios sobre la presencia de trastornos de personalidad en la población con anorexia o bulimia nerviosas, se concluiría que la prevalencia del grupo A es relativamente baja, así como los rasgos de personalidad antisocial y autodestructiva, mientras que existe una elevada frecuencia de rasgos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva (Anderluh,

Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003; Casper, 1990; Johnson y Wonderlich, 1992). Las dificultades interpersonales quedan reflejadas en el estudio de Fernández *et al.* (2003) en el que se muestra la presencia significativa de indicadores de ansiedad y fobia social en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa respecto a un grupo control. A este respecto, Kleinfield, Sunday, Hurt y Halmi (1994) observaron la aparición de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia frente a aquellos con bulimia y controles. Bulik, Sullivan, Welding y Kaye (1995) encontraron rasgos de dependencia en ambos tipos de TCA frente a controles sanos. Una gran parte de los estudios han asociado el trastorno límite (Dowson, 1989; Hertzog, *et al.*, 1992a; Murakami *et al.*, 2002; Skodol *et al.*, 1993; Waller, 1993; Wonderlich, Fullerton, Swift y Klein, 1994) y el trastorno evitativo (Grilo *et al.*, 1996, Grilo *et al.*, 2003; Murakami *et al.*, 2002) con los trastornos alimentarios.

Por otro lado, parecen existir diferencias en los patrones de personalidad según la topografía alimentaria; los pacientes con topografía compulsiva (atracones y purgas) muestran una mayor prevalencia en rasgos de personalidad límite e histriónica (Díaz-Marsá, Carrasco, Prieto y Sáiz, 2000; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Herzog *et al.*, 1992b; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hyler, 1986; Martín Murcia, Motos y Del Aguila, 2001; Skodol *et al.*, 1993) mientras que los pacientes con topografía alimentaria restrictiva muestran mayor frecuencia de rasgos obsesivo-compulsivos (Gillberg, Rämstam y Gillberg, 1995; Herzog *et al.* 1992a; Johnson y Wonderlich, 1992; Wonderlich *et al.*, 1994). En esta línea, el metaanálisis de Rosenvinge, Martinussen y Ostensen (2000) determinó que existía una significativa proporción de trastornos de personalidad límite y del grupo B en mujeres bulímicas, respecto a mujeres anoréxicas, sin encontrar diferencias significativas en el grupo C en ambos tipos de trastornos.

Uno de los factores que podrían influir en las variaciones de frecuencia en los trastornos de personalidad encontradas en la literatura podría ser debida a los instrumentos de medida utilizados. Parece evidenciarse un sesgo de sobreestimación de los trastornos de personalidad en evaluaciones realizadas con medidas de autoinforme frente a las realizadas por entrevista clínica (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000). Por otro lado, algunos autores sugieren la utilidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II; Millon, 1998) en pacientes diagnosticados con anorexia o bulimia nerviosas (Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Pendleton, Tisdale y Marler, 1991; Wiederman y Pryor, 1997), aunque siempre debiera ser utilizado como instrumento de orientación para el clínico (no como instrumento diagnóstico). La sobreestimación diagnóstica (incluyendo la gran frecuencia de varios trastornos de personalidad comórbidos) y la gran presencia de falsos positivos, parecen desestimarlos como instrumento psicométrico; no obstante, los autores apuntan —entre otros aspectos— a la ambigüedad del constructo «trastorno de personalidad» como posible artefacto de las inconsistencias halladas. Aunque la contribución teórica de Millon ha sido de enorme relevancia, se han realizado pocos estudios en los que pacientes diagnosticados con trastorno de la conducta alimentaria fueran evaluados con el MCMI-II. Por ejemplo, Kennedy, McVey y Katz (1990) utilizaron el MCMI-II con 44 mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o una combinación de ambas. A pesar de la pequeña muestra, encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las pacientes diagnosticadas con anorexia obtuvieron puntuaciones significativas en los rasgos de personalidad esquizoide y esquizotípica, mientras que las diagnosticadas con bulimia mostraron elevadas puntuaciones en la escala de personalidad límite. Wiederman y Prior (1997) reseñaron en su trabajo la ausencia de estudios en los que se haya utilizado el MCMI-II, destacando, sin embargo, las significativas diferencias encontradas en las puntuaciones en función del grupo diagnóstico (restrictivo frente purgativo). Norman, Blais y Herzog (1993) evaluaron mediante el MCMI a diferentes grupos diagnosticados con anorexia nerviosa restrictiva (n=17), bulimia nerviosa (n=58) y a un grupo diagnosticado con anorexia purgativa (n=12). Encontraron que el grupo bulímico tendía a puntuar más alto en las escalas dependiente e histriónica. Los grupos de pacientes con anorexia nerviosa presentaban una puntuación elevada en las escalas esquizoide y evitativa. Espelage *et al.*, (2002), por su parte, realizaron un análisis de conglomerados utilizando el MCMI-II en pacientes con TCA, sugiriendo que existen patrones de personalidad distintos en función de la topografía. La importancia de los TP en el curso, pronóstico y abordaje terapéutico parecen muy relevantes y, a este respecto, Matsunaga *et al.* (2000) evaluaron a una muestra de pacientes con TCA recuperados, informando que el trastorno de personalidad solía persistir fundamentalmente en el grupo bulímico. Westen y Harnden-Fischer (2001) ya apuntaron la importancia de ir más allá de la topografía comportamental, sugiriendo la subdivisión de grupo según características de personalidad (perfeccionista/alto funcionamiento, controladores/evitativos e impulsivos/disregulados emocionalmente). De hecho, en algunos estudios longitudinales se propone la anorexia restrictiva como una fase del curso de la anorexia nerviosa, dado que aproximadamente el 80% de pacientes evolucionará hacia formas compulsivas (Eddy *et al.* 2002).

En resumen, los hallazgos encontrados en la literatura podrían condensarse en que los trastornos esquizoide y compulsivo de personalidad son más comunes en pacientes con patrones restrictivos, que los trastornos de personalidad histriónico o límite son más frecuentes en los cuadros bulímicos (Álvarez, 1997; Graell, 1999; Rämstan, 1999; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998), que respecto al interés clínico de dicha comorbilidad parece lógico pensar que la presencia de un trastorno de personalidad afecte significativamente el curso y el pronóstico (Echeburúa y Maraño, 2001; Bell, 2002) y que podría existir alguna relación entre el abandono de la terapia con algunos aspectos de la personalidad de los pacientes (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002).

Los objetivos del presente trabajo fueron comparar las puntuaciones obtenidas en el MCMI-II en los grupos clínicos y control, comparar los perfiles obtenidos para determinar la existencia de diferencias significativas en su agregación según la topografía y hacer énfasis en las escalas en las que no hubiera diferencias significativas entre control y grupo clínico. Los hallazgos relacionados con las investigaciones de personalidad podrían suministrar información que apunte tanto hacia el curso como al pronóstico de estos complejos y cada vez más frecuentes trastornos (Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000). Por último, este tipo de investigaciones podría dotarnos de la necesaria información sobre aquellos rasgos de personalidad que pudieran hacer más vulnerable a la población de riesgo (fundamentalmente mujeres jóvenes).

Método

Participantes

La investigación se realizó en una clínica ambulatoria privada de psicología clínica especializada en tratamiento para TCA. Participaron 67 mujeres que presentaban trastornos de la conducta alimentaria según criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association en su 4ª edición revisada (2001), que se distribuyeron en tres grupos clínicos. El grupo de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (AN R) contó con 24 participantes con una media de edad de 22,9 años ($DT= 5,7$). El grupo de anorexia nerviosa compulsivo-purgativa (AN CP) contó con 14 participantes con una media de edad de 22,8 años ($DT= 2,8$). El grupo de bulimia nerviosa purgativa (BN P) contó con 29 participantes con una media de edad de 26,6 años ($DT= 8,5$). Por su parte, se incluyó un grupo control formado por 46 mujeres con media de edad de 24 años ($DT= 4,2$), obtenida de población universitaria y pacientes no psiquiátricos, con características demográficas homogéneas a las muestras clínicas (en variables de hábitat, nivel académico y nivel social).

Diseño e instrumentos

Se realizó un diseño descriptivo, comparativo y transversal. Entre los instrumentos utilizados destacan:

- a) «Inventario Clínico Multiaxial de Millon» (Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II; Millon, 1998, versión española) Es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso, que informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones se convierten en tasas base de prevalencia, cuyo punto de corte se sitúa en el valor 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico y por encima de 84 discriminaría trastornos del Eje I y II. Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseabilidad y exageración deliberada de la sintomatología.
- b) «Test de actitudes alimentarias» (*Eating Attitude Test 40*, EAT 40). Se trata de un cuestionario autoinformado, diseñado por Garner y Garfinkel (1979), que consta de 40 ítems con 6 opciones de respuesta de las que sólo 3 puntúan. Se utilizó la versión española validada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Su validez interna es de 0,61 y su índice alfa de consistencia interna de 0,93. Se utilizó la puntuación de 30 como punto de corte sugestivo de problemas clínicos, que es el referido de forma mayoritaria en los estudios con poblaciones clínicas (aunque el punto de corte de 20 se ha utilizado en otros estudios sobre población de riesgo).

Procedimiento

Todos los participantes y tutores legales fueron informados acerca de la investigación, sin explicitar directamente los objetivos concretos de la misma. La evaluación psicométrica se realizó como parte del protocolo general de evaluación clínica en las sesiones iniciales del tratamiento. El grupo control fue evaluado en la misma fase temporal de recogida de datos. La tabla 1 muestra los criterios de inclusión tanto de los grupos clínicos como los del grupo control. El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS 15).

Tabla 1
Criterios de inclusión

Criterios de inclusión grupo clínico:
Cumplir los criterios diagnósticos para los distintos trastornos alimentarios según DSM IV-TR
Ser paciente externo (ambulatorio)
Estar en rango de edad de 17 a 26 años al inicio del tratamiento
Tener residencia habitual en Almería y provincia
Iniciar tratamiento psicológico
Tener medidas válidas en las escalas de control (validez y sinceridad) del MCMI-II
Criterios de inclusión grupo control:
Ausencia de criterios diagnósticos de trastornos alimentarios según DSM IV-TR
Obtener puntuación en EAT $40 < 20$
Estar en rango de edad de 17 a 26 años
Tener residencia habitual en Almería y provincia
Tener medidas válidas en las escalas de control (validez y sinceridad) del MCMI-II

Resultados

Se llevó a cabo una prueba *t* para muestras independientes comparando las puntuaciones en las escalas clínicas del MCMI-II en el grupo TCA total con las del grupo control; la tabla 2 expresa las escalas en las que se hallaron diferencias significativas, mientras que la tabla 3 indica las escalas que no alcanzaron nivel de significación estadística.

Tabla 2
Escalas del MCMI-II con diferencias significativas
entre grupos clínicos y control

<i>Escalas</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i> <i>Sig. (bilateral)</i>
Esquizoide	Clínico	71,94	26,910	2,684	0,009
	Control	56,72	23,296	2,621	0,011
Fóbica	Clínico	63,15	31,189	4,946	0,000
	Control	30,28	27,571	4,846	0,000
Pasivo-agresiva	Clínico	73,27	24,160	4,232	0,000
	Control	48,00	27,520	4,325	0,000
Autodestructiva	Clínico	65,58	24,399	5,840	0,000
	Control	33,33	24,070	5,827	0,000
Esquizotípica	Clínico	60,24	27,234	4,412	0,000
	Control	34,78	23,826	4,315	0,000
Límite	Clínico	61,85	25,803	5,036	0,000
	Control	34,65	22,032	4,906	0,000
Ansiedad	Clínico	54,61	26,369	3,920	0,000
	Control	31,59	25,279	3,893	0,000
Histeriforme	Clínico	52,52	24,960	2,912	0,005
	Control	35,89	25,065	2,914	0,005
Neurosis depresiva	Clínico	54,48	28,080	4,667	0,000
	Control	28,54	21,333	4,463	0,000
Abuso de alcohol	Clínico	45,61	31,123	3,378	0,001
	Control	24,07	25,457	3,268	0,002
Pensamiento psicótico	Clínico	58,70	22,957	3,592	0,001
	Control	38,22	26,344	3,675	0,000
Depresión mayor	Clínico	54,45	32,346	4,924	0,000
	Control	22,74	24,904	4,718	0,000

En las tablas 4 y 5 se exponen los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de las puntuaciones que se obtuvieron en el MCMI-II según los distintos grupos, tanto descriptivos como comparativos. Se realizó un ANOVA en el que se destacó la existencia de diferencias significativas en la mayoría de las escalas. Se realizó un análisis post hoc con contraste Bonferroni para determinar el sentido de las diferencias entre grupos, obteniéndose la existencia de diferencias significativas sólo entre el grupo control y los diferentes grupos clínicos, pero no entre ellos.

Tabla 3
Escalas del MCMI-II sin diferencias significativas entre grupos clínicos y control

Escalas	Grupo	Media	DT	t	p Sig. (bilateral)
Dependiente	Clínico	52,12	28,821	1,206	0,231
	Control	43,50	32,987	1,234	0,221
Histriónica	Clínico	59,79	31,316	-0,553	0,582
	Control	63,78	31,867	-0,555	0,581
Narcisista	Clínico	60,97	32,199	0,490	0,625
	Control	57,54	29,468	0,483	0,631
Antisocial	Clínico	65,12	28,027	2,353	0,021
	Control	51,00	25,011	2,309	0,024
Agresivo-sádica	Clínico	65,33	23,861	1,708	0,092
	Control	55,22	27,350	1,747	0,085
Compulsiva	Clínico	62,03	30,059	0,571	0,570
	Control	57,83	33,777	0,582	0,562
Paranoide	Clínico	67,42	25,369	2,241	0,028
	Control	55,26	22,607	2,198	0,032
Hipomanía	Clínico	60,36	23,443	0,282	0,779
	Control	58,76	25,957	0,286	0,775
Abuso de drogas	Clínico	61,12	25,219	2,288	0,025
	Control	48,17	24,511	2,277	0,026
Delirios	Clínico	61,76	24,569	1,822	0,072
	Control	51,83	23,394	1,808	0,075

De los resultados obtenidos tras el análisis *post hoc*, destacó la ausencia de diferencias significativas respecto al grupo control en las escalas dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, abuso de drogas y delirios psicóticos. Las escalas en las que hubieron diferencias significativas en todos los grupos clínicos en relación al control fueron la escala fóbica, autodestructiva, esquizotípica, límite, ansiedad y depresión mayor. La escala esquizoide tuvo diferencias significativas en los grupos de anorexia compulsivo-purgativa y anorexia nerviosa restrictiva respecto al control. La escala pasivo-agresiva tuvo significación en ambos grupos de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa purgativa respecto al control. La escala histeriforme tuvo significación en el grupo de pacientes con bulimia respecto al control. La escala pensamiento psicótico tuvo significación en los grupos de topografía compulsiva (AN CP y BN P) respecto al control. Como puede

Tabla 4

Escalas con diferencias significativas entre diferentes grupos clínicos y control (ANOVA y post hoc Bonferroni)

Escalas		N	Media	DT	F	p	Dif. medias con control posthoc (Bonferroni)	Sig. posthoc
Esquizoide	AN CP	14	77,14	25,093			20,43*	0,050
	AN R	24	84,25	23,244			27,53*	0,000
	BN P	29	70,21	28,271			13,49	0,145
	Control	46	56,72	23,296				
	Intergrupo				7,260	0,000		
Fóbica	AN CP	14	69,21	34,788			38,93*	0,000
	AN R	24	65,29	34,505			35,01*	0,000
	BN P	29	64,55	28,289			34,27*	0,000
	Control	46	30,28	27,571				
	Intergrupo				12,607	0,000		
Pasivoagresiva	AN CP	14	76,07	21,670			28,07*	0,003
	AN R	24	63,58	27,582			15,58	0,110
	BN P	29	73,59	23,222			25,59*	0,000
	Control	46	48,00	27,520				
	Intergrupo				7,834	0,000		
Autodestructiva	AN CP	14	66,64	29,183			33,32*	0,000
	AN R	24	66,50	27,197			33,17*	0,000
	BN P	29	69,62	21,080			36,29*	0,000
	Control	46	33,33	24,070				
	Intergrupo				17,851	0,000		
Esquizotípica	AN CP	14	69,71	26,705			34,93*	0,000
	AN R	24	56,04	23,401			21,26*	0,006
	BN P	29	60,72	26,672			25,94*	0,000
	Control	46	34,78	23,826				
	Intergrupo				10,952	0,000		

Límite	AN CP	14	62,93	28,432			28,28*	0,001
	AN R	24	54,13	23,434			19,47*	0,008
	BN P	29	65,48	22,765			30,83*	0,000
	Control	46	34,65	22,032				
	Intergrupo				12,539	0,000		
Ansiedad	AN CP	14	54,21	23,645			22,63*	0,019
	AN R	24	50,92	25,672			19,33*	0,014
	BN P	29	60,24	22,765			28,65*	0,000
	Control	46	31,59	25,279	9,380	0,000		
	Intergrupo							
Histeriforme	AN CP	14	46,07	21,388			10,18	0,829
	AN R	24	47,75	19,874			11,86	0,223
	BN P	29	59,76	19,845			23,87*	0,000
	Control	46	35,89	25,065				
	Intergrupo				6,861	0,000		
Distimia	AN CP	14	54,43	21,989			25,89*	0,006
	AN R	24	48,83	30,551			20,29*	0,010
	BN P	29	58,07	26,299			29,53*	0,000
	Control	46	28,54	21,333				
	Intergrupo				10,104	0,000		
Abuso de alcohol	AN CP	14	37,64	26,471			13,58	0,599
	AN R	24	31,13	25,708			7,06	1,000
	BN P	29	46,59	29,775			22,52*	0,003
	Control	46	24,07	25,457				
	Intergrupo				4,367	0,006		
P. psicótico	AN CP	14	62,14	18,123			23,93*	0,007
	AN R	24	52,08	20,673			13,87	0,127
	BN P	29	61,28	23,168			23,06*	0,000
	Control	46	38,22	26,344				
	Intergrupo				7,369	0,000		
Depresión mayor	AN CP	14	49,43	30,148			26,69*	0,008
	AN R	24	53,46	29,306			30,72*	0,000
	BN P	29	59,00	25,467			36,26*	0,000
	Control	46	22,74	24,904				
	Intergrupo				13,744	0,000		

Nota: * $p < 0,05$

Tabla 5
Escalas sin diferencias significativas entre diferentes grupos clínicos y control
(ANOVA y *post hoc* Bonferroni)

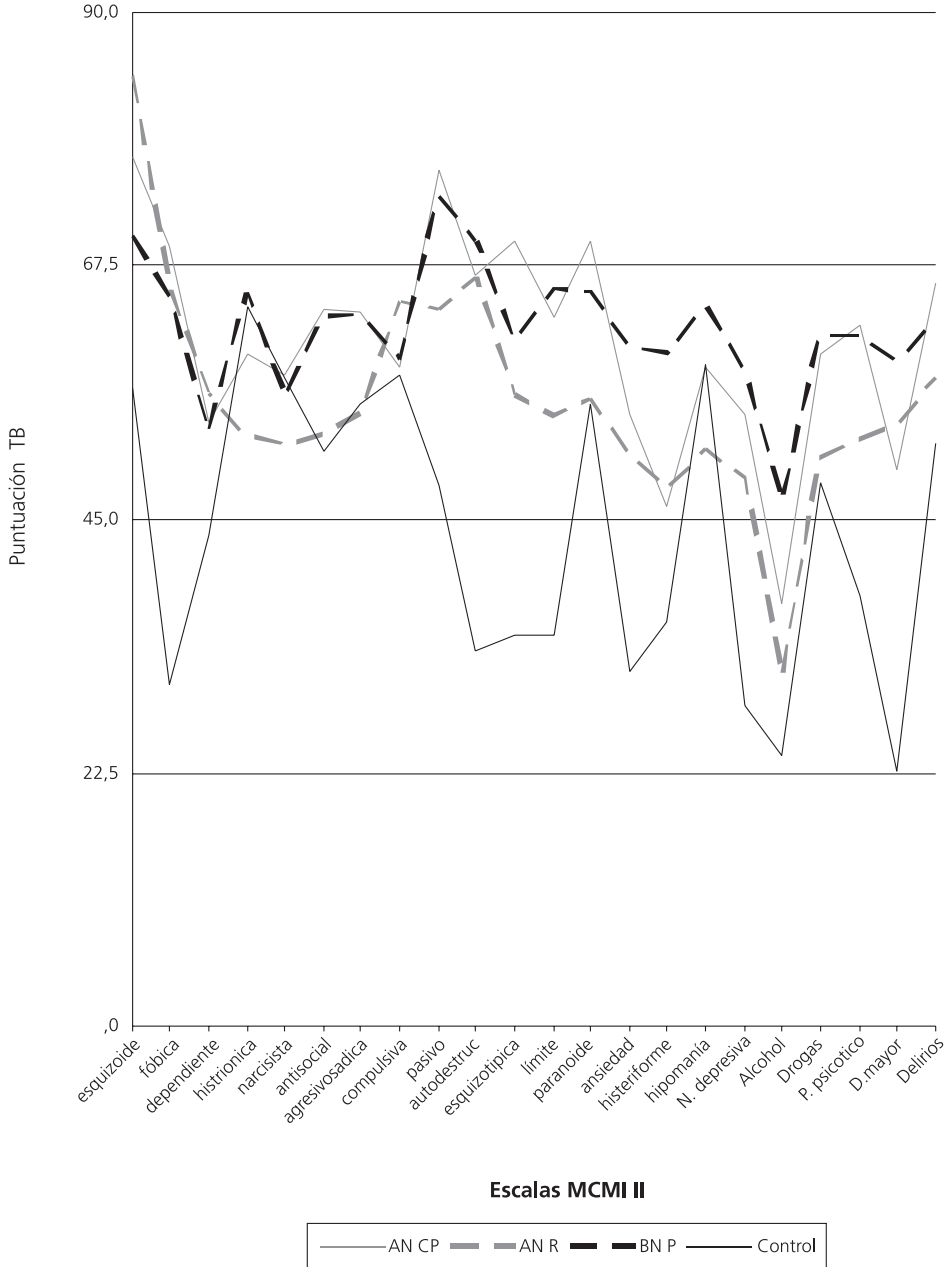
Escalas		N	Media	DT	F	p	Dif. medias con control <i>posthoc</i> (Bonferroni)	Sig. <i>posthoc</i>
Dependiente	AN CP	14	53,57	24,917			10,07	1,000
	AN R	24	56,29	35,408			12,79	0,686
	BN P	29	52,66	29,946			9,16	1,000
	Control	46	43,50	32,987				
	Intergrupo				1,071	0,364		
Histriónica	AN CP	14	59,64	27,662			-4,14	1,000
	AN R	24	52,42	28,437			-11,37	0,838
	BN P	29	65,07	30,489			1,29	1,000
	Control	46	63,78	31,867				
	Intergrupo				0,952	0,418		
Narcisista	AN CP	14	57,71	34,584			0,17	1,000
	AN R	24	51,58	31,094			-5,96	1,000
	BN P	29	55,79	32,372			-1,75	1,000
	Control	46	57,54	29,468				
	Intergrupo				0,211	0,888		
Antisocial	AN CP	14	63,57	19,798			12,57	0,724
	AN R	24	52,54	26,744			1,54	1,000
	BN P	29	63,00	30,390			12,00	0,343
	Control	46	51,00	25,011				
	Intergrupo				1,760	0,159		
Agresivosádica	AN CP	14	63,29	21,138			8,07	1,000
	AN R	24	54,42	27,889			-0,80	1,000
	BN P	29	63,07	27,111			7,85	1,000
	Control	46	55,22	27,350				
	Intergrupo				0,839	0,475		

Compulsiva	AN CP	14	58,50	26,308			0,67	1,000
	AN R	24	64,25	27,245			6,42	1,000
	BN P	29	59,21	32,285			1,38	1,000
	Control	46	57,83	33,777				
	Intergrupo				0,233	0,873		
Paranoide	AN CP	14	69,64	22,207			14,38	0,231
	AN R	24	55,71	18,400			0,45	1,000
	BN P	29	65,17	25,294			9,91	0,394
	Control	46	55,26	22,607				
	Intergrupo				2,335	0,078		
Hipomanía	AN CP	14	58,43	24,769			-0,33	1,000
	AN R	24	51,25	22,125			-7,51	1,000
	BN P	29	63,90	22,685			5,14	1,000
	Control	46	58,76	25,957				
	Intergrupo				1,198	0,314		
Abuso de drogas	AN CP	14	59,57	20,683			11,40	0,708
	AN R	24	50,42	24,056			2,24	1,000
	BN P	29	61,24	23,362			13,07	0,131
	Control	46	48,17	24,511				
	Intergrupo				2,248	0,087		
Delirios psicóticos	AN CP	14	66,07	23,253			14,25	0,205
	AN R	24	57,58	12,065			5,76	1,000
	BN P	29	62,79	24,351			10,97	0,215
	Control	46	51,83	23,394				
	Intergrupo				2,338	0,078		

apreciarse en la figura 1, uno de los aspectos diferenciales del grupo con anorexia restrictiva fue el hallazgo de puntuaciones clínicamente significativas en la escala esquizoide. Por otro lado, se observó la similitud en el perfil gráfico de los grupos compulsivos (AN CP y BN P).

Figura 1

Puntuaciones MCMI-II en grupos de anorexia nerviosa purgativa (AN CP), anorexia nerviosa restrictiva (AN R), bulimia nerviosa purgativa (BN P) y control



Conclusiones

En primer lugar, los resultados obtenidos señalan la existencia de diferencias significativas sólo entre el grupo control y los diferentes grupos clínicos, pero no entre ellos. Estos resultados podrían deberse al escaso número de participantes, ya que una muestra insuficiente podría dar lugar a errores tipo II y, por tanto, se aceptaría que no existen diferencias significativas entre los grupos clínicos aún pudiendo haberlas. Uno de los hallazgos más interesantes es, a nuestro juicio, la llamativa ausencia de diferencias significativas en las escalas dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva, dado que estas dimensiones se han expuesto en la literatura reseñada como especialmente características de los pacientes con TCA. Como se ha apuntado en otro lugar (Martín Murcia, 2006), ciertas condiciones sociales actuales podrían promover patrones de conductas dependientes, valores en los que se vive en exceso al servicio de la imagen social (personalidad narcisista), estilos interpersonales excesivamente teatrales (personalidad histriónica) y reforzar comportamientos hiperreflexivos y controladores (personalidad compulsiva). Por otra parte, en la literatura consultada se apunta la baja frecuencia de dimensiones antisociales o sádicas (Johnson y Wonderlich, 1992; Casper, 1990; Anderluh *et al.*, 2003). En consonancia con lo que aparece en los estudios analizados, los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva de nuestra muestra obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas en la escala esquizoide; en efecto, una gran parte de los pacientes restrictivos parecen compartir un desapego socio-emocional relevante y una experiencia anómala del yo. De hecho, la búsqueda de la delgadez en este tipo de pacientes no suele revestirse de un contexto relacionado con la imagen corporal, sino más bien con una necesidad de control en un mundo distorsionado y que les atemoriza (Martín Murcia, 2006; Toro, 1996). Así, la construcción de la identidad personal con una marcada ausencia de contacto social impediría desarrollar un aprendizaje en conocer, percibir, interpretar y anticipar sentimientos y afectos, siendo ese déficit de cognición social probablemente el más desorganizador y el de mayor impacto en el funcionamiento general de muchos pacientes, por lo que tiene de pérdida del «sentido común» (Stanghellini, 2005). En otro orden de cosas, parece que el perfil gráfico entre las formas compulsivas (AN CP y BN P) es muy similar, lo que podría interpretarse como que ambas topografías comparten un funcionamiento psicológico semejante (mayor interacción social, disregulación emocional más acusada y ambos obtienen significación estadística respecto al grupo control en las escalas pasivo-agresiva y pensamiento psicótico). La escala histeriforme fue especialmente relevante en el grupo BNP, expresando un comportamiento especialmente quejumbroso y somatizador. En definitiva, los resultados del presente estudio parecen confirmar la alta comorbilidad de trastornos de personalidad en esta población, lo que supone la necesidad de una investigación más exhaustiva sobre estas características para indagar mejor su repercusión en el pronóstico y resultados terapéuticos.

Referencias

- Álvarez, L. (1997). Personalidad y bulimia nerviosa. En V. Turón (dir.), *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición- Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (Orig.: 2000)
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Welding, T.E. y Kaye, W.H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 252-261.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Caballo, V. E. (2001). Una introducción a los trastornos de personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual*, 9, 455-469.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitude test: validation of Spanish version. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J.L. y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Díaz Marsá, M., Carrasco, J.L., Prieto, R. y Sáiz, J. (2000). Role of personality in eating behavior disorders. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 28, 29-36.
- Dowson, J.H. (1989). Association between self-induced vomiting and personality disorder in patients with history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 399-404.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S, Franko, D.L. y Herzog, D.B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Espelage, D.L., Mazzeo, S.E., Sherman, R. y Thompson, R. (2002). MCMI-II profiles of women with eating disorders: a cluster analysis investigation. *Journal of Personality Disorders*, 16, 453-463.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A. y Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206.
- Fernández, F. y Turón, V. (2002). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R., Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11, 517-525.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gillberg, I.C., Rämstam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia Nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61-69.

- Graell, M. (1999). Comorbilidad en anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 82-84.
- Graell, M., García, G., López, R. y Guzmán, L. (2006). Anorexia nerviosa del adolescente: evaluación con el inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). *7º Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Grilo, C.M., Levy K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM III-R axis I and II disorders female inpatients with eating disorders. *Psychiatry Service*, 47, 426-429.
- Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Stout, R.L., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Bender, D.S., Morey, L.C., Dyck, I.R. y McGlashan, T.H. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. y Sacks, N.R. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. y Sacks, N.R. (1992b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-818.
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En Crowter JH. *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. Nueva York: Hemisphere.
- Kennedy, S.H., McVey, G. y Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 259-269.
- Kleinfield, E.I., Sunday, S., Hurt, S. y Halmi, K. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatry*, 28, 413-423.
- Levin, A.P. y Hyler, S.E. (1986). DSM III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 47-53.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Martín Murcia, F.M., Motos, A. y Del Águila, E. (2001). Personalidad y trastornos del comportamiento alimentario: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2-8.
- Martín Murcia, F.M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27, 104-115.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C. y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- Millon, T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. TEA: Madrid. (Orig.: 1987).
- Murakami, K., Tachi, T., Washizuka, N., Ikuta, N. y Miyake, Y. (2002). A comparison of purging and non-purging eating disorder patients in comorbid personality disorders and psychopathology. *Tokai Journal of Experimental Clinical Medicine*, 27, 9-19.
- Norman, D., Blais, M.A. y Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating disordered patients identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-9.
- Peláez, M. A., Labrador Encinas, F. J. y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Pendleton, L., Tisdale, M. y Marler, M. (1991). Personality pathology in bulimics versus controls. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 516-520.

- Rämstan, M. (1999). Personality and eating disorders. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 105-106.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A. y Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M. y Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. y Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyller, S.E., Kellmann, H.D., Doidge, N. y Davis, M. (1993). Comorbidity of DSM III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorder. Borderline personality disorders as a mediating factor? *British Journal of Psychiatry*, 162, 771-775.
- Westen, D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Wiederman, M.W. y Pryor, T.L. (1997). MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 69, 508-516.
- Wonderlich, S.A., Fullerton, D., Swift, W.J. y Klein, M.H. (1994). Five years outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 233-243.

Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Francisco Manuel Martín Murcia, Adolfo J. Cangas*, Eugenia M^a Pozo,
Margarita Martínez Sánchez y Manuel López Pérez**

Instituto de Ciencias del Comportamiento, * Universidad de Almería y ** Hospital Torrecárdenas (Almería)

Se diseñó un estudio de seguimiento para analizar la relación entre los trastornos de personalidad (TT.PP) y la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en 34 mujeres que requirieron tratamiento por las alteraciones de la conducta alimentaria. El tratamiento se realizó a lo largo de 4 años y medio. Se encontró una prevalencia de TT.PP del 91% en la muestra clínica en la evaluación inicial, frente al 36% en la de seguimiento y una reducción significativa en las puntuaciones en el MCMI-II. La resolución del TCA se relacionó significativamente con la resolución de los TT.PP y éstos mejoraron en mayor proporción en el grupo con bulimia (61%) que en el grupo con anorexia (34%). Las pacientes que presentaban trastornos de personalidad esquizoide y por evitación fueron las más resistentes y menos adherentes al tratamiento. Se comenta la prevalencia de los TT.PP en la muestra clínica y su relación con el curso del TCA desde un modelo centrado en la noción de persona.

Personality disorders in eating disorder patients. A follow-up study was designed to analyze the relation between personality disorders (PD) and the course of eating disorders (ED) in 34 patients who required treatment over 4 years and half. 91% of the clinical sample met the criteria for PD at the initial assessment and 36% at the end of treatment, with a significant reduction in MCMI-II scores at follow-up. The outcome of the ED was significantly related to the PD outcome. There was a higher rate of improvement of PD in the bulimic group (61%) than in anorexic group (34%). The patients who presented schizoid and avoidant personality disorders were the most resistant and they adhered less to treatment. The prevalence of PD in the clinical sample and its relation to the course of ED from a person-centered model is discussed.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son dos de los trastornos psicológicos de mayor relevancia clínica tanto por el aumento en la última década de su incidencia (0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la AN, y de 6 a 9,9 casos para la BN) y prevalencia (0,5-1% en AN, 1-3% en BN y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados) (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005), como por la refractariedad de los tratamientos a largo plazo y la morbimortalidad que presentan (Saldaña, 2001). Por otro lado, existen en la literatura diversos estudios que muestran una alta comorbilidad entre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y los trastornos de personalidad (TT.PP). Se han mencionado prevalencias que oscilan entre el 27% hasta el 77% (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Garner, Marcus, Halmi y Lorranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). La comorbilidad de TT.PP en pacientes con TCA parece sustancialmente mayor que en otras patologías psiquiátricas (Marañón, Echeburúa y Grijalvo,

2007). Las diferencias encontradas en la prevalencia podrían ser debidas, entre otros aspectos, a la muestra utilizada (ingresados/ambulatorios), a las edades (adolescentes/adultos), a la naturaleza esquiva en el diagnóstico de TT.PP o a los distintos instrumentos de medida utilizados. Así, parece evidenciarse un sesgo de sobre-estimación de éstos en evaluaciones de la personalidad realizadas con medidas de autoinforme frente a las realizadas por entrevista clínica (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000; Marañón, Grijalvo y Echeburúa, 2007). Por otro lado, las propias consecuencias físicas de la anorexia nerviosa (malnutrición y bajo peso) pueden afectar a la personalidad al exacerbar los patrones de conducta desadaptativos muy resistentes, dadas las complejas interacciones entre restricción, estado de ánimo y *craving* (Rodríguez, Mata, Moreno, Fernández y Vila, 2007). Se podría dar así una falsa comorbilidad que no sería sino una exageración sintomática debida a la propia condición física de la AN (Graell, García, López y Guzmán, 2006).

Los objetivos del presente estudio se centraron en describir los TT.PP presentes en la muestra de pacientes con TCA según las distintas topografías e indagar en la relación de los TT.PP en la evolución clínica de dichos pacientes una vez sometidos a tratamiento. Diversos trabajos plantean que los trastornos de personalidad podrían aportar información relevante sobre la forma de desarrollo de los TCA, apuntando tanto hacia el pronóstico (Bell, 2002; Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Matsunaga, Kaye, McCona-

ha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000; Johnson y Wonderlich, 1992), como a formas de intervención más eficaces, habida cuenta de la modesta respuesta a las terapias al uso y los habituales abandonos en el tratamiento (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002; McIntosh et al., 2005; Saldaña, 2001).

Método

Participantes

Participaron pacientes de sexo femenino que solicitaron tratamiento psicológico en un centro ambulatorio privado especializado en TCA. Para el presente estudio se escogieron todas las pacientes que requirieron tratamiento por presentar un TCA y que cumplieron además los siguientes criterios: (1) un historial de al menos un año de tratamiento por TCA; (2) puntuaciones válidas en las escalas de validez y sinceridad del MCMI-II en la evaluación inicial (se excluyeron 5 pacientes por este motivo). La investigación abarcó desde 2002 hasta 2007, siendo el intervalo medio de seguimiento de 4.56 años (tabla 1).

Instrumentos

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon 1998a, versión en español publicada por TEA). Es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica, que informa sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de intensidad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y drogas) y 3 síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseabilidad y exageración deliberada de la sintomatología.

Procedimiento

Todas las participantes y tutores legales fueron informados acerca de la investigación, sin explicitar directamente los detalles de la misma pero sí señalando los objetivos generales. La evaluación clínica y el diagnóstico (tanto de la sintomatología alimentaria como de la personalidad) se realizó a través de entrevistas clínicas individuales y familiares con ajuste a criterios DSM IV-TR, mientras que la aplicación y corrección del MCMI-II fue realizada en las primeras sesiones del tratamiento por un investigador ajeno al presente estudio. Idéntica evaluación fue realizada a todas las pacientes tras el período de seguimiento (incluso en aquellos casos que abandonaron el tratamiento o cuyo TCA se resolvió de forma precoz).

Tabla 1
Características de la muestra

TCA	N	Edad	Desv. típ.
AN CP	6	22,33	2,251
AN R	15	21,73	4,818
BN P	13	22,62	3,355
Total	34	22,18	3,857

El tratamiento psicológico (que tuvo una duración media de 58 sesiones) se centró en un encuadre ambulatorio en sesiones de 60 minutos de duración, enmarcado en un enfoque conductual contextual tanto en el ámbito individual como familiar. Las primeras sesiones (de la 1 a la 6) se realizaron siguiendo la estrategia de la Entrevista Motivacional (Miller, 1985), cuyos objetivos fueron generar una relación empática, aumentar la conciencia del trastorno, clarificar las consecuencias positivas y negativas de la conducta patológica, así como hacer visible para el paciente la *disonancia cognitiva* entre lo que quiere y lo que hace. La filosofía general se centró en movilizarlo para promover la aceptación de la responsabilidad y el compromiso en el proceso de cambio, en línea con el trabajo de Heffner y Eifert (2004) y favorecer el aumento tanto de la autocrítica como de la autoeficacia en la gestión de su vida (Beato y Rodríguez, 1998; Wilson y López, 2002). Por otra parte, dadas las dificultades relacionales que habitualmente presentaron muchas de estas pacientes, se utilizó la relación *terapéutica* como un escenario en el que se ponían en juego interacciones clínicamente significativas, siendo pues el propio encuadre terapéutico un contexto de cambio en línea con el trabajo de Kohlenberg y Tsai (1994). La tabla 2 ofrece un resumen del plan de tratamiento general.

Para esta investigación la consideración de resolución del TCA implicó la ausencia total de sintomatología relacionada con dietas restrictivas, atracones, purgas, amenorrea y consecución y mantenimiento de un IMC >17 al menos durante el último año. La resolución completa del trastorno de personalidad (TP) se estableció a través de la ausencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR. Por su parte, la mejoría requirió la desaparición del costo personal o familiar clínicamente significativo debida al mismo. En ambos casos se constataron además los cambios en las puntuaciones del MCMI-II. Como se ha señalado, la información sobre la evolución clínica se obtuvo contrastando fuentes personales y familiares.

Resultados

Evolución del TCA

Cabe destacar que 22 de los 34 casos resolvieron el TCA y un paciente de cada grupo clínico pasaron a ser diagnosticados de trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCA NE) (figura 1). Un total de 8 pacientes abandonaron el tratamiento, de los cuales 7 presentaban un TP (figura 2).

Tabla 2
Plan de intervención terapéutica

Sesiones 1-6: Entrevista motivacional (técnicas socráticas, paradójicas y empáticas) Evaluación clínica y psicométrica Evaluación dinámica familiar	Sesiones 8-16: Proyecto de vida Manejo de contingencias familiar Modelado contexto verbal Aceptación en padres
Sesiones 6-8: Psicoeducación TCA Análisis funcional topográfico (prevención de respuesta, control de estímulos, exposición, modificación de pautas alimentarias)	Manejo y extinción de disruptivas Sesiones 16- 40: Relación terapéutica (FAP) Aceptación y Autoconciencia (metáforas, paradojas y ejercicios de contacto con emociones) Cese de soluciones ensayadas Grupo de autoayuda para padres

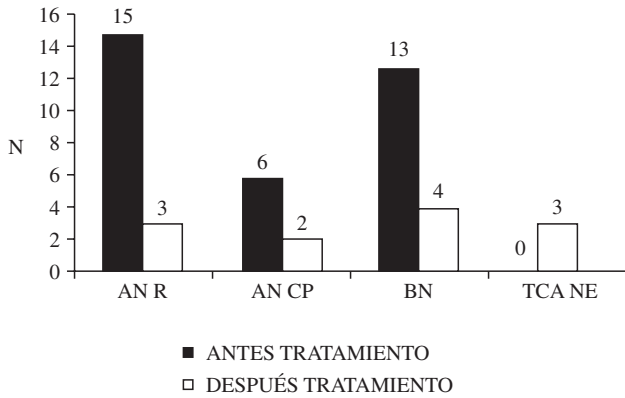


Figura 1. Número de pacientes con TCA antes y después del tratamiento

Evolución del TP

Inicialmente el 91% de los pacientes manifestaban comorbilidad entre ambos diagnósticos. Tras el tratamiento, la presencia de TP disminuyó en un 33-36% en aquellos casos que resolvieron el TCA (incluyendo tres casos que abandonaron el tratamiento pero que en la evaluación postratamiento ya no presentaban TCA). Sin embargo, aquellos pacientes que fueron resistentes al tratamiento (que lo abandonaron o que no tuvo éxito) el porcentaje de TP se mantuvo entre el 80-100% (tabla 3).

La evolución más habitual del TP fue su desaparición, pérdida de criterios específicos (mejoría en algunas dimensiones) para ser re-diagnosticados en TP NE o en otro TP dentro de su cluster (por ejemplo, del esquizotípico a esquizoide o de límite a histriónico) (tabla 4). Ningún sujeto que inicialmente no presentara TP desarrolló criterios diagnósticos a lo largo del tratamiento.

Evolución del TP en grupo AN

El 95% de las pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (agrupando ambas topografías) presentaron un TP al inicio del tratamiento frente al 71% tras la conclusión del mismo. Destaca la especial frecuencia en el inicio de los TT.PP esquizoide, narcisista, por evitación y obsesivo, siendo los más resistentes al cambio el esquizoide y el TP por evitación (figura 2).

Evolución del TP en grupo BN

El 84% de pacientes presentaba un TP al inicio del tratamiento frente al 23% a la conclusión del mismo. Como puede apreciarse en la figura 3, los TT.PP más prevalentes fueron el narcisista y por evitación, teniendo este último trastorno un curso más favorable que en el grupo de AN (con mejorías en 4 de

los 5 casos). El TP narcisista fue el que tuvo peor evolución en este grupo.

Cambios en MCMI-II

Se realizó prueba t de Student para muestras relacionadas, analizando la existencia de diferencias entre el inicio y la conclusión del estudio. Se observó una evolución con significatividad estadís-

Inicio	Finalizaron		Abandonos	
	TCA resuelto	TCA resistente	TCA resuelto	TCA resistente
34 (91%)	19 (36%)	5 (80%)	3 (33%)	7 (100%)

AN R	Inicio	Seguimiento
NO TTTP	1	1 NO TTTP
TTTP esquizoide	4	2 esquizoide 1 evitativo 1 TTTP NE
TTTP esquizotípico	1	1 TTTP NE
TTTP límite	0	0
TTTP histriónico	1	1 histriónico
TTTP narcisista	1	1 narcisista
TTTP evitación	3	2 evitación 1 NO TTTP
TTTP dependencia	1	1 dependencia
TTTP OC	3	2 TTTP OC 1 NO TTTP
TTTP NE	0	0
Total	15	15
AN CP		
NO TTTP	0	0
TTTP esquizoide	0	0
TTTP esquizotípico	1	1 Esquizoide
TTTP límite	2	1 Límite 1 NO TTTP
TTTP histriónico	0	0
TTTP narcisista	2	1 narcisista 1 NO TTTP
TTTP evitación	0	0
TTTP dependencia	0	0
TTTP OC	0	0
TTTP NE	1	1 NO TTTP
Total	6	6
BN		
NO TTTP	2	2 NO TTTP
TTTP esquizoide	0	0
TTTP esquizotípico	0	0
TTTP límite	1	1 histriónico
TTTP histriónico	1	1 NO TTTP
TTTP narcisista	3	1 narcisista 2 NO TTTP
TTTP evitación	5	4 NO TTTP 1 evitación
TTTP dependencia	1	1 NO TTTP
TTTP OC	0	0
TTTP NE	0	0
Total	13	13

tica en forma de decremento en casi todas las escalas a excepción de la dependiente, histriónica, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, hipomanía y abuso de alcohol. Las escalas narcisista y compulsiva experimentaron un aumento en las puntuaciones de la evaluación final (tabla 5).

Duración del TCA y pronóstico

Por último, los datos acerca del tiempo de evolución previo al tratamiento realizados para determinar la posible relación entre el pronóstico y el tiempo total de afectación del TCA, orientan a que existe una relación negativa entre la mejoría clínica y el tiempo de duración del trastorno (tabla 6).

Discusión

En primer lugar, se destacaría la alta prevalencia de TT.PP en la muestra clínica estudiada, incluso por encima de los trabajos consultados (Ro et al., 2005; Rosenvinge et al., 2000). Sin perjuicio de la intrínseca dificultad diagnóstica que podría conducir a una sobre o infraestimación de los TT.PP, dada la poca concreción

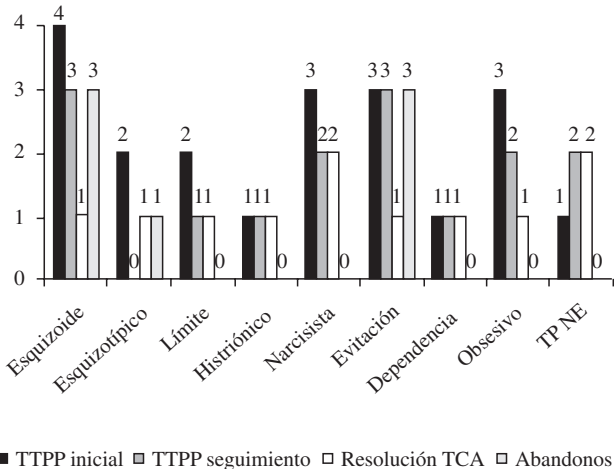


Figura 2. Evolución de los TT.PP y TCA en pacientes con AN

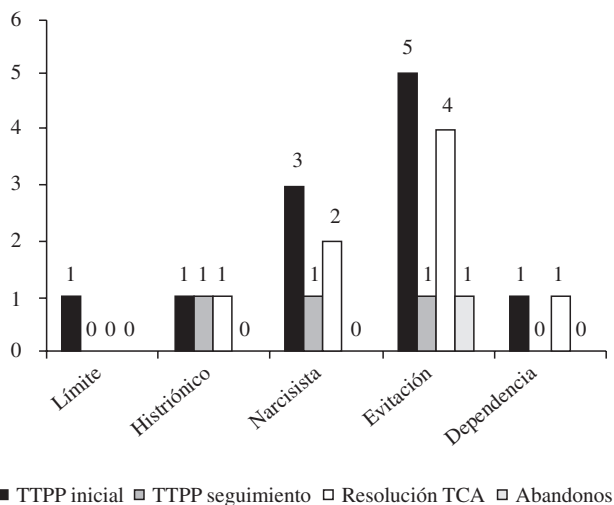


Figura 3. Evolución de los TT.PP y TCA en pacientes con BN

de los criterios diagnósticos al uso y la acentuación de patrones de adaptación de conducta cuando concurren con alteraciones del estado de ánimo y de alimentación, debe tenerse en cuenta también que existe un importante sesgo en la elección muestral debido a que las pacientes recibidas han sido generalmente derivadas

Tabla 5
T de Student para muestras relacionadas del MCMI-II

	Medias	N	Desviación típ.	Error	t	gl	Sig. bilateral
Esquizoide	81,29	34	25,194	4,321	4,804	33	0,000
esquizoide post	56,21	34	34,148	5,856			
Fóbica	68,35	34	32,172	5,517	5,661	33	0,000
fóbica post	39,38	34	32,974	5,655			
Dependiente	56,12	34	32,727	5,613	0,228	33	0,821
dependiente post	54,82	34	36,634	6,283			
Histriónica	59,03	34	27,682	4,747	1,084	33	0,286
histriónica post	53,71	34	35,473	6,084			
Narcisista	48,59	34	31,033	5,322	-1,823	33	0,077
narcisista post	57,74	34	35,719	6,126			
Antisocial	53,79	34	25,743	4,415	0,227	33	0,821
antisocial post	52,56	34	35,097	6,019			
Agresivosádica	54,85	34	27,739	4,757	1,051	33	0,301
agresivosádica post	48,74	34	34,566	5,928			
Compulsiva	59,74	34	28,437	4,877	-1,792	33	0,082
compulsiva post	68,97	34	38,819	6,657			
Pasivoagresiva	67,85	34	25,460	4,366	5,759	33	0,000
pasivoagresiva post	38,97	34	29,291	5,023			
Autodestructiva	70,12	34	25,397	4,356	6,927	33	0,000
autodestructiva post	36,68	34	27,332	4,687			
Esquizotípica	61,59	34	24,418	4,188	3,004	33	0,005
esquizotípica post	45,85	34	27,622	4,737			
Límite	59,94	34	23,389	4,011	4,022	33	0,000
límite post	39,68	34	23,496	4,029			
Paranoide	58,15	34	19,150	3,284	2,142	33	0,040
paranoide post	48,97	34	30,317	5,199			
Ansiedad	56,65	34	21,878	3,752	2,207	33	0,034
ansiedad post	45,00	34	22,459	3,852			
Histeriforme	52,68	34	16,302	2,796	2,006	33	0,053
histeriforme post	43,68	34	23,551	4,039			
Hipomanía	56,15	34	23,264	3,990	1,539	33	0,133
hipomanía post	49,24	34	34,857	5,978			
Neurosis depresiva	53,53	34	26,397	4,527	2,260	33	0,031
neurosis depresiva post	42,79	34	21,051	3,610			
Abuso de alcohol	32,94	34	23,761	4,075	-0,506	33	0,616
abuso de alcohol post	35,88	34	26,835	4,602			
Abuso de drogas	53,03	34	20,860	3,577	2,018	33	0,052
abuso de drogas post	43,53	34	31,226	5,355			
Pensamiento psicótico	57,65	34	20,327	3,486	2,633	33	0,013
pensam. psicótico post	44,03	34	29,097	4,990			
Depresión mayor	55,56	34	22,820	3,914	4,219	33	0,000
depresión mayor post	31,06	34	30,050	5,154			
Delirios psicóticos	61,47	34	15,926	2,731	2,474	33	0,019
delirios post	50,94	34	29,914				

desde otros dispositivos asistenciales públicos y privados, lo que significa que ya habían sido expuestas a otros tratamientos anteriores sin resultados terapéuticos satisfactorios. No obstante, dicha comorbilidad no sería extraña si se entiende la personalidad como el principio organizador que explicaría tanto su psicología como su psicopatología (Millon, T. Grossman, Millon, C., Meagher y Rammath, 2006) y, por tanto, los TT.PP como el contexto que daría sentido a los trastornos clínicos del eje I del DSM (Millon, 1998b).

El TP más prevalente que presentó la muestra del presente estudio fue el de evitación. Se sugiere que dicho patrón podría ser uno de los prototipos o estilos de personalidad más común a las pacientes con TCA (Wilson y López, 2002), pudiendo considerarse como una topografía más del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) expuesto por Hayes, Stroschal y Wilson (1999), y Wilson y Luciano (2002). En general, la asociación de TP y TCA parece relacionarse con una mayor resistencia al tratamiento (Ro, Martinsen, Hoffart, Sexton y Rosenvinge, 2005). En esta línea, destacar que el TP por evitación en el grupo de AN fue más resistente al cambio que en el grupo BN. La literatura destaca que las personas con BN, en general, suelen valorar más las relaciones sociales que las personas con AN (Turón, 1997; Lehoux, Steiger y Jabalpurilawa, 2000). En el presente estudio se apuntaría esta mejoría diferencial entre ambos grupos por la notable diferencia en el interés social, lo que haría al grupo BN contar con más expectativas y deseos de cambio en este área que en el grupo AN y, por tanto, tener más capacidad de aceptación de los eventos privados dolorosos secundarios al afrontamiento de la vida social.

Otro de los datos relevantes sería la gran prevalencia encontrada en el TP esquizoide, siendo por otra parte uno de los más resistentes al cambio. En el mismo sentido, se ha observado que han sido estas pacientes las que han mostrado menos cambios en las escalas de MCMI-II en el seguimiento, así como las más resistentes al cambio en el TCA, observándose particularmente en personas con AN R. Sin descuidar el tamaño muestral reducido en dicho grupo y, por tanto, la dificultad para la extracción de datos estadísticamente relevantes, se propondría a título reflexivo el paralelismo entre este determinado tipo de pacientes con AN R graves y tendencia a la cronificación, con algunos tipos de pacientes con esquizofrenia. Precisamente este encuadre teórico sería solidario con los enfoques centrados en la persona como el expuesto por García-Montes y Pérez Álvarez (2003), en el que primaría una

privilegiada reconsideración del ecosistema cultural versus el biológico (Fuentes y Quiroga, 2004). De entrada, se trata de trastornos devastadores, persistentes y con debut adolescente (donde la construcción de la identidad personal con una marcada ausencia de contacto social —y por tanto con una pérdida sustancial del *sentido común*— generaría un importante déficit de cognición social). Por otra parte, ambos suelen compartir un TP esquizoide de base, existe un elevado nivel de hiperreflexividad, suelen presentar síntomas positivos (alucinatorios y delirantes), comparten un extraordinariamente elevado nivel de estrés (en AN por perfeccionismo y evitación y en esquizofrenia por la lucha contra las alucinaciones), se observa una alta prevalencia de antecedentes previos al debut de críticas sociofamiliares, presentan alteraciones de la conciencia de sensaciones corpóreas, es frecuente la extrema susceptibilidad (sensibilidad a críticas) y, en definitiva, aparece un fracaso en la consecución de un proyecto de vida adaptativo (Martín Murcia, 2006; Pérez, 2003; Olivencia y Cangas, 2005).

En otro orden de cosas, tras el período de seguimiento un porcentaje significativo de pacientes que resolvieron su TCA habían mejorado en los criterios del TP. Este dato podría estar en consonancia con el planteamiento teórico de los TT.PP, no como una entidad patológica independiente, sino como el contexto en el que situar a los cuadros clínicos del eje I (Millon et al., 2006). En este sentido, no debería desecharse el efecto del tratamiento psicológico, aunque el trabajo presentado carece del riguroso control metodológico necesario para determinar la efectividad del tratamiento dado que no se contempló dicho objetivo en el diseño. Respecto a las puntuaciones del MCMI-II, las escalas con valores más bajos en la evaluación inicial fueron las que no mostraron una significativa disminución. En definitiva, cabe destacar ya no sólo la alta comorbilidad de los TCA y TT.PP, sino la evolución conjunta en el pronóstico y tratamiento, lo que plantea la necesidad de un análisis riguroso de esta relación y quizá, como plantea Stanghellini (2005), la necesidad de nuevas teorías para explicar la construcción de la identidad personal en este cambio de época en el que existe un espectacular aumento en la prevalencia de este tipo de trastornos.

Por último, debiera considerarse éste como un trabajo inicial exploratorio, con la única finalidad de sistematizar y organizar algunas variables relevantes en juego. No puede excusarse como limitación la cuestionable validez de constructo de los «trastornos de personalidad» y de los instrumentos (basados en criterios DSM IV-TR). Por otra parte, el pequeño tamaño muestral podría estar provocando un elevado error beta y no permite análisis estadísticos más rigurosos de correlación o relación predictiva entre algunas de las variables cualitativas estudiadas. También se cuenta con las limitaciones generales de los diseños prospectivos longitudinales, fundamentalmente la mortalidad de la muestra (lo que aumentaría el error tipo II) y la dificultad para objetivar causalmente la eficacia de los distintos componentes del tratamiento. Una importante limitación sería la presencia de factores de confusión (por ejemplo, la presencia de otros trastornos del Eje I y el efecto iatrogénico de la desnutrición en las medidas de personalidad y en la realización de autoinformes). Por otro lado, no disponer de grupo control reduce completamente la potencia experimental y dificulta la obtención de relaciones causales.

Tabla 6
Tiempo de evolución previa al tratamiento y curso del TCA

Años de evolución previa	Frecuencia	Curso no TCA	Curso sí TCA
1	6	6	0
2	9	8	1
3	5	4	1
4	4	3	1
5	5	1	4
+6	5	0	5
Total	34	22	12

Referencias

- Beato, L., y Rodríguez, T. (1998). Aplicación de la entrevista motivacional en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Psiquis*, 19, 215-226.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24, 859-867.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A., y Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.
- Fernández, F., y Turón, V. (2002). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fuentes, J., y Quiroga, E. (2004). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.
- García Montes, J.M., y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- Gargallo, M., Fernández, F., y Raich, R. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 3335-349.
- Garner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K., y Loranger, A.E. (1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Graell, M., García, G., López, R., y Guzmán, L. (2006). Anorexia nerviosa del adolescente: evaluación con el inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). *7^o Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Hayes, S., Stroshal, K., y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Heffner, M., y Eifert, G. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering and reclaim your life*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., y Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Johnson, C., y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En Crowter, J.H.: *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.
- Lehoux, P.M., Steiger, H., y Jabalpurawa, S. (2000). State/trait distinction in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 36-42.
- Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.
- Marañón, I., Grijalvo, J., y Echeburúa, E. (2007). Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 587-594.
- Martín Murcia, F.M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27, 104-115.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., Mckenzie J., Bulik, C., Frampton, C., y Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry* (ed. española), 8, 429-435.
- Miller, W. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Millon, T. (1998a). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. TEA: Madrid.
- Millon, T. (1998b). *Trastornos de personalidad: más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Olivencia, J.J., y Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: un estudio de caso. *Psicothema*, 17, 419-424.
- Peláez, M.A., Labrador Encinas, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Pérez, M. (2003). The schizoid personality of our time. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 181-194.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., y Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Sexton, H., y Rosenvinge, J. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: A two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106-111.
- Rodríguez, S., Mata, J.L., Moreno, S., Fernández, M.C., y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., y Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: Meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Wilson, K.G., y López, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual centrado en los valores*. Madrid: Pirámide.



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**PAPEL DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y SOPORTE SOCIAL
EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS
DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Francisco M. Martín, Adolfo J. Cangas, Eugenia M. Pozo
y Margarita Martínez

Psicopatol. salud ment. 2010,15, 63-73

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario

FRANCISCO M. MARTÍN^{AB}, ADOLFO J. CANGAS^A, EUGENIA M^a POZO^B, MARGARITA MARTÍNEZ^B

RESUMEN

Se diseñó un estudio de seguimiento cuyos objetivos fueron determinar la relación entre la evolución del trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y diversas variables relacionadas con el soporte social. Participaron un total de 34 pacientes que se evaluaron al inicio del tratamiento y después de cuatro años. Los resultados mostraron que la mejoría en los TCA se relacionó con la presencia de relaciones de pareja, elevada adaptación funcional en las familias y la alta adherencia al tratamiento. Los pacientes de familias con alto nivel de injerencia y déficit en la expresividad emocional contaron con comorbilidad psicopatológica de mayor gravedad. PALABRAS CLAVE: relaciones familiares, soporte social, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, estudio de seguimiento.

ABSTRACT

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RELATIONSHIPS IN THE EVOLUTION OF EATING DISORDERS. This paper presents a follow-up study designed to determine the relation between the evolution of eating disorders (ED) and various variables related to social support. A total of 34 patients were evaluated at the beginning of treatment and after four years. The results showed that improvements in the ED were related to the presence of couple relationships, high functional adjustment in the family and strong adherence to treatment. The children of families with high levels of interference and deficits in emotional expressiveness presented an increased severity of psychopathological comorbidity. KEY WORDS: family relationships, social support, anorexia nervosa, bulimia nervosa, follow-up study.

RESUM

PAPER DE LES RELACIONS FAMILIARS I SUPORT SOCIAL EN L'EVOLUCIÓ DELS TRASTORNS DEL COMPORTEMENT ALIMENTARI. Es va dissenyar un estudi de seguiment amb l'objectiu de determinar la relació entre l'evolució del trastorn del comportament alimentari (TCA) i diverses variables relacionades amb el suport social. Van participar-hi un total de 34 pacients que es van avaluar a l'inici del tractament i després de quatre anys. Els resultats van mostrar que la milloria en els TCA tenien a veure amb la presència de relacions de parella, elevada adaptació funcional en les famílies i l'alta adherència al tractament. Els pacients de famílies amb un alt grau d'ingerència i dèficit en l'expressivitat emocional van comptar amb comorbiditat psicopatològica de major gravetat. PARAULES CLAU: relacions familiars, suport social, anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, estudi de seguiment.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son dos de los trastornos psicológicos actuales de mayor relevancia mediática y clínica (Fernández y Turón 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005). Entre los facto-

res predisponentes, precipitantes y mantenedores se han descrito diversas variables relevantes para explicar el curso y pronóstico como el tiempo de duración del trastorno, debut adolescente, estilos de personalidad, pre-

Recibido: 26/01/2009 - Aceptado: 08/01/2010

AB. Psicólogo, especialista en psicología clínica. Instituto de Ciencias del Comportamiento. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Universidad de Almería

A. Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos. Universidad de Almería.

B. Psicóloga clínica. Instituto de Ciencias del Comportamiento. Correspondencia: murcia@cop.es

sencia de abuso sexual, intensidad del funcionamiento obsesivo en relación a la imagen corporal, presencia de conductas purgativas, elevada ansiedad, el vegetarianismo previo al trastorno o el número de hospitalizaciones (Martín Murcia, 2009; Steinhausen, 2009; Yackbovitch-Gavan et al, 2009). Este tipo de variables han sido estudiadas con profusión y aunque se ha establecido la importancia de factores relacionados específicamente con el ambiente social y familiar (Toro y Vilardell 1987; Toro 1996; Saldaña, Tomás y Bach, 1997; Beato y Rodríguez 2000), no existen muchos trabajos que aborden específicamente dicha área. De igual modo, cabe destacar la profusa psicopatología de los TCA, como por ejemplo la elevada obsesión, estilos de personalidad desadaptativos o graves alteraciones del humor y de ansiedad (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000), lo que podría relacionarse bidireccionalmente con alteraciones en las redes de apoyo y en las relaciones significativas como la familia, pareja y amigos (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Bulik et al., 2000; Etxeberria et al., 2002).

La familia y las relaciones familiares han recibido una especial atención dado que aquella sigue siendo el contexto por antonomasia en el que se dirimen las contradicciones de la sociedad (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Minuchin, 2001; González y Pérez-Álvarez 2007). Es destacable la línea de investigación sobre la "emoción expresada" (EE) que ha sido más estudiada en las familias con un miembro esquizofrénico, existiendo un notable acuerdo en la relación entre el constructo EE y una menor tasa de recaída, frecuencia de hospitalizaciones y necesidad de psicofármacos (Vaughn y Left 1976; Left et al. 1982; Kuipers y Bebbintong, 1988; Kuipers, 1992). Otras estrategias clínicas de impronta familiar parecen disponer de evidencias empíricas sobre la importancia de la familia en la disminución de recaídas, la mejoría en el funcionamiento psicosocial y la reducción de síntomas, como la terapia familiar psicoeducativa, la de "diálogo abierto" o la terapia familiar conductual (Robin, Siegel, Moye, 1995; Eisler et al., 2007; González y Pérez-Álvarez 2007; Becerra, 2008; Kupfer, Regier, First, 2008). La emoción expresada vendría a medir el *clima o atmósfera* de la familia (Brown, 1985), mientras que el soporte social mediría los recursos instrumentales de la familia –y por extensión, de la comunidad– para afrontar crisis vitales. El constructo "apoyo social" se entiende como el con-

junto de provisiones expresivas e instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, desde las expresiones de cariño y afecto hasta la ayuda eficiente para resolver problemas o afrontar crisis vitales. Sin embargo, tal y como ha señalado Whitaker (1992) –aunque en relación a otra población clínica– el tener una amplia red social no implica necesariamente más apoyo. Respecto al tópico de emoción expresada, se ha evaluado a través de entrevistas familiares como la *Camberwell Family Interview* (CFI), en la que se establecen cinco escalas (Comentarios críticos, Observaciones positivas, Hostilidad, Calor e Implicación emocional), contando con una fiabilidad interjueces de 0,80 (Vaughn et al., 1984). De éstas, las que han sido relacionadas con recaídas o peor manejo del problema clínico han sido las de Hostilidad, Críticas e Implicación emocional.

En relación a la población específica con TCA, Quiles Marcos (2003) apunta que a pesar de que los pacientes con TCA tienen el mismo acceso a escenarios de soporte social, se muestran más insatisfechos con sus redes sociales de apoyo, explicitan mayor número de interacciones negativas y menor eficacia autopercibida, pertenecen a grupos sociales menos densos y describen un menor apoyo familiar. Por otro lado, la dinámica familiar de afrontamiento de la situación clínica hace que la familia sea percibida en muchos casos como un "enemigo". Y, al contrario, una "buena percepción" del apoyo familiar o de pareja por parte del paciente no eximiría de que aquel fuera iatrogénico; se recordarán las "alianzas sobreprotectoras" y las "conductas de enfermedad" que estarían al servicio del mantenimiento del problema o la existencia de relaciones de pareja con componentes agresivos aceptados por sentimientos exacerbados de culpa o miedo a no encontrar otra relación significativa futura (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Bulik et al, 2000; Espina et al., 2001). Por tanto, a pesar de que el interés sobre dicho tópico estriba en el aparente acuerdo existente sobre la relación "protectora" del apoyo social sobre la salud –sea profiláctica o terapéutica–, sería conveniente hacer operativo dicho constructo en componentes conductuales que puedan ser observados y registrados, relacionar éstos con la evolución del TCA y discriminar el peso específico de cada uno de ellos en la mejoría. La propuesta del presente trabajo fue analizar de forma introductoria algunos aspectos relevantes de las interacciones significativas del

contexto sociofamiliar y terapéutico, describiendo conductas interactivas prototípicas de un número de familias con un miembro afectado por TCA, así como la presencia de relaciones de pareja y el mantenimiento de la relación terapéutica, atendiendo a su relación con la evolución del TCA.

Método

Participantes

En total participaron 34 pacientes que asistieron a una consulta ambulatoria especializada en trastornos de la conducta alimentaria, que cumplían los criterios diagnósticos según DSM IV-TR para AN y BN. 21 cumplían los criterios diagnósticos de anorexia (15 de tipo restrictiva y 6 de tipo compulsivo-purgativa) y 13 de bulimia nerviosa. Respecto al índice de masa corporal (IMC) la media en el grupo de AN fue de 17,5 y de 23 en el de BN. La edad media de los participantes fue 22,1 años (DT = 3,85). Todos los participantes fueron de sexo femenino. La media de tiempo de evolución previa al tratamiento fue de 3,2 años con una DT de 1,7.

Instrumentos

- Registro del estilo comportamental familiar. Se diseñaron protocolos de registro específicos de frecuencia de ocurrencia para la recogida de datos acerca del estilo de conductas interactivas familiares. Los registros se realizaron en el contexto de grupos de autoayuda, atendiendo a las respuestas familiares ante problemas cotidianos y su forma de afrontarlos, incluyendo *role playings* y otras dramatizaciones (como conductas clínicamente relevantes durante las sesiones de autoayuda; por ejemplo críticas al terapeuta o al cónyuge, evitación experiencial o posturas querulantes).

Se establecieron cinco estilos de funcionamiento interactivo familiar categorizados como:

- Estilo funcional: conductas empáticas, con actitudes abiertas a tratar los problemas, colaboradoras y con una filosofía de aceptación vital y buen humor, así como favorecedoras de una exposición natural y de responsabilidad en los asuntos personales.

- Estilo invasivo: con una alta prevalencia de relaciones familiares especialmente sobreprotectoras y limitantes, con alta frecuencia de conductas que impiden la intimidad del hijo (por ejemplo, tomar decisiones sobre estudios u otras actividades, registrar diarios o llamadas,

control sobre sus relaciones sociales y anticipación a las ideas o deseos del hijo).

- Estilo frío: dificultad para expresar y aceptar sentimientos y con una comunicación general muy deficitaria. Poca reactividad conductual a estímulos emocionales.

- Estilo hostil: alta conflictividad y el manejo de problemas de forma agresiva.

- Estilo invalidante: respuestas erráticas e inapropiadas a la experiencia privada de los hijos (por ejemplo, sistema de castigos desproporcionado o refuerzo no contingente, negación sistemática de la realidad verbalizada por hijo), así como respuestas exageradas o dramáticas en situaciones de experiencia compartida (fomentando miedos e inseguridad). La concordancia interjueces realizada por tres observadores independientes respecto al formato de registro utilizado obtuvo un valor Kappa de 0,8.

- Entrevista clínica. La anamnesis fue protocolizada para evaluar a través de entrevista estructurada una serie de áreas comportamentales específicas relacionadas con la conducta sexual, relaciones de pareja, relaciones socio-familiares, antecedentes psicopatológicos familiares.

- *Eating attitude test* (EAT 40). Se trata es un cuestionario autoinformado diseñado por Garner y Garfinkel (1979), ampliamente utilizado como instrumento de evaluación de actitudes significativas relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en población general. Consta de 40 ítems con 3 opciones de respuesta. Se utilizó la versión española validada por Castro et al. (1991). El punto de corte utilizado fue de 30 aunque en la muestra estudiada aparecieron frecuentes casos de falsos negativos (especialmente en los grupos de pacientes con AN), probablemente debido a la habitual negación de la enfermedad.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Para la evaluación de la psicopatología general (PG) se utilizó el MCMI II (Millon, 1998 versión española), que es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso, que informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones se convierten en tasas base, cuyo punto de corte se sitúa en el valor 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico y por encima de 84 discriminaria

trastornos del Eje I y II. Cuenta con escalas de control como medidas de validez, sinceridad, deseo y exageración deliberada de la sintomatología. No se trata de un instrumento diseñado para poblaciones no clínicas, siendo su propósito la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. El propósito sería alertar al clínico sobre aspectos de la historia o del funcionamiento del paciente, para mejorar el diseño de evaluación-intervención (Millon, 1998). Se utilizó la versión II editada por TEA en vez de la actualizada versión III dado que no existía en el inicio de la investigación la adaptación a muestra española.

Se realizó prueba *t* de *Student* para pruebas relacionadas, con el fin de analizar la existencia de diferencias entre las puntuaciones MCMI II al inicio del estudio y la conclusión del seguimiento (Ver Anexo Tabla 1). El análisis estadístico de las variables categóricas se realizó a través del Test Exacto de Fisher dada la existencia de un pequeño número de efectivos en algunos resultados. Para los cálculos y análisis se utilizaron los programas SPSS v.11 y R (2009).

Procedimiento

Todos los participantes fueron informados acerca de la investigación, señalando los objetivos generales. Tras las evaluaciones clínicas iniciales, se realizó la adscripción de los participantes al grupo de elevada PG cuando el participante presentaba diagnósticos adicionales del Eje I y II, así como puntuaciones significativas ($TB > 75$) en síndromes clínicos o formas graves de personalidad (esta última era condición necesaria pero no suficiente para la inclusión). Para participar en el estudio se requirió el consentimiento informado tanto de los pacientes como de los familiares. Durante el periodo de seguimiento, tres investigadores registraron las conductas interactivas familiares, en el marco de grupos de autoayuda para padres y familiares que promovía la Asociación Almeriense Contra la Anorexia y Bulimia. Estas sesiones tuvieron una frecuencia quincenal y una duración aproximada de tres horas, repartidas a lo largo de dos años. Se registraron 20 sesiones del total, de las cuáles las diez primeras se asumieron como línea base. Se atendió a la frecuencia de eventos de ocurrencia de las conductas verbales familiares durante dichas sesiones, estableciéndose cinco estilos de funcionamiento: interactivo familiar, categorizados como funcional, invasivo, frío, hostil e invalidante, que cada observador

registraba sistemáticamente. El estilo de interacción familiar predominante se catalogó en función de los eventos observados con mayor frecuencia.

Los criterios de alta clínica de los pacientes con TCA fueron los siguientes:

A. Seguimiento de pautas alimentarias según dieta familiar habitual, durante más de 1 año, confirmado por familiares con los que conviva el sujeto.

B. Ausencia de atracones, al menos durante el último año.

C. Tener índice de masa corporal (IMC) $> \text{ó} = 19$.

D. Peso actual = ± 3 kg Peso premórbido.

E. Ausencia de conductas compensatoria, por ejemplo, uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, dietas restrictivas, ejercicio físico compulsivo (más de siete horas semanales) y vómitos.

Por su parte, los criterios de refractariedad al tratamiento fueron los siguientes:

A. Abandono de terapia con presencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR para anorexia nerviosa compulsivo-purgativa (AN C-P), anorexia nerviosa restrictiva (AN R), bulimia nerviosa o TCA atípico (incluye códigos F50.1 y F50.3 de la CIE 10).

B. Tratamiento completado sin éxito, con presencia de criterios diagnósticos DSM IV-TR para anorexia nerviosa compulsivo-purgativa, anorexia nerviosa restrictiva o bulimia nerviosa.

C. Abandono de terapia y/o tratamiento completado con presencia de criterios diagnósticos DSM IV para TCA atípico (incluye códigos F50.1 y F50.3 de la CIE 10). La evolución se analizó a los dos años, incluso en los casos de abandono o de resolución precoz del TCA.

Resultados

Evolución del TCA

El período de tratamiento total (que incluiría una fase de seguimiento de 12 meses) tuvo una duración media de 4 años. La evaluación diagnóstica de los pacientes tras ese intervalo determinó que 22 no obtuvieron criterios para TCA, 4 cumplieron criterios diagnósticos de BN P, 4 de AN R, 3 de TCA atípico (síndromes parciales) y 1 presentó AN CP.

Respecto a la evolución intragrupo, los datos obtenidos fueron que de las 6 participantes con AN C-P, 2 fueron refractarias a la intervención, 1 mejoró sintomáticamente (TCA atípico o síndrome parcial) y 3 resolvie-

ron el TCA. En el grupo de las 15 pacientes con AN R, 3 continuaron con AN R, 2 evolucionaron hacia BN, 1 mejoró sintomáticamente (síndrome parcial) y 9 resolvieron el TCA. Por último, en el grupo de 13 pacientes con BN se encontró que 2 mantuvieron el TCA, 1 paciente mejoró (síndrome parcial), mientras que 10 participantes no obtuvieron criterios diagnósticos de TCA, tal como se muestra en la Tabla 2. No obstante, cabe decir que a lo largo del seguimiento la evolución no fue lógicamente lineal, sino que se observaron por un lado cambios en las topografías (fundamentalmente de restrictivas a compulsivas) y, por otro, vueltas a la línea base en conductas restrictivas y en frecuencia e intensidad de conductas purgativas.

Tabla 2. Evolución del TCA

	Pretest	Postest
ANR	15	4
AN CP	6	1
BN	13	4
TCA atípico	0	3
No TCA	0	22

Evolución del TCA, Psicopatología General y Estilo de Interacción Familiar

Se obtuvo una significativa presencia de TCA familiar en AN (18,4%) frente al grupo BN (3,6%). Por otro lado, la Tabla 3 muestra la distribución de frecuencias de los estilos familiares encontrados.

Tabla 3. Estilos familiares

	N	TCA postest
Funcional	10*	0
Invasiva	10	5
Hostilidad	3	2
Frialdad	10	4
Invalidante	1	1
Total	34	12

* ($p = 0,0$)

Las familias que se agruparon en el estilo interactivo *funcional* ($n=10$) no contaron con ningún paciente refractario al tratamiento del TCA, la PG fue de menor

intensidad o ausente (patrones de personalidad narcisistas, histriónicos y evitativos) y la evolución de ésta fue favorable. Por otra parte, entre las familias no funcionales se advirtió un reparto mayor de frecuencias en las categorías *invasivas* ($n = 10$) así como *frías* ($n = 10$). El estilo *invalidante* ($n = 1$), se encontró en 1 caso con PG grave, con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. El estilo *hostil* se observó en 3 casos. Los pacientes con mayor rango de deterioro en las relaciones interpersonales (por ejemplo estilos de personalidad esquizoide) aparecieron de forma más frecuente en la categoría de familias con déficit en la expresividad emocional (frías) o invasivas. Se encontró relación significativa entre la evolución positiva del TCA y el estilo familiar funcional ($p = 0,00$), pero no entre la evolución de la psicopatología general y dicho estilo ($p = 0,2$).

Por otra parte, se observó una evolución con significación estadística en forma de decremento en casi todas las escalas del MCMI II a excepción de dependiente, histriónica, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, hipomanía y abuso de alcohol (Anexo 1, Tabla 1).

Evolución del TCA y relaciones de pareja

Respecto a la variable relaciones de pareja, se observó que el 64% de los pacientes no tenían relaciones de pareja en el pretest frente al 44,1% de ausencia de relaciones al finalizar el tratamiento. En la AN se observó un aumento de relaciones de pareja a lo largo del tiempo de tratamiento, que pasó de 8 en el pretest a 10 en el postest. En el grupo AN, se encontró que de las 10 pacientes que sí tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas durante éste), 8 resolvieron o mejoraron y 2 persistieron en el TCA ($p = 0,2$). De las 11 pacientes sin relaciones de pareja, 6 resolvieron el TCA y 5 lo mantuvieron ($p = 0,3$). En la BN, se observó un aumento mayor de relaciones de pareja a lo largo del tiempo de tratamiento que en el grupo de AN, pasando de 4 en el pretest a 9 en el postest. Respecto a la evolución del TCA, de las 9 pacientes con relaciones de pareja, 7 resolvieron o mejoraron y 2 persistieron en el TCA ($p = 1$). En ninguno de los 4 pacientes sin relaciones de pareja se diagnóstico TCA al finalizar el tratamiento, tal como se recoge en la Tabla 4.

Psicopatología general y relaciones de pareja

En el grupo AN, se encontró que de las 10 pacientes que sí tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas

durante éste), 5 mejoraron en los criterios de PG y 5 no. De las 11 pacientes sin relaciones de pareja 1 mejoró en PG y 10 lo mantuvieron. Se encontró relación estadísticamente significativa entre tener relación de pareja en el grupo AN y la ausencia de PG en el postest ($p = 0,05$). En el grupo BN, se encontró que de las 9 pacientes que si tenían relaciones de pareja (tanto desde el inicio del tratamiento como nuevas relaciones aparecidas durante éste), 6 mejoraron en los criterios de PG y 3 no. De las 4 pacientes sin relaciones de pareja ninguna presentó criterios diagnósticos de PG tras el tratamiento. No se encontró relación significativa entre las dos variables ($p = 0,4$).

Adherencia al tratamiento y evolución del TCA

Se analizó la adherencia al tratamiento entendiendo la relación terapéutica como un factor más de soporte social y como un ejemplo de interacción significativa, estableciendo dos categorías –finalizar o abandonar el tratamiento–, escogiéndose como variable independiente controlada -no manipulada- la evolución del TCA –categorizado como presencia/ausencia–. La adherencia al tratamiento se relacionó significativamente con el pronóstico del TCA ($p = 0,05$). Los resultados determinaron que el 70,6% finalizó el tratamiento, con un 29,4% de abandonos (Tabla 5). En la muestra hubo una tasa mayor de abandono si el paciente pertenecía al grupo AN que al de BN; de hecho, de los 10 abandonos 8 tenían diagnóstico previo de AN.

Tabla 5. Adherencia al tratamiento y evolución del TCA

N	TCA postest	
Adherencia al tratamiento	24	19 No TCA* 1 Atípico 4 TCA
Abandonos	8 AN 2 BN	3 No TCA 2 Atípico 5 TCA

* ($p = 0,05$)

Adherencia al tratamiento y nivel académico

Por otro lado, parece existir una significativa relación entre el nivel académico en relación a los abandonos del tratamiento; de los 10 sujetos que dejaron el tratamiento voluntariamente (no se han contabilizado los aban-

donos temporales por ingreso con readmisión ambulatoria posterior), 7 de ellos no tenían estudios universitarios. Se trata de una proporción significativamente mayor de la esperada, dado que la muestra contaba con un 50% ($n = 17$) de pacientes con grado universitario, 38,2% ($n = 13$) con grado medio y un 11,8% ($n = 4$) con estudios básicos ($p = 0,03$).

Discusión

Evolución del TCA

En primer lugar destacar la alta presencia de relaciones disfuncionales, desde la invasividad (que contemplaría un elevado índice de conductas de sobreprotección o injerencia en la vida del hijo, así como unas pobres relaciones entre los padres y una elevada presencia de ansiedad en el escrutinio del comportamiento de los hijos), hasta la frialdad (entendida en general como una dificultad en la expresión de emociones y en la creación de intimidad y afecto). En algunos casos, la presencia tangencial del padre (al menos en nuestra muestra) en el manejo del hijo podría dar lugar a una esperable sobreimplicación del otro progenitor. De esta manera, parece que un estilo familiar funcional (caracterizado tanto por la ausencia de alta conflictividad como por el manejo adaptativo de los problemas familiares), posee un carácter preventivo, donde se observa que, de los pacientes que no resolvieron el TCA, ninguno tenía este estilo interactivo. Sea como factor causal o como consecuencia, puede concluirse que la dinámica familiar en la muestra de TCA es altamente disfuncional. Los estudios que utilizan distintos cuestionarios para la evaluación de variables familiares, por ejemplo el *Moos Family Environment Scale*, el *Family Environment Scale* o el *Leuven Family Questionnaire* arrojan resultados contradictorios (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Se apunta a la necesidad de construir formatos de evaluación interobservadores más que medidas de autoinforme para aumentar la fiabilidad y validez de los datos. En todo caso, la presencia de familias en conflicto parece ser un hecho ampliamente observado en la clínica de estos pacientes. Los pacientes esquizoides y esquizotípicos suelen tener también un alto nivel de injerencia, con predominio de conductas hostiles, así como con baja expresividad emocional positiva. Los pacientes con patrones obsesivo-compulsivos presentan familias invasivas y aquellos con un formato de conducta depen-

diente suelen tener familias con dificultades en la expresión de sentimientos. Los pacientes con mayor desregulación emocional y desajuste conductual pertenecían a familias invalidantes, frías y con alto nivel de comportamiento agresivo. Las familias funcionales registraron pacientes con estilos narcisista, evitativo y sin PG.

No obstante, habría que tener en consideración que la mejoría general observada en cuanto resolución del TCA (22 casos de 34) y mejoría de la PG, podría estar mediada en algunos casos por la disminución progresiva de la relevancia familiar producida con la incorporación de los pacientes a nuevos contextos de relaciones significativas (lo que generaría una menor influencia de las interacciones familiares disfuncionales), sin menoscabo del papel protector y/o terapéutico que las propias relaciones de pareja y terapéuticas tengan de suyo. Del apartado anterior se deduce la perentoria necesidad de incluir a la familia tanto en la evaluación como en la intervención, habida cuenta de la especial complejidad de éstas.

La gran presencia de PG comórbil se encontró en el Eje II y en trastornos afectivos, en línea con lo expuesto en la literatura (Herzog et al. 1992a y 1992b; Grilo et al. 1996; Rämstan, 1999; Graell 1999; Echeburúa y Marañón 2001; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Marañón, Echeburúa y Grijalbo, 2007; Martín Murcia et al. 2008; Martín Murcia et al. 2009). Respecto a la relación entre la evolución del TCA y las relaciones de pareja en esta muestra, se encontró que la presencia de relaciones de pareja en el grupo de AN está relacionada con un mejor pronóstico en el trastorno alimentario. Así, las pacientes con AN que no mejoraron no tenían relaciones de pareja ni al inicio ni al finalizar el tratamiento. Por tanto, se podría concluir que obtener o mantener relaciones sentimentales sería un factor protector para la evolución de pacientes con AN.

Destacó la significativa carencia de relaciones de pareja en los estilos esquizoide y esquizotípico durante todo el intervalo temporal controlado (a pesar de que la media de edad posttest fue de 27,2 años) y la baja frecuencia encontrada en los estilos evitativos (solo 1 caso de los 8 presentó relaciones de pareja al comienzo del tratamiento). Por otro lado, parece que la presencia de relaciones de pareja en el grupo de AN se relaciona con una mayor probabilidad de mejoría y resolución sintomática del TCA, dato que no se observa en el grupo BN. Dado que las conductas de evitación social se aso-

cian en mayor medida al grupo AN, es comprensible que su mejora (cuyo dato objetivo más relevante sería el establecimiento de relaciones de intimidad) se asocie a una mejoría general del patrón anoréxico entre otras cosas por la generalización del estilo de afrontamiento (que incluiría, entre otros, aceptación personal, resolución de problemas, compromiso con objetivos vitales y contacto con reforzadores sociales). En el grupo de BN, sin embargo, la presencia de relaciones sociales no parece un buen predictor de cambio en estas variables, probablemente por la especial complejidad de las relaciones de pareja en este grupo, debida en parte a la elevada inestabilidad emocional presente (tándem ansiedad-depresión y ciclos rápidos euforia-disforia), lo que ha llevado algunos autores incluso a proponer la BN dentro del espectro de los trastornos bipolares (Perugi y Akiskal, 2002).

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es un tema poco susceptible de ser abordado empíricamente dadas las grandes diferencias en los diversos tratamientos psicológicos. Los abandonos (*drop-outs*) podrían ser una de las medidas más objetivas de la adherencia. La adherencia al tratamiento también podría analizarse como un ejemplo más del formato relacional del paciente, en el que se actualizarían las conductas relevantes (clínicas o no) de su patrón interactivo. Lo cierto es que la relación terapéutica no deja de ser una relación –por lo demás significativa– a la que se presta cada vez mayor consideración (Linehan 2003; Kholenberg et al. 2005; González y Pérez-Álvarez 2007). Sea como fuere, la literatura aborda poco este fenómeno que sería de especial relevancia en los pacientes con TCA, habida cuenta de la elevada frecuencia de abandonos descrita en este grupo clínico (Fassino et al. 2002).

Por lo que se refiere a la tasa de abandono, es algo menor a la encontrada en la literatura (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991; Clinton, 1996). En este sentido, se apuntaría a las dificultades en el establecimiento de un rapport adecuado con los pacientes esquizoides, esquizotípicos y evitativos (6 de los 10 abandonos) como factor relevante, sin perjuicio de valorar la motivación al cambio, problemas económicos, la propia estrategia terapéutica y/o los desajustes familiares como otros elementos relevantes. Los pacientes que mantuvieron elevada PG a lo largo del período de seguimiento son los que tuvieron unas tasas de abandonos signifi-

cativamente mayores. Este hecho podría explicarse por el efecto reforzante del cambio adaptativo en los estilos de personalidad; así, los pacientes que a lo largo del proceso de terapia van modificando su forma de afrontar la vida, tanto flexibilizando su comportamiento como comprometiéndose con asuntos vitales valiosos y obteniendo experiencias reforzantes serían las que aumentarían la adherencia a la terapia. Respecto al nivel académico, existió una relación entre el nivel de estudios alcanzado y la adherencia al tratamiento; fue significativamente mayor el porcentaje de estudiantes universitarios que acabaron el tratamiento en relación a los pacientes con estudios básicos y medios. Probablemente cursar estudios superiores requeriría, entre otras consideraciones, un estilo de afrontamiento relacionado con la planificación de actividades de autocontrol, una mayor aceptación del esfuerzo y mayor capacidad verbal (herramienta básica del tratamiento psicológico), sin obviar el soporte social que podrían tener los grupos escolares.

El estudio presenta, no obstante, diversas limitaciones como es el pequeño tamaño de la muestra, que no cuenta con un grupo control o la necesidad de incluir otros instrumentos de evaluación –por ejemplo diversos cuestionarios– para contrastar la información obtenida.

Notas

1. Este criterio se estimó habida cuenta de que la no recuperación del peso habitual del sujeto trae a equívocos, dado que en muchos casos en los que el sujeto no recupera su peso habitual, aunque no se sitúa en franja de infrapeso, suele existir una aparente mejoría psicológica, que en realidad refleja el haber conseguido mantener un peso inferior al peso inicial habitual, con lo que el objetivo básico de la aceptación de la imagen corporal o del peso normal no se habría dado.

Bibliografía

BEATO L, RODRIGUEZ T (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.

BECERRA, J. A (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. *Revista Electrónica Psicología Científica*.

BROWN, G (1985). *The discovery of EE: induction or deduction?* En Left, J. y Vaughn, C, eds. *Expressed Emotions in Families*. New York, Guilford.

BULIK, C. M; SULLIVAN P F; FEAR J L; PICKERING A (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.

CASTRO, J; TORO, J; SALAMERO, M; GUIMERÁ, E (1991). The eating attitude test: validation of spanish version. *Evaluación psicológica/Psychological assessment*, 7, 175-190.

CLINTON, D (1996). Why do eating disorder patients drop-out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.

ECHEBURÚA E; MARAÑÓN I (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513- 525.

EISLER A; SIMIC M; RUSSELL G F; DARE C (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560.

ESPINA A; ORTEGO M; OCHOA I; DE APELLÁNIZ M; ALEMÁN MÉNDEZ A (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.

ETXEBARRÍA Y; GONZÁLEZ N; PADIerno J A; QUINTANA J M; Ruíz I (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación. *Psicothema*, 14, 399-404.

FASSINO S; DAGA G A; PIREÒ A; ROVERA G G (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 200-206.

FERNÁNDEZ F Y TURÓN V (2002). *Trastornos de la Alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona, Masson.

GARGALLO M; FERNÁNDEZ F; RAICH R (2003). Bulimia Nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 335-349.

GARNER D; GARFINKEL P (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

GONZÁLEZ H; PÉREZ-ÁLVAREZ M (2007). *La invención de la enfermedad mental*. Madrid, Alianza Editorial.

GRAELL, M (1999). Comorbilidad en anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 82-84.

GRILO C M; LEVY K N; BECKER D F; EDELL W S;

MCGLASHAN T H (1996). Comorbidity of DSM III-R axis Y and II disorders female inpatients with eating disorders. *Psychiatry Service*, 47, 426-429.

HERZOG D B; KELLER MB; LAVORI P W; ET AL.; SACKS N R (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.

HERZOG D B; KELLER M B; LAVORI P W; ET AL. (1992b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-818.

KHOLENBERG R J; TSAI M; FERRO R; FERNÁNDEZ A; VIRUÉS 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*, 5, 349-371.

KUIPERS L (1992). Expressed Emotion research in Europe. *British journal of Clinical Psychology*, 31, 429-443.

KUIPERS L; BEBBINTONG P (1988). Expressed Emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18, 893-909.

KUPFER D; REGIER D; FIRST M (2008). *Agenda de Investigación para el DSM IV*. Barcelona, Masson.

LEFT J P; KUIPERS R; BERKOWITZ R; ET AL. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

LINEHAN M (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Paidós.

MARAÑÓN I; ECHEBURÚA E; GRIJALBO J (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control group's comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.

MARTÍN MURCIA F; CANGAS A; POZO E; SÁNCHEZ M; LÓPEZ M (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 16, 187-203.

MARTÍN MURCIA F; CANGAS A; POZO E; SÁNCHEZ M; LÓPEZ M (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 1, 33-38.

MILLON T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. Madrid, TEA.

MINUCHIN, S (2001). *Familias y terapia familiar*. Barce-

lona, Gedisa.

PELÁEZ M A; LABRADOR F J; RAICH R M (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol./Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 5, 131-144.

PERUGI G; AKISKAL H S (2002). The soft bipolar spectrum redefines: focus on the cyclothimic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge eating connections in bipolar II and related conditions. *Psychiatric Clinic North American*, 25, 713-737.

QUILES MARCOS Y; TEROL M; QUILES M J (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313-333.

R DEVELOPMENT CORE TEAM (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna: <http://www.R-project.org>.

RÄMSTAN M (1999). Personality and eating disorders. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 105-106.

ROBIN A L; SIEGE, P T; MOYE A (1995). Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 313-322.

ROSENVINGE J H; MARTINUSSEN M; OSTENSEN E (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.

SALDAÑA C; TOMÁS I; BACH L (1997). Técnicas de intervención en los trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.

STEINHAUSEN H C (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 225-242.

TORO J; VILARDELL E (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca.

TORO J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona, Ariel.

VANDEREYCKEN W; CASTRO J; VANDERLINDEN J (1991). *Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y su tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca.

VAUGHN C E; LEFT J P (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of psychiatry*, 129, 125-137.

VAUGHN C E; SNYDER K; JONES S; ET AL. (1984). Family factors in the relapse of schizophrenic patients.

Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos...

Archives of General Psychiatry, 41, 1169-1177.

WHITAKKER J K (1992). Enhancing social support for high risk youth and their families following residential care. En J. D Van der Ploeg, ET AL., (eds.) *Vulnerable youth in residential care. Part I: Social competence, social support and social climate*. Apeldoorn, Garant Publishers, p. 81-100.

YACKOBOVITCH-GAVAN M; GOLAN M; VALEVSKI A; KREITLER S; ET AL. (2009). An Integrative Quantitative Model of Factors Influencing the Course of Anorexia Nervosa Over Time. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 306-317.

Tabla 1. Puntuaciones MCMI II

	<i>Medias pretest</i>	<i>Medias posttest</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>Sig bilateral</i>
Esquizoide	81,2	56,2	25,1	4,8	0,0
Fóbica	68,3	39,3	32,1	5,6	0,0
Dependiente	56,1	54,8	32,7	0,2	0,8
Histórica	59,0	53,7	27,6	1,0	0,2
Narcisista	48,5	57,7	31,0	-1,8	0,0
Antisocial	53,7	52,5	25,7	0,2	0,8
Agresiva dura	54,8	48,7	27,7	1,0	0,3
Compulsiva	59,7	68,9	28,4	-1,7	0,0
Pasivoagresiva	67,8	38,9	25,4	5,7	0,0
Autodestructiva	70,1	36,6	25,3	6,9	0,0
Esquizotípica	61,5	45,8	24,4	3,0	0,0
Límite	59,9	39,6	23,3	4,0	0,0
Paranoide	58,1	48,9	19,1	2,1	0,0
Ansiedad	56,6	45,0	21,8	2,2	0,0
Histeriforme	52,6	43,6	16,3	2,0	0,0
Hipomanía	56,1	49,2	23,2	1,5	0,1
Neurosis depresiva	53,5	42,7	26,3	2,2	0,0
Abuso de alcohol	32,9	35,8	23,7	-0,5	0,6
Abuso de drogas	53,0	43,5	20,8	2,0	0,0
Pensamiento psicótico	57,6	44,0	20,3	2,6	0,0
Depresión mayor	55,5	31,0	22,8	4,2	0,0
Delirios psicóticos	61,4	50,9	15,9	2,4	0,0

(*p < 0,05)

Tabla 4. Relaciones de pareja y evolución

	<i>N</i>	<i>TCA Postest</i>	<i>Psicopatología general (PG) postest</i>
Relación de pareja AN	10	2 TCA 6 NO TCA 2 Atípico	5 NO PG 5PG *
No relación de pareja AN	11	5 TCA 6 NO TCA	1 NO PG 10 PG *
Relación de pareja BN	9	2 TCA 6 NO PG 1 Atípico	6 NO TCA 3 PG
No relación de pareja BN	4	4 NO TCA 0 TCA	4 NO PG 0 PG

* ($p = 0,05$)

Nuevas perspectivas en el tratamiento del Trastorno Mental Grave

ADOLFO J. CANGAS Y VICENTE IBÁÑEZ ROJO (EDS.)

Nuevas perspectivas en el tratamiento del Trastorno Mental Grave

CAPÍTULO 9

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ANOREXIA NERVIOSA

Francisco M. Martín Murcia

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se han convertido en uno de los trastornos psicológicos más relevantes en cuanto necesidad de investigación clínica, tanto por su complejidad como por su impacto social y familiar. Por un lado, debido al aumento de su incidencia que ha pasado en una década de 0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la anorexia nerviosa (AN) y de 6 a 9,9 casos para la bulimia nerviosa (BN), aceptándose un incremento en la prevalencia de dos a cinco veces en las últimas tres décadas con un porcentaje de 0,5-1% en la AN, de 1-3% en BN y de aproximadamente 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005).

De otro lado y más relevante para nuestra exposición, por la documentada refractariedad de los distintos abordajes terapéuticos implementados en los TCA (Herzog, Nussbaum, Marmor, 1996; McIntosh et al., 2005) y por tanto el desgraciado costo personal y familiar que conlleva, todo ello sin olvidar una tasa de mortalidad cuyo riesgo medio por década se cifra en 5,6 por 100 (Saldaña, 2001). La dificultad terapéutica que entraña para los clínicos la intervención en pacientes con TCA, tanto por la baja motivación al cambio como por la gran frecuencia de abandonos, podría deberse a algunos factores que convendría señalar.

De entrada, la elevada comorbilidad parece ser la norma y no la excepción (Rosenvinge, Martinussen, Ostensen, 2000) siendo especialmente significativa la presencia de trastornos del humor y de personalidad (Echeburúa y Marañón, 2001; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Borda-Más, Torres-Pérez y Del Río-Sánchez, 2008; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992a y b; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005; Martín Murcia, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2008). La presencia de dichos problemas añadidos implicaría ampliar necesariamente los focos terapéuticos y naturalmente alterarían el curso y pronóstico (Echeburúa y Marañón, 2001; Bell, 2002). Otro de los factores destacables en las dificultades de abordaje de los TCA graves sería la intervención de y con la familia. Si bien el papel de la familia es esencial en prácticamente cualquier estrategia terapéutica psicológica con personas jóvenes, la especial naturaleza de los TCA -fundamentalmente la AN- y la temprana edad de debut hacen que la familia sea uno de los focos de interés terapéutico. Desde los trabajos

del grupo de Milán y la escuela de Filadelfia, gran parte de clínicos han reportado datos sobre la dinámica familiar y sobre los antecedentes familiares psicopatológicos, destacando la presencia de alteraciones alimentarias en alguno de sus miembros (madre, hermanos) así como otros trastornos psicológicos (Martín Murcia, Cangas, Pozo, Martínez, 2009). Por ejemplo se ha descrito un ambiente familiar prototípico en la formación de la personalidad límite (patrón o estilo de comportamiento encontrado con frecuencia en algunos casos graves de AN compulsiva y BN Multiimpulsiva), denominado por Linehan (2003) como “invalidante”, caracterizado por respuestas inapropiadas y erráticas ante la experiencia emocional privada de los hijos, así como por una dramatización exagerada en situaciones compartidas (en las que un progenitor responde de una forma inusualmente intensa ante estímulos que habitualmente no debieran elicitar tal respuesta), contribuyendo a la disregulación emocional mostrada habitualmente por muchos pacientes con alteraciones caracteriológicas extremas. Dicha contribución ocurre -aceptando los condicionantes biológicos temperamentales que pudieran venir de suyo- porque ese tipo de ambiente familiar fracasa en la enseñanza y manejo de la experiencia emocional privada (sea comprendiéndola para sí y los demás, sea tolerándola). En ese sentido, también se explicita en la literatura sobre AN la frecuencia de relaciones familiares marcadas por un alto nivel de sobreprotección, que limitan la autonomía funcional del hijo debido a la elevada injerencia en sus asuntos, así como una pobre relación entre los padres (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991).

Sea como fuere parece que existen ciertas prácticas familiares “preparatorias” que no serían más que un ejemplo de los conflictos de normas propios de las sociedades modernas (Pérez Álvarez, 1996 pp. 918-919; Fuentes y Quiroga, 2004). Por tanto, la importancia de los factores socio-familiares en el desarrollo, mantenimiento y evolución es de tal magnitud que se han de convertir necesariamente en foco esencial de la evaluación y tratamiento. Ciertas dificultades en esta área las muestran Quiles Marcos, Terol y Quiles (2003) en las que se apunta que, a pesar de que los pacientes con TCA tienen el mismo acceso a escenarios de apoyo social¹, se muestran más insatisfechos con sus redes sociales de apoyo, explicitan mayor número de interacciones negativas y menor eficacia autopercebida, pertenecen a grupos sociales menos densos y describen un menor apoyo familiar. Ha de tenerse en cuenta que el desarrollo de AN en

¹Por “apoyo social” se entiende el conjunto de conductas expresivas e instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, desde las expresiones de cariño y afecto hasta la ayuda eficiente para resolver problemas o afrontar crisis vitales.

el hijo genera (si es que no existía previamente) un desajuste que altera la dinámica familiar habitual. Además del sufrimiento y la angustiada incertidumbre acerca de la situación clínica del hijo y la prognosis -francamente incierta-, la presencia del TCA como situación de crisis moviliza respuestas que en muchas ocasiones son desadaptativas o por lo menos inadecuadas para el manejo del problema. Entre ellas, la disfunción marital provocada por la entrega absoluta de un miembro a la enfermedad del hijo (incluso abandonando los proyectos laborales en marcha) o por la aparición de respuestas hostiles o de desatención/pasividad en un cónyuge que suelen generar una profunda insatisfacción y desapego en el otro. Asimismo, en ocasiones asumen un protagonismo excesivo convirtiendo “el tratamiento” en el valor esencial de vidas poco estimulantes (con el beneficio secundario consecuente).

Es interesante apuntar que a lo largo de las entrevistas clínicas puede desprenderse una “buena percepción” del apoyo familiar o de pareja por parte del paciente pero que no eximiría de que aquel fuera iatrogénico; se recordarán las “alianzas sobreprotectoras” y las “conductas de enfermedad” que estarían al servicio del mantenimiento del problema o la existencia de relaciones de pareja con comportamientos agresivos aceptados por sentimientos exacerbados de culpa o miedo a no encontrar otra relación significativa futura (Vandereycken, et al., 1991; Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Espina, Ortega, Ochoa, De Apellániz y Alemán Méndez, 2001).

En relación a la intervención, la postura familiar respecto al problema es un tema relevante. Se destacarían dos cuestiones: si la familia “patologiza” en exceso y se acepta el proceso como una enfermedad (es decir, como algo ajeno a la voluntad o posibilidad de manejo por parte del paciente y la familia), el resultado puede ser de alivio -de responsabilidades- pero puede neutralizar a la familia (y al paciente) que mantendrán el statu quo. Si se acepta que existe un grado de voluntariedad y por tanto posibilidad de manejo (individual y familiar) del trastorno, se permitirá un nivel de compromiso activo, pero se puede llegar a una presión excesiva hacia el cambio, generándose castigos por ambas partes ante la inacción o recaídas. Esto se puede controlar adecuadamente desde ciertos modelos terapéuticos (en los que prime una consideración de la psicopatología dinámica y contextual más que bio-nosológica) pero hay que contar con que existirán visiones o modos de entender el problema alternativas o incluso antagónicas por parte de otros intervinientes (profesionales, familia extensa, amigos) que minarán a veces la credibilidad y efectividad del terapeuta. En algunos casos se sugiere la parentectomía temporal debido a la retroalimentación negativa mutua entre la familia y sus hijos (Vandereycken *et al.*, 1991).

Otra de las particularidades que impiden una adecuada evolución del problema está relacionada con el abandono (drop-out) de la terapia estimado entre el 50-70% de pacientes (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002). A pesar de la enorme relevancia del dato, lo cierto es que hay pocos trabajos que hayan evaluado de forma consistente dicha cuestión. Entre las causas generales ofrecidas sobre el abandono se encuentran la edad (dificultad de adherencia en adolescentes), la duración (parece existir mayor abandono en los casos de larga evolución), nivel académico (menor nivel se asocia a menores habilidades verbales y reflexivas), clase social, problemas familiares (por lo indicado anteriormente), la presencia de un TP comórbil y la presencia de altos niveles de depresión. Sin embargo, estos datos pueden ser inconsistentes habida cuenta de la poca investigación señalada. Por otra parte, se hace sospechosa la ausencia del factor “terapeuta” entre las variables causales a estudiar en la conducta de abandono del tratamiento.

La variabilidad encontrada respecto a las tasas de recuperación depende de los distintos estudios consultados aunque se acepta una tasa del 40% en AN y de un 50% en BN en seguimientos a largo plazo (Saldaña, 2001). Por otra parte, parece que el pronóstico favorable es inversamente proporcional a la presencia de comportamiento purgativo (vómitos autoinducidos y laxantes), al tiempo de evolución del trastorno (Da Costa y Halmi, 1992), a la presencia de conductas adictivas, historia de alcoholismo familiar o conductas autolesivas.

Anorexia Nerviosa

Siguiendo la descripción del DSM IV TR de la American Psychiatric Association (APA, 2002), la característica clínica esencial en la AN es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal. El repertorio psicopatológico incluye pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal, manifestando un miedo intenso a la obesidad, alteraciones perceptivas de su propio peso, tamaño o forma corporal, rechazo al consumo de alimentos, así como pérdida de peso extrema debido al uso de dietas hipocalóricas extremadamente restrictivas o al empleo de conductas purgativas -vómitos autoinducidos, ejercicio físico muy intenso y/o abuso de laxantes-.

Suelen negar el peligro que comporta su comportamiento y rechazar en gran medida las iniciativas familiares y profesionales para modificarlo. La irreductibilidad de las evaluaciones sobredimensionadas de su peso o figura -a pesar de la emaciación

evidente- ha hecho que algunos autores las describan como ejemplos delirantes en algunos casos extremos (Halmi, 1982). A pesar de conseguir mantener un peso bajo, el miedo a ganar peso o convertirse en obesos (dado que existe una elevada frecuencia de sobrepeso premórbido) es tanto más intenso cuanto más peso pierden. Esta preocupación limita gravemente el resto de las áreas de su vida (relaciones sociales y familiares, rendimiento académico, estado de salud biomédica, actividades de ocio). Una vez instauradas dichas conductas y el bajo peso, éstas se suelen mantener por refuerzo positivo (p.ej. acercarse a la imagen ideal, experimentar sentimientos de control y eficacia, ser centro de atención familiar) y negativo (p.ej. vomitar para evitar las ansiedades, disminuir la ingesta para evitar malestar postprandial, “ser enferma” para evitar enfrentarse a retos de la vida).

A pesar de la distinción nosológica entre la AN y la BN, lo cierto es que entenderlas como un continuum más que como “cuadros” distintos parece una postura cabal. De hecho, existe un linaje común entre la AN compulsiva y la BN, tanto en la topografía como en los estilos de personalidad (Martín Murcia et al., 2008). La cuestión del diagnóstico está relacionada con la evolución natural puesto que aproximadamente un 80% de los pacientes con AN tienden a desarrollar conductas compatibles con el diagnóstico de BN con el paso del tiempo. Aunque durante los atracones se consumen alimentos calóricos, la característica definitoria de los atracones es la cantidad de alimento ingerido, la velocidad de la ingesta y la sensación de descontrol, más que la preferencia por determinado tipo de alimentos. Dada la intensa sensación de vergüenza y culpabilidad que generan en el individuo, los atracones suelen ser conductas ocultadas (incluso durante años) y suelen venir anteceditos por ánimo disfórico, estrés interpersonal, hambre (dada la restricción intercrítica a la que se autoexponen) o experiencias de insatisfacción vital (sea con la imagen corporal, sea con los fracasos en otras áreas de la vida).

En la topografía de la conducta, observamos un aumento progresivo de la frecuencia e intensidad de los atracones (llegando incluso a ingestas de miles de calorías). En cuanto estilo de personalidad, los pacientes con topografía bulímica suelen mostrarse más extrovertidos, impulsivos, toleran mal el aburrimiento y las rutinas y suelen experimentar relaciones extremas y tempestuosas (en ocasiones con alta desinhibición sexual), existiendo gran incidencia de conductas adictivas (tóxicos, cleptomanía) y parasuicidas. En la tabla 1, se muestran los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la última edición del texto revisado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la APA (2002).

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; (p.ej., pérdida de peso que dá lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; p. ej. ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones ocurren únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).

Subtipo Restrictivo: Durante el episodio de A.N, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Subtipo Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de A.N, la persona recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (DSM IV-TR)

No es difícil establecer claramente el diagnóstico de la AN dada la visibilidad del cuadro, aunque el secuestro de información habitual de las pacientes puede generar dudas en relación a la causa de la caquexia. Aún así es preciso realizar un diagnóstico diferencial claro respecto a enfermedades médicas que cursan con importante pérdida de peso y con el trastorno depresivo mayor; en ambos casos, no existe una imagen distorsionada del propio cuerpo ni un deseo de seguir adelgazando. Por otro lado, en la esquizofrenia se pueden observar patrones de alimentación severamente deteriorados sin un claro temor a ganar peso.

En relación al análisis causal, la perspectiva más extendida en la comunidad científica es de tipo multidimensional que parte de un enfoque biopsicosocial. Así en la sistematización propuesta por Garfinkel y Garner (1982) la anorexia nerviosa sería el producto de la interacción de una serie de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes (Tabla 2).

(ver en página siguiente)

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES MANTENIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos - Edad (13-20 años) - Sexo femenino - Trastorno afectivo - Introversión/inestabilidad - Obesidad o sobrepeso premórbido - Déficit de empatía - Perfeccionismo - Antecedentes familiares depresivos o adictivos - Familiares con TCA - Obesidad materna - Valores estéticos dominantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta - Cambios corporales adolescentes - Problemas familiares - Experiencias sexuales aversivas - Aumento de peso - Críticas acerca del cuerpo - Enfermedad adelgazante - Actividad física elevada - Acontecimientos vitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback fisiológico por inanición - Deterioro de las relaciones familiares - Aislamiento social - Cogniciones "anoréxicas" - Actividad física excesiva - Iatrogenia

Tabla 2. Modelo descriptivo multidimensional de la AN (adaptado de Toro y Vilardell, 1987)

Con un planteamiento etiopatogénico tipo ómnibus es obviamente fácil acertar. Tiene la virtud de poder encuadrar prácticamente a todos los casos y el defecto de dejar a la persona fuera. Por ello se ha sugerido la necesidad de realizar una reflexión sobre la particular formación de la identidad personal desde la modernidad hasta nuestros días y la comprensión del Yo como la unidad funcional emergente de las prácticas sociales en vez de considerarlo un constructo substancialista autoemergente (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002; Kohlenberg y Tsai, 2007 pp. 141-150). No sería de extrañar entonces el hallazgo del aumento de la prevalencia y la frecuente psicopatología familiar (siendo la familia como es el primer ambiente socializador y por tanto modelador de la persona). Este Yo tendría un lugar privilegiado y único donde encarnarse, el propio cuerpo (Robles, 1996 pp. 242-250). Mientras el Yo como sujeto estaría en contacto con el mundo, el Yo subjetivo tendría contacto con el propio cuerpo (siendo éste una experiencia corpórea inaceptable). Si las tareas autoreflexivas por antonomasia son el orgullo (dado por el reconocimiento) y la vergüenza (dado por el mostrarse ante los demás), no es de extrañar que algunas personas reparen enfáticamente en su cuerpo como objeto de reflexión y objetivo de cambio. Así, la identidad personal se encarnaría en el cuerpo (Pérez Álvarez, 1996 pp. 918). No en vano, para muchos pacientes con AN cambiar el cuerpo significa cambiar el Yo; de hecho, es sorprendente la presencia de cambios caracteriológicos extremos (Martín Murcia, 2009) hasta el punto de con-

vertirse en “personas desconocidas” para la propia familia. Así, la tarea de construir la identidad personal ya no sería solo una cuestión ética sino estética (Stanghellini, 2005). Ello podría explicar -siquiera en parte- el habitual hallazgo de que muchas personas con este tipo de trastornos caigan en la trampa de referirse a sí mismas como “Yo soy Anoréxica” en vez de “Yo soy una Persona con un problema de anorexia” (Heffner y Eifert, 2004 pp. 13). Es más, la reforzante adscripción a la AN (hecho observado por ejemplo en la proliferación de webs pro-anorexia) tendría que ver con la ideología o sentimiento de radical excepcionalidad e individualidad que recuerda a la vivencia de la patología como un regalo o como misión escatológica propia de algunas personas con trastornos del espectro esquizofrénico. Quizás una de las diferencias entre ambas estribe en la preocupación metafísica de la persona con esquizofrenia frente a la preocupación por el “ser” en algunos pacientes con AN.

Terapéutica en Anorexia Nerviosa

Dada la complejidad en el abordaje de la AN, se hace necesario una intervención multidisciplinar, siendo por tanto esencial la evaluación completa de los aspectos biomédicos por parte de un especialista. Este es el factor primario a atender en el inicio del contacto con el paciente y previo a cualquier intervención psicológica (Mehler y Andersen, 1999), especialmente en pacientes anoréxicos restrictivos con pérdida importante de peso y en compulsivos-purgativos con una conducta de vómito muy frecuente. Toro y Vilardell (1987) destacan cuatro criterios que sugerirían el ingreso hospitalario: biomédicos (pérdida de peso igual o superior al 25% del peso esperado según la edad y talla, presencia de irregularidades electrolíticas, alteraciones en los “signos vitales”, enfermedades secundarias o no a la AN, pero que puedan agravarse con la concurrencia de cuadros), familiares (relación familiar conflictiva en extremo), psicológicos (presencia de deterioro psicopatológico relevante) y, por último, fracaso reiterado en el tratamiento ambulatorio. Se acepta que el tratamiento ambulatorio puede ser eficaz en adolescentes que presenten un inicio reciente del trastorno (cuatro meses), que no manifiesten comportamiento compulsivo o purgativo y que tengan padres dispuestos a cooperar y a participar eficazmente en la terapia. Cabe mencionar los dispositivos intermedios (Hospital de día), en los que el tratamiento incorpora terapias de grupo y ocupacionales, así como talleres, además del soporte terapéutico individual, permitiendo al paciente realizar las comidas en el centro y tener un horario externo, lo que no impide la disminución de la oposición al tratamiento. De hecho, se sugiere que para reducir dicha oposición se aborden las primeras entrevistas con suficiente tacto para que el paciente exprese su postura real frente a su trastorno y conseguir la suficiente motivación para movilizarse hacia el cambio. Beato y Rodríguez (1998) siguen

las observaciones de Miller y Rollnick (1991) durante su experiencia en conductas adictivas, en las que concluyeron que el estilo confrontativo del terapeuta estaba asociado a mayor tasa de recaídas y a peor evolución, mientras que un estilo comprensivo aunque realista favorecía la motivación del cliente. En esta línea, parece que una buena forma de aumentar el compromiso terapéutico y disminuir la resistencia es no invalidar las creencias y sentimientos típicos de personas con AN (Vitousek, Watson y Wilson, 1998). Dado que una gran parte de los pacientes con TCA suelen manipular el ambiente, es necesario asegurar la confidencialidad para neutralizar los intentos de engaño al terapeuta. La creación de un vínculo terapéutico afectivo es la condición efectiva previa necesaria para hacer trabajar al paciente; de hecho, dicho vínculo es en muchas ocasiones el único respetuoso y estimulante que les ha quedado.

Respecto a los focos de intervención en la AN, la Guía de Tratamiento para los TCA de la *American Psychiatric Association* (2001) destaca los siguientes: 1) restablecer peso saludable (normalización hormonal) 2) tratar complicaciones médicas 3) incrementar la motivación y colaboración terapéutica 4) suministrar formación sobre nutrición y conducta alimentaria 5) corregir ideas, actitudes y sentimientos disfuncionales relacionados con el TCA 6) tratar alteraciones psiquiátricas asociadas 7) proporcionar apoyo y/o terapia familiar y 8) prevención de recaídas. Respecto a los tratamientos psicológicos, la bibliografía clínica actual desestima -en menor o mayor medida- las intervenciones ortodoxas provinientes del psicoanálisis, del enfoque sistémico o del modelo de 12 pasos (utilizados en adicciones), fundamentalmente por la ausencia de estudios de eficacia controlados. Ello no significa que algunos ítems con "pedigree" analítico o sistémico no sean interesantes (incluso esenciales) para un eficaz trabajo terapéutico (como la comunicación estratégica, el uso de la transferencia o la intervención en alianzas familiares iatrogénicas). De igual forma, existe disparidad de criterios en la eficacia y/o pertinencia del uso de terapias de grupo, aunque se desaconseja su utilización en fases iniciales o en situaciones de bajo peso (por el negativo papel del modelado o la posibilidad de comparación con otras pacientes y la lógica ansiedad que ello podría generar). Respecto a los tratamientos psicofarmacológicos, parece haber acuerdo en su ineficacia para el núcleo psicopatológico de la AN y se desaconseja en la fase de ganancia de peso, aunque se implementen para otros síntomas o trastornos comórbiles como la depresión o el funcionamiento obsesivo-compulsivo (Saldaña, 2001; APA, 2001; Fernández y Turón, 2002) y pueda considerarse su utilidad en la fase de prevención de recaídas (APA, 2001). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan tanto por su efecto antidepressivo como por su acción en las rumiaciones obsesivas. En ocasiones, se han utilizado

neurolépticos, por ejemplo la clorpromazina o risperidona, con el objetivo de eliminar las percepciones delirantes respecto al peso y a la imagen corporal, aprovechando por otra parte el efecto orexígeno.

En el actual abordaje de la AN se podrían distinguir entonces dos focos terapéuticos generales: por un lado el programa de rehabilitación nutricional (ganancia de peso y la adquisición de hábitos alimentarios saludables) y por otro la implementación de estrategias relacionadas con el resto de problemas existentes en cada caso (que suelen ser frecuentes y ubicuos). La terapia conductual de reforzamiento contingente a la conducta alimentaria y/o al aumento de peso es la principal herramienta utilizada (fundamentalmente en entornos hospitalarios). Dichos procedimientos operantes consisten en la privación de ciertos privilegios -por ejemplo poder vestirse, recibir visitas, ver la televisión, leer, estudiar- para que el paciente pueda ir progresivamente obteniendo reforzadores de forma contingente a la consecución de los objetivos de ganancia de peso y de pautas de alimentación acordados. Se utilizan programas de economía de fichas para mediar entre los objetivos alcanzados y la obtención de reforzadores. Se recomienda que se minimice la postura coercitiva en la implementación de dichas estrategias habida cuenta de la resistencia que presentan dichos pacientes (APA, 2001) y la posibilidad de generación de una engañosa aquiescencia con el tratamiento cuya función es seguir las reglas para salir pronto del hospital y retomar cuanto antes su conducta restrictiva.

Dado el patognómico componente fóbico del trastorno (miedo a ganar peso), se han aplicado programas de desensibilización sistemática para intentar eliminar tales miedos. La exposición a la imagen corporal parece reducir el nivel de insatisfacción, ansiedad hacia el cuerpo y conductas evitativas. Aunque todavía no existen estudios controlados, distintos clínicos sugieren que ampliar el entrenamiento en exposición desde un marco basado en el *mindfulness* podría producir mejoras y generalización del afrontamiento de estados emocionales negativos (Wilson, 2004 pp. 252). Para la reducción del comportamiento impulsivo como los atracones y vómitos (en el subtipo anorexia compulsivo-purgativa) se suelen aplicar técnicas de exposición con prevención de respuesta, control de estímulos y procedimientos de demora (disminuir la impulsividad-velocidad del atracón) así como cambio de conductas auxiliares (comer sentada, colocar los alimentos del atracón en un plato, etc.). Se cuestiona su éxito a medio-largo plazo, aunque su uso es imprescindible en casos de gran infrapeso y/o comportamiento purgativo grave. De hecho la recuperación pondoestatural suele tener como consecuencia una interesante mejora en la clínica afectiva y obsesiva,

así como un re-establecimiento de las capacidades cognitivas y volitivas necesarias para el establecimiento de intervenciones psicosociales (APA, 2001). Respecto a la intervención sobre el contenido cognitivo distorsionado que presentan los pacientes con AN, se ha utilizado ampliamente la terapia cognitivo-conductual (TCC) desde que fuera descrita y prescrita para la depresión. El elegante manual de Fernández y Turón en el Hospital de Bellvitge en Barcelona muestra un protocolo de dicho abordaje incluyendo intervenciones grupales (Fernández y Turón, 2002). Los objetivos esenciales serían la recuperación de peso y la instauración de hábitos alimentarios adecuados como cuestión de principio y el trabajo de discusión y reestructuración cognitiva para eliminar o reducir los pensamientos irracionales o distorsionados así como los estados de ánimo negativos que se suponen como causa del patrón conductual patológico. El protocolo tendría las siguientes etapas (Fernández y Turón, 2002 pp. 96-97):

1. Sesiones probatorias
2. Sesiones terapéuticas:
 - a) Objetivación de peso y de alimentación a través de autoregistros
 - b) Pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso
 - c) Pautas básicas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno (p.ej. no realizar menús especiales ni reforzar conductas anorexígenas)
 - d) Introducción al modelo cognitivo
 - e) Objetivación y re-estructuración cognitiva relacionada con la AN
 - f) Resolución de problemas
 - g) Prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo
 - h) Sesiones de control

Respecto al grueso del trabajo psicológico desde esta perspectiva (reestructuración cognitiva de pensamientos disfuncionales relacionados con la imagen, comida o peso) se ofrecen algunos ejemplos de tales pensamientos en la tabla 3.

“si como algo extra perderé el control y me inflaré”
“antes comía dulces y estaba gorda; ahora no puedo permitirme ni un poco”
“todo el mundo se fija en mi peso y ven que ha aumentado”
“noto como la grasa se acumula en mis nalgas”
“cada vez que como, mi estómago se hincha como un globo”
“sólo puedo controlar la alimentación si soy capaz de no comer o comer lo menos posible”
“sí como algo que me guste, tengo más probabilidades de descontrolarme”
“si no sé exactamente que tengo que comer, mejor no hacerlo”

“si no he programado por la mañana mi dieta, mejor no arriesgarme y no comer nada”
“nunca tengo hambre”
“puesto que he comprobado que si como normal acabo engordando, la unica solución es no comer”
“sé que no me va a pasar nada si no como”
“puesto que no pierdo más y más peso, a pesar de comer poquísimo, cualquier cosa que ingiera me hará engordar”
“como he ganado 1 kilo en una semana, debo dejar de comer o engordaré 30 kilos”
“si comes a gusto, engordas”
“si tomo la fruta antes de la comida, absorberé menos calorías”
“debo mantener mi dieta restrictiva, porque mi metabolismo es tal que si tomo algún alimento prohibido, engordo seguro”
“la actividad fisica quema calorías, así que he de hacer ejercicio inmediatamente despues de comer para adelgazar o mantenerme delgada”
“con una alimentación normal no conseguiré controlarme jamás”
“sólo delgada puedo ser persona”
“o estoy delgada o no me importa vivir”
“me noto nerviosa, así que es mejor no comer nada porque podría tener un atracón”
“cuando la gente me mira, creo que están dándose cuenta de lo gorda que estoy”

Tabla 3. Reportes verbales de pacientes con AN

Aún siendo evidente que la TCC es probablemente el enfoque que mayor eficacia comprobada tiene para un amplio abanico de de trastornos psicológicos incluidos los TCA (Wilson, 2004 pp. 244-247), existen ciertas cuestiones que dificultan la elaboración de un trabajo de reestructuración cognitiva –por lo menos en casos refractarios– que el debate sobre la irracionalidad o distorsión de las creencias o ideas en ocasiones se complica puesto que forman parte del lógico reporte verbal de personas preocupadas con el peso y forman parte del “ambiente de la época”. Es habitual que si alguien está restringiendo la comida porque controla su dieta haya experimentado eso de “picar algo y continuar comiendo” (luego vendrán los remordimientos y planes de controlar más y mejor mañana). ¿Y que decir de la sensación de éxito cuando alguien ha dejado los dulces y por tanto el miedo a probarlos de nuevo y la probabilidad de revivir y recordar el enorme malestar experimentado cuando tenía sobrepeso?. Por otro lado, es relativamente fácil tener pensamientos autoreferenciales cuando la mayor parte de las personas con la que el paciente está vinculado están continuamente mirando su peso, vigilantes de si el pantalón está más holgado o los pómulos más marcados. Y por último, se observa que la pérdida de grasa corporal sigue una distribución determinada (se pierde poco peso en las zonas de máxima preocupación como nalgas, muslos, barriga) y que la distensión abdominal y la laxitud de la musculatura intestinal hace que el volumen de la barriga aumente con una mínima ingesta. Algunas de sus ideas no son sino una constatación empírica de lo que ocurrirá si aumentan de peso

o comen más y para ellos es inaceptable. Por otro lado, tal y como se ha apuntado anteriormente, en muchos casos la identidad personal queda fusionada y restringida a la experiencia corporal, siendo por tanto legítima la identificación del yo solo con un cuerpo determinado (delgado). En todo caso, es precisamente la cuestión de la aceptación del intenso y deteriorante contenido intrusivo sobre el peso y la imagen -entre otras experiencias psicológicas relevantes- el gran caballo de batalla. De hecho la conclusión de Saldaña sobre el “panorama” en el tratamiento de la AN fue desolador y a la par estimulante: el único tratamiento que hasta el momento ha probado su eficacia es la rehabilitación nutricional y por tanto se hace necesaria el desarrollo de nuevos programas de intervención que permitan determinar la eficacia de los mismos (Saldaña, 2001). Es más, se observa que en los casos compulsivos es poco probable que haya evolución positiva si no existe respuesta terapéutica temprana en 6-8 semanas (Wilson, 2004 pp. 244). Se hace por tanto necesario un esfuerzo de análisis y mejora de los tratamientos cognitivo-conductuales para los pacientes no respondedores.

Quizá el enfoque al uso de lucha y modificación de la “manera de pensar” de los pacientes con AN tenga en ocasiones tan poco sentido como la lucha contra los delirios en pacientes psicóticos (Chadwick, 2006; Heffner y Eifert, 2004 pp. 42). La práctica clínica nos enfrenta a un hecho incontestable: es que dicho contenido habitualmente persiste aun después del tratamiento psicológico y de la recuperación física y ello podría tener que ver con las habituales recaídas, lo que nos sugiere que quizás podría afrontarse la intervención terapéutica desde una óptica menos encarnizada sobre los aspectos cognitivos y corporales patognómicos de la AN. La idea es que se puede pasar a la acción antes de cambiar los pensamientos o de llegar a sentirse bien (Heffner y Eifert, 2004). Algunos clínicos sugieren que se hagan explícitas las ventajas de las creencias dis-funcionales y que no se invaliden, entre otras cosas porque los valores de las sociedades modernas los confirman y refuerzan (Vitousek et al., 1998). En esta línea, ciertos principios de las llamadas Terapias de tercera generación (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2006) están comenzando a implementarse para el tratamiento de pacientes con AN (Wilson y Roberts, 2002; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Heffner y Eifert, 2004), aunque dichos principios no sean en modo alguno exclusivos dada su filiación en distintas aproximaciones terapéuticas y filosóficas clásicas (Pérez Álvarez, 2004 pp. 48-69; Martín Murcia et al., 2000), lo que a nuestro juicio sería un valor añadido. Como se recordará, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) es un tratamiento basado en un particular punto de vista sobre la cognición y la emoción (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Esencialmente se distingue de otros modelos clásicos de psicopatología en que no se asume necesariamente la causalidad de los even-

tos mentales (pensamientos, emociones o estados corporales) en el comportamiento problemático. Por tanto desde esta perspectiva no se instará al paciente a modificar y controlar dichos eventos negativos para conseguir un estado mental libre de ellos; antes bien, se procurará precisamente la actividad de observación de la mente y la toma de distancia sin enredarse en ella (Heffner y Eifert, 2004 pp. 65). De hecho, potentes datos experimentales parecen indicar que es precisamente dicho intento de control, eliminación o disminución lo que mantiene al paciente absorbido existencialmente en ellos, al menos en muchos casos (Wilson y Luciano, 2002 pp. 79-91). Es cierto que la evitación de dicho material puede producir alivio y bienestar inmediato y por ello el paciente se instaura en patrones disfuncionales para su vida. *La teoría de la aceptación* (Hayes et al., 1999) 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. Por otra parte, la aplicación de los principios filosóficos de ACT¹ para la anorexia nerviosa no desdice de la utilización de otras herramientas clásicas en el abordaje cognitivo-conductual, aunque con importantes matices dada la facilidad para que existan contradicciones entre los mensajes tanto del propio terapeuta como del resto de profesionales que intervengan en el caso (Wilson y Roberts, 2002; Heffner y Effert, 2004). En todo caso, un cuidadoso análisis de lo que se dice y hace en sesión puede paliar dichas contradicciones. Por ejemplo, la habitual -por no decir excesiva- herramienta de la relajación progresiva podría enfocarse como una forma más cómoda (flexible) de exponerse a situaciones temidas más que como un fin en si mismo (Wilson y Roberts, 2002) en el sentido que a veces se instruye erróneamente al paciente “que hay que estar relajado para estar sano o afrontar con éxito la vida”.

En esta línea, el diálogo socrático se re-enmarcaría a su vez como una actividad que permite al paciente flexibilizar su forma de pensar y por tanto llegar efectivamente a la arbitrariedad y relativismo de los pensamientos más que a llegar a “*una correcta manera de pensar*” o el uso de la asociación libre para elicitar una tarea introspectiva si es que ésta fuera una actividad habitualmente evitada por el paciente (pero que no necesariamente deba requerir una interpretación más profunda). En casos refractarios y de larga evolución en los que ya han sido tratados previamente en varias ocasiones y por varios especialistas, es habitual que los pacientes esperen que el objetivo del tera-

¹ Se remite al lector al manual de Wilson y Luciano (2002) para una mayor profundización en aspectos centrales de la filosofía subyacente a la terapia y a Heffner y Eifert (2004) para la implementación de ACT específicamente en AN.

peuta sea *"hacerles ganar peso"* e intentar sin éxito *"luchar contra sus miedos y obsesiones"*. Por eso es desconcertante para ellos -y sobre todo para sus familias- este particular abordaje, encontrando frecuentes resistencias familiares ante esta nueva alternativa. La aceptación -entendida como un proceso activo de autoafirmación más que un proceso de resignación- es tarea harto difícil en pacientes con TCA. Por ello generar un compromiso activo por parte del paciente y de la familia para que estén abiertos a un sufrimiento de gran intensidad mientras aquel dirige su agenda vital hacia otros valores personales, requiere la utilización de una especial relación terapéutica que permita el esclarecimiento honesto de lo que el paciente quisiera para su vida. El análisis de los valores y el colocarlos en el horizonte de cambio es lo que puede permitir que acepte el dolor que provoca el tratamiento.

Nuestra manera de entender los valores no es reduccionista ni sigue un alineamiento lógico-gramatical: los valores serían actitudes cuya función es regular la acción, pero que la trasciende más allá de las metas o normas circunstanciales. Los valores se experimentan más que "pensarlos" o "conocerlos", por lo que su aspecto esencial es pre-reflexivo y por tanto emocional (más que razonado y previo a la capacidad de elegir). Su carácter ontológico tendría que ver con la característica primaria de dar estructura (idiosincrásica) a la experiencia emocional (incluso o más aún en las que ésta es caótica o rígida). Los valores no son metas, son direcciones vitales (Heffner y Eifert, 2004 pp. 96). Por ello habitualmente existirán conflictos de valores (cuya expresión verbal sería por ejemplo *"ser alguien a través de un cuerpo delgado"* frente a *"ser una persona comprometida con mi mundo"*) y una de las tareas esenciales sería tratar de ayudar al paciente a esclarecerlos y elegir entre ellos. Se suelen distinguir en áreas -fundamentalmente para poder objetivarlos, aunque obviamente se superpongan algunos de ellos-. La categorización que habitualmente se muestra aborda áreas de familia, relaciones sentimentales, amigos, educación, espiritualidad, salud, carrera, etc. Se ha de recordar que la intervención generalmente produce más sufrimiento que la condición de no tratamiento y es muy importante que el clínico entienda esto con comprensión para la paciente y la familia, con aceptación y respeto. Se hace preciso traer a colación la tradición de la logoterapia de Frankl (1987) sobre el sentido y finitud de la vida, la aceptación, el sufrimiento y la responsabilidad de hacer congruentes los valores y la conducta. Respecto al terapeuta, adquirir esta postura filosófica de comprensión de la psicopatología (determinista, fenomenológica, contextual y no mentalista) y de la intervención (no sintomática sino positiva) permite que éste sobreviva a la frustración habitual ante el tratamiento de este tipo de trastorno psicológico grave y refractario. Precisamente Heffner y Eifert (2004) ofrecen un terapéutico "libro de trabajo" no solo

de uso para pacientes (a modo de libro de autoayuda) sino de uso (por no decir terapia) para los profesionales que, provengan o no de tradiciones psicológicas conductuales, pueden auto-reenmarcarse al modo estratégico (Nardone y Watzlawick, 1992) para actuar ante este tipo de pacientes desde una filosofía sencilla y útil.

Otro de los temas clave en el tratamiento es la alta frecuencia de problemas interpersonales que tienen las personas con AN, que pueden ser previos al debut o consecuencias del aislamiento, tensión familiar (padres y hermanos manifiestan rechazo y cansancio ante la constante situación de estrés) o abandono de actividades en contextos sociales. Por ello, el uso de la relación terapéutica como situación privilegiada para intervenir en los problemas interpersonales puede ser una herramienta determinante tanto para resolver conflictos vitales relevantes como para que dicha resolución traiga como consecuencia una acción decisiva del paciente para mejorar las pautas alimentarias y el autocuidado efectivo. No en vano se ha establecido que la Terapia Interpersonal (TIP) (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984) es un tratamiento eficaz en trastornos asociados a la Bulimia Nerviosa (Fairburn, 1993). De hecho se han reportado eficacias similares a la TCC a largo plazo precisamente en las áreas relacionadas con la imagen corporal y la conducta alimentaria (APA, 2001) a pesar de no ser focos terapéuticos. Desde esta perspectiva, la intervención se basa esencialmente en las dificultades interpersonales relacionadas con los conflictos de roles, la no aceptación de las transiciones biográficas (p.ej. el paso de la adolescencia a las responsabilidades sexuales, profesionales o académicas adultas) y la deficiencia en la creación o mantenimiento de un soporte social adecuado. Por tanto sitúa a los problemas interpersonales como agentes causales y desencadenantes del TCA. El objetivo del tratamiento se centra en el estrés y las relaciones interpersonales más que en la dieta, el peso o la imagen corporal. La aplicación de estas técnicas en BN se basa en el supuesto de que, a menudo, los atracones comienzan en el contexto de unas relaciones interpersonales insatisfactorias (determinadas por la baja autoestima, la sobrevaloración de la imagen corporal, etc.). Estas relaciones provocan ansiedad y depresión, estados emocionales ante los cuales se desencadena el atracón. Así, los focos terapéuticos serán la baja autoestima y los sentimientos de ineficacia, cuya mejora pueden provocar la reducción de la sintomatología alimentaria. El esquema de tratamiento seguiría las siguientes fases: (1) identificar las dificultades interpersonales implicadas en el desarrollo y mantenimiento de las conductas bulímicas (2) contrato y desarrollo del trabajo sobre dichas dificultades, identificando pautas de comunicación, examen de sentimientos, utilización de la relación terapéutica como una relación más, consejo, modelado, role playing (3) preparación del paciente para la conclusión del

tratamiento y la prevención de recaídas.

Por su parte, Kohlenberg y Tsai (1994; 2007) han descrito un formato terapéutico parsimonioso (psicoterapia analítico-funcional o FAP) de extraordinaria utilidad para implementar ciertos principios derivados del conductismo radical en los problemas cotidianos que tienen muchos pacientes de larga evolución (catalogados por la nosología al uso en el Eje II), como las dificultades en las relaciones íntimas, aislamiento, alexitimia, baja tolerancia a la crítica o al fracaso, hostilidad, fobia social o conductas compulsivas (Kohlenberg y Tsai, 2007 pp. 150-164). 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. Los terapeutas experimentados y eficaces, sean de la orientación que sean, suelen atender a la aparición de conductas clínicamente relevantes (CCR) durante el transcurso de la sesión y las suelen reforzar, castigar o extinguir de forma natural -aunque a veces no reparen en ello si su autoconocimiento como clínicos no lo ha facilitado-. Así, el mero hecho de atender a las conductas que describen el término de transferencia facilita las mejorías y por ello -si el terapeuta es sensible a estas contingencias- refuerza su conducta de atención a estímulos transferenciales (Kohlenberg y Tsai, 2007 pp. 38-39). Evocar CCR es relativamente fácil en trastornos de personalidad que cursan con AN: evitación de la intimidad, mentir o hacer peticiones disfrazadas, inflexibilidad cognitiva, malestar ante la presencia de personas de otro sexo, intentos de manipulación, ansiedad ante la comida o estímulos equivalentes, desconfianza, mutismo, planificación exhaustiva, no tolerancia de discrepancia o críticas, darse razones para todo, respuestas de contracontrol en tareas para casa, dar una imagen perfecta al terapeuta, comportamiento agresivo, controlar en base a chantajes emocionales, verbalizaciones de abandonar, aplazar citas, llegar tarde o dependencia entre otros. Se apunta -a pesar de la obviedad- que lo que son cambios conductuales positivos en unos pacientes no lo son necesariamente en otros (p.ej. llegar tarde a una cita o no hacer la tarea perfectamente en una persona con estilo obsesivo-compulsivo es un cambio positivo relevante, sin embargo sería una conducta problemática en una persona cuya fuente de conflictos interpersonales fuera el bombardeo sistemático de las reglas de compromiso o la dificultad para responsabilizarse de sus asuntos). Las claves operativas de este enfoque incluye buscar conductas problema (CCR), 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).

Tras estos apuntes terapéuticos básicos se podría concluir a modo exclusivo de orientación práctica con ejemplos de conducta clínica, analizando ciertas particularidades de los pacientes con AN grave y el argumento psicoterapéutico pertinente³:

- Ante riesgos biomédicos el ingreso hospitalario y la rehabilitación nutricional son perentorios. Si el terapeuta observa que no existen contingencias naturales que puedan favorecer la mejoría, es mejor aplazar el tratamiento psicológico.
- Ante la defensa y resistencia del paciente al tratamiento, la entrevista motivacional y la explicación filosófica del tratamiento no como algo destinado a hacerle ganar peso, sino a permitirle hacerse cargo de su vida con mayor efectividad parece ser una postura cabal y necesaria. Se recomienda no invalidar las creencias y experiencia emocional de los pacientes (primero porque la empatía favorece la autoaceptación y segundo porque permite reducir la defensa y por tanto aumenta la posibilidad de exploración conjunta).
- Es necesario “pactar” un mantenimiento mínimo de peso a cambio de darse durante un tiempo la oportunidad de psico-analizar su forma de vida y la manera de responder a los problemas derivados.
- Para romper por ejemplo la lógica de que los eventos internos son la causa del problema se les puede explicar el cuento de la cerradura: *“imagina que se rompe la cerradura y no puedes arreglarla y te sientes por ello tremendamente inútil. ¿Cuál es el problema?”*. Habitualmente refieren que el problema es sentirse así por esa tontería y se les puede preguntar si con ese sentimiento podían hacer algo útil y ante su negativa, se les puede indicar *“que el problema es que la cerradura está rota y que solo habría que arreglarla”*.
- Ante la falta de conocimiento sobre los eventos relacionados con la conducta ali-

³ Obvia decir que las conductas verbales del terapeuta (incluyendo metáforas o analogías) deben ser propias” y “apropiadas”, siquiera porque serán más creíbles y tendrán por su autenticidad un valor discriminativo y reforzante adecuados. Por eso las relatadas aquí solo deben servir a modo de ilustración.

mentaria, se pueden implementar tareas psicoeducativas en las que abordar de forma didáctica y gráfica aspectos relacionados con la psicología y fisiología de la alimentación como la teoría del setpoint (es decir, la vuelta al peso determinado genéticamente a pesar de los intentos de reducción), el efecto ping-pong (tras cada período de adelgazamiento sigue una recuperación del peso perdido), los reajustes homeostáticos que produce la restricción (por lo que el análisis bioquímico parece “sano”, aumenta el colesterol precisamente por el déficit de ingesta de grasas, se enlentece el metabolismo basal), las variables culturales (en los que se confronta al sujeto como consumidor en vez de cómo ciudadano), las dietas como un falso producto (fundamentalmente en personas con BN) y las conductas purgativas como *“la causa del atracón”* (en vez de *“la falta de control del paciente”* como causa). En esta línea didáctica, se insistirá en adiestrar a los pacientes para entender funcionalmente sus conductas problemáticas (siquiera porque ofrecer interpretaciones sobre las variables que afectan la conducta sea una de las pocas herramientas útiles, frente a explicaciones más abstractas o poco objetivables).

- Para tratar sobre la Teoría de la Aceptación se les puede adiestrar en reconocer al servicio de qué está su conducta (p.ej. tener el control o aliviar la ansiedad). Para hacerles caer en la cuenta de que con sus arreglos neuróticos consiguen -al menos circunstancialmente- esos objetivos pero pierden la capacidad de experimentar el placer de estar vivos y la posibilidad de estar abiertos al magnífico riesgo del azar, se puede utilizar la metáfora del traje de neopreno: *“es muy seguro hacer el amor con traje de neopreno, así se evitan muchos problemas, estás seguro y protegido... pero no disfrutas tanto de esa experiencia”*. En esta línea, para que contacten con la idea de que el control es el problema, se puede utilizar el cuento del ciempiés que dice *“que un día le preguntó la hormiga al ciempiés cómo podía mover con tanta elegancia y armonía sus cien patas y el ciempiés, al pararse largo rato a pensar en ello, no pudo moverse nunca más”* (extraído de Nardone y Watzlawick, 1992).
- Una tarea probablemente efectiva ante las dificultades de compromiso terapéutico es la clarificación de valores y la puesta en la mesa de los conflictos entre ellos, así como el reforzar naturalmente cada mínimo cambio en la dirección adecuada. Puede utilizarse la metáfora del salmón, que *“lucha contracorriente para llegar a su objetivo principal y así hacer el viaje a favor, cuesta abajo, satisfechos de haber logrado algo valioso y de forma serena”*. Para aumentar la frecuencia de pequeños cambios de conducta, se puede utilizar la metáfora del león: *“una pequeña astilla clavada en el pie de un majestuoso león puede convertirlo en un gatito vulnerable y lograr quitar ese*

pequeño trozo de madera puede hacer resurgir al magnífico león”.

- Ante los problemas interpersonales parece sensato utilizar enfoques que primen dichos aspectos (TIP o FAP). En nuestra experiencia el aprovechamiento de lo que ocurre en sesión como ocasión de trabajo terapéutico es esencial para la generalización a los contextos vitales del paciente (se remite al lector al manual de Kohlenberg y Tsai, 2007). En este sentido, es preciso elicitar comentarios del paciente referidos a estímulos presentes en el setting terapéutico (P: *“tu estás aquí porque cobras dinero y por tanto tu interés no soy yo ni mi problema y no puedo fiarme de lo que dices”*), fomentar comentarios comparativos entre la sesión y el contexto vital (P: *“me recuerdas lo pesado que es mi padre cuando no dejas de hablar para oírte a ti mismo”*), promover la expresión de deseos, peticiones y sugerencias (P: *“solo necesito alguien que me entienda”*) y hacer equivalencias entre las narraciones del paciente sobre asuntos de su vida habitual con aspectos que ocurren en sesión (T: *“es posible que el sentimiento de decepción con tus amigos sea parecido a lo que sientes respecto a mí como terapeuta.... ¿Que he hecho yo que te recuerde a las veces que tus amigos te han fallado?”*). Es importante observar los *“motivos ocultos”* en las verbalizaciones del paciente (a fin de cuentas, la mayor parte del lenguaje es metafórico); tanto éste como el terapeuta pueden ser no conscientes acerca de peticiones disfrazadas (p.ej. ciertas quejas buscan una reforzante compasión, muchas historias testimoniales no son sino cortinas de humo para evitar *ir al grano*, ciertas conductas agresivas hacia el terapeuta son un método para probar su compromiso con el paciente, etc.).
- Ante los problemas familiares, se hace necesario un análisis funcional de la dinámica familiar para cortocircuitar conductas de mantenimiento del problema. El objetivo en cualquier esquema de tratamiento es que el paciente se haga cargo responsablemente de su vida y en ocasiones puede eludir esta responsabilidad dado que la familia la ha adquirido de forma consistente. Conseguir que la familia vaya cediendo las riendas a pesar del temor que ello supone o las catastróficas experiencias biográficas previas, es una tarea tan difícil como esencial en el tratamiento. Por otra parte, las sesiones de grupo de padres podrían ser un buen contexto para aprender a atender más a sus vidas y a los costos que tiene el abandono de sus proyectos vitales (sin contar con los beneficiosos efectos del grupo per se y el modelado del terapeuta conductor destinado a la aceptación del problema y a una comprensión psicosocial de los TCA).

- Respecto a la extrema competitividad mostrada por un gran número de pacientes se recomienda suprimir metáforas bélicas que incluyan términos como *luchar, enemigos o eliminar* para evitar generalizaciones a otros contextos.
- Es importante denunciar las trampas del lenguaje en las que esté metida, por ejemplo al confundir su identidad personal (ser) con el trastorno (estar) (p.ej. *“soy anoréxica”*). Es importante que aprendan que *“la solución es el problema”* y hagan suyo el lema: *“si no los quieres (pensamientos o sentimientos negativos), los tendrás”*. Es útil la tarea de explicar la mente como una parte más de nuestro cuerpo y poder distinguirla de la persona que la tiene, *“de igual forma que no diríamos que la mano es la persona, sino que la mano pertenece o forma parte de la persona”*. Dada la habitual hiperreflexividad mostrada por los pacientes con AN, se les puede invitar a *“describir con palabras experiencias inefables”* para poder contactar con la idea de que el lenguaje *“no lo puede todo”* y *“que hay muchas más cosas en la vida que las que el lenguaje pueda atrapar”*.
- La dificultad para verbalizar y/o aceptar la experiencia emocional sobre la imagen corporal y peso puede trabajarse con entrenamiento de exposición en sesión de sus sentimientos y pensamientos asociados a la comida, peso o a su imagen. Esta experiencia última se puede realizar con fotos de la paciente antes del TCA y actuales (con el trastorno) o exponiéndose in vivo ante el espejo. Siguiendo los pasos del entrenamiento en mindfulness (Linehan, 2003), se instruye al paciente a observar y describir su cuerpo, permanecer *“aquí y ahora”* y observar el contenido de la conciencia sin emitir juicios de valor. El aprendizaje en afrontamiento de eventos emocionales negativos relacionados con el cuerpo y peso podría generalizarse y convertirse en una forma adaptativa de estar ante el malestar general de la vida (siendo que precisamente son los estados emocionales depresivos frecuentemente los disparadores de conductas alimentarias alteradas). El entrenamiento puede completarse ante situaciones problema por ejemplo pasar por la pastelería, comidas sociales, despertares nocturnos con visita a la cocina o incluso comiendo con ellos. Como se ha dicho, en este tipo de estrategias se pretende colocar al paciente en situación de abandonar en la medida de lo posible las soluciones ensayadas para resolver problemas que a la postre se convertían en más problemáticas que éstos, sugiriéndoles el parar y contemplarse (hacerse consciente de sí mismo y del mundo). Para ello se pueden utilizar metáforas como la de las arenas movedizas, según la cuál *“al caer en ellas intentas moverte rápido para escapar pero con ello se precipita el hundimiento, mientras que parándose a mirar*

alrededor puedes darte la oportunidad de alcanzar una rama oculta y ponerte a salvo". Se puede utilizar la metáfora del cine para sugerir que en vez de agarrarse a la comida para salvarse de ciertos eventos privados (miedo, fracaso, dolor) podrían agarrarse a sí mismos o a alguien cercano (amigo, terapeuta, familiar). Ésta consiste en ponerlos en la situación de "estar viendo una película de miedo y ver como una reacción habitual es cogerse del brazo de alguien, es decir, agarrarse a algo aunque solo sea una película (no una realidad objetiva); así podrían asimilar la equivalencia mente-película-ficción y la necesidad de aferrarse por ejemplo a valores alternativos a la comida". Un ejercicio experiencial expuesto por Fairburn respecto a la imagen corporal es la proyección de una araña haciendo una secuencia desde el cuerpo completo hasta ir acercando la imagen en un zoom que acaba con un fotograma en primer plano de la cabeza, haciendo consciente como del miedo inicial moderado se pasa a sentir asco, terror o repulsión cuando "el foco atencional se concentra en una parte olvidando el todo".

- A modo de conclusión, se hace preciso apuntar la absoluta necesidad de atender a la persona y no al trastorno. Aunque la mayor parte de los clínicos se adhieren sin fisuras a esta postura, no deja de tener sentido enfatizarlo en estos momentos en los que todavía se sigue pretendiendo manualizar y protocolizar excesivamente la conducta del terapeuta a modo de recetario. La actividad del clínico, aún estando dirigida hacia los problemas concretos de cada paciente -y precisamente por ello-, no deja de ser un encuentro dinámico, auténtico y valioso entre dos personas; la complejidad de esa dinámica solo puede explicarse ideográficamente y su aproximación debiera ser más filosófica (aprender los principios básicos) que reglada.

Epílogo: La desesperanza creativa podría aplicarse a los clínicos que tratan casos de AN grave. Si las soluciones probadas una y otra vez en forma de estrategias terapéuticas no parecen ser buenas herramientas o no tienen gran alcance, siempre estamos a tiempo de dejar de transitar por caminos circulares y buscar en otras perspectivas terapéuticas y filosóficas opciones quizás más parsimoniosas y eficaces.

Referencias

American Psychiatric Association. (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Ars Medica.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*, Barcelona: Masson.

Beato, L., Rodríguez, T. (1998). *Aplicación de la entrevista motivacional en el tratamiento de la anorexia nerviosa*. *Psiquis*, 19, 215-226.

Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.

Borda-Más, M., Torres-Pérez, I., y Del Río-Sánchez, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.

Braun, D.L., Sunday, S.R., y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24, 859-867.

Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J.L., y Pickering A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.

DaCosta, M. y Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.

Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: Wiley.

Echeburúa, E, y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.

Espina A, Ortego M, Ochoa I, De Apellániz M, y Alemán Méndez A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.

Fairburn, C. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, en *New Applications of Interpersonal Psychotherapy* (Ed. Klerman y Weissmann). Washington: APA Press

Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, y A., Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psycho-

therapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206.

Fernández y F., Turón, V. (2002). *Trastornos de la Alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson

Frank, V.E. (1987). *Teoría y terapia de la neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.

Fuentes, J. y Quiroga, E. (2004). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.

Halmi, K.A. (1982). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 24, 187-194.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press

Hayes, S.C. (2004). 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

Heffner, M., Sperry, J.A., Eifert, G.H, y Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.

Heffner, M., Eifert, G.H. (2004). *The Anorexia Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.

Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., y Sacks, N.R. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.

Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., y Sacks, N.R. (1992b). Psychiatric commorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 802-818.

Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., y Marmor, A.K.(1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books Inc.

Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2007). *Psicoterapia Analítico-Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Ciencia Biomédica.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós

Luciano, M. C., Gómez, I., y Valdivia, S. (2002). La personalidad desde un marco contextual-funcional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197.

Martín Murcia, F.M., Del Aguila Martín, E., Motos Alarcos, A., y Rivas González, J. (2000). Terapia Contextual y Estratégica: buscando similitudes. Comunicación en XXX Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapy, 26-28 Septiembre, Barcelona

Martín Murcia, F, Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M., y López, M. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo*. Behavioral Psychology, 16, 187-203.

Martín Murcia, F., (2009). Personality disorders and modern culture. *Psychology, Society and Education*, 1, 39-49.

Martín Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M., (2009). Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* (en prensa).

McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., Mckenzie J., Bulik, C., Frampton, C., y ,

- P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Española), 8, 429-435.
- Mehler, P.S. y Andersen, A.E. (1999). *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational intervening. Preparing People to change addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Peláez, M.A., Labrador Encinas, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universita
- Pérez Álvarez, M. (2004). Contingencia y Drama. *La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones
- Pérez Álvarez, M (2006). *La terapia de conducta de tercera generación*. EduPsykhé, 5, 159-172.
- Quiles Marcos Y, Terol M y Quiles MJ. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313-333.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., Rosenvinge, J. (2005). Two-Year Prospective Study of personality disorders in adults with longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Robles, F.J. (1996). *Para aprehender la psicología. Un análisis histórico-epistemológico del campo psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., y Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998 . *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.

Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating and Weight Disorders*, 10, 21-27.

Toro, J., y Vilardell, E (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Vandereycken W., Castro, J., y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

Vitousek, K., Watson, S., y Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.

Wilson, K.G., Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento conductual centrado en los valores*. Madrid: Pirámide

Wilson, K.G., Roberts, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: an application to Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.

Wilson, G.H (2004). Acceptance and Change in Eating Disorders. En Hayes, S.C., Follette, V.M., Linehan, M.M. (Eds). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Pres.

Personality disorders and modern culture

Francisco Martín Murcia*

Instituto de Ciencias del Comportamiento, Spain

(Received December 22, 2008; Accepted February 26, 2009)

ABSTRACT: In this work, the relation between the modern social context and personality—as an essential psychological entity—and its disorders were analyzed from a dialectic perspective. Therefore, I have specified the bidirectional influences of social paradigmatic changes in modernity—and in the case of postmodernity—on the construction of personal identity. A historiography of the Self throughout the diverse eras and of the more relevant social changes was carried out, emphasizing the consequences in the development of character. The analysis includes a reflection on one of the pathologies of increasing incidence in modern societies: image disorders. In the discussion, the difficulties to organize the self in an extremely subjective world, which forces a person to self-realization as existential task, is criticized.

Key words: eating disorders, culture, personality disorders, theoretical study, postmodernism.

RESUMEN: En el presente trabajo se ha analizado críticamente la relación del contexto social moderno con la personalidad —como ítem psicológico por autonomía— y sus trastornos desde una perspectiva dialéctica. Por tanto se han explicitado las influencias bidireccionales que los cambios sociales paradigmáticos de la modernidad —y en su caso de la posmodernidad— han tenido en la construcción de la identidad personal. Se ha realizado una historiografía del Yo a lo largo de distintas épocas y de los cambios sociales más relevantes, enfatizando las consecuencias sobre la formación del carácter. El análisis incluye una reflexión sobre una de las patologías con una incidencia creciente en las sociedades modernas: los trastornos de la imagen. En la discusión se denunciarán las dificultades existentes en la configuración del Yo en un mundo subjetivizado en extremo y que obliga a la autorealización como tarea existencial.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, cultura, trastornos de la personalidad, estudio teórico, postmodernismo.

Despite the long theoretical tradition of the culture-personality pair (Linton, 1947; Blackburn, 1945; Horney 1937), it does not seem to have been granted the expected relevance in Psychology and still less in clinical settings (Fuentes & Quiroga, 2004). Kant already mentioned that character and temperament depend on education, the environment, and lifestyle, as well as on adopting sound acquired principles (Kant, 2004 orig. 1785, pp. 17 & 41). Intrapsychic emphasis—on either the psychoanalytic or the cognitive aspect—has not concealed the evidence of cultural factors in the development of the Self (as Ortega would have said) and, thus, the dialectic relationship between subject and society does not seem debatable. Nevertheless, although personal identity is the key element of subjective reality (Berger & Luckmann, 1968, p. 214) and it depends on the dialogical relationship with other human being (Taylor, 1994, p. 81), there are few works about personality and its disorders that analyze the emergence of the Self, taking into account the social fabric that shapes them. Nevertheless, as a social

* Correspondence: Instituto de Ciencias del Comportamiento. Avda. Carlos III 432, 7^oJ 04720, Aguadulce (Almería). E-mail: murcia@cop.es.

phenomenon, subjectivity has been a fruitful path towards the knowledge of psychopathological deficits (Stanghellini, 2004 p. 15). Despite Jasper's warning that psychological disorders originate in tensions with the community or society of reference, this may not have been studied in detail with due rigor (Jaspers, 1993 origin. 1913, p. 784). Currently, interesting approaches, such as that of Sass (1994) about the relation between the modern culture and madness, or of Stanghellini (2004, 2005), calling our attention to the need for new theories to explain the construction of personal identity in this era of change, are probably the precursors to the study of psychopathology and the social condition of the human being.

In the presentation, culture will be emphasized as a root variable to explain the genesis of personality, considered a behavior pattern selected by relevant bio-socio-familiar contingencies; the social environment will ultimately reveal who one is. In this work, I shall describe in three sections the relation between social changes and personality: the first section is about the historiography of the Self throughout diverse eras, the second one is related to the most outstanding social changes of modernity and their impact on the development of personality, and, lastly, I will present a paradigm of a modern psychological disorder.

HISTORIOGRAPHY OF THE SELF

It could be said that personality has not always existed, in spite of having one (as Molière's character noted with surprise about the discovery of speaking in prose without knowing it). The commercial revolution and the Protestant Reformation were the main defenders of the concept of the Self. Before that landmark, the notion of the Self was integrated within the social role. Thus, for example, in the Middle Ages, the subject already had prescribed from birth a role related to his social status and working place, which provided a firm sense of group, and it was easier for him to feel sure about who he was and what was expected of him in life. Living conditions may have been hard but the psychological conditions were simple. The social order prevailed over the individual (Bruckner, 1996). The commercial revolution introduced the possibility of "transformation," that is, the possibility of being a different "self" and, therefore, the responsibility of being the agent of one's own destiny. This opened a new horizon and the need to focus one's attention on oneself in order to earn one's living, in which the need "to be somebody" emerged. Such omnipotence provided by freedom brought fear with it; the fear of freedom (Fromm, 1941). One could say that Man entered the "*era of perpetual torment*" (Bruckner, 1996). Like all social institutions, the Church reformed, adapting to the times, staking on the weakening of social links and emphasizing economic-spiritual individualism (Murphy, 1956, pp. 853-862). Sennet warned that the Protestant individual had to assume responsibility for his lifetime ethically (Sennet, 2000, p. 109). *Ora et Labora* implied a disciplined use of time and the function of work as a test of a subject's moral value. This philosophy of life would shape the Protestant's character.

The romantic period is acknowledged as the era in which the *internal world* expanded unprecedentedly, and Rousseau's "feeling of existence" was the way to feel *par excellence*. Personality traits, considered an internal *thing* that drives an individual

to act are underlined (Gergen, 1992, pp. 43-51). The ethics of authenticity emerged in which good and evil were linked to one's feelings, and morals had an inner voice (Taylor, 1994). Each person had his own measure and, therefore, felt the need to be faithful to himself. The bases of what would later be modern subjectivism were set.

Towards the end of the 19th and 20th century, the *Zeitgeist* strayed from the romantic enchantment (Gergen, 1992, p. 51), probably because the need for mercantile expansion and the preparation for war reinforced scientific work and instrumental reason. Scientific-like psychologies began to hatch out and the mechanistic version of the mind—with the metaphor of the cerebral machine and its circuits and associative networks—was paradigmatic. At last, mental processes could be measured and the end of the 20th century was a decade in which the discoveries about the human brain seemed to lead towards Nature's best kept secret. At last, the mysterious romantic Self gave way to a modern machine-like self, thereby, susceptible to being measured and controlled (Gergen, 1992, pp. 73-74). However, in the last few decades of the 20th century (a historical period frequently called postmodernism), the unprecedented speed and intensity of social changes have been particularly relevant for the rapid modification of character.

SOCIAL CHANGES

"The times they are a' changing" (Bob Dylan)

The concept of infancy and social-educational practices, linked both to the physical and meta-physical (values) conditions, should be mentioned first because of their undoubted impact on the development of the Person. Such practices initiate the configuration of emotions and, therefore, the sense of the Self and the world, from the early years of life, and the variability of emotions in diverse societies—both diachronically and synchronically—is extraordinary. As described by Nussbaum (2008), Chinese babies are encouraged to remain immobile, North American babies are flooded with stimuli and encouraged to move around, whereas Hindu babies' mothers carry them and suckle them on demand, but their face-to-face interactions are minimal. Likewise, educational patterns to assimilate the distinction between boys or girls are different depending on the society of reference.

Despite the importance of childhood in the development of the person, historically, it was not a relevant topic of study until well into the 20th century, as it was thought that children had no "personality," nor did they have the rank of "persons" as they could not *reason*. Before the 17th century, children were considered miniature adults (they were dressed like adults, their social behavior was identical to that demanded of adults in the work or customs setting), although they were denied adults' privileges. There were no games, activities, or literature targeting that stage of the life span. With the arrival of the industrial revolution, children's lives were drastically conditioned, and especially the less favored classes, with the massive incorporation of children to the work market and, therefore, with contingencies that hindered immaturity or having an infantile personality. The value of infancy was calculated—literally—in economic terms and, given the high child mortality, the number of children born was more important than each specific human being. At the same time, the upper classes—which had the

necessary time to observe and attend their children's behavior—probably valued their children as inheritors of their position, fortune, or knowledge, and therefore, dedicated more time to interact, instruct, and direct their development (undoubtedly influenced by Christian morals and Humanist thinkers). Children were considered beings undergoing development and transformation (who should mature until becoming adults). The importance of infantile education increased exponentially as of the Lockian theory of the “*tabula rasa*,” although infantile plasticity had already been understood—and taken advantage of—by the clergy. Kant had already noted that the ultimate end of education was to learn to venerate the right of man and the dignity of the human being.

Therefore, the importance of education as a social issue has a long trajectory. Throughout the 20th century, childhood occupied a privileged place in the western world, both its study and the increase of social practices related to children (universal rights, protection, responsibility, education, psychological care). The Kantian intention was to install universal morals and to allow the development of a perfect society. The moral conscience would be a vicar of God on earth and would lead to solving social conflicts by appealing to these morals that transcend frontiers, without the need for wars.

However, although the globalization and universalization of the human being is morally accepted, reality has gone down another pathway. That lofty desire of the 18th century seems to be in crisis, just as much as the family. The incorporation of women to work, the unfolding of theories about how to educate, anxiety in the psychological scrutiny of minors, given the current confusion about what is good and bad for healthy psychological development, have relieved the family of its classical responsibilities, handing over to organizations and social institutions the control of important “family affairs” (Horney, 1937, pp. 70-71; Lasch, 1999, p. 286). In fact, it seems we have gone from blaming the family for children's psychological problems to blaming the brain, for example (González & Pérez Álvarez, 2007 p. 93); thus, a fearful and avoidant personality whose external expression could be tachycardia, sweating, cognitive blocking, feeling dizzy, etc., is the consequence of an alteration of the locus ceruleus instead of extremely overprotecting family dynamics and an exaggerated show of alarm in the face of “the drama of life,” or children's aggressiveness at school is considered an alteration in the amygdala and not a behavior very much of our times, which rewards indiscriminately without the—necessary—existence of merit. No doubt, it is remarkably reinforcing to accept these new *causal loci*—whether the brain, school, or bad company—either to spread guilt or to completely dodge responsibility.

Genetics also seem to be a good excuse. In any case, one of the currently unsolved conflicts is related to the high position of infancy and the adult's need for self-realization; children need time and effort that is sometimes incompatible with, for example, personal growth, a professional career, or the parents' leisure time. One way to respond to conflict is to ignore such coercions and focus on the processes of “self-realization,” especially in people with a fragile identity (Taylor, 1994 p. 90) and to look for agents to take on the responsibility for the child's psychological development in the above sense.

One of the big changes in our way of life in recent years is women's incorporation

into the working world, but other important changes in working conditions have had a large impact on the (de)formation of character (Sennet, 2000). Currently, industrial capitalism has given way to a system whose essential characteristics are the reinvention of bureaucracy (with very expensive and inefficient, but very popular bureaucratic systems), the flexibility of production, with factories moving to countries with cheap labor and subcontracts so that the worker “loses sight of” the product, and lastly, the movements of big businesses whose real assets only reach 25% of the operations carried out.

A devastating effect of these and other factors is the economic and social crisis that has been here since 2008. Despite experts’ predictions, the system went on as if nothing were happening; banks gave credit without guarantees, states spent money left and right, smoke took the place of real money, the citizen was led to believe he had no limits, modeling his character to seek immediate reinforcement, and mortgage products were created that would be a trap for people’s entire lives. It is easy to “grab” the disenchanting citizen, as the working identity has been in crisis for a long time: computerization (even to prescribe pharmacological treatments) and technology brought on by aseptic and comfortable working environments have distanced the workers from the product so that their working identity has become remarkably weak (Sennet, 2000, p. 73).

The lack of current work commitment is partially due to scant understanding of the job, which generates indifferent, detached, acritical, or burnt-out subjects. We have gone from carrying out works to making products. The only challenge is not to make an art of one’s work, but to assume *risk*. In the late or current flexible capitalism, older workers lack the necessary energy to adapt to the demands which have emerged because of the fast changes in business, avoiding situations of uncertainty. Experience is no longer a value in the modern world (Sennet, 2000 pp. 97-101). The rule was to seize the moment without trusting future plans.

The other option was to avoid such uncertainty by working for the State, abandoning other work or intellectual options, perhaps more or stimulating for personal development, so that we have gone on wasting the gross national product on public offers of employment (convenient to tranquilize certain lobbies and to capture others), but increasing the machinery that generates corrupted characters that have often ended up learning to be lazy. Citizens turn toward the soft and paternalistic State, seeking impossible protection: rescue plans to save only some of the debts incurred because the new “spirit of the times” made us think “all is well.” Within this frightening and hopeless context, new saviors are needed; drama has historically conspired with the return to Religion and/or Revolution, although recently, prayers are aimed at the Obama effect. Seeking the scapegoat and the savior has been generalized due to victimism and infantilism, two of the pathologies of modernity denounced by Bruckner (1996). On the one hand, blame for our suffering is projected onto the enemy and, therefore, the end justifies any means (war, terrorist attacks, corruption, prevarication, theft, etc.) and, on the other hand, generalized anesthesia of one’s conscience; the adult becomes infantile and demands life benefits without any strong commitment.

Thus, work ethics as a right and moral and material responsibility has turned into

work as a means to gain freedom to consume; in other words, the equivalence relation of autonomy-consumption has been established. Thus, the old control that was traditionally exercised by the family is taken over by large companies that operate with the great publicity gear (Lasch, 1999, pp. 101-102). We have gone from the value of producing, doing, manufacturing, leaving an opus all through one's existence to mere consumption.

This has affected the human being not only in his *modus vivendi* but also in the modification of values, attitudes, feelings, and social relations. It could be stated that "I am reincarnated, to a great extent, in the products that are consumed" (Martín Murcia, 2006). Products for sale are not important because of issues of usefulness—in fact, they are not very useful—but because of their psychological properties. Such objects with subjective properties conform a fleeting Self, as ephemeral as fashions. Psychology itself is not removed from the forms and ways of fashion and from the same controlling agents (Fuentes & Quiroga, in press). But the poor psychological nutritious function due to the rapid obsolescence of consumable objects leaves the Self in a state of constant famine, so the need to consume increases exponentially, in view of the power of an intermittent reinforcement program. The Self no longer depends on the works carried out by human beings but on the result of a large-scale marketing project transmitted through communication technologies.

These technologies are a part of one of the most influential social changes in modern man's behavior. The emergence of an enormous comparative context, given the quantity of people with whom a person really or virtually contacts (in this case, it makes no difference) in a very short life-time, generates saturation of the Self. According to Gergen (1992, p. 211) "the autobiography becomes a sociobiography." If the Self takes on the form of significant models, and the mirror of possibilities to construct personal identity is enormous, the colonized Self (Gergen, 1992, p. 100) is split and dispersed, becoming more *contingent* than *consistent* (Pérez Álvarez, 2001). The Self is in an ongoing process, an unfinished Self, or rather, there are a plurality of Selves.

In fact, it is not surprising that personality has been defined as a work of art, as it is the ethical and esthetic style that each person lends to his or her life according to the corresponding circumstances and social values (Pérez Álvarez & García-Montes, 2004); to construct oneself is an arduous task in modern times.

Social relations and the expansion of subjective life have shaped an unstable personal identity, extremely dependent on volatile circumstances. As relative as the postmodern Truth; reality has ceased to be tangible and now depends on the observer's eye (Gergen, 1992, p. 127, Watzlawick, 1998, p. 11). The current constructivist perspective does not seem to seek man's responsibility for increasing his wisdom to intervene in the subjective reality, as a true value of existence (Ortega, 1981 orig. 1914, p. 147), but instead the subject is granted the power of having his own Truth, his own opinion, and therefore, he has been driven to the boldness that is so typical of ignorance.

An example of the distress of modernity is seen in the excess of individualism and in the "pitiful well-being" (Taylor, 1994); inner withdrawal, the result of modern freedom, and the dissolving of moral horizons has turned the subject into the "center of his attention." Current theologies refer to salvation/healing on earth, and the result is the withdrawal from therapeutic scenarios (Gergen, 1992, p. 34). It is not surprising

that psychological (self-esteem, psychoanalysis), pseudo-psychological (new age), and psychiatric (cosmetic psychopharmacology) culture is extending, in view of the value of health as the lack of distress (Lasch, 1999, pp. 27-32, Pérez Álvarez, 2003, pp. 40-41). At the beginning of the 20th century, Jaspers (1993, orig. 1913) denounced the onset of the Renting Neurosis because of the 1880 legislation on accidents and the specialists' eagerness to diagnose.

So, the strategy of generating treatments to cure or treat psychological disorders simultaneously prescribed (González & Pérez Álvarez, 2007; Blech, 2005) deserves special mention because of its particular impact on the generation of needs, expectations, and fears in people of the modern world, although evidently, it is not a recent phenomenon; remember the history of hysteria in which Jaspers (1993 orig. 1913, p. 810) denounced that hysteria in the times of Charcot had more to do with ignorant prescription than with a medical-biological entity. In fact, the World Health Organization already declared that health is not just the absence of disease; however, well-being is not a clear entity (Boixareu, 2008, pp.103-107). It depends on the needs created by certain social and economical institutions publicized through the social communication networks.

Health-related parameters are constantly modified, often because of commercial interests rather than true scientific progress (Langbein & Ehgartner, 2004). Thus, the Greek *pharmakós*, a ritual in which the disease was cast out, has grown exponentially. Health practices take up a good part of modern man's life: exercise, esthetic care, diet, balance, self-esteem, success, relaxation, biochemical (cholesterol, triglycerides), hormone (substitutive therapies in men and women during their climaterium) and viral control (Human papillomavirus vaccines for western societies, which, paradoxically, are the ones with the lowest prevalence of cervical cancer).

The current concern with health, ageing, and death has become a real obsession (Lasch, 1999, pp. 253-263); panic due to our pathologization of old age as something to cure or treat has increased exponentially in a vicious circle because of the exaggerated biotechnological optimism that suggestively invites us to believe we will win the war against old age (although many products with scientific forms are reduced to dietetics of the Hippocratic corpus). But prolonging life expectancy is not the same as avoiding old age and/or death (Fukuyama, 2002, pp.101-123). And therefore, the need to realize, to become aware of one's own body, of oneself, and of the finiteness of existence. But this level of pre-concern has a price: The human being became entangled in his subjectivity instead of in the important issues of life and this is the starting point of diverse psychological disorders, including devastating alterations like schizophrenia (Ensum & Morrison, 2003; Sass, 2003).

IMAGE PSYCHOPATHOLOGY

One of the main pillars of the distress of modernity is relativism, the "scion of individualism" (Taylor, 1994 p. 49), which leads to the myth of self-realization.

The subject must decide which values should guide his life, but from ego-centrism. It is easy to fall into the temptation of self-indulgent goals and infantile demands, such as social acknowledgement, dependence on affection, and anxiety if one

does not receive the slice of cake one deserves. But this fear of the narcissistic wound makes it impossible for modern man to provide what is demanded (Horney, 1937, p. 91). In fact, he is highly hostile in the face of anticipated loss. Ortega distinguished trivial, envious, and self-complacent individualism from valuable individualism earned by achieving the greatest possible understanding of the world (Ortega, 1981 origin. 1914, p. 158).

But, as mentioned, wisdom does not seem to be the current way to deal with anxiety, but rather seeking affection, control, and acknowledgement. Such life goals have generated impatient, suspicious, irritable people, with a very low frustration threshold, and a constant fear of failure; we live within a perpetual examination and this prevents us from building fair relationships. The loss of transcendental referents and egocentric withdrawal are the pillars of the narcissistic development of personality, one of the distinct modern patterns (Lasch, 1999). Chronic adolescence and the need for acknowledgement in multiple selves make up unstable or borderline personalities.

Hyper-reflectiveness favors schizoid self-absorption. If dependence on one's image, the fear of failure, and the need to control are essentially modern psychological products, it is not surprising that the search for a valuable personal identity involves control over one's body, given the equivalence of success-thinness and the tools provided by society (diets, light products, pharmacological goods, exercise). Ontological uncertainty, adolescence as a critical stage in the development of personality, and the socio-familiar reinforcement of achieving perfection, thus avoiding the possible/probable failure through control of food, studies, social relations, thoughts, and emotions are a breeding ground for one of the psychological disorders with increasing incidence in the modern world: eating disorders (EAs).

Problems with body image are the pathognomic criteria, which is completely logical if we observe the hypertrophy of visual material in our iconographic society (Lasch, 1999, p. 71). EAs have been classified as culture-bound syndromes, although this can be taken loosely. The fact that the prevalence data in the western culture—or in those cultures, such as Iran or Fiji, where the values of modern body image were acquired (Abdohalli & Mann, 2001; Martínez, 2001, pp. 116-117)—do not cast any doubt on the cultural impact of this way of “getting sick,” does not mean that the epidemic is just due to the predominant social models, but rather, it could involve the peculiar construction of identity in modern times.

Tracing the genealogy of EAs along the lines of García-Montes & Pérez-Álvarez (2003) on schizophrenia, we observe a similar phenomenology in the classic cases. The Self imprisoned in a body to be shaped in the image of the *exanime* Christ of Santa Liberata up to Catherine of Sienna (Toro, 1996, p. 17-19), within the moral context of flight from the coarser passions, unwanted marriages, or of reflecting until achieving ecstatic experiences is not far removed from the current anorexias (although the morals are different). This new morality of self-realization is found in the famous cases of the Empress Sissi and Lord Byron, in whom the reinforcement of being or remaining in a successful social position and the license of practical duties merge so that their lifetime becomes more subjective and their existence is dramatic.

Of course, once the pathway to controlling ingestion has begun, certain, perhaps

unexpected for the patients, maintenance effects are found, such as analgesia from the pain caused by cachexy or avoiding life's responsibilities, which could have a compensating function in depressive states and when faced with traumatic life events. Thus, in the modern world, there are more conditions to cause the Self's development task to involve eliciting body-related dysfunctional behaviors.

The most relevant personality characteristics found in clinical literature are perfectionism, rigidity, remoteness or extreme emotional instability, social avoidance, sexual inhibition or promiscuity, anhedonia, alexithymia, extreme family dependence, manipulation, lying, and difficulties to fantasize (Martín Murcia, 2006). It seems that restrictive Anorexia Nervosa has a distinctive pattern of being-in-the-world versus compulsive semiologies; an autistic format of the former could be established versus an open-to-others format in the latter. In any case, the extremely high prevalence of personality disorders found in patients with EAs shows that these psychological disorders must be reconsidered.

DISCUSSION

As noted, most of the studies confirm that the high prevalence of personality disorders means that the psychopathological analysis of such cases exceeds the mere description of eating behavior. There seems to be evidence that the construction of the Self in the postmodern era is a difficult task because of the enormous range of options, as one's choice is essentially reflective and introspective. In contrast, the search for well-being in many modern individuals involves modifying a body they do not accept. The task of constructing and reconstructing the Self means shaping one's body and there will be a cultural equivalent of changing one's body and changing one's life, so that the ethical and the aesthetic commitments will merge (Stanghellini, 2005).

Control over something in a frightening world can lend meaning to existence. However, time and image have split in modern times; conscious experience is a dizzy flow of sequences and moments in which the feeling of identity changes constantly. Each interaction with oneself or with others is an examination and a test of *my* identity. It is not surprising that a high proportion of patients with restrictive anorexia nervosa present a schizoid personality. Their relation with their bodies is split: they have the feeling of living "in prison." This is a remarkably subjective relation. This implies avoidance of others, given the amount of time one would have to invest in the relation with oneself. But the consequence of this is the difficulty to develop knowledge of the rules of the social game, leading to the loss of common sense (Stanghellini, 2004).

Thus, the enormous difficulties to address all of this. Therapeutic resistance and the habitual relapses are logical if we take into account the necessary nature of control over one's body during the construction of the Self in the modern world: a more subjective world than we could have imagined ever before in history, with a self-absorbed subject spending a large part of his life controlling his elusive and ubiquitous Selves.

REFERENCES

- Abdollahi, P., & Mann, T. (2001). Eating disorder symptoms and body image concerns in Iran: Comparisons between Iranian women in Iran and in America. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 259-268.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blackburn, J. (1945). *Psychology and the social pattern*. London: Kegan Paul.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Boixareu, R.M. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.
- Bruckner, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.
- Ensum, I., & Morrison, A.P. (2003). The effects of focus of attention on attributional bias in patients experiencing auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 895-907.
- Fromm, E. (2003, orig.1941). *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós
- Fuentes, J.B., & Quiroga, E. (2004). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.
- Fuentes, J. B., & Quiroga, E. (in press). The “fashion-form” of modern society and its relationship to Psychology. *The Spanish Journal of Psychology*.
- Fukuyama, F. (2002). *El fin del hombre: consecuencias de la revolución biotecnológica*. Barcelona: Ediciones B.
- García Montes, J.M., & Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 107-122.
- Gergen, K.J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós Contextos.
- González, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Horney, K. (1937). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós Estudio.
- Jaspers, K. (1993, orig. 1913). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kant, I. (2004, orig. 1785). *Antropología práctica*. Madrid: Tecnos.
- Langbein, K., & Ehgartner, B. (2004). *El mito de Hipócrates*. Barcelona: Robinbook.
- Lasch, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Linton, R. (1947). *Cultural background of personality*. London: Kegan Paul.
- Martín Murcia, F.M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27, 104-115.
- Martínez, I. (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Murphy, G. (1956). *Personalidad: una investigación biosocial de sus orígenes y estructura*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Nussbaum, M.C. (2008). *Paisajes del pensamiento*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ortega y Gasset, J. (1981, orig. 1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Revista de Occidente/Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Psicoterapia de la postmodernidad. *Papeles del Psicólogo*, 79, 58-62.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.

- Sass, L. (1994). *Madness and modernism*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sass, L. (2003). Negative symptoms, schizophrenia and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 153-180.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating and Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Taylor, C. (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Watzlawick, P. (1998). Introducción. In P. Watzlawick & P. Krieg (Eds.), *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo* (pp. 9-13). Barcelona: Gedisa.



Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación.

Francisco Martín Murcia^{1*} y Rafael Ferro García²

¹Hospital Virgen del Mar, Almería, España

² Centro de Psicología C.E.D.I (Granada), España

(Recibido 4 Febrero, 2015; Aceptado 26 Febrero, 2015)

RESUMEN: Se plantea una reconsideración de la psicopatología desde una perspectiva fenomenológica centrada en el caso de las terapias de tercera generación. Se describen los principios básicos y las bases de las actuaciones terapéuticas de la psicoterapia analítica funcional. Se presenta una forma de comprensión de la psicopatología que engloba tanto un diagnóstico transversal relacionado con la evitación disfuncional de eventos psicológicos como una teoría de la formación desadaptativa del Yo. Ambos formatos funcionales de explicación psicopatológica darían cuenta de múltiples diagnósticos clínicos al uso. Por último se concluye sobre las diferencias y dificultades conceptuales entre las distintas generaciones de terapias cognitivo-conductuales.

Palabras clave: fenomenología, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, trastornos de personalidad.

Phenomenology and Psychopathology in Third Generation Therapies

ABSTRACT: Reconsideration of psychopathology arises from a phenomenological perspective focused on the case of third-generation therapies. Basic principles and bases of the therapeutic actions of functional analytic psychotherapy are described. A way of understanding the psychopathology that encompasses both a transverse diagnosis related to dysfunctional avoidance of psychological events as a theory of pathological formation of Self is presented. Both functional formats of psychopathological explanation would account for multiple clinical diagnoses commonly used. Finally we conclude about the differences and conceptual difficulties between different generations of cognitive-behavioral therapies.

Keywords: phenomenology, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, personality disorders.

INTRODUCCIÓN

Un hecho constatado en el campo de la psicoterapia es que diferentes formas de actuación (incluso de modelos psicológicos enfrentados entre sí) funcionan (APA, 2006; Hunsley, Elliot y Therrien, 2013). Para ello se ha justificado la existencia de factores comunes que serían las responsables de dichos cambios terapéuticos. Las clásicas aportaciones de Jerome Frankl (1982) y Bandura (1977)

*Correspondencia: Martín-Murcia, Francisco, Hospital Virgen del Mar, Unidad de Psicología Clínica, Crtra. Mami Km. 1 04120, La Cañada de San Urbano (Almería). E-mail: murcia@cop.es

han sido esenciales en este terreno. Para el primero, el factor común viene dado porque el paciente *padece* un estado de desmoralización (incompetencia, desesperanza y desesperación) para afrontar la vida y sus problemas de forma eficaz. La terapia (sea la que sea) tiene como objetivo superar esa situación psicológica de desmoralización (incluso más que la remoción sintomática) y lo hará a través de una relación afectiva confidencial, el aumento de expectativas de solución, una explicación coherente del problema (sea un *análisis funcional*, cognitivo o familiar) y un conjunto de técnicas o acciones en los que ambos -paciente y terapeuta- creen. Para Bandura, el objetivo común a distintas terapias es aumentar las expectativas de auto-eficacia (es decir, la magnitud y generalidad de la auto-eficiencia y la fuerza de la auto-eficacia).

También es destacable la crisis de la nosología categorial, que ha sido puesta en cuarentena cuando no apartada de la práctica clínica por sugerencia de asociaciones psiquiátricas profesionales e instituciones de salud mental (Allen, 2013).

Estos y otros aspectos contradictorios muestran que las dificultades conceptuales en Psiquiatría y Psicología no dejan de ser la espada de Damocles de estas disciplinas, aunque ha habido propuestas desde Jaspers para recolocar a la filosofía como perspectiva de resolución, entre ellas las sugeridas por Fulford, Stanghellini y Broome (2004). De hecho, se ha debatido sobre la pertinencia de acercarse por ejemplo la fenomenología y el conductismo radical (Day, 1969; Fuentes y Robles, 1992). En este sentido, respecto a los enfoques clínicos, la posición de mayor ajuste a la mirada fenomenológica se da en los tratamientos denominados de tercera generación (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez-Álvarez, 2012a).

En los años 90 aparece la tercera ola de las terapias de estirpe conductual o cognitivo-conductual, formando una amalgama de estrategias cuyos principios filosóficos están basados en una visión pragmática, determinista, idiosincrática, fenomenológica, no mentalista y holística o contextual. Algunas de ellas cuentan con su propia denominación de origen, por ejemplo la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991). En ambos casos se trata de tratamientos basados en un particular punto de vista sobre la cognición y la emoción (Hayes *et al*, 1999; Kohlenberg y Tsai, 1994). Como se sabe, 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-B-C (Kohlenberg y Tsai, 1991). Por tanto desde esta perspectiva no se instará a modificar al paciente 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 obsecarse con soluciones que su historia ya ha descrito como ineficaces. La *teoría de la aceptación* (Hayes *et al.*, 1999) 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 como direcciones

vitales sería una de las tareas esenciales. Por su parte, el formato terapéutico de Kohlenberg y Tsai (1991, 1995a) 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 (Kohlenberg y Tsai, 1991). Se focaliza esencialmente en las contingencias que ocurren in vivo en la sesión, entendiendo que existe una equivalencia funcional entre el contexto terapéutico y la vida del cliente. Se atiende a las conductas problemáticas y a los cambios positivos, procurando fortalecer repertorios de conducta más adaptativos a través del reforzamiento natural y el moldeamiento en sesión. La observación de que el mero hecho de atender a las conductas que forman parte de la clásica *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, evocarlas en sesión, facilitar y reforzar conductas de cambio positivo, observar los efectos reforzantes del terapeuta (que lógicamente variarán según el problema, los objetivos y las personas) y adiestrar al paciente a entender funcionalmente su comportamiento problemático.

Estos formatos terapéuticos tienen como premisa común la *des-psicologización* de los problemas psicológicos y así acceder a las *psicologías efectivas* (Fuentes, 1994). Por un lado se le permite al paciente que experimente los límites y los enredos de la vía psicológica para la verdadera re-estructuración personal (y de paso se defiende con éxito de las modas new-age para la supuesta resolución de los problemas psicológicos). Por otra, se reforzará su responsabilidad ético-moral para hacerse cargo de una relación terapéutica compleja que no servirá para “que se sienta bien” sin más, sino para que aprenda trabajando aunque duela.

PSICOPATOLOGÍA

Desde la terapia de aceptación y compromiso, se ha descrito un trastorno transversal o común a distintas patologías basado en la evitación experiencial o evitación sistemática y desadaptativa de eventos mentales aversivos. Se trata de un patrón inflexible que consiste en vivir al servicio de eludir cualquier forma de malestar psicológico en forma de pensamientos, sensaciones corporales, recuerdos y otro tipo de fenómenos privados (síntomas habituales en trastornos psicopatológicos de cualquier tipo). Para ello, la persona genera un amplio repertorio de respuestas con esa función y acaba sumido en la paradoja expuesta por Watzlawick de que la “solución es el problema” (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976). Aunque evitar el malestar es en muchas ocasiones adaptativo, se observa que las personas que presentan psicopatología precisamente la tendrán por la propia inflexibilidad de su patrón de conducta, de tal forma que el sentido de su vida gira en torno a sus síntomas y la necesidad de evadirse de ellos. Aunque de forma inmediata suelen encontrar alivio (véanse por ejemplo las compulsiones,

los rituales mentales, el uso de alcohol y drogas, la toma de psicofármacos, no salir de las zonas de seguridad agorafóbica) lo cierto es que o bien aparecen los síntomas con más virulencia o bien se desplazan en el sentido freudiano.

El trastorno por evitación experiencial es un diagnóstico exclusivamente funcional, es decir establece las relaciones contingenciales que resultan en un problema psicológico para el paciente (Hayes et al, 1999).

Por otra parte, el modelo explicativo de la formación del Yo de Kohlenberg y Tsai (1991, 1995b) permite explicar los clásicos trastornos de personalidad. Por de pronto, el desarrollo desadaptativo del Yo se daría en el contexto de crianza del niño y el grado de severidad en el problema dependerá de la falta de control privado sobre las unidades funcionales “Yo X” que los padres no habrían enseñado correctamente. La clave en el desarrollo del Yo radica en transferir el control de estas respuestas de lo público a lo privado. La cantidad de experiencias privadas relacionadas con el Yo nos podrían indicar la normalidad de esta experiencia. Así, el grado de dificultad experimentado por un individuo puede variar en función del grado de control privado sobre sus respuestas “Yo X”. En general, cuantas menos respuestas de este tipo tenga una persona bajo control privado, mayor será la confusión o dificultad al contestar preguntas que tengan que ver con sus preferencias personales, sus deseos o sus valores y, en general, con lo que tenga que ver con él mismo. La cuestión no es que se haya suprimido el reporte verbal de sentimientos o necesidades sino que no se han determinado con precisión los estímulos antecedentes de nuestras experiencias corporales (estímulos privados como sensaciones o sentimientos) o necesidades (reforzadores). Dependiendo del tipo de entrenamiento recibido puede que estén alteradas algunas o todas las relaciones “Yo X” (sentimientos, opiniones, actitudes, necesidades, etc.) y pueden estar influidas en función de quien esté presente es decir, si estamos en compañía de alguien (íntimo o casual) o solos. Esta información puede ser crucial en el tratamiento.

Desgraciadamente, es usual que algunos miembros del ambiente socio-familiar invaliden la experiencia privada del niño. Se ilustrará con algunos ejemplos: cuando se castigan verbalizaciones como “*no tengo más hambre*”, diciéndoles “*es imposible porque no has comido nada*”; o estableciendo mal las relaciones funcionales, “*estoy nervioso, me duele la barriga*”, diciéndoles: “*no estás nervioso, tú lo que tienes es hambre*”; castigando la espontaneidad y la creatividad “*he visto un pez naranja*”, “*anda ya, no digas tonterías*”; suplantando los deseos del niño, “*tu quieres comer, dormir, esto no te gusta, aquello sí*”; reforzando los deseos y necesidades del niño en función de los propios deseos o estado de ánimo del cuidador (dado por ejemplo en algunos casos cuya madre presenta un trastorno de personalidad límite).

Las personas con trastornos leves/moderados del Yo pueden tener un número elevado de respuestas “Yo-X” evocadas por estímulos privados pero también por estímulos bajo control público o externo. Así su sentido del Yo se verá afectado por la presencia o ausencia de otras personas y de sus opiniones y estados emocionales, como se ha mencionado. Los autores aclaran que no es un problema

de habilidades sociales, es decir que sepan lo que quieran y no sean capaces de expresarlo, sino que el problema es que lo que se siente o desea está bajo control de los demás. Esto dará lugar a experiencias de un “sí mismo inseguro y/o inestable” en personas cuyas opiniones, necesidades, etc. dependen de quién esté presente. Ejemplos habituales en la clínica serían aquellas personas que cambian radicalmente en situaciones de intimidad respecto a las relaciones formales, que “dejan de ser ellas” cuando tienen pareja, que pueden confundir lo que quieren con lo que quieren los demás o que necesitan un estímulo público para “querer” algo. Otra situación paradigmática es la presencia de una sensibilidad extrema a las opiniones y críticas de los demás cuando se tiene un sentido del Yo inestable y controlado públicamente, pues habitualmente se sentirá vulnerable y emergerán respuestas defensivas ante la más mínima crítica. La extremada sensibilidad a las opiniones, creencias, deseos y humor de los demás es otra forma de decir que los eventos “yo X” de una persona, que deberían estar bajo control privado están realmente bajo control público. Este entrenamiento va a suponer que unidades como “*Yo pienso..*”, “*Voy a hacer..*” están bajo control externo y por tanto presentan una fuerte dependencia en los demás. Además, en los casos donde no se ha generado correctamente la perspectiva, supone una experiencia del Yo como vacía, caótica, impredecible o falta del sentido. Hay otras patologías del yo, como el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno de personalidad límite en los cuales la emergencia del sentido del Yo puede ser explicado desde esta formulación. Es importante resaltar que los trastornos leves/moderados y los graves no son excluyentes, como bien se observa en la práctica clínica.

Esta teoría de la formación del Yo propone también formas de intervención para intentar resolver esa falta de control privado de la experiencia de Ipseidad (Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009). Quizás, la recomendación más general sea el reforzamiento de cualquier expresión en ausencia de claves o indicaciones externas específicas. Como se ha descrito antes, muchas de sus conductas están bajo control de estímulo de otros y no de sus estímulos privados (sensaciones, necesidades, etc.). El trabajo del terapeuta sería poner bajo el control privado lo que dice o hace el paciente. Para ello habría que estimular y reforzar la conducta verbal del cliente en ausencia de indicaciones externas específicas. En otras palabras, la intervención consiste en fortalecer todas las unidades “Yo X” bajo control privado, lo cual ayudará también a la emergencia final del control privado sobre el “Yo”. Tareas sin claves externas pueden ser los tests proyectivos o asociaciones libres de ideas, sin necesariamente el propósito de descubrir significados ocultos sino el mero hacer-decir. Para esto hay que ajustar las tareas terapéuticas al nivel de control privado del repertorio del cliente. Es muy importante estar atento a ello, ya que si el ajuste no es adecuado, el paciente podría tener una experiencia aversiva y aparecerán con probabilidad conductas de evitación. Los autores proponen modificar estas tareas en cuatro aspectos. Primero, se presentan al paciente tareas cuya importancia radica en el proceso de evocar estas unidades “Yo X” bajo control privado. Segundo, adaptarlas para que el grado de control privado requerido sea adecuado

al repertorio del cliente. Tercero, reforzar el máximo de unidades “Yo X” como sea posible. Finalmente, el terapeuta debe ser sensible a la aparición de otras conductas clínicas no relacionadas con los trastornos del yo que sean oportunidades terapéuticas.

En el reciente manual (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009) se proponen además, unas nuevas implicaciones clínicas y técnicas para promocionar el mindfulness, en especial la observación o tomar conciencia de lo que está sintiendo. Para esto, se sugieren ejercicios experienciales similares a los propuestos por la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que tienen su base en la respiración y en la observación no crítica o valorativa de pensamientos y emociones, focalizándose en el aquí y el ahora.

Las implicaciones clínicas del desarrollo de la perspectiva del yo siguen el modelo de intervención de ACT. Las tres definiciones del Yo que propone ACT están relacionadas con los marcos relacionales deícticos (Foody, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2012). Los tres sentidos del Yo para ACT son: el Yo como contenido (o mejor, el contenido del yo), el Yo como proceso y el Yo como contexto. Podría traerse a colación en este sentido los tres niveles del yo propios de la investigación fenomenológica; el yo pre-reflexivo o básico (la conciencia implícita de lo que es mi experiencia en primera persona), el yo reflexivo (la conciencia de un si mismo como invariante y persistente) y el nivel narrativo del yo, en el que se da cuenta de uno mismo en términos históricos o autobiográficos (Pérez-Álvarez, 2012b).

En definitiva, una parsimoniosa manera de entender como se gestan los problemas clínicos que no implique dificultades objetivas de razonamiento y unos formatos de intervención fenomenológica (sobre lo que ocurre en sesión), podrían ser una buena alternativa a la situación de sobresaturación psicológica.

CONCLUSIONES

Dado que las dificultades conceptuales en los distintos paradigmas se observan tanto a nivel ontológico (sobre qué es el ser humano y qué son los trastornos psicológicos) como epistemológico (qué vía puede tomarse para acceder al conocimiento) y pragmático (en fin, el mundo de las terapias), se hace necesario un repaso de las cuestiones filosóficas de base para ver el sentido de las terapias de tercera generación frente a otros paradigmas.

Las psicologías representacionales han dado en su vertiente aplicada las denominadas primera y segunda generación de terapias cognitivo-conductuales. Escoger este planteamiento representacional cartesiano (psicología cognitiva, neurociencia) llevaría a una dificultad objetiva de razonamiento (Robles, 1996), por la que el punto de partida ya en si lastra la posibilidad de resolución. Esto ya estaría denunciado por Jaspers (1993) como prejuicio representativo. Y aunque ello no sea óbice para que las intervenciones terapéuticas funcionen (se recordarán de nuevo los factores comunes), es importante observarlo. A pesar de la bondad objetivista del planteamiento heredero de Descartes, esto es, la mensuración

necesaria de la confusa y subjetiva experiencia fenoménica, lo cierto es que a partir de esta pretensión se produce el alejamiento del mundo real y circundante en el que la persona está, para dotar de relevancia al ámbito de las ideas, al mundo re-presentado. Esta duplicación en la que la conciencia estaría frente a una presencia “idealizada” o subjetiva proporcionada como el mundo exterior no es necesaria para la comprensión del hecho psicológico.

La fenomenología podría ser una vía que diera semejantes condiciones de posibilidad, dado que es un método de constatación y descripción de la experiencia (del fenómeno en sí). La explicación del hecho psicológico, si se encontrara, siempre estaría en el mismo orden de realidad (por ejemplo, en la constitución indisoluble de la triple relación contingencial conducta-situación-reforzador) y no en otro orden (sean complejos de Edipo o déficits de serotonina). Fenomenología y conductismo radical compartirían el objetivo de explicar el hecho psicológico en el mismo orden de realidad, sin negar el mundo ahí dado y sin caer en el subjetivismo en el que el mundo pareciera ser una mera autoexpresión del acto cognoscitivo del sujeto (Frankl, 1967). De entrada, la pretensión de la fenomenología es no reificar las experiencias psicológicas (Catania, 1998); por ejemplo la sustancialización de la conciencia no ofrece garantías dado que no se experimenta la conciencia, sino que se es consciente de algo. La conciencia es siempre intencional y esta intencionalidad es una manera de referirse a variables que controlan el comportamiento (Skinner, 1953; Robles, 1996b). Específicamente la conciencia de si-mismo podría estar restringida a la capacidad de tener lenguaje y a las prácticas sociales que nos han hecho “caer en la cuenta” de distintas experiencias (sensaciones, percepciones y, en definitiva, todo tipo de eventos privados). Y la historia vivida de cada individuo sería un modelado continuo, o en palabras de Jaspers “el hombre como posibilidad abierta, como ser no terminado, es decir, que siempre es más y otra cosa que lo que ha realizado de si, pues está abierto a la experiencia del mundo” (Jaspers, 1993).

En resumen, es la historia ambiental y conductual idiosincrática la que influye en la experiencia de recordar, pensar o sentir en el presente. Es decir, el mundo en el que las personas viven y se desarrollan. Y ese mundo estaría antes que las ideas que sobre él se desprendan. Las creencias, los valores, serían el horizonte de sentido hacia el que se mueve el ser humano y estarían insertadas en su ser como ser psicológico, no se trataría de un proceso de razonamiento ni se accede a ellos analíticamente dado que están ahí (se quiera o no).

Pues bien, el método fenomenológico propio del conductismo radical salvaría los prejuicios y el confuso contubernio denunciado por Ortega en la lección III de sus Investigaciones Psicológicas (Ortega, 1979) al retornar a las cosas mismas sorteando entre otros, el sesgo de la parcelación científica y la reificación (algo que reina en psicopatología).

DISCUSIÓN

La propuesta de aprehender la psicología para evitar su encalle en propuestas aporéticas representacionales, permite llegar a una elegante manera de entender la naturaleza psíquica del ser humano, de sus trastornos y de sus tratamientos. La mirada fenomenológica salvaría esas barreras intelectuales y teóricas y de paso podría salvar a la psicología y re-colocarla por derecho al lado (por no decir enfrente) de posturas biologicistas, mecanicistas y cerebro-centristas (Pérez-Álvarez, 2011).

Puede desprenderse del presente trabajo que las terapias de tercera generación se ajustan a una visión pragmática, determinista, fenomenológica, idiosincrática, no mentalista y holística o contextual. De igual manera, destaca la profundidad de comprensión y análisis del comportamiento humano (incluyendo los aspectos más complejos del psiquismo) que están en la base experimental y aplicada de estas terapias. En particular y como propone Pérez-Álvarez (2012b), la psicoterapia analítica funcional establece una relación terapéutica fundada en una actitud fenomenológica que proporciona un contexto donde el paciente puede desarrollar una perspectiva de primera persona y una autoconciencia pre-reflexiva más robusta, que permitiría un tratamiento adecuado de los clásicos trastornos de la personalidad y de las alteraciones del Yo. Por otra parte, la descripción de un trastorno transversal exclusivamente funcional es muy interesante por su parsimonia y por la posibilidad de actuar sobre las conductas problema con conocimiento de causa.

Quedarían por describir de forma elaborada los fenómenos esenciales de solipsismo-reflexividad y quasi-solipsismo (experiencia del cuerpo fenoménico y la inflexibilidad cognitiva) y la preocupación por “ser”, dado que entendemos que podrían aportar una base transversal para una comprensión cabal de los trastornos psicopatológicos, insertada en una psicología de alcance.

REFERENCIAS

- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Allen, F. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, bigpharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins.
- Bandura, A. (1977). Self- Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Catania, A. C. (1998). *Learning* (4th ed.). UpperSaddleRiver, NJ: Prentice Hall.
- Day, W. (1969). Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 12, 315-328.
- Foody, M., Barnes-Holmes and Barnes-Holmes, D. (2012). The Role of Self in Acceptance and Commitment Therapy. En L. McHugh y I. Stewart (Eds.), *The Self and perspective taking. Contribution and applications from*

- modern behavioral science*. (pp. 125-159). Reno: Context Press
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. En J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*. London: Souvenir Press.
- Fuentes, J.B. y Robles, F.J. (1992). The Phenomenological Nature of Skinner's Radical Behaviourism. *Revista de Historia de la Psicología*, 2, 61-67.
- Fuentes, J.B. (1994). Introducción del concepto de "conflicto de normas irresuelto personalmente" como figura antropológicas (específica) del campo psicológico. *Psicothema*, 6, 3, 421-446.
- Fulford, K, Stanghellini, G., y Broome, M. (2004). What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry*, 3, 130-135.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hunsley, J., Elliot, K. and Therrien, Z. (2013). The efficacy and effectiveness of psychological treatments. *The Canadian Psychology Association Press*.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994) Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995a). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R.J., and Tsai, M. (1995b). I speak, therefore I am: A behavioral Approach to understanding problems of the self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-124.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp. 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kanter, J. W. y Parker, C.R. (2009). Self and Mindfulness. In Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W. y Callaghan, G.M. (Eds.). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism* (pp. 103-130). New York: Springer.
- Jaspers, K. (1993, orig. 1913). *Psicopatología General*. México: Fondo de Cultura Económica.

- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.). *Learning and behavior therapy* (pp. 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Ortega y Gasset, J. (1979). Investigaciones psicológicas, en *Obras Completas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2012a). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 291-310.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Robles, F.J. (1996a). *Para aprehender la psicología. Un análisis histórico-epistemológico del campo psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Robles, F.J. (1996b). Naturaleza y sentido del campo psicológico a la luz del concepto de inminencia operatoria, *Psicothema*, 8, 613-623.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fish, R. (1976). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies


Clinical Case Studies
10(3) 198–209

© The Author(s) 2011

Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

DOI: 10.1177/1534650111400899

<http://ccs.sagepub.com>



Francisco Martín-Murcia¹,
Adolfo J. Cangas Díaz¹,
and Luisa Pardo Gonzalez¹

Abstract

This article presents a case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder as a means of describing the main therapeutic interventions in the framework of “third-generation” therapies. The sessions were videotaped by independent observers. The particulars of the therapeutic relationship (based on functional analytic psychotherapy) and the contextual strategies (based on acceptance and commitment therapy) used are analyzed here. This case highlights progressive positive changes in social behavior, including congruence of values and vital actions, resolution of the eating disorder, greater openness to experience, and decreased pervasive thoughts. The discussion associates these changes with the types of intervention specific to this therapeutic approach.

Keywords

anorexia nervosa, eating disorders, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, single-case experiment

I Theoretical and Research Basis

Eating disorders (EDs) pose a challenge for clinicians due to the difficulty of treating them, their morbidity, and their social impact. However, in cases of anorexia nervosa, this clinical significance has not been accompanied by implementation of improved psychological treatments (Agras et al., 2004). Although cognitive-behavioral therapy (CBT) or CBT-Enhanced (Karbasi, 2010) is clearly the approach with the highest proven efficacy for a wide range of psychological disorders, including ED, an effort to analyze and improve on existing cognitive-behavioral treatments must be made for the sake of patients who do not respond well to this type of intervention. It has even been suggested that randomized clinical testing is not pertinent until there is clear evidence of effective treatments for anorexia nervosa (Fairburn, 2005).

¹University of Almería, Almería, Spain

Corresponding Author:

Francisco Martín-Murcia, Avda. Carlos III 432, 7° J, Aguadulce, Almería, Spain

Email: murcia@cop.es

The therapeutic difficulty that intervention entails in patients with EDs could be due to important, associated biomedical complications that can slow down or complicate treatment (Mehler & Andersen, 1999); presence of dysfunctional family relationships (Martín-Murcia, Cangas, Pozo, & Martínez, 2010) and the presence of high comorbidity (Martín-Murcia, Cangas, Pozo, Martínez, & López, 2008; Ro, Martinsen, Hoffart, & Rosenvinge, 2005; Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000). It seems only logical that the extensive psychopathology associated with EDs (not exclusively related to EDs' pathognomonic components) can easily alter the course and prognosis of such cases.

Third-Generation Therapies

The "third wave" of behavioral or cognitive-behavioral lineage (Hayes, 2004) that arose in the last decade is made up of a mixture of strategies whose philosophical principles come from a pragmatic, deterministic, phenomenological, and holistic or contextual perspective. Some have their own label: for example, acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), functional analytic psychotherapy (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), dialectical behavioral therapy (Linehan, 1993), and mindfulness-based cognitive therapy (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Both ACT and FAP are treatments based on a particular perspective on cognition and emotion. Essentially, they distinguish themselves from other classical models of psychopathology in that they do not necessarily assume that mental events (thoughts, emotions, or bodily states) cause problem behavior, suggesting alternative explanations to the classic $A \rightarrow B \rightarrow C$ relationship. From this perspective, the patient is, on principle, not urged to modify and control negative events so as to free his or her mental state from them. Rather, he or she is instructed to accept such discomfort from a position of safety (distanced observation of the mind) and not to become obsessed with solutions that personal history has shown to be ineffective (Heffner & Eifert, 2004). Acceptance theory (Hayes et al., 1999) is based on analyzing the personal costs to the patient of this evasive servitude and may even involve agreeing with the patient on the secondary benefits to his or her way of life. To analyze values not as goals but as life directions (Heffner & Eifert, 2004) is one of the essential tasks of this therapy.

However, Kohlenberg and Tsai's (1991,1994) therapeutic format is based on implementing certain principles of radical behaviorism into the everyday problems shared by many slow-progressing patients (within the framework of traditional personality disorders), such as difficulty with close relationships, isolation, alexithymia, low tolerance to criticism or failure, hostility, social phobia, or compulsive behavior. Their focus is mostly on contingencies that occur in vivo during sessions. They consider the therapeutic context and the patient's usual context as functionally equivalent, so they attend to problematic behavior and positive changes, while also attempting to develop more adaptive behavioral repertoires through natural reinforcement and molding. The observation that merely attending to behavior that is part of *transfer* facilitates improvement has led followers of this approach to suggest its functional use (Kohlenberg & Tsai, 1991). This focus's operational components include searching for problem behaviors (clinically relevant behavior type 1), evoking them during the session, facilitating and reinforcing positive changes in behavior (clinically relevant behavior type 2), observing the reinforcing effects of therapy (which will vary depending on the individual and his or her problem and goals), and training the patient to functionally understand his or her problematic behavior (clinically relevant behavior type 3). In truth, analyzing the therapeutic relationship in this way would in large part account for the ubiquitous "common factors" of different psychological treatments. Even so, it is advisable to point out that although these tools can be used along with the most protocolized options within the CBT therapeutic arsenal, before doing so, certain philosophical questions should first

be clarified, if only to sort out certain flagrant contradictions (Heffner & Eifert, 2004; Wilson & Roberts, 2002). For example, use of relaxation training would not necessarily seek relaxation or a state of happiness in and of itself; rather, it is a form of freedom, that is, of being able to act more comfortably in difficult situations (Wilson & Roberts, 2002). Along this line of thought, Socratic dialogue, rather than being “a correct way of thinking,” is a therapeutic activity that could enable a patient’s thinking to become more flexible, enabling him or her to focus on the content of their thoughts from the necessary objective distance, thereby reducing cognitive defusion. *Free association* or dream telling might also be used even though they have no cognitive-behavioral pedigree, to elicit introspection if the patient usually avoids that type of activity; this does not necessarily require a “deeper” interpretation.

Several of these principles were implemented in the treatment of the clinical case described and analyzed in this study.

2 Case Introduction

A 17-year-old female presented with a 3-year diagnosis of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder, as per the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000) criteria. Her personal history indicates that childhood sleep disorder and daily, emotionally triggered epileptic crises (syncope) began to arise significantly at age 7 in stressful situations (currently only elicited by very intense stress).

3 Presenting Complaints

Her patient history highlights that since age 14, she has exhibited depressed mood with anhedonia, sadness, and high levels of anxiety and irritability. Currently, activities that occupy her entire day are her studies, obsessively reviewing homework to the point of cognitive blockage, thinking about food, and controlling her image and weight by means of clothing, dieting, and comparing nutritional labels. She is on a hypocaloric diet, so she is constantly hungry. She has begun to binge and steal food. She also performs other compulsive rituals before going to bed or before studying to alleviate her anxiety and worries. For example, she sometimes has to start her homework all over if there is a spot or smear on her notes, regardless of whether it necessitates her starting from the beginning. She has constant doubts about her intellectual ability, self-deprecating thoughts about her image or person, and a desire to die or to leave school. She dwells on painful family and personal matters, past and present. She receives constant criticism and no sign of affection from her parents, who often argue. She experiences intense anger toward her father and compares him unfavorably to her mother (whom she identifies as a “failure lacking in courage”). However, she follows her father’s rules by devoting herself exclusively to her studies, thereby avoiding any and all sources of pleasure also she complains about everything and everyone. She has no leisure activities and her not had any sexual experience. She continually compares herself with classmates, feeling underrated and afraid; has self-referential ideation, and avoids contact. The result of this is that she is made fun of (they call her “strange” and “nerd”) and does not pay attention to her social surroundings. Finally, her greatest fear is not getting good-enough grades to go to college (the only value she expresses) and get away from her family.

Session Problems (Clinically Relevant Behavior Type 1)

Table 1 displays problems manifested during sessions that served as discriminative behaviors with which the therapist intervened throughout treatment.

Table 1. Clinically Relevant Behavior Type I

Clinically relevant behavior type I	Examples
Hopelessness	Says the therapist cannot help her; does not discuss relevant subjects
Intimacy-avoidance behavior	Does not make eye contact with the therapist or ask him personal questions, relays messages with no affective tone, withholds information
Constant demand for rules of behavior	"Tell me what I have to do when X happens"
Limits commitment to and focus on therapy	Only makes demands about how to improve her academic performance, avoids mention of ED
Insists on using linear, logical mathematical reasoning to establish a life project	"First study and then be happy"
Resists finding alternative explanations for her problems	"Being thin makes me happy"
Discomfort when there is silence or lack of response from therapist	"What happens is I do not know what to say"
Complaint pattern	"It is too late, it is very difficult"
Excessive adherence to schedules and session plans, records every detail of the day's events	Bring checklist of any matter
Expresses bad mood and desperation	"Therapy cannot help"; "I want to die"
Parental interference in therapy	Mother demands information about what is going on in therapy, predictably refuses to cooperate, and father refuses to continue spending money on his daughter's treatment

Note: ED = eating disorder.

4 History

At age 14, the client began to diet because she was slightly overweight and dissatisfied with her body, immediately assuming a rigid eating pattern. She then began treatment at a mental-health unit. Her avoidance behaviors include placing weights in her bra to falsify her weight at doctors' visits, dipsomania, lying about food, doing exhausting physical exercise, and enumerating somatic complaints was to eat less. At 16, she had to be hospitalized and a minimum weight and balanced diet were selected (though her actual diet was dissociated and hypocaloric). Following her hospitalization, the patient reported that psychologically she was the same or worse off and lost weight again (body mass index [BMI] = 17), restricting her food intake. Meanwhile, the tremendous stress of her academic demands only got worse (a brilliant academic record in her 2nd year of high school) to the point where she was devoting an average of 15 hr a day to her studies (even on weekends). During a school trip last year, she began severe restriction and had her first episodes of stealing food from her roommates, bingeing, and purging. With regard to family dynamics, her parents' marital relationship is cold. The mother is pessimistic, is invasive, and has little ability to negotiate, and her predominant values relate to social image (comparisons, criticisms). In the last 8 months, the patient has been receiving psychological help solely to improve her study habits and techniques.

Finally, she has been treated with a tetracyclic piperazine-azepine derivative able to modify serotonergic and noradrenergic neurotransmission. It is an antagonist to serotonin receptors (5-HT), especially subtypes 5-HT₂ and 5-HT₃, and to alpha 2-adrenalin presynaptic receptors. There was no evidence of antidepressant or antiobsessive effect in the patient. This treatment was suspended before starting the present psychological treatment.

5 Assessment

Informed consent from the patient and her family was received to record all sessions on video and use them as research material. An A-B design was prepared, with a baseline established during the month prior to treatment, and 3 weeks were set aside to create behavior checklists, evaluate the patient, and interview her family. There were 20 sessions over the course of approximately 9 months. All sessions were analyzed by researchers not involved in the treatment to record and classify the therapeutic intervention (conducted by the first author). Three follow-up sessions were held at 3, 6, and 12 months.

The Millon Clinical Multiaxial Inventory–III, (MCMI-III; Millon, 2007) is a questionnaire comprised of 11 clinical personality patterns scales, 3 severe personality pathology scales, 7 clinical syndromes scales, and 3 severe syndromes scales. It also includes 4 correction scales to measure response validity such as sincerity, desirability, and deliberately exaggerated symptomology.

The Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, 1998) is a self-report instrument widely used to evaluate the symptoms that typically accompany anorexia nervosa and bulimia nervosa. It provides scores on 11 scales that are clinically relevant to EDs. The revised version of the EDI (EDI-2) retains the original version's 64 items and adds an additional 27 items that constitute three new scales: Asceticism, Impulse Regulation, and Social Insecurity.

We also designed a questionnaire about values and the consistency with which respondents' actions adhere to their values, in addition to recording their behavior and life experiences.

Table 2 shows a functional analysis that synthesizes the main circumstances involved in the acquisition and maintenance of certain variables.

6 Case Conceptualization

We sought to clarify the patient's explanations of and hypotheses about her problems, along with her concepts about life, happiness, how to achieve her goals, the self and others, and maladaptive thought patterns. She exhibited intense cognitive defusion, identifying every mental event as a reality, and also exhibited dichotomous thought patterns, selective abstraction, overgeneralization, and strong cognitive rigidity. The only life value expressed in her original evaluation was academic success, and she identified happiness in terms of behavioral control (e.g., sticking to a diet and getting good grades). Any reinforcement provided by social recognition was due to her academic success and the "perseverance and effort" required to keep her grades up. She expressed no interest or positive feelings toward her parents and considered them to blame for her personality.

We decided on three areas of her life to change. In the area of EDs, the therapeutic goals included adopting unrestricted eating patterns (forbidden foods), stopping control behavior (reading labels, eating diet foods, weighing herself, measuring herself by her clothes), and preventing binging and purging (which the patient was especially worried about). Her personal and social goals were to generate a trusting relationship with a male outside her family circle (the therapist), to increase her frequency of verbalization, to clarify her values, to learn not to follow rules (in the form of compulsive rituals or self-justification, for example), to open herself up to experience, not to avoid spontaneous initiatives, to initiate social activities, and to increase the probability of successfully completing her schooling. The established family goals were to neutralize alarming verbal conduct; to ease up on the rule-following model; to avoid interfering with subjects of therapy, especially EDs; and to train the patient not to enter into symmetrical escalation (disruptive interaction with parents).

Table 2. Functional Analysis of the Case

History	Problem behavior	Consequences
<p>Family model is to be critical of others. Absence of relationships with extended family, adults, or peers. Family rules: the need for high professional achievement. Family values: success, social image, money, and power. Criticism and punishment of leisure behavior and of "being a nobody." Family reinforcement of studying behavior: Family reinforcement of avoiding leisure.</p>	<p>Cognitive pattern is suspicious and self-referencing. Social avoidance. Needs to study more and more. Overstudies at the expense of other activities. Doubts her intellectual ability and the effectiveness of her study techniques. Obsessively worries about body and social image. No contact with pleasurable stimuli. Does not value leisure behavior. Lack of sympathy from family, difficulty expressing her feelings, and intense discomfort at not being able to handle emotions functionally. Feelings of fear and hatred toward men.</p>	<p>Absence of social reinforcement. Feeling of safety in avoiding problems and social relationships. No experience with reinforcing relationships. Acceptance by the family. Recognition by her teachers. Assumes the family role of the "perfect little girl" and values success and acceptance at the expense of living life. She obsessively reviews schoolwork to the point of exhaustion and experiences restrictive anxiety during exams. Avoidance: thoughts of suicide and of leaving school. Criticized by peers as "strange." Feelings of indifference toward parents. Emotional lack of control. Lack of understanding of emotional communication. Avoidance of close relationships. Functional equivalence: pleasure as imperfection (drugs, school absenteeism, failure).</p>
<p>Rigid thinking. Slightly overweight, feels her pants are tight, discomfort with her own image, recurrent thoughts about her hips, fear of getting fat.</p>	<p>Dichotomous thinking, overgeneralization, and absence of perspective. Hypocaloric diet and physical exercise, counts calories, diets, compares the prices of different foods and nutritional characteristics on labels, plans exhaustively starting early in the morning what kind, preparation, and order of foods will go into her diet, weighs herself, measures the diameter of her thighs. "Private mantra" = convince herself that her diet "is healthy."</p>	<p>Need to control thoughts and deficient learning (unable to face contingencies). Derives pleasure from being able to stay in control. Safety in controlling what she eats and what she does not. Increasingly frequent and intense fear of getting fat. Fear of losing control. Fear of going crazy. Disruptive interaction with mother about food. Avoidance of eating socially.</p>

7 Course of Treatment and Assessment of Progress

The approach had essentially an FAP format with ACT components; so the first sessions were devoted to constructing a suitable therapeutic alliance. An attempt was made to interest the patient in facilitating an alliance through immediate reinforcement of her narrative verbal behavior, making use of humor, and modeling through warm, affective behavior. The intervention essentially reinforced clinically relevant behavior type 2, which involves adaptive social behavior and intimacy (making eye contact with the therapist, bringing him gifts, gestures of fondness, and respecting turn-taking and the therapist's ideas even when she did not agree with him). Sessions held with her parents made it clear (to them and the patient) that the therapist would be in control, that the parents should abstain from intervening in key subjects of treatment (EDs, studies, and social relations), and that the therapy would be based on absolute confidentiality. The therapist's image was reinforced by forging one of the few intimate relationships the patient had that was shielded from the usual family interference. She was instructed to stop her disruptive behavior by extinguishing aggressive responses, and she was provided with information about when, how, and why they are prompted to occur. Confrontations were used to bring the patient into direct contact with her own contradictions (e.g., observing the differences between what she says and what she does) and to strike a balance between the cost and the usefulness of her behavioral repertoire. Resources were called on—such as personal examples or anecdotes about other patients—to broach certain subjects, to bring up clinically relevant matters, and to open her up to a new narrative about values (hidden or avoided at first to alleviate suffering). Functional interpretations were reinforced (alternatives to her logic), facilitated by the delivery of technical information (on cognitive overload, biorhythms, consequences of restricting food, etc.), by the use of paradoxes (e.g., “control is the problem”), and by utilizing metaphors and analogies (e.g., “Salmon struggle upstream to achieve their primary goal, and thus, make the downhill trip calmly and peacefully, pleased to have achieved something of value”; “A small splinter in the foot of the majestic lion can turn it into a vulnerable kitten, and removing that little piece of wood can revive the magnificent lion”; “The story about the centipede that could not walk because he stopped to think about how he did it”).

Socratic dialogue was also used (a reinforcing activity in and of itself due to the patient's taste for reflection) as an opportunity to reinforce her understanding (clinically relevant behavior type 3), to make her aware that “any idea or hypothesis can be built on reality,” and to allow her to distance herself from the content of her thoughts. During sessions, we modeled and reinforced the behaviors of being open to experience, improvising, and accepting and normalizing emotions (encouraging the patient to experience her fears of gaining weight or failing, and verbalize her feelings toward the therapist). She accepted the risk that she may at first not be able to achieve her goal of getting good-enough grades to study what she wants in college. Furthermore, we tried to reinforce her interest in continuing the process of personal change by accepting risk by pointing out that in the second quarter of her treatment, her grades were similar to her previous academic record but her way of life had changed for the better.

Table 3 records the frequency of the therapist's various interventions.

Assessment of Progress

Changes observed were separated into those pertaining to scores on questionnaires and those referring to problem behavior. Table 4 shows the difference in her MCMI-III scores, emphasizing the scales related to social behavior (Schizoid, Dependent, Paranoid) and mood (Anxiety, Depression). The relative importance of different values changed, promoting those related to her social life (leisure, entertainment, social relations, partner), moderating those related to work

Table 3. Frequency of Therapist's Behaviors

Therapist's behaviors	M
Psychoeducation, confrontation, unbalancing, clarifying, life-cost analysis, conveying therapist's own "mistakes" and "failures"	27
Reinforces openness to experience, changing social avoidance, mental distancing. Extinguishing ED issues (weight, image, food, fashion)	5
Metaphors, analogies and paradoxes, personal examples from therapist's private life, revelations, imagination, biographical examples, role-playing	17
Taking responsibility (behavior checklists, experiential exercises, homework, does not give directions)	3
Socratic dialogue	1
Directivity (instruction)	4
Modeling	3
Normalizes private events	3

Note: ED = eating disorder. Average per session.

Table 4. MCMI-III Scores

MCMI-III scales	Start	End
Schizoid	60	0
Avoidant	70	9
Depressive	73	9
Dependent	61	15
Histrionic	44	102
Narcissistic	13	74
Antisocial	56	45
Aggressive	52	24
Compulsive	51	36
Negativistic	68	20
Self-defeating	59	9
Schizotypal	64	5
Borderline	72	5
Paranoid	62	5
Anxiety	79	5
Somatoform	64	5
Bipolar	63	35
Dysthymia	77	5
Alcohol dependence	57	65
Drug dependence	57	35
Posttraumatic stress	62	5
Thought disorder	67	5
Major depression	64	5
Delusional disorder	66	5
Debasement	81	0

Note: MCMI-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory-III.

and education, and decreasing those related to body image (diet, physical exercise). Similarly, her final EDI-2 scores were not clinically significant and her eating behavior and anthropomorphic parameters were normalized, with a BMI of 22 (Figure 1). Regarding her social and family behavior, an increase was observed in social activities, making friends, and leisure activities.

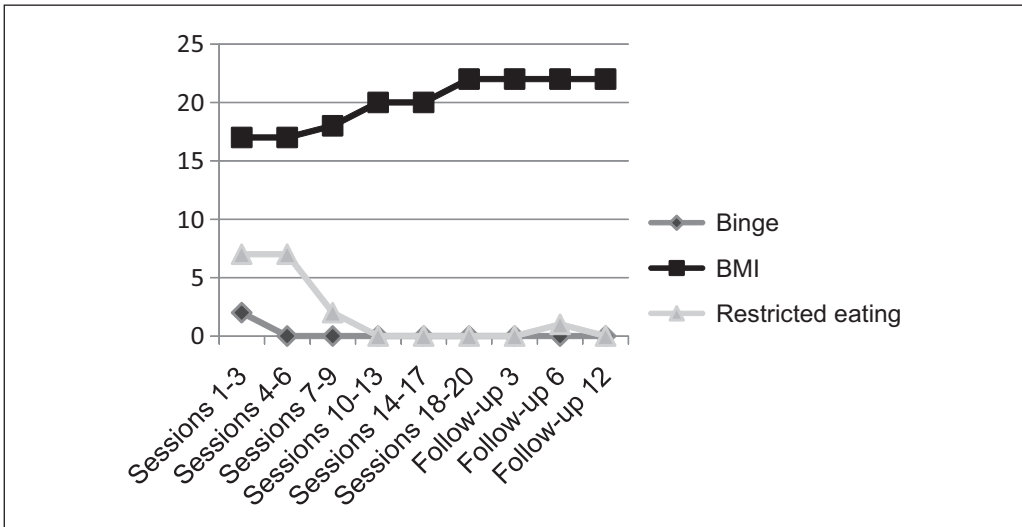


Figure 1. Body mass index (BMI) and progression of eating behavior

8 Complicating Factors

Two complicating factors were detected. On one hand, the father refused to pay for treatment, even though it posed no real economic problem. The patient’s mother took over the responsibility of paying for sessions. We believe that the father’s refusal was due to the fear of losing control over his daughter, who in the end would cease to have school as her only existential issue and he would not get what he wanted, a successful daughter. On the other hand, the mother attempted to prevent her daughter from going away to college far from the family’s residence.

9 Access and Barriers to Care

How medical care was managed should not be left out. The patient’s mother worked for Public Health Services, so the means to pay for therapy was available.

10 Follow-Up

The follow-up evaluation consisted of clinical interviews, gathering information from the family, and the same tests that were administered pretreatment (6-month follow-up). Evaluation was carried out at 3, 6, and 12 months, at which time it was established that the patient had begun to have close relationships in addition to a stable partner. A drastic decrease in disruptive family behavior also occurred (Figure 2). It may be said that her academic performance ultimately (last quarter of the year and her university entrance exams) improved over her prior grade-point average, so the patient did in fact earn the grades she needed, and is currently in college studying toward the degree of her choice. Twelve months after treatment, the patient maintained a BMI of 22 and exhibited no restrictive eating or bingeing.

11 Treatment Implications of the Case

One implication of this study is that further research is needed on the efficacy of CBTs for individuals with EDs, particularly anorexia nervosa. Most studies of EDs and CBT have targeted

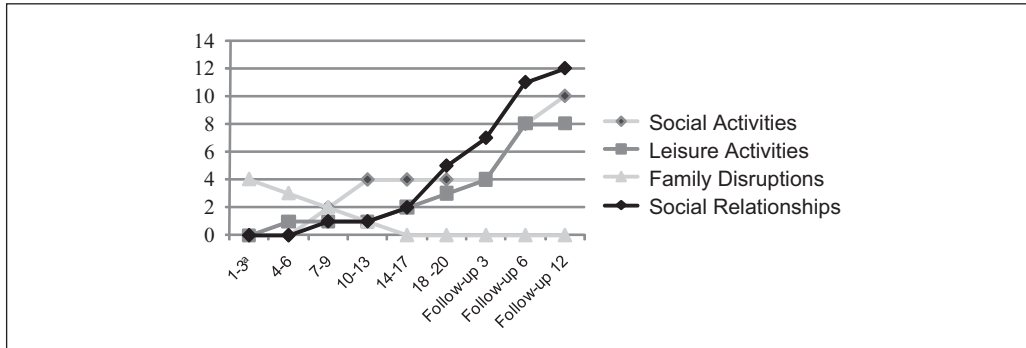


Figure 2. Progression of family and social behavior
^aNumber of sessions.

patients with bulimia nervosa. What is more, the literature about treating anorexia nervosa is limited in general, as this type of ED is particularly difficult to treat. Nevertheless, third-generation therapies (Hayes, 2004) are beginning to be implemented to treat patients with anorexia nervosa (Berman, Boutelle, & Crow, 2009; Heffner & Eifert, 2004; Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002; Wilson & Roberts, 2002). However, research on such intervention is currently limited, as this treatment is relatively new. Such understanding of psychopathology as being of a radically contextual nature is allowing for severe, refractory problems to be approached in a calm and tremendously effective manner. In the present clinical case, we observed that implementing these strategies achieved very significant changes. An attempt was made to monitor the variables related to therapeutic behavior by using video and having several observers record the sessions. This study contributes to the scarce body of literature currently available on third-generation treatments of severe pathologies such as anorexia nervosa and suggests this type of clinical strategy could be useful in treating disorders that usually resist treatment such as in the present case, as they do not concentrate exclusively or necessarily on the *pathognomonic* behavioral criteria in diagnosis, instead dealing with an array of problems in the patient's daily life, as expressed in the therapeutic relationship itself. The usual limitations of this type of experimental design could have been partially mitigated by employing a between-subjects, concurrent, multiple-baseline design, which is being used in our current research.

12 Recommendations to Clinicians and Students

There are very systematic data available on FAP and ACT, the processes they involved and their outcomes, and an abundance of research on the basic procedures used in these therapies such as stimulus control, rule learning, reinforcement, and experiential avoidance. We recommend that students and clinicians alike consider these strategies and their underlying philosophy from the perspective of radical behaviorism, as it can contribute to effectively treating difficult, treatment-resistant patients such as those diagnosed with anorexia nervosa and personality disorders. These strategies are described extremely well in a manual by Heffner and Eifert (2004) as well as by Kohlenberg and Tsai (1991, 1994). For information about the basic philosophy, applied to several clinical examples, refer to Hayes et al. (1999) or Hayes, Follette, and Linehan (2004). It has become clear that these approaches can be useful in ED patients resistant to traditional CBT, yet, further research is required. The present case study suggests that ACT and FAP show great promise for intervention in treatment-resistant patients with anorexia nervosa.

Acknowledgments

The authors would like to thank the clinical and health psychology master's degree students (University of Almería) Francisco Peña, Esperanza Peláez, Maite Locubiche, Rocío Garriga, Belén López, Begoña Gallardo, Lola Saura, Joaquín Valdes, Mari Angeles Mellado, Macarena García, and researcher Eugenia Pozo.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., . . . Wilfley, D. E. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 509-521. doi:10.1002/eat.10261
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating ACT therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with AN. *European Eating Disorder Review, 17*, 426-434.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 526-530.
- Garner, D. M. (1998). *Eating Disorder Inventory-2* [Spanish version]. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 5-29). New York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Guilford.
- Heffner, M., & Eifert, G. H. (2004). *The Anorexia Workbook: How to accept yourself, heal suffering, and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Heffner, M., Sperry, J. A., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 232-236.
- Karbasi, A. L. (2010). Enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: Case study of a client with anorexia nervosa. *Clinical Case Studies, 9*, 225-240.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 175-201.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Martín-Murcia, F., Cangas, A. J., Pozo, E., & Martínez, M. (2010). Role of social support and family relationships in the eating disorders progression. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 15*, 63-73.
- Martín-Murcia, F., Cangas, A. J., Pozo, E., Martínez, M., & López, M. (2008). Eating disorders and personality: A comparative study. *Behavioral Psychology, 16*, 187-203.

- Mehler, P. S., & Andersen, A. E. (1999). *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Millon, T. (2007). *Clinical Multiaxial Inventory—III* [Spanish version]. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 112-118.
- Rosenvinge, J., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: Meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders, 5*, 52-61.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford.
- Wilson, K. G., & Roberts, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 237-243.

Bios

Francisco Martín-Murcia is a clinical psychologist at a private practice, a consultant for the Association Against Anorexia and Bulimia, and a doctoral researcher of the treatment of eating and personality disorders at the Department of Personality, Evaluation, and Psychological Treatment (University of Almeria, Spain).

Adolfo J. Cangas Díaz is a professor in the Department of Personality, Evaluation, and Psychological Treatment (University of Almeria, Spain).

Luisa Pardo Gonzalez is a clinical psychologist at a private practice and a doctoral researcher of personality disorders (University of Almeria, Spain).

Integrating Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and
Commitment Therapy in three cases of eating disorder

Martín-Murcia, F.

Universidad de Almería, Hospital Virgen del Mar, Unidad de Psicología Clínica,

Crtra. Mamí Km. 1, 04120 Almería (Spain). E-mail: murcia@cop.es

Manuscrito en revisión

Cognitive and Behavioral Practice

ABSTRACT

The goals of this study are to determine the effectiveness of the integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy in three cases of eating disorders and personality disorders, focusing on the analysis of the therapist's behavior with regard to the above-mentioned therapies. The research design included a intervention with vide-recordings of all the sessions and registers of the therapist-patient interaction as behavioral events according to potentially functional category criteria, performed by observers blind to the research. Results after the intervention show important general psychological changes, in addition to a clear resolution of the eating disorder. Intrapersonal (acceptance, defusion, activation, and mindfulness) and interpersonal changes (increased social behavior and associated satisfaction, higher rate of intimate-affective behavior, and cessation of disruptive behavior) are observed. These changes were maintained after 3 years of follow-up. These findings suggest that the integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy could be an effective choice, at least in cases that present serious psychopathology. Some reflections for the synergistic implementation of the two therapies are suggested.

Keywords: Anorexia nervosa, eating disorder, personality disorder, acceptance and commitment therapy, functional analytic psychotherapy, cognitive behavior therapy.

Introduction

Eating disorders (ED) continue to be a challenge for clinicians and researchers, given the associated morbi-mortality (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). Even in trend studies with a long prospection, overall symptomatic resolution does not provide encouraging figures (Löwe et al., 2001). The presence of very severe psychological, family, and social problems has been identified as a predictor of poor evolution (Bell, 2002; Braun, Sunday & Halmi, 1994; Eisler, Simic, Russell & Dare, 2007; Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006; Friborg et al., 2014; Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992; Le Grange et al., 2014; Löwe et al., 2001; Martín-Murcia, Cangas, Pozo, Martínez & López, 2008; Ro, Martinsen, Hoffart & Rosenvinge, 2005; Rosenvinge, Martinussen & Ostensen, 2000; Timko, Zucker, Herbert, Rodriguez & Merwin, 2015; Treasure & Russell, 2011).

Although cognitive behavioral therapy is one of the approaches that has shown the most effectiveness in the area of ED there is a large group of patients who do not respond at mid and long term. Since the initial work of Wilson and Roberts (2002), in which he determined the keystone to the application of the acceptance and commitment therapy (ACT) in anorexia nervosa, the use of this treatment (Berman, Boutelle & Crow, 2009; Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002) and its approach within the framework of other treatments, such as family-based treatment (FBT) (Timko et al., 2015), has expanded with encouraging results.

On the other hand, despite the invaluable contribution of abundant psychotherapy outcome studies, idiographic research strategies in severe

clinical problems could lead to the establishment of certain components of the process of change (Barlow, Nock & Hersen, 2008).

In this sense, the analysis of three cases of eating disorders is proposed in this study, conceptualizing the intervention from the functional perspective as processes of discrimination and reinforcement, considering the therapist's behavior as a function of shaping in line with Functional Analytic Psychotherapy (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Valero & Ferro, 2015).

Enhancing Therapeutic Relationship in ACT

FAP intervention places the focus on behaviors that emerge in the therapeutic relationship and the response to them (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1995), whereas ACT emphasizes avoidance and acceptance within a context of values (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Heffner & Eifert, 2004). It has been argued that, at least in problems involving dissatisfaction with body image, both intrapersonal factors (such as cognition and emotional experiences psychological processes) and interpersonal factors (problems of intimacy, social avoidance, approval seeking, and extreme sensitivity to rejection) could provide effective guidelines for clinical intervention (Callaghan et al., 2012).

The use of both therapeutic formats is proposed in the cases presented, as they could act synergistically synergistic to achieve psychological changes (Baruch, Kanter, Busch & Juskiewicz, 2009; Kohlenberg & Tsai, 1994; Kohlenberg et al., 2004; Valero & Ferro, 2015).

Finally, an aim of this study is to describe the therapist's behavior, classified according to the basic action principles of ACT and FAP, to initially

establish the potential functional relationship between such behavior and the patients' change responses.

Method

Participants

Three patients seeking treatment in a private clinical center were recruited. The selection criteria were: to present ED, be over 18 years of age, and have at least 2 years of evolution of the problem.

Case 1. 18-year-old female who, at presentation, meets the diagnostic criteria for Anorexia Nervosa (restrictive subtype) of 3 years' duration and Obsessive Personality Disorder according to *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* in its fourth revised edition (DSM IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2000) and the Fifth edition (DSM-5, APA, 2013). Her ED symptomatology emerged at age 14, with an accelerated restrictive intake pattern and intense physical exercise, and treatment was initiated in mental health services. At age 16, she was hospitalized, and a normocaloric diet was introduced in the outpatient follow-up. After hospitalization, restriction and continuous weight loss stabilized at a body mass index (BMI) of 16, aggravated in situations of academic stress. She is advised by her family to request consultation after an episode of severe restriction and the onset of binge eating. She has not received pharmacological or psychological treatment during the previous year due to her own refusal. Regarding psychological problems presented, we note chronically depressed mood (self-deprecating thoughts about her image or person, desire to die, thoughts about dropping out of school, intrusive memories of painful life events), experiencing high levels of

irritability and anxiety. Extremely rigid thought patterns and cognitive fusion were identified. Study behavior is under parental control that positively reinforces her for "perseverance and effort" and under personal aversive control (fear of not achieving, not being intelligent, and failing). The obsessive pattern includes studying until she is exhausted, compulsively reviewing tasks until becoming cognitively blocked, repeating a task if a typo or erasure is detected, rumination about her diet, control of image and weight by means of her clothes, collecting diets and compulsively comparing nutritional labels, compulsive rituals at bedtime or before studying. She has no leisure activities or sexual experience. She compares herself constantly with her peers, experiencing feelings of worthlessness and fear of interpersonal contact. Her considerable social avoidance provokes social criticism because she is considered "weird", and this produces much self-referential ideation. Regarding background and family dynamics, we observed criticism by parents and virtually no sign of affection, and disruptive behaviors and arguments among them were common. The father displays a pattern of obsessive functioning, with great rigidity, a need for control associated with moral rules and values related to economic and professional success, anhedonic, and extremely complaining.

Case 2. 18-year-old male who meets diagnostic criteria for Anorexia Nervosa (purgative subtype) and Borderline Personality Disorder (according to DSM IV-TR and DSM-5). Regarding the ED, we note severe restriction with BMI of 17 followed by intensive binge episodes (average of 5 weekly, approximately 4000 kcal) and vomiting contingent to binge eating for the past 2 years. Regarding psychopathological problems, he presents self-harm, a pattern of alcohol abuse, school drop-out, disruptive episodes with the family (especially

with the mother), explosive verbal and physical aggression, suicidal verbalizations, especially to parents when his wishes are frustrated, several traffic accidents due to reckless driving, superficial social relations and only in the context of alcohol intake (reinforced by acknowledgement of his high drinking capacity and uncontrolled behavior), episodes of slight euphoria followed by sensations of emptiness, self-image distortion (he think he looks fat, feels a failure, and unable to lead a "normal" life"). He has not had romantic or sexual relations. Regarding his background and family dynamics, his sister is diagnosed with Borderline Personality Disorder and has received pharmacological treatment on various occasions, his father displays an avoidant behavior pattern, and his mother's functioning is depressive, and she is completely under her children's aversive control.

Case 3. 20-year-old female who, at presentation, had a diagnosis of severe Bulimia Nervosa (8-13 binge episodes per week of 500-2000 Kcal) and Avoidant Personality Disorder according to DSM IV-TR and DSM-5 criteria. She has had the ED for 5 years, with different presentations; initially, she was overweight due to binge eating (BMI = 30), followed by an intense period of restriction during which she lost 25 pounds, after which binge eating and purging behaviors (vomiting) emerged (reaching BMI = 18). The ED evolved toward Bulimia Nervosa with moderate overweight (BMI = 28). With respect to other psychopathological aspects, we note avoidance of studies and social contact. She reported criticism since childhood due to her emotional detachment and school failure because of avoiding exams. After various academic dropouts, she had to take courses at private school with few presential classes. She has difficulties with interpersonal relationships, is afraid

of being hurt by others and presents a high rate of self-referential critical thoughts, does not establish intimate relationships and avoids sexual intercourse (never satisfying). She tries to disguise her fear of failure and self-image problems by controlling her food intake and weight, but without success. This causes intense feelings of worthlessness, emptiness, and devaluation. Her anxiety in social interactions is also present in the family context, her father is not involved in his daughter's life or problems and has emotional expression deficits, and a vigorous mother who managed to earn a university degree at an advanced age despite coming from a rural environment. Her study behavior is under maternal control, as she does not discriminate "whether or not she wants to study". In fact, she presents a high frequency of disruptive behavior caused by continuous maternal efforts to activate her, unsuccessfully. On case admission, the patient was receiving treatment with SSRIs (paroxetine), topiramate and benzodiazepines, which she interrupted voluntarily three months after the initiation of this study due to aversive side effects. She has had several Endocrinology consultations to establish her diet (unsuccessfully).

Instruments

Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III (Millon, 1994, Spanish version 2007). This questionnaire provides information about 11 clinical personality patterns, 3 severe forms of personality pathology, 7 moderate-intensity clinical syndromes, and 3 severe clinical syndromes. It has 4 control scales, such as measures of validity, sincerity, social desirability, and deliberate exaggeration of symptoms.

Eating Disorder Inventory-2 -EDI-2 (Garner, 1991, Spanish version 1998) is a widely used self-report instrument to assess the symptoms that

usually accompany Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN). It provides scores on 11 scales that are clinically relevant for EDs.

State-Trait Anxiety Inventory- STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1968, Spanish version 1988). This self-report questionnaire provides a measure of temporary and stable anxiety.

ED registration sheets

This instrument was created ad hoc for this investigation to record the frequency of behavior problems whose operationalization included: restrictive behaviors, frequency of binge eating, purging, and calorie counting, weighing outside of the session, and in-session weight.

Therapist's behavior record sheets

We designed templates to log the therapist's behaviors, in which to record the behavior as soon as it appeared. Figure 1 shows the template used.

Include Figure 1

Procedure

Personal and family informed consent to video-tape all the sessions and use them as research material was obtained. We created a sequential design, establishing the baseline during the 3 weeks prior to the treatments. We performed 20 individual sessions and 10 family sessions (4 with only the father or the mother) of 1 hour's duration, over approximately 11 months, with 4 follow-up sessions at 12, 18, and 24 months, and 3 years. After completing the treatment, all the individual sessions were analyzed by 6 observers blind to the treatment and the investigation (Master students and/or experienced clinical psychologists) in order to record and categorize the therapist's interventions

(both descriptively and functionally). After the first screening, which served as a method of behavioral control, the categories were restructured to conform to the overall objectives of the ACT and FAP treatment. We then assessed the inter-judge agreements and disagreements over 12 sessions, achieving an adequate kappa index of 0.8, which showed the effectiveness of the observational training. It is clear that, as there were 3 different participants, the intervention was idiographic although, for methodological purposes, the therapeutic goals pursued were grouped according to the ACT and FAP procedures. Thus, behaviors with a potential discriminating and reinforcing function were established according to the general goals proposed in this type of therapies, based on the creation and improvement of the therapeutic relationship and adherence to treatment, modeling and differential reinforcement of alternative verbal behavior, the emergence of functional explanations of the problems presented, values clarification and committed behavioral activation, changing the function of language (breaking rules, comprehensive distancing), as well as the conscious acceptance of discomfort (exposure, extinction of verbalizations about ED, and the function of complaining/acting out). Table 1 shows the categorization of the potentially functional behaviors based on the described goals.

Include Table 1

Subsequently, the interactive sequence of the therapist's behavior and the patient's clinically relevant behaviors during the sessions were analyzed, as well as behaviors related to other variables of change in the participants' lives.

At the end of the treatment and in the follow-up sessions, changes in the clinical behaviors related to the ED and to other relevant variables were also recorded. Both at the beginning and at the end of treatment, self-report measures were used (MCMII-III, EDI-2, and STAI).

Intervention

The areas of change could be classified as intrapersonal and interpersonal (Baruch, Kanter, Busch & Juskievicz, 2009), essentially to facilitate the distinction according to the procedure of intervention, ACT or FAP. The former includes behaviors related to the ED and general psychological functioning: incorporation of non-restrictive dietary patterns, not avoiding forbidden foods (common foods), eliminating control behaviors (reading labels, eating light foods, weighing oneself out of session, measuring oneself with clothes), prevention and extinction of bingeing and purging, managing obsessive thoughts, regulating emotional crises, stimulus control, behavioral activation of values (studying, working), personal control of studying/working (patients 1 and 3), breaking rules related to obsessive-compulsive functioning (patients 1 and 3) and to negative self-verbalizations (self-image, self-concept, and self-worth).

Regarding interpersonal goals, the aims were: to create a trusting relationship with a person outside the family circle (who did not exist in any of the three cases), increase the frequency of intimate verbalizations (personal life, sexuality, emotional expression), clarify values, reinforce the emergence of spontaneous initiatives (in patients 1 and 3), initiate adaptive social activities, cease the reinforcing function of "clowning and drinking more than anyone else" (patient 2), alter the controlling function of family and social acting-out (patient 2), neutralize family verbal behaviors of alarm, extinguish family behavior of

attention (patient 2), increase the frequency of father-daughter interaction (patient 3), extinguish family verbal intervention in ED topics, model verbal behavior to avoid disruptive behavior, promote emergence of behaviors of emotional relationship with partner (patient 3).

The huge variety of behaviors (both psychopathological and change) elicited by the therapeutic process — essentially those typically included as diagnostic criteria of personality disorders and which are tapped in the very nature of the therapeutic relationship— are functionally defined by FAP as clinically relevant behaviors. As mentioned, establishing the CRB 1 categorization is essential for the therapist's natural and effective intervention. Some examples of these are seen in Tables 2 to 4.

Include Tables 2, 3 and 4

On the other hand, FAP attempts to create a strong therapeutic relationship, precisely so that opportunities to work on aspects related to interpersonal problems and the Self, such as those shown by the patients in this study, will emerge in vivo. Precisely the presence of difficulties in the area of intimacy behaviors is probably another trans-diagnostic factor (like experiential avoidance) and is one of the essential foci of FAP. Therefore, the first treatment sessions (after the initial assessment) are aimed at facilitating the alliance through behaviors with discriminant (emergence of narrative verbalizations) and reinforcing function (expressions of desire and satisfaction when narrating). Discourse was modeled through empathic and caring behaviors. The protective function of the ED (e.g., need for control, managing the family, or a way to wreak revenge for social harm received) is not invalidated. Essentially, we intervened by reinforcing and modeling Type 2 CRBs related to adaptive social

and intimacy behavior (holding the gaze, bringing the therapist presents, gestures of affection, respecting the therapist's turn and ideas despite disagreeing, paying attention). Family sessions and sessions with parents were conducted (to avoid interference in ED, giving guidelines for handling disruptive behaviors, extinguishing ineffective punishment and/or reinforcement of problems, such as buying food or alcohol, etc.). Patients were also instructed to extinguish aggressive responses and to provide stimular cues about when, how and why they occur. The patients were confronted with their contradictions (e.g., seeing the differences between what they say and what they do), to make a balance of the costs and the utility of part of their behavioral repertory. We used resources such as personal examples or examples of other patients whose discriminating function allowed the emergence of clinically relevant expressions such as a new narrative of values (hidden or avoided at first to relieve suffering). Functional interpretations were reinforced (alternatives to "logic") provided through informative behaviors (e.g., related to cognitive overload, biorhythms, effects of food restriction, etc.), the use of paradoxes ("*control is the problem*", "*wanting to go so unnoticed calls attention to you*") and metaphors ("*the tale of the centipede that could not walk because it stopped to think about how it did it*" or "*to go on digging deeper in the hole will not get you out of it*"). We used Socratic dialogue (self-reinforcing activity for patients 1 and 3), both as an opportunity to reinforce the functional explanations and consequences of their behaviors that they were acquiring, and to interrupt the literal logic of language ("*you can build any idea or hypothesis about reality*") and thus allow distancing from the mental content. The behaviors of being open to the here-and-now experience (mindfulness), improvising, accepting, and normalizing

emotions in session (encouraging the patients to experience their fears of gaining weight or failing, or of verbalizing their feelings toward the therapist) were modeled and reinforced in session. Patients were instructed to act in a values-directed way despite self-referential and negative thoughts about themselves (using, for example, the "*bus passenger metaphor*").

Although ACT and FAP share theoretical principles, when intervening in behaviors whose ACT and FAP management is incompatible (mainly behaviors in which language underlies the context of the therapeutic relationship), the FAP intervention prevailed. For example, if doubts about the authenticity of the therapist's affection emerged, we could intervene with ACT to accept that thought like any other self-referential thought, without treating it as a reality. However, in these cases, we preferred to classify this behavior as CRB 2 (showing feelings toward the therapist) and therefore reinforce the emergence of this general behavior. This decision had to do with the interpersonal deficits present in all three cases and the intrinsic difficulty to treat resistant patients who, from the start, reject the process of therapy.

Results

Regarding changes in self-report measures, the data referring to significant scores obtained on the MCMI-III and STAI at the initial assessment and at the 1-year follow-up are shown in Table 5. We highlight the report of emotional problems, anxiety, and alterations in the interpersonal area. At follow-up, no clinical scores were obtained.

Include Table 5

Table 6 presents the initial EDI-2 scores and the years of follow-up.

Include Table 6

In all three cases, a significant change in restrictive behavior and binge eating was observed. It can be seen that the Anorexia Nervosa cases ended with a BMI compatible with normality, which they maintained throughout the follow-up period and three years later. The underweight patients (1 and 2) and the overweight patient (3) all reached measures compatible with normal weight, despite that this goal was not proposed, nor were any dietary measures or food records carried out (only weight and the frequency of binge eating or restriction were recorded, but without intervening with direct rules about weight control). It is interesting to observe that the patient with Bulimia Nervosa reached a normal weight long after completing the treatment, indicating that improvement in other psychological and social fields may have to do with long-term therapeutic effects (e.g., decreased social anxiety, acceptance of discomfort, and improved self-concept and personal self-worth). Figures 2 reflect changes in eating behavior and the BMI. Sessions 1 to 3 are assessment sessions, although we preferred to mark that period as treatment initiation, as it also offers opportunities for intervention (essentially eliciting CRB 1 in the form of rejection, refusal to collaborate, or showing disinterest). Periods of non-treatment refer to the waiting-list time before the sequential incorporation to treatment (3 weeks). The 3-week baseline is also considered (waiting time before beginning treatment). In the follow-up sessions, we interviewed the parents and partner (if applicable) to collect converging information.

Include Figure 2

In each session, we recorded the psychological changes obtained in acceptance (defined by cessation of complaints about negative thoughts and feelings), defusion (e.g., not getting caught in obsessive self-debate, verbalizing that "they are only words although they hurt", distinguishing "where I am and where my mind is"), mindfulness, emotional self-regulation (adaptive responses to distress, such as not performing disruptive behaviors, not consuming alcohol or anti-anxiety drugs, breathing, walking, sports, no suicidal verbalization, cessation of aggressive behavior, no experiential (general) avoidance, and behavioral activation (general value-directed behavior such as studying, attending to one's hygiene, reading and other leisure activities, planning work, saving money, listening to music, and, in general, activities that can, in themselves, be potential reinforcers).

The unit of measure was the occurrence of a behavior in session and/or the weekly narrative (both self-initiated or performed successfully as an in-session task). Obviously, the therapeutic process can hardly be sequential, at least not in patients with such severe problems. Hence, the intrapersonal and interpersonal changes generated in principle by the ACT and FAP interventions can be observed throughout therapy (or even much later). In each session, opportunities to work on some area emerged.

Figure 3 offer the results obtained in the described areas.

Include Figure 3

Changes related to interpersonal behaviors were also registered and are shown in Figure 4. As the goal of FAP is to generalize changes in the patient's natural life, we present the behavioral areas in the family and socio-affective environment, as well as changes related to some experience of the self (such as enjoying social interaction). Evolution of social interaction behaviors is presented, registering behaviors from their natural environment (e.g., attending class, going to a family celebration, a sport activity, a birthday or buying without family presence), intimacy behavior (e.g., holding the gaze, verbalizing private affective aspects, showing interest in the therapist's affairs, displaying the body on the beach, talking about sex, gestures of affection toward the therapist or others), enjoying social activities (given that not avoiding social contact is not the same as enjoying such contact) and, finally, changes in the frequency of disruptive family behaviors (regardless of whether they occur in session or at home).

We note that only adaptive social behaviors were included. As mentioned, patient 2 showed some social behavior in the context of high alcohol consumption (to an audience that reinforced such behavior) and in problematic contexts (e.g., when he had car accidents or there was an audience, in which case, the function of the disruptive behavior was to achieve quick money, alcohol, or food, given the family's shame in those situations).

Similarly, disruptive behaviors were deliberately provoked in session, clearly with the therapeutic purpose of modeling responses in parents and patients. These are not counted as improvements (though without them, there would probably have been no learning).

Include Figure 4

Discussion and conclusions

The clinical cases presented illustrate the utility of combining treatments that have shown their effectiveness separately in the management of complex clinical conditions such as psychotic problems (García-Montes, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004; Gaudiano & Herbert, 2006; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez & García-Montes, 2008). They have begun to be implemented in EDs (Berman et al., 2009; Heffner et al., 2002), although not many papers have been published yet, which is maybe a contribution of this work. The ACT therapeutic approach could be improved essentially by building a deep therapeutic relationship with patients who have relevant deficits in the interpersonal area. As seen from this study, this type of clinical strategies can be useful in commonly resistant disorders such as EDs, because they do not focus either exclusively or necessarily on the pathognomic behaviors of the diagnostic criteria, but instead address various daily life problems of the patient that are expressed in the therapeutic relationship. On the other hand, the philosophical principle of ACT allows us to teach new and more adaptive ways to deal with life's problems. In fact, in the following years, these three cases underwent multiple stressful life circumstances (e.g., academic failure, breakups with partners and friends, medical illnesses, difficulties finding a job, rejection by a family member, onset of psychological problems in a parent, etc.). The interesting finding is that the work they did in therapy probably helped them to deal with these problems with more guarantees. On the other hand, the participants' changing the differential importance of values is noteworthy. This change promoted values related to social life (leisure, fun, social relations, partner), and moderated values related to work and academic training in case

1, and increased them in cases 2 and 3, as well as decreasing values related to body image (diet, physical exercise). As seen in the EDI-2 scores, body image dissatisfaction or fear of responsibility did not disappear, but the group of dysfunctional thoughts was blocked before entering the usual vicious circle (hence, the lower presence of anxiety after treatment, although its elimination was not an explicit therapeutic goal).

On the other hand, as mentioned, the joint implementation of ACT and FAP is not without complications. The main ones are how to respond to behaviors contextualized as relational behaviors between the therapist and the patient. These difficulties can be resolved with good training and supervision, as well as by clearly establishing the general types 1 and 2 CRBs that should be the object of intervention.

Finally, the purpose of the categorization presented was to establish an initial screening for the general functional description of the therapeutic communication and to acquire some control over the therapist's responses and their functionality. This coding system could be currently improved, because encoding systems specifically designed to measure the mechanisms proposed by FAP for change, such as the *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* or the *Multidimensional Coding System of Therapist-Client Interaction Behaviors* (Valero & Ferro, 2015) are being used in recent literature.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Barlow, D., Nock, M., & Hersen, M. (2008). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3rd edition). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskievicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(3), 241-257.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating ACT therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with AN. *European Eating Disorder Review*, 17, 426-434.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Callaghan, G., Duenas, J., Nadeau, S., Darrow, S., Van der Merwe, J., & Misko, J. (2012). An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in functional analytic psychotherapy and

- acceptance and commitment therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 16-24.
- Eisler, A., Simic, M., Russell, G. F., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560.
- Fichter, M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87-100.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergard, K., Martinsen, E., Schmierer, P., & Rosenvinge, J. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder. A meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 119-125.
- García-Montes, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., & Zaldívar, M. (2001). Application of acceptance and commitment therapy in delusional symptomatology: A case study. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources [Spanish version. Madrid: TEA. 1998]
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M., & Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Heffner, M., Sperry, J. A., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 232-236.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 147-152.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 175-201.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R.J, Kanter, J.W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C. & Tsai, M. (2004). Funtional Analitic Psychotherapy, Cognitive Therapy and

Acceptance. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 96-119). New York: Guilford Press.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento [Functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy: Theory, applications, and continuity with behavioral analysis]. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 37-67.

Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E., Crosby, R., Hay, P., Lacey, H., Bamford, B., Stiles-Shields, C., & Touyz, S. (2014). Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa, *Behavioural Research and Therapy, 56*, 91-98.

Löwe, B., Zipfel, S., Bucholz, C., Dupont, Y., Reas, L., & Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine, 31*, 831-890.

Martín-Murcia, F., Cangas, A. J., Pozo, E., Martínez, M., & López, M. (2008). Eating disorders and personality: A comparative study. *Behavioral Psychology, 16*, 187-203.

Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson Education [Spanish version, Madrid: TEA Ediciones 2007].

- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: Meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1968). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press. [Spanish translation: (1988). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual. Madrid: TEA, 1988].
- Timko, C. A., Zucker, N. L., Herbert, J. D., Rodriguez, D., & Merwin, R. M. (2015). An open trial of acceptance-based separated family treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 63-74.
- Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors, *The British Journal of Psychiatry*, 199, 5-7.
- Valero, L., & Ferro, R. (2015). *Psicoterapia analítica funcional. El análisis funcional en la sesión clínica* [Functional analytic psychotherapy. Functional analysis of the clinical session]. Madrid: Síntesis.
- Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2008). Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.

Wilson, K. G. & Roberts, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.

Tables and Figures

Table 1. Goals and categorization of the therapist's behaviors

Potentially functional descriptive categories	Potentially therapeutic goal
Empathic reflection and expression of affection	Improve the relationship
Use of humor	
Privacy (personal examples from therapist's private life)	
Responsibility (diaries, experiments, working in therapy)	Adherence and motivation for change
Reinforce openness to experience	Behavioral activation
Analysis of life costs	Clarifying values
Imagination, biographical examples	
Modeling functional analysis of causes and effects	Inform
Modeling	Breaking rules
Metaphors and paradoxes	
Normalizing private events, mindfulness attitude	Comprehensive distancing
Socratic dialogue as modeling	Acceptance
Extinction of ED topics	
Extinction of social acting-out benefits	
Reinforcing extinction of parental control	Control of disruptive family behaviors

Table 2. CRB 1 Clinically Relevant Behaviors Case 1

Signs of mistrust (e.g., expressions that the therapist will not be able not help her, not mentioning relevant issues)

Intimacy avoidance behaviors (e.g., not holding the gaze, not asking the therapist personal questions, giving messages without any affective tone, not disclosing information)

Continuous demand for behavior rules (such as "*tell me what I should do when X happens*")

Limiting commitment and therapeutic focus (only demanding how to improve academic performance, avoiding any allusion to ED)

Demanding to use linear mathematical reasoning to establish a life project

Resistance to alternative explanations about her problems

Discomfort when faced by therapist's silence or lack of answers

Pattern of complaint

Excessive adherence to register sheets, schedules, and planning sessions.

Expressions of bad mood and hopelessness

Maternal interference in the therapy process in the form of demands for information of what is talked about in therapy, the foreseeable absence of paternal collaboration and refusal to continue to spend money on daughter's treatment

Table 3. CRB 1 Clinically Relevant Behaviors Case 2

Aggressive verbalizations towards therapist and family
Intimacy avoidance behaviors (e.g., not holding the gaze, not interested in the therapist's feelings, avoiding relevant information)
Disruptive behaviors in family sessions giving reasons to justify them
Limiting commitment and therapeutic focus (only demanded how to make parents leave him alone)
Difficulty to determine what he feels
Non-adherence to the tasks
Discomfort when faced by therapist's silence or lack of answers
Continuous verbalizations of complaint in the form of monologues
Suicidal behavior without analyzing the antecedents
Alcohol consumption and reckless behavior without analyzing their role in session
Acting-out discriminated by presentation of task orders
Family reinforcement of problem behaviors (buying food, alcohol, non-confrontation)

Table 4. CRB 1 Clinically Relevant Behaviors Case 3

Avoidance of expressions about the "absent" parent"

Intimacy avoidance behaviors (e.g., not looking at the therapist, not answering personal questions, avoiding relevant information)

Disruptive behaviors in sessions with her mother

Limiting commitment and therapeutic focus: being able to diet to lose weight and control binge eating

Not discriminating affective experience in the present (vacuum in the presence of others)

Not interested in the therapist

Discomfort when faced by therapist's silence or lack of answers

Negative verbalizations about self-image and self-worth

Critical self-referential behavior about therapist and social world

Complaining about lack of education

Hypochondriac verbalizations

Mother's guilt behaviors towards patient

Coming to the session with anxiolytic impregnation

Justifying her aggressive behavior

Table 5. Significant MCMI-III and STAI scores

	<i>Scale</i>	<i>Pretest</i>	<i>Follow-up</i>
Case 1	Depressive	73	9
	Borderline	72	5
	Anxiety D.	79	5
	Dysthymia D.	77	5
	Thought D.	67	5
	Major Depression	64	5
	Delusional D.	66	5
	Anxiety-State	76	24
	Anxiety-Trait	80	38
Case 2	Depressive	87	38
	Dependent	76	40
	Anxiety D.	102	0
	Dysthymia D.	81	0
	Thought D.	88	0
	Major depression	107	12
	Anxiety-State	99	32
	Anxiety-Trait	99	28
Case 3	Avoidant	80	35
	Depressive	76	40
	Antisocial	94	28
	Compulsive	75	43
	Major depression	79	25
	Anxiety-State	80	40
	Anxiety-Trait	82	32

Table 6. Significant scores on the EDI-2 scales

		Pretest	Follow-up
Case 1	Thinness obsession	89	18
	Body dissatisfaction	81	32
	Inefficiency	99	76
	Perfectionism	95	91
	Interpersonal distrust	87	19
Case 2	Bulimia	78	0
	Body dissatisfaction	85	0
	Introceptive awareness	95	0
		98	86
	Fear of maturity		
Case 3	Bulimia	78	20
	Body dissatisfaction	81	54
	Introceptive awareness	79	40
		88	25
	Interpersonal distrust		

THERAPIST BEHAVIOR RECORD SHEET												
RESEARCHER:						sesión nº:						
Therapy Goals			Therapist's Behavior									
Trust relationship	Reflex empathy and express affection											
	Using Humor											
	Privacy (personal examples of private life therapist, revelations).											
Adherence and motivation to change	Taking responsibility (records, experiments, homework)											
Behavioral activation	Reinforce openness to experience (changes in social avoidance)											
Clarify values	Life Cost Analysis											
Changing Obsessive Pattern	Inform, confront, unbalance, clarify											
Breaking rules	Socratic Dialogue											
	Imagination, biographical examples, role playing											
	Metaphors and paradoxes											
Mind distance	Modeling											
	Normalize private events											
Acceptance	Unconditional acceptance of patient											
	Show therapist's "mistakes" and "failures"											
	ED issues Extinction (weight, image, fashion)											
Avoid parental disruptive behavior	Strengthening family's control extinction											

* record the frequency of occurrence of behavioral events

Figure 1. Therapist's behavior registration sheet

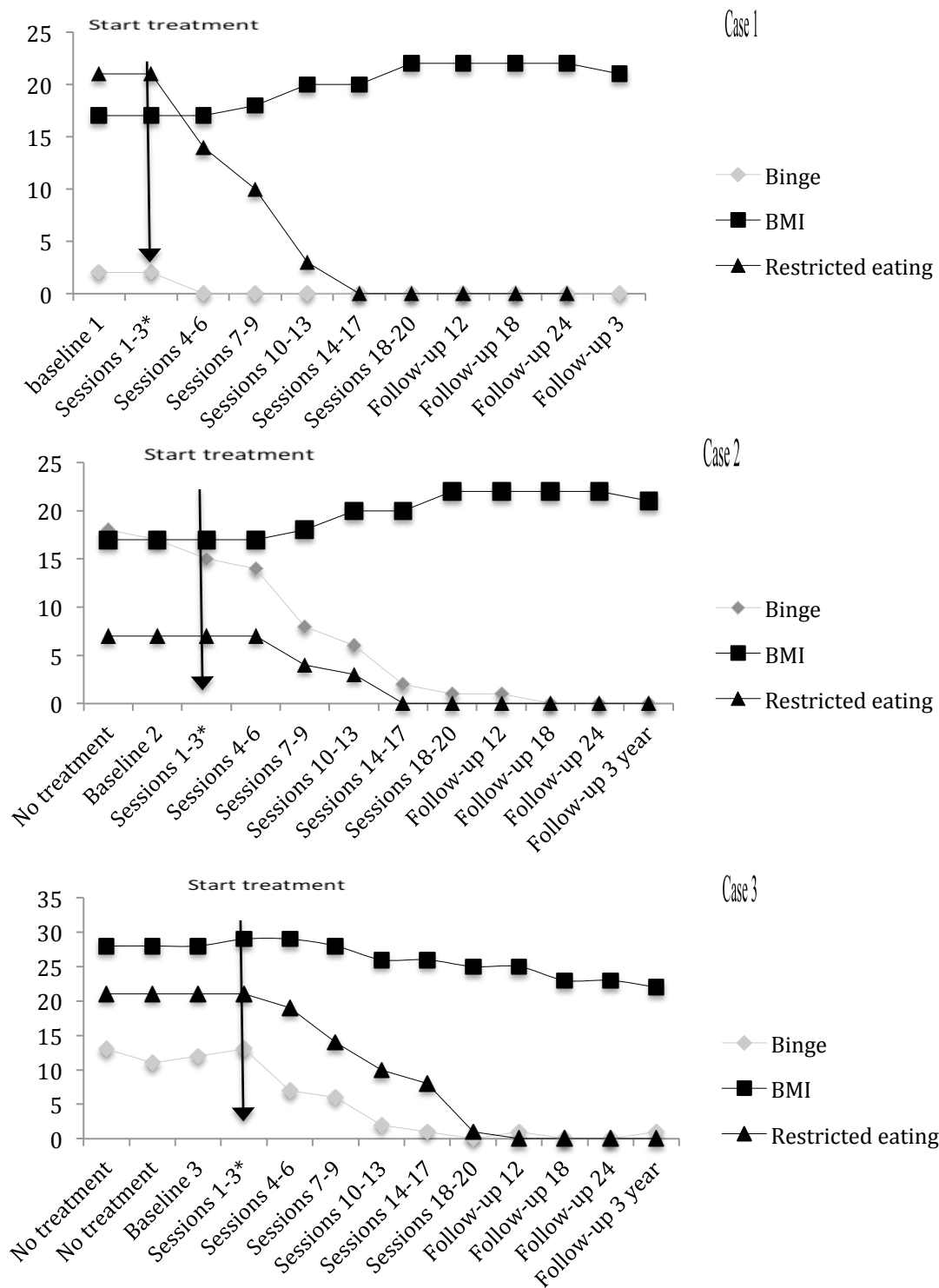


Figure 2. Eating Improvements

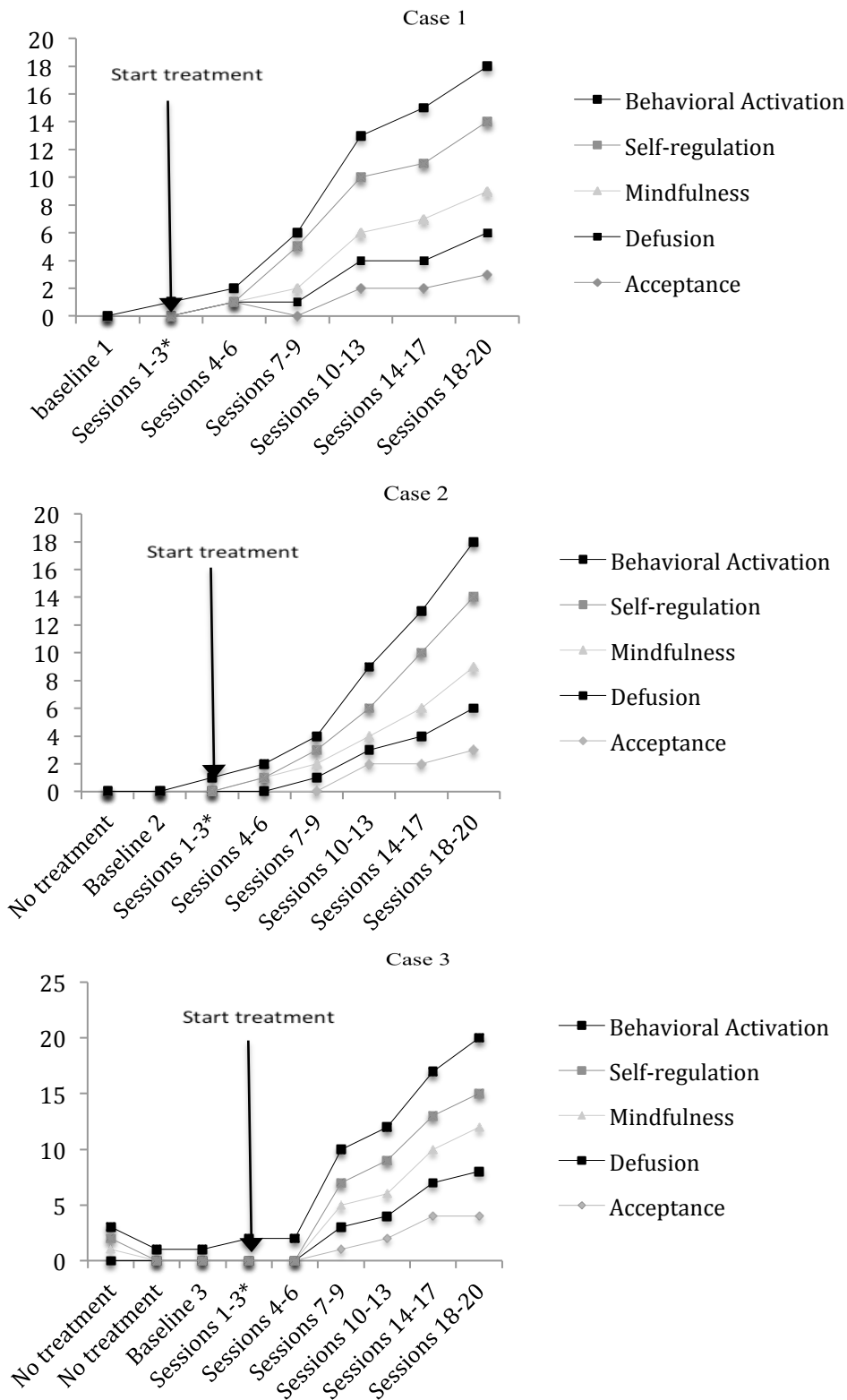


Figure 3. Intrapersonal Improvements

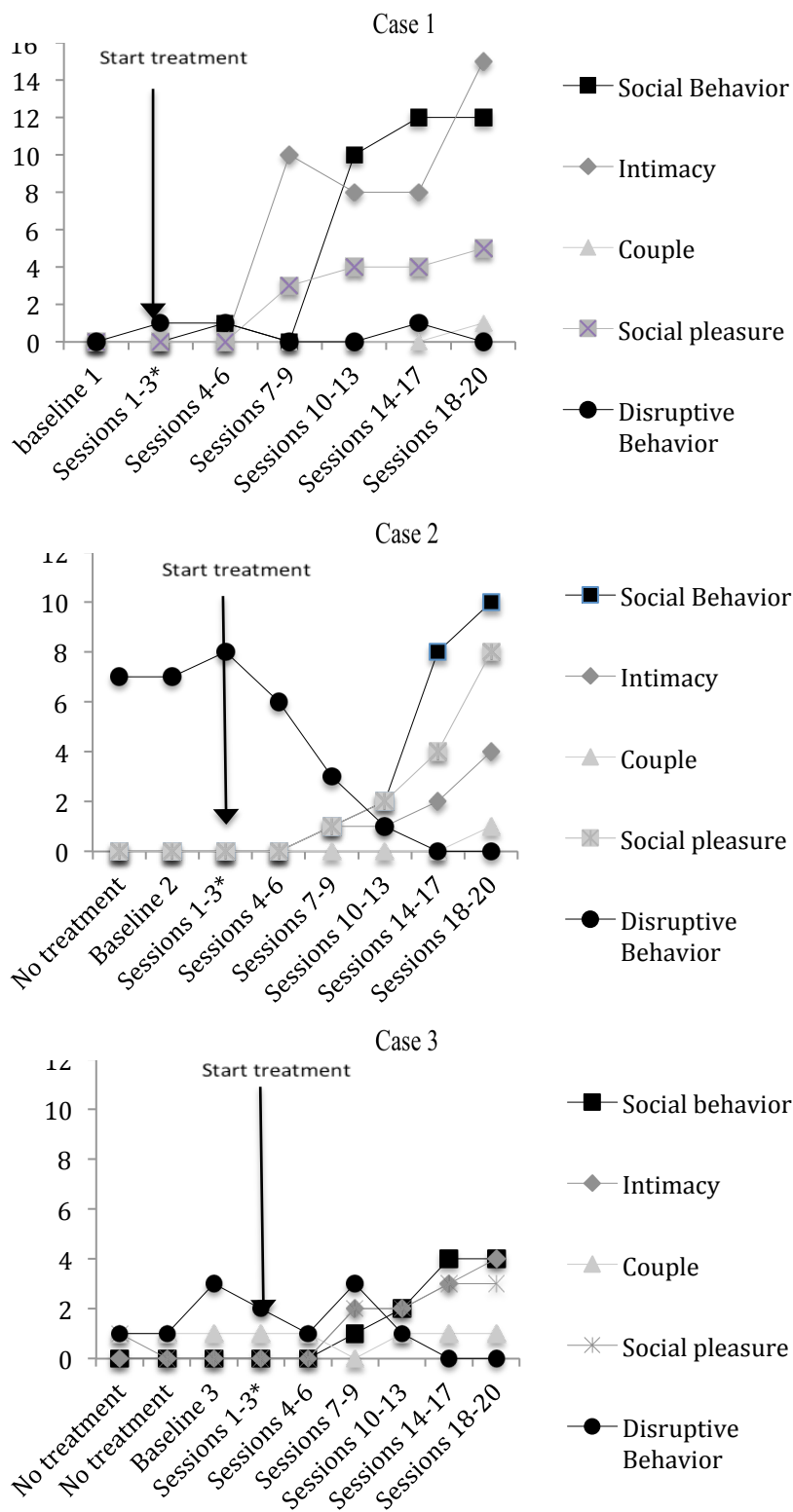


Figure 4. Interpersonal Improvements

Building the Self. A Contextual Approach

Manuscrito en revision

Anales de Psicología

Francisco Martin-Murcia^a

^a Universidad de Almería, Hospital Virgen del Mar, Unidad de Psicología
Clínica, Crtra. Mamí Km. 1, 04120 Almería (Spain). E-mail: murcia@cop.es

Rafael Ferro García^b

^b Centro de Psicología C.E.D.I, Avda. Constitución 25, 7º Izqda. 18014 Granada
(Spain). E-mail: rferro@cop.es

Corresponding author: Francisco Martin-Murcia, Hospital Virgen del Mar,
Unidad de Psicología Clínica, Crtra. Mamí Km. 1, 04120, Almería (Spain)
E-mail: murcia@cop.es, Phone: +34607899629

Building the Self. A Contextual Approach

ABSTRACT:

We propose a review of the formation of the Self from a phenomenological-contextual perspective. This approach is justified as a way of solving the metaphors that are used to understand the formation of the Self, which usually commits either categorical and reification errors or directly aporetic arguments. The concept of the Self is not denied, given the huge reinforcement received by the human organism from infancy to tact with private experiences, and such being-in-contact is precisely the primary phenomenological experience of the Self. A genuinely behavioral explanatory model is presented, understanding the Self as a social epiphenomenon that requires a basic pre-reflective awareness in a particular cultural context that will shape it through prototypical verbal behavior in human interaction. Finally, the different stages of Self-learning are described. The discussion underlines the extraordinary importance of understanding the Self in terms of perspective, which leads to the parsimonious comprehension of the classic features attributed to the Self, such as constancy, timelessness, transcendence and interiority without elaborating mental constructs.

Keywords: Phenomenology, Behaviorism, Self, Verbal behavior.

Introduction

The Self is an issue of primordial importance in psychology (along with the conscience), but as ambiguous as slippery (Zhao, 2014). The self is also about as vexing a construct as there is in psychology (Raeff, 2010). Not in vain, Popper notes that since Hume up to the present, “the existence of the Self has been considered very problematic” (Popper & Eccles, 1983). Even more, a fundamental debate exists as a result the self is made of universal properties or wheter is culture-dependent (Bukobza, 2007).

Although not the first one, Freud probably began the arduous work of dealing with it when he defined it in the second topic as a part of the personality that is organized as a result of the family and the social environment. It is the result of the drama of life, in which the flesh fights to clear a way through moral-social events, and the Self would—*on principle*—be in charge of the difficult escape from that reality (Freud, 1924). The formation of the Self that would allow one to stand up to both tensions needs to be explained. Such formation is presumed, given that the realities—*on principle*, as Freud insists—are extremely heterogeneous in spite of the fact that people in general have many things in common (for example well-regulated cultures and similar bodies). This has been addressed by neuroscience, to mention the academy with more presence and weight in modern society. So, the Self has been substantiated, apparently finding the locus of the autobiographical Self in some of the brain's functions; it would seem that the Cartesian pineal gland has been modernized. It may be suggested that the so-called resolution of dualism by a rude materialistic monism still requires more intellectual work (Bennet, Dennet,

Hacker & Searle, 2009). The representational psychologies (although they refer to neurons that create the Self) lead to aporetic situations in which there is a clear, objective reasoning difficulty. In spite of the legitimate objectivist intention of the heir proposal of Descartes, that is, the necessary assessment of the confusing and subjective phenomenal experience (formerly provided by psychophysics and currently by neuroimaging), the truth is that such experience embodied in the Self requires a *You*. As has been mentioned, even Freud realized that the Ego is the result of the struggle between the body and culture. He ventured to seek personal identity in the process of the dramatic struggle between the Ego and the Super-Ego—by the way, a dynamic similar to Popper's (Popper & Eccles, 1983) interaction between world 1 and 3 with world 2.

In any event, the Self is an essential theme that has been referred to, and attempts have been made to describe it. In any case, a person becomes a person because there are other people (if there were wolves, we would be wolves). If the Self emanated from some place, it would be precisely from the social context (existing before the individual) and from the verbal community of reference.

Phenomenology and radical behaviorism, with a common philosophical essence (Fuentes & Robles, 1992), could be a way of providing the conditions to comprehend and explain the Self, as both of them could be a method to confirm, describe, and explain the psychological experience—basically, the phenomenon itself. The explanation of the psychological event will be found in the triple contingency relationship behavior-situation-reinforcer (regardless of how one describes this relation verbally).

There are different formats that could somehow explain the problematic dimension that is essentially the psyche, and, at the same time, fit within the effective psychologies; behavioral approach is one of them (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A theory of the formation of the Ipseity

It is appropriate to consider the formation of the Self from this perspective, given that is a ubiquitous topic both in daily life and in therapy sessions (e.g., “*I don't feel like myself*”, “*I don't know who I am*”, “*I have so many faces that I don't know which one is the real one*”, “*you must be yourself*”, “*nobody really knows me*”, “*sometimes, I act without being myself*”).

The experience of one-self is absolutely transcendent in the psychological development of individuals. Human organisms learn to contact with private experience, and this is precisely one of the behaviors that makes us *person*. As mentioned, this highly reinforced being-in-contact from childhood is precisely the primary phenomenological experience of the Self. It is therefore undeniable that the experience of one-self exists as one of the quintessential psychological phenomena in human organisms (Barresi, 2012).

This approach presents a theory of learning which draws on the early writings of Skinner (1953, 1957) about how our private experiences are generated, understanding the Self as a social epiphenomenon, a product of verbal behavior embodied in a physical body. The explanatory model is based on the early verbal experiences of the verbal relations *I*, *me*, and other equivalents.

Kohlenberg & Tsai (1991) describe four classical ways of understanding the Self: as *the experience of the self as me* or a permanent sense of oneself;

as the source of one's actions (the organizing force that appears in the situation “*I want to help you*”, for example); *as the source of the spontaneous and creative gestures or actions*; and lastly, *as personal identity* (self-awareness and self-perception). Undoubtedly, these notions of the Self are easily assimilated, as they are a part of our family, literary, and cinematographic verbal frameworks. We intuitively know what is meant because we have had similar experiences that can lead to the intuitive idea of the Self as the “cause” of behavior. The radical behaviorist paradigm does not agree with this causal assumption. Obviously, it does not deny having certain experiences of the self in these terms, but it denies considering this psychological experience (the Self) as a mental entity that generates behaviors.

There are some elements present at the onset of the oral report “*I...*” as a functional unit that help us to understand the process. For instance, the discriminant stimulus (the example proposed is an apple), a response, and some reinforcement can be distinguished. Some public stimuli (the apple, other people, the child) and also some stimuli that are private for the person are present in the situation. Lastly, the perspective or spatial relation between the child and the external objects, the child's orientation towards the stimulus and the process of naming or tacting the stimulus “*I see the apple*”, and the consequence or social response, “*that's right*” (not forgetting the private stimulation of one's own activity of seeing, as mentioned).

The acquisition of this oral report “*I*” is equivalent to learning concepts in which one characteristic of the stimuli indirectly emerges as the relevant stimulus through the behavior of responding to that characteristic (for example the concept of small, a characteristic of a pail compared to another pail, a glass

to another glass, one child with another child, etc.). The Self emerges as an independent unit from previously learned longer phrases containing “I” during the child's development through verbal learning. Three stages of the development of verbal behavior have been proposed that it would lead to the emergence of the Self.

Stage 1 is the learning of large functional units, which usually occurs during the first two years of life. After the first learnings of small units such as: “*mamma*”, “*water*”, “*car*”, the parents tend to teach the child longer phrases that can be learned as a whole, for example: “*I see water*”, “*I have a car*”, etc. These phrases not only describe the object but also a private activity of the child (because the experience of seeing water is private to the child). It is a complex experience requiring, as previously mentioned, different stimuli and responses, such as the presence of the father, the water, the child's orientation to the stimulus, the perspective between the child and the objects, of the experience of “seeing” the water (probably a confusing experience that will require a very complex learning of self-observation). Therefore, stimuli can be both public and private but, as mentioned, private stimulation at this stage is not the most relevant (it is assumed that survival will depend more on the effective control of the outer world, i.e., on the effective emotional bonding with the mother/father).

At stage 2, after multiple experiences with larger units of the previous phase, smaller units emerge: “*I-see-an-apple*, *I-see-a-dog*, *I-see-water*”. From this experience, the functional unit “*I-see*” emerges as a common element of all the “*I-see-X*” formulas. In phenomenological terms, the common and constant experience would be the experience of seeing, regardless of the objects and stimulus public situations (of seeing a car or an apple). It seems likely that the

private stimulation associated with the activity of “seeing” acquires greater control over the “*I-see*” than the public parental control (which decreases gradually in normal and non-invalidating environments for the child). Thus, functional units are generated such as: “*I see*”, “*I have*”, “*I want*” and “*I am*”, which can be combined with different specific objects. At this stage, a child can say things he never said before, for example: “*I want music*”, or “*I watch soccer*”.

At stage 3, the simple unit “I” (the smallest of all) emerges and, at the same time, the experience of “I”, which is the common element of all the “*I... X*” situations (*I am the one who sees, wants, has, grabs, eats, etc.*). Probably, the Self as a unit is under the stimulus control of the physical location of such experiences, that is, of the perspective or locus (place from which one “looks, feels, picks up, or wants”); in other words, from the perspective of the subject of the action (hence, it is easy to equate/feel/describe the self as an *inner* aspect).

The fact that the experience of the Self is a perspective instead of something physical has very important consequences. This Self can be described as constant, timeless or transcendent in time, invariant, inherent to the person; it is experienced as independent of age or of changing vicissitudes. It can be described as conscience, as something that is inside me or that is the core (remember the concept of perspective) and also as something alien (when the experience of describing is sometimes not controlled by the perspective, as

in some hallucinatory or depersonalization experiences). The statement the *Self is conscience* refers to the fact that we are capable of observing our own behavior, realizing what we do, feel, or think, and the variables on which such behavior depends.

As argued, we learn to con-tact with our private experiences at very early ages. We need to understand the conscience as an activity and not as a thing/substance. “Things” are discriminant stimuli that control the Self, whether they are sensations, objects, or persons or one's own experience of thinking (“*I-think*”). The behaviors associated with being aware are closely related to the functional unit “Self”, and it is extraordinarily simple for them to be made equivalent, considering them to be the same thing although they are different. That is why the animistic or mentalist tradition in psychology and in culture is so natural, so intuitive. And likewise, a process of reification occurs when the activity of *thinking* becomes *thought* or the activity of *memorizing* becomes *memory*, the activity of *being aware* becomes a *Self* like a *thing/construct*. Hence, we could have learned to build a belief about the Self as an object/substance; it is understood only in our environment because this experience probably not quite universal (Bukobza, 2007).

An additional verbal behavior is also necessary to complete the experience of the Self as a perspective (Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2009). This type of equivalence between the Self and thoughts, feelings, conscience, etc. can be explained through the Relational Frame Theory (Dymond & Roche, 2013; Hayes, 1984; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). In general, this theory offers an explanation of human language and cognition, assuming that relational learning is the central point of complex human activities. Thus, “psychologically relating” means responding to an event in terms of another event (Hayes & Wilson, 1993), like when responding to a metaphor. An example could be the statement: “*Don't eat that; it's poison*”, when referring to the high quantity of saturated fat in a meal.

It is based on the fact that the stimulus relations derived from other verbal relations are generalized learned behaviors, in the same way that other response classes are learned. This theory argues that we also learn to respond according to deictic relational frames that are a central part of the development of the Self, especially in perspective-taking, the key to this development. They propose three basic deictic relational frames for perspective-taking: I-You, Here-There, and Now-Before (Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2009; McHugh, Stewart & Hooper, 2012; Stewart, Villatte & McHugh, 2012). These relational frames are trained very early in the child and become an inherent property of the person. When someone speaks to another person, he does so from the—located Self— “Here and Now” perspective about events that have occurred “There and Before”. Deictic frames establish a distance or division between the speaker and what is spoken: the speaker is always “Here and Now” and what is spoken is “There and Before”. Obviously, if this distance does not occur, it would be easy to confuse the Self with what is being said (something that is very relevant both in psychopathology and treatment). If the person is trapped in the There-Before without living the Here-Now, this would be a form hyper-reflective psychological experience, which could be a process that is present in many psychological disorders. Another example is when the person is incapable of having empathic experiences or cannot take on another person's perspective, as occurs in youths with dissocial disorders or in adults with narcissistic functioning. Currently, this interesting theoretical proposal is still being developed, and it is being applied to the formation of the Self and to perspective-taking (McHugh & Stewart, 2012).

Discussion

The elusive nature of the Self as an important theme in psychology could be directly addressed to prevent its becoming stranded on aporetic representational proposals. In fact, in spite of the enormous relevance of the concept of the Self from neuroscientific approaches, as highlighted by Damasio (2003), the notion of the Self as a second-order *idea* is unsatisfactory (although undoubtedly of interest, inasmuch as the Self is presented as a product of the environmental stimulus and the body, modified by the experience of the perception of that stimulus). The difficulty to go beyond this probably lies in the emphasis of the mental representation (cerebral ideas/maps), which is perfectly avoidable even in Damasio's formulation. For example, the bodily changes we identify as hunger do not require the *idea* of hunger (Damasio, 2003) but rather personal bodily experiences associated with behavior—which is always intentional—(in fact, we eat before ideas of hunger exist and we even eat due to other causes that do not require the same bodily sensations). It is notable that, despite the large number of mental images and ideas inserted in the mind, in the end, the behavioral repertoires are what is relevant (notwithstanding, as Damasio states, that someday someone will discover how neural patterns turn into mental images, and we will thus understand the formation of the Self). However the self-experience of seeing/feeling/thinking does not require necessarily representation in the mind; it occurs as a phenomenon in-itself in all senses, including common sense (Barresi, 2012). In any case, the brain needs language in order to be self-conscious (Neuman & Nave, 2009).

It seems clear that the Self is not an immutable and fixed thing, but rather a process the experience of which may have a more or less stable appearance. Therein would lie the personality disorders and other everyday experiences in

which the borders of the Self are blurred. A person who has difficulties knowing who he is, what he wants, feels or thinks depending on who else is present, or still worse, even when he is alone, will present important limitations in our social context, where the egoic experience is so omnipresent, sometimes quite so obsessive that the Self seems a “work of art” (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2004).

Moreover, the experience of ipseity is transcendent and one of the phenomena par excellence in human beings in the western culture (Barresi, 2012). The western mentalist and animistic tradition may be explained through process of reification (Honneth, 2007) or objectification, that is, turning an action or a verb into a noun. In our case, there is a relationship of functional equivalence between the multiple behaviors of “*being aware of...*” and the functional unit “Self” that is so merged that they are naturally and intuitively confused. Being aware of some psychological and physical event can lead one to think/feel that there is a Self within (literally inside) due to the deictic frames that allow perspective-taking and that establish the equivalence between the Self and the activity of being aware.

Comprehension of the Self in terms of *perspective* is extraordinarily important; it allows us to understand its prototypical features (constancy, timelessness, transcendence, inwardness) without the need of mental supervisors or helmsmen (Popper & Eccles, 1983) other than the person. In fact, in severe psychopathological processes, it is the person who loses his way (not the mind). Various anomalous learnings of the experience of the Self (ranging from ambivalent responses and punishment of private experiences, the

invasion of these same experiences, categorization and perspective errors, etc.) would produce a broad array of psychological problems.

Finally, since the conceptual difficulties in psychiatry and psychology no longer the sword of Damocles of these disciplines and it has suggested proposing philosophy as solving perspective (Fulford, Stanghellini & Broome, 2004), we propose that phenomenological approach implicit in the radical behaviorism could be an optimal way to understand and explain certain characteristics about the construction of the Self.

References

- Barresi, J. (2012). On seeing our selves and others as persons. *New Ideas in Psychology*, 30, 120-130.
- Bennet, M., Dennet, D.C, Hacker, P. & Searle, J. (2009). *Neuroscience and Philosophy: Brain, Mind, and Language*, New York: Columbia University.
- Bukobza, G. (2007). The epistemological basis of selfhood. *New Ideas in Psychology*, 25, 37-65.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, New York: Harcourt Brace & Co.
- Dymond, S. & Roche, B. (2013). *Advances in Relational Frame Theory. Research & Application*. Oakland: Context Press.
- Freud, S. (1924). Formulations regarding the two principles in mental functioning, In *Collected Papers* (Vol. IV). London: Hogarth and Institute of Psychoanalysis.
- Fuentes, J.B. & Robles, F.J. (1992). The Phenomenological Nature of Skinner's Radical Behaviourism. *Revista de Historia de la Psicología*, 2, 61-67.
- Fulford, K, Stanghellini, G. & Broome, M. (2004). What can philosophy do for psychiatry?. *World Psychiatry*, 3(3), 130-135.
- Hayes, S.C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1993). Some applied implication of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 83-301.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.

- Honneth, A. (2007). *Reification: A recognition-theoretical view*, Oxford: Oxford University Press.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kanter, J. W. & Parker, C.R. (2009). Self and Mindfulness. In Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W. & Callaghan, G.M. (Eds.). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. (pp. 103-130). New York: Springer.
- McHugh, L., Stewart, I. & Hooper, N. (2012). A Contemporary Functional Analytic Account of Perspective Taking. In L. McHugh & I. Stewart (eds.) *The Self and perspective taking. Contribution and applications from modern behavioral science*. (pp. 55-71). Reno: Context Press.
- Neuman, Y. & Nave, O. (2010). Why the brain needs language in order to be self-conscious, *New Ideas in Psychology*, 28, 37-48.
- Pérez-Álvarez, M.& García-Montes, J. M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.
- Popper, K.R. & Eccles, J.C. (1983). *The Self and its brain*. NY: Routledge.
- Raeff, C. (2010). Self constructing activities. *Theory & Psychology*, 20(1), 28-51.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Stewart, I., Villatte, J. & McHugh, L. (2012). Approaches to Self. In L. McHugh & I. Stewart (eds.) *The Self and perspective taking. Contribution and*

applications from modern behavioral science. (pp. 3-35). Reno: Context Press.

Zhao, S. (2014). Self as an emic object: A re-reading of William James on self. *Theory & Psychology*, 24(2), 199-216.

4. Discusión y Conclusiones

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación a la primera cuestión planteada, la prevalencia de alteraciones del Yo (trastornos de personalidad) en la muestra clínica de pacientes con TCA, los estudios que hemos llevado a cabo encuentran resultados semejantes a los expuestos por la literatura al respecto (Echeburúa y Marañón, 2001; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Borda-Más, Torres-Pérez y Del Río-Sánchez, 2008; Friberg *et al*, 2014; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992a y b; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005), hallándose una elevada frecuencia de trastornos de personalidad y diferencias significativas en las puntuaciones del MCMI II respecto al grupo control.

Respecto a los estilos comportamentales encontrados, destacan los patrones dependiente, narcisistas, histriónicos y compulsivos. Como se ha apuntado en otro lugar (Martín Murcia, 2006), podría concluirse que la constatación de la existencia de ciertas pautas de crianza protectoras e invasivas en exceso, así como la presencia de ciertas condiciones sociales paternalistas y/o victimizadoras prototípicas del mundo moderno y posmoderno podrían promover y reforzar patrones de conductas dependientes, generar una sobrevaloración de la imagen social (narcisista), hacer que sobre-actuaciones excesivamente teatrales en los escenarios sociales sean funcionales (histriónica) y reforzar comportamientos hiperreflexivos y controladores (compulsiva). Es destacable la presencia de patrones psicopatológicos del espectro esquizoide en aquellos pacientes de la muestra con un funcionamiento más restrictivo, compartiendo alteraciones relevantes en el plano vincular-afectivo; este desapego socio-emocional relevante, enmarcado en una experiencia anómala del yo quizás diste de los casos con mayor

componente psicopatológico en cuanto a la imagen corporal. Podría concluirse que la función de las conductas de dieta y búsqueda de la delgadez vendría dada por la necesidad de control ante el mundo lleno de retos e incertidumbres que les generaría un elevado nivel de angustia (Martín Murcia, 2006; Toro, 1996). Por tanto existiría un aprendizaje socio-emocional deficitario dado que la ausencia de interacción les impediría el desarrollo del “sentido común”, por lo que el mundo sería cada vez más ajeno e incomprensible para estas personas. Y la reforzante evitación social y de la intimidad compartida haría aumentar las dificultades de adaptación y normalización de la experiencia interactiva, siendo este probablemente el mas relevante y más desorganizador de los problemas psicológicos que presentan.

En otro orden de cosas, el hallazgo de las semejanzas de estilos en el funcionamiento social de las pacientes con cuadros alimentarios compulsivos (mayor interacción social, disregulación emocional más acusada y ambos obtienen significación estadística respecto al grupo control en las escalas pasivo-agresiva y pensamiento psicótico) podría llevar a la conclusión de la poca especificidad y relevancia de los subtipos diagnósticos. Este hecho ha sido recientemente recogido en la quinta edición del DSM (APA, 2013). Incluso se apuntaría que la AN y la BN serían simplemente momentos en la evolución del comportamiento patológico. La escala histeriforme fue especialmente relevante en el grupo BNP, expresando un comportamiento especialmente quejumbroso y somatizador. Por otra parte, el hallazgo de bajas puntuaciones en las dimensiones antisociales o sádicas concuerda con la literatura consultada (Johnson y Wonderlich, 1992; Casper, 1990; Anderluh, 2003).

Por lo que respecta al estudio segundo, una conclusión que puede extraerse fue el hallazgo de una mayor frecuencia de estilos de personalidad evitativos en la muestra estudiada, aspecto destacado también por Wilson y López (2002); ello llevaría a considerar la pertinencia de incluir algunos TCA como un patrón más de trastorno de evitación experiencial expuesto en Hayes, Stroshal y Wilson (1999) y Wilson y Luciano (2002). Este diagnóstico funcional permitiría el abordaje clínico desde intervenciones contextuales que permitieran precisamente el manejo o cese de conductas de evitación que actuarían como limitantes en la evolución de dichos casos. De hecho, como se ha evidenciado en la literatura, la asociación de alteraciones graves de la personalidad con TCA, la asociación de TP y TCA parece relacionarse con una mayor resistencia al tratamiento (Ro, Martinsen, Hoffart, Sexton y Rosenvinge, 2005). En esta línea, destacar que el patrón general de conducta evitativa en el grupo de AN fue más resistente al cambio que en el grupo BN. Podría concluirse de este estudio que la evolución más favorable encontrada en los pacientes con BN se podría deber a la presencia de mayor ajuste en comportamiento social ya que ello generaría una mayor historia de aprendizaje de aceptación y manejo del estrés interactivo y una mayor expectativa de cambio dado el compromiso en esta área valiosa para ellos. Tanto en el estudio I como el II, se advierte una elevada prevalencia de trastorno esquizoide de personalidad. Del análisis evolutivo se desprende tanto la resistencia al cambio en el TCA como en el patrón de desapego socio-emocional. Podría concluirse que esta particular formación del Yo poco susceptible de cambio tendría un nicho común con algunos casos de esquizofrenia. En ambos casos se observan alteraciones que tienen graves consecuencias vitales, que son muy persistentes y cuya

presentación suele aparecer en la adolescencia. Este período evolutivo en el que la construcción de la identidad personal tuviera una relevante ausencia de contacto social podría generar importantes alteraciones de cognición social, alta sensibilidad a las críticas, inseguridad y elevado nivel de hiperreflexividad. Además, es habitual observar en estos casos grandes niveles de estrés psicológico (p.ej. perfeccionismo, alteraciones de la experiencia corpórea, obsesividad) y eventos familiares críticos.

Por último, una conclusión destacada es el hallazgo de cambios significativos en el trastorno de personalidad en aquellos pacientes con una evolución o resolución favorable del TCA. Se concluye que ello podría estar en consonancia con el planteamiento teórico de los trastornos de personalidad, no como una entidad patológica independiente sino como un contexto comprensivo en el que situar a los distintos cuadros clínicos (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2006; Millon, 1998b). La presencia tan relevante de alteraciones de personalidad sería lo común si se entiende la personalidad o el Yo como el principio organizador de los distintos funcionamientos comportamentales tanto adaptativos como psicopatológicos (McHugh y Stewart, 2012). Precisamente este encuadre teórico sería solidario con los enfoques centrados en la persona como el expuesto por García-Montes y Pérez Álvarez (2003) en el que primaría una privilegiada reconsideración del ecosistema cultural versus el biológico (Fuentes y Quiroga, 2004). En este sentido se puede plantear la necesidad de un análisis riguroso de la co-evolución de la patología alimentaria y de la estructura yoica general, con marcos teóricos que expliquen la construcción de la identidad personal en el marco socio-cultural (Stanghellini (2005).

Respecto al estudio sobre las relaciones familiares y soporte familiar en la evolución de los TCA, la primera conclusión destacada sería la alta presencia de relaciones familiares disfuncionales. Se han determinado elevadas conductas de sobreprotección o injerencia en la vida del hijo, pobres relaciones entre los padres, gran frecuencia de comportamientos de control y escrutinio hacia el hijo, invalidación de la experiencia privada, así como dificultad en la expresión de emociones y en la creación de intimidad y afecto. Con el propósito de encontrar explicaciones funcionales y no patologizadoras, se puede concluir que en algunos casos la poca actividad interactiva del padre en la vida del hijo podría dar lugar a una esperable sobre-implicación del otro progenitor. Y dado que en nuestro estudio la presencia de un estilo familiar funcional (caracterizado tanto por la ausencia de alta conflictividad como por el manejo adaptativo de los problemas familiares) se relaciona con una evolución favorable, se entendería que el tipo de estilo comportamental del ambiente familiar sería una variable explicativa relevante. En todo caso, la presencia de familias en conflicto parece ser un hecho ampliamente observado en la clínica de estos pacientes. Los pacientes con estilos esquizoides y esquizotípicos suelen tener también un alto nivel de injerencia familiar, con predominio de conductas hostiles, así como con baja expresividad emocional positiva. Los pacientes con patrones obsesivo-compulsivos presentan familias invasivas y aquellos con un formato de conducta dependiente suelen tener familias con dificultades en la expresión de sentimientos.

Los pacientes con mayor dis-regulación emocional y desajuste conductual pertenecían a familias invalidantes, frías y con alto nivel de comportamiento

agresivo. Las familias funcionales registraron pacientes con estilos narcisista y evitativo.

Respecto a la evolución clínica podría concluirse que la mejoría general observada en cuanto resolución del TCA (22 casos de 34) podría estar mediada en algunos casos tanto por la disminución progresiva de la relevancia familiar producida con la incorporación de los pacientes a nuevos contextos de relaciones significativas (lo que generaría una menor influencia de las interacciones familiares disfuncionales), como por el papel terapéutico que las propias relaciones de pareja y terapéuticas tengan de suyo. Del apartado anterior se deduce la perentoria necesidad de incluir a la familia tanto en la evaluación como en la intervención, habida cuenta de la especial complejidad de éstas.

Por otra parte es interesante el hallazgo de que la presencia de relaciones de pareja en el grupo de AN está relacionada con un mejor pronóstico en el trastorno alimentario. Se podría concluir que la presencia de relaciones sentimentales (previas o durante el curso del trastorno) sería un factor que favorecería la evolución de pacientes con AN dado que presentan más dificultades en esta área (concretamente conductas de evitación social) y por tanto el establecimiento de relaciones de intimidad significaría un cambio psicológicamente relevante en su estilo general de afrontamiento (que como se ha descrito, incluiría aceptación personal, resolución de problemas, compromiso con objetivos vitales y contacto con reforzadores sociales).

De hecho, es destacable la significativa carencia de relaciones de pareja en los estilos esquizoide y esquizotípico durante los 4 años de seguimiento controlado (a pesar de que la media de edad posttest fue de 27,2 años) y la

baja frecuencia encontrada en los estilos evitativos (solo 1 caso de los 8 presentó relaciones de pareja al comienzo del tratamiento).

En el grupo de BN, sin embargo, la presencia de relaciones sociales no parece un buen predictor de cambio en estas variables, probablemente por la especial complejidad de las relaciones de pareja en este grupo, debida en parte a la elevada inestabilidad emocional presente (tándem ansiedad-depresión y ciclos rápidos euforia-disforia), lo que ha llevado algunos autores incluso a proponer la BN dentro del espectro de los trastornos bipolares (Perugi y Akiskal, 2002).

Por otra parte, dado que los estudios que utilizan distintos cuestionarios para la evaluación de variables familiares, por ejemplo el Moos Family Environment Scale, el Family Environment Scale o el Leuven Family Questionnaire arrojan resultados contradictorios (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), se apunta como línea de trabajo futura a la necesidad de construir formatos de evaluación inter-observadores más que medidas de auto-informe para aumentar la fiabilidad y validez de los datos.

Igualmente, dado el interés por el tema de la relación terapéutica en esta línea de investigación se interesó obtener alguna medida de la relevancia de la misma. Quizás el control sobre el abandono terapéutica podría ser una manera pragmática de objetivarlo, dado que la literatura aborda poco este fenómeno que sería de especial relevancia en los pacientes con TCA, habida cuenta de la elevada frecuencia de abandonos descrita en este grupo clínico (Fassino et al., 2002). Además sería una manera de ver el valor que para el paciente tiene esa especial relación. Por lo que se refiere a la tasa de abandono, es algo menor a la encontrada en la literatura (Clinton, 1996; Vandereycken, Castro y

Vanderlinden, 1991). En este sentido, se apuntaría a las dificultades en el establecimiento de un rapport adecuado con los pacientes esquizoides, esquizotípicos y evitativos (6 de los 10 abandonos) como factor relevante, sin perjuicio de valorar la motivación al cambio, problemas económicos, la propia estrategia terapéutica y/o los desajustes familiares como otros elementos relevantes. Los pacientes cuya psicopatología general se mantuvo elevada a lo largo del período de seguimiento son los que tuvieron una tasa de abandono significativamente mayor. Parece lógico concluir que los pacientes que a lo largo del proceso de terapia van obteniendo cambios valiosos en su vida fruto de la flexibilización de la conducta y de las propias experiencias reforzantes derivadas aumentarían la adherencia al proceso terapéutico. En este sentido, fue significativamente mayor el porcentaje de estudiantes universitarios que acabaron el tratamiento en relación a los pacientes con estudios básicos y medios. Podría concluirse que el comportamiento requerido para cursar estudios superiores incluiría un estilo de afrontamiento relacionado con la planificación de actividades de autocontrol, una mayor aceptación del esfuerzo y mayor capacidad verbal (herramienta básica del tratamiento psicológico), sin obviar el soporte social que podrían tener los grupos escolares.

Por lo que se refiere a los casos clínicos presentados, pueden ilustrar la utilidad de combinar tratamientos que han mostrado su eficacia por separado en el manejo de situaciones clínicas complejas como problemas psicóticos, depresivos, y de trastornos alimentarios. Respecto a estos últimos, este estudio sería precisamente una aportación dada la escasez de trabajos en esta área. En el estudio VII se han descrito funcionalmente las intervenciones en las conductas clínicamente relevantes en el marco de una estructura de

intervención de FAP integrada con ACT, conceptualizando la interacción terapeuta-paciente como un proceso de discriminación y reforzamiento en el que el clínico ha ido moldeando gradualmente la conducta del paciente en el proceso in vivo de la sesión y por ello se fortaleció la clase general de conducta enmarcada en el término clásico de “alianza terapéutica”. Se facilitó a través del refuerzo mediado por conducta afectiva y no punitiva de todo el comportamiento narrativo. Se instruyó para frenar las disruptivas al extinguir las respuestas agresivas y al dotar de claves estimulares sobre cuándo, cómo y porqué ocurrían las mismas. Se realizaron confrontaciones con el objetivo de hacer contactar al paciente con sus contradicciones (por ejemplo observar las diferencias entre lo que dice y lo que hace) y para hacer un balance de costos y de la utilidad de parte de su repertorio conductual. Se utilizaron recursos como ejemplos de otros pacientes o personales para realizar sondeos temáticos y permitir la aparición de asuntos clínicamente relevantes y la apertura de una nueva narrativa de valores (ocultos o evitados en primera instancia para aliviar el sufrimiento). Se reforzaron las interpretaciones funcionales (alternativas a su “lógica”) con el uso de paradojas y metáforas. Se utilizó el diálogo socrático tanto como una oportunidad de refuerzo de sus hallazgos (CCR3) como de caer en la cuenta de que “se puede construir cualquier idea o hipótesis sobre la realidad” y permitir el distanciamiento del contenido mental. Se modelaron y reforzaron en sesión las conductas de estar abierto a la experiencia, de improvisar, de aceptación y normalización de las emociones en sesión (incluso instando a la paciente a experimentar sus miedos a engordar o fracasar o a verbalizar sus sentimientos hacia el terapeuta). Por otro lado, la clave filosófica de ACT permite enseñar nuevas y

más adaptativas formas de enfrentarse a los problemas que la vida trae. De hecho, los 3 casos presentados tuvieron a lo largo de los años de seguimiento múltiples circunstancias vitales estresantes (p.ej. fracaso en estudios, rupturas de parejas y amigos, enfermedades médicas, dificultades de acceso al trabajo, rechazo de algún familiar, emergencia de problemas psicológicos en algún progenitor, etc.), pero mantuvieron criterios de resolución del TCA y de otros aspectos psicológicos. Ello podría ser debido entre otras cosas, a que la clave filosófica de ACT permite enseñar nuevas y más adaptativas formas de enfrentarse a los problemas que la vida trae y que la intervención FAP puede producir cambios duraderos en el Yo y en la manera de relacionarse con el mundo social.

Por otro lado, la implementación conjunta de FAP y ACT no está exenta de complicaciones. Las principales vendrían dadas por cómo responder a conductas contextualizadas como relacionales entre el terapeuta y el paciente. Estas dificultades pueden ser sorteadas con buen entrenamiento y supervisión, así como estableciendo con claridad cuáles son las clases generales de conducta CRB 1 y 2 sobre las que se debe intervenir.

La limitación del sistema de codificación utilizado podría mejorarse utilizando sistemas de codificación diseñados *ex profeso* para medir los mecanismos que propone FAP para el cambio como el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* o el *Sistema Multidimensional de Codificación de Conductas de la Interacción Terapeuta-Cliente*, señalados por Valero y Ferro (2015).

Por último, concluir que el marco de comprensión funcional-contextual permite entender la naturaleza psíquica del ser humano, de sus trastornos y de

sus tratamientos, poniéndola como alternativa a modelos biologicistas, mecanicistas y cerebro-centristas (Pérez-Álvarez, 2011). Puede desprenderse de la presente investigación que las terapias de tercera generación se ajustan a una visión pragmática, determinista, fenomenológica, idiosincrática, no mentalista y holística o contextual. De igual manera, destaca la profundidad de comprensión y análisis del comportamiento humano (incluyendo los aspectos más complejos del psiquismo) que están en la base experimental y aplicada de estas terapias. En particular y como propone Pérez-Álvarez (2012b), la Psicoterapia Analítica Funcional establece una relación terapéutica que proporciona un contexto donde el paciente puede desarrollar una perspectiva de primera persona y una autoconciencia pre-reflexiva más robusta, lo que permitiría un tratamiento adecuado de los clásicos trastornos de la personalidad y de las alteraciones del Yo (Valero & Ferro, 2015) y, en fin, abordar las más complejas formas de sufrimiento del ser humano.

5. Referencias

REFERENCIAS

- Agras, W.S., Wals, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. y Kraemer, H.C. (2000). A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Jimerson, D. C., Kaplan, A. S., Kaye, W. H., Le Grange, D., Lock, J., Mitchell, J. E., Rudorfer, M. V., Street, L. L., Striegel-Moore, R., Vitousek, K. M., Walsh, T., y Wilfley, D. E. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 509–521.
- Allen, F. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary Life*. New York: Harper Collins.
- American Psychiatric Association. (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Ars Medica.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731.
- Bandura, A. (1977). Self- Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A.M., Plummer, M.D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J. y Holman, G. I. (2009). Lines of evidence in support of

- FAP. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 21-36). New York: Springer.
- Beato, L., Rodriguez, T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Psiquis*, 6, 50-55.
- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 113-124.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52, 22-33.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Borda-Más, M., Torres-Pérez, I., y Del Río-Sánchez, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24, 859-867.
- Breggin, P.R. (1993). *Toxic Psychiatry*. Londres: Fontana.
- Breggin, P.R. (2008). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*. N.Y: Springer Publishing Co.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.

- Bulik C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. New York: John Wiley & Sons.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Clinton, D. (1996). Why do eating disorder patients drop-out?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.
- Costanzo, P. y Woody, E. (1979). Externality as a function of obesity in children: Pervasive style or eating-specific attribute?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 2286-2296.
- Cuijpers P1, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. (211). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 168, 581-92.
- DaCosta, M. y Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Day, W. (1969). Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 12, 315-328.
- DSM IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.

- Dymond, S. y Roche, B. (2013). *Advances in Relational Frame Theory. Research & Application*. Oakland: Context Press.
- Echeburúa E. y Marañón I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513 – 525.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Brenner, H. y Herzog, D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
- Eisler A., Simic M., Russell, GF. y Dare C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 552-560.
- Espina A., Ortego M., Ochoa I, De Apellániz, M. y Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive-behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 141, 631-633.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 526-530.
- Fairburn, C.G. y Cooper, P.J. (1984). *The clinical features of Bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.

- Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A. y Rovera, G.G. (2002): Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A. Rodríguez, B., Dieguez, M., González, N. y Morales, N. (1997). La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17, 627-648.
- Fernández F. y Turón V. (2002). *Trastornos de la Alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona, Masson.
- Ferro, R. (2006). La Psicoterapia Analítica Funcional. Estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*, 14, 343-359.
- Ferro, R., Valero, L., López, M.A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. En J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Frank, V. (2001). *Psicoterapia y Existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 595-613.
- Freud, S. (1911/1973). Los dos principios del funcionamiento mental, en *Obras Completas (II)*, Madrid: Biblioteca Nueva.

- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergard, K., Martinsen, E., Schmierer, P. y Rosenvinge, J. (2014). Personality Disorders in Eating Disorder Not Otherwise Specified and Binge Eating Disorder. A Meta-analysis of Comorbidity Studies, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 119-125.
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E.M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico, *Clínica y Salud*, 22, 69-85.
- Fuentes, J.B. (1994). Introducción del concepto de “conflicto de normas irresuelto personalmente” como figura antropológicas (específica) del campo psicológico. *Psicothema*, 6, 421-446.
- Fuentes, J. B. (2009). *La impostura freudiana*. Madrid: Encuentro.
- Fuentes, J.B. y Robles, F.J. (1992). The Phenomenological Nature of Skinner's Radical Behaviourism. *Revista de Historia de la Psicología*, 2, 61-67.
- Fuentes, J. y Quiroga, E. (2004). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17, 422-429.
- Fuentes, J. B. y Quiroga, E. (2009). The “fashion-form” of modern society and its relationship to Psychology. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 383-390.
- Fulford, K, Stanghellini, G. y Broome, M. (2004). ¿Qué puede hacer la filosofía por la psiquiatría?. *World Psychiatry (Ed. Española)*, 2(3), 130-135.

- García-Montes, J.M. y Pérez-Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- García, P., Moreno, A., Freund, N. y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 739-756.
- García, F., González, H. y Pérez-Álvarez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad: La invención del TDHA y del Trastorno Bipolar infantil*, Madrid: Alianza.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 491-507.
- Gull, W.W. (1873). *Anorexia hysterica (Apepsia hysterica)*. *British Journal of Medicine*, 527-528.
- Halmi, K.A. (1982). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 187-194.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional

- dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1993). Some applied implication of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 83-301.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes S. C. y Strosahl, K. D. (Eds.) (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 5-29). New York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. y Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Guilford.
- Heidegger (1927/1993). *Ser y Tiempo*. Barcelona: Planeta.

- Heffner, M. y Eifert, G. H. (2004). *The Anorexia Workbook: How to accept yourself, heal suffering, and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M. y Marmor, A.K.(1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859.
- Herzog D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W, Kenny, G.M. y Sacks NR. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny G.M. y Sacks N.R. (1992b). Psychiatric commorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-818.
- Honneth, A. (2007). *Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento*. Buenos Aires: Katz.
- James, W. (1890/1950). *The principles of psychology*. New York, NY: Dover.
- Jaspers, K. (1913/1993). *Psicopatología General*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Landes, S.J., Busch, A.M. y Brown, K.R. (2004). Behavior Analytic Conceptualization and treatment of Depression: Traditional Models and Recent Advances. *The Behavior Analyst Today*, 5, 255-274.

- Karbasi, A. L (2010). Enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: Case study of a client with anorexia nervosa. *Clinical Case Studies*, 9, 225-240.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. y Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2007). *Psicoterapia Analítico-Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Ciencia Biomédica.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994b) Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R.J.y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, 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*, 5, 37-67.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kanter, J. W. y Parker, C.R. (2009). Self and Mindfulness. In Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W. y Callaghan, G.M. (Eds.). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. (pp.103-130). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L. V., Fernández, 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*, 5, 37-67.
- Kuipers, L. (1992). Expressed Emotion research in Europe. *British journal of Clinical Psychology*, 31, 429-443.
- Linehan M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Paidós.
- López Bermúdez, M. A., Ferro, R. y Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica funcional. *Psicothema*. 22, 1, 92-98.

- Löwe, B., Zipfel, S., Bucholz, C., Dupont, Y. Reas, L. y Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31, 831-890.
- Luciano, M. C., Gómez, I. y Valdivia, S. (2002). La personalidad desde un marco contextual-funcional. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol./Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.*, 2, 173-197.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 173-201.
- Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 373-398.
- Luciano, M.C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de Duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 399-424.
- Martín-Murcia, F.M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad postmoderna, *Papeles del Psicólogo*, 27, 104-115.
- Martín-Murcia, F. (2009). Personality disorders and modern culture. *Psychology, Society & Education*, 1, 39-49.
- Martín-Murcia, F, Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M y López, M. (2008) Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology*, 16, 187-203.

- Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38.
- Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E. y Martínez, M. (2010). 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*, 15, 63-73.
- Martín-Murcia, F. y Ferro, G. (2015). Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación, *Psychology, Society & Education*, 7, 97-106.
- Martorell, J.L. (1996). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., McKenzie J., Bulik, C., Frampton, C. y Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Española), 8, 429-435.
- McHugh, L. y Stewart, I. (2012). *The Self and perspective taking. Contribution and applications from modern behavioral science*. Oakland: Context Press.
- McHugh, L., Stewart, I. y Hooper, N. (2012). A Contemporary Functional Analytic Account of Perspective Taking. En L. McHugh y I. Stewart (eds.) *The Self and perspective taking. Contribution and applications from modern behavioral science*. (pp. 55-71). Oakland: Context Press.
- Mehler, P.S. y Andersen, A.E. (1999). *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1998a). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. TEA: Madrid
- Millon, T. (1998b). *Trastornos de personalidad: más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ortega y Gasset, J. (1942/2005). *Ideas y Creencias*. Madrid: Revista de Occidente y Alianza.
- Ortega y Gasset, J. (1979). *Investigaciones psicológicas*. Madrid: Revista de Occidente y Alianza.
- Páez, M., Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75–95.
- Peláez M.A., Labrador F.J. y Raich R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Psychology and psychological therapy*, 5, 131-144.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.

- Pérez Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez-Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhe*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2012a). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M.(2003). Guía de tratamientos eficaces para la depresión, En I, M. Pérez-Álvarez, J.M. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos eficaces vol. I* (pp. 178). Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J.M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.

- Perugi, G. y Akiskal, H.S. (2002). The soft bipolar spectrum redefines: focus on the cyclothimic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge eating conexions in bipolar II and related condicions. *Psychiatric Clinics of North American*, 25, 713-737.
- Portela, M.L., Ribeiro, H., Mora, M. y Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios, *Nutrición Hospitalaria*, 27, 391-401.
- Quiles Marcos Y., Terol M. y Quiles M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313-333.
- Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A. y Rosenvinge, J. (2005). Two-Year Prospective Study of personality disorders in adults with longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.
- Robles, F.J. (1996a). *Para aprehender la psicología. Un análisis histórico-epistemológico del campo psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Robles, F.J. (1996b). Naturaleza y sentido del campo psicológico a la luz del concepto de inminencia operatoria, *Psicothema*, 8, 613-623.
- Rosenvinge J.H., Martinussen, M. y Ostensen E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998 . *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29, 779-790.

- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M.J. y Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy, *Psicothema*, 27, 99-107.
- Russell, G. (1979). *Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anorexia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Sennet, R. (1997). *Carne y Piedra*. Madrid: Alianza Editorial
- Sidman, M. (1971). Reading and Auditory-Visual Equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1969/1979). *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1974/1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the Self. *Eating Weight Disorders*, 10, 21-27.
- Stewart, I., Villatte, J. y McHugh, L. (2012). Approaches to Self. En L. McHugh y I. Stewart (ed.) *The Self and perspective taking. Contribution and applications from modern behavioral science*. (pp. 3-35). Oakland: Context Press.
- Timko, C.A., Zucker, N.L., Herbert, J.D., Rodriguez, D. y Merwin, R.M. (2015). An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT)

- for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 63-74.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (1999). Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicología*, 30, 79-95.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Treasure, J. y Campbell, I. (1994). The case for biology in the aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 3-8.
- Treasure, J. y Holland, A. (1995). Genetic factors in eating disorders. En G. Szmukler, C. Dare y J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders* (pp. 65-81). New York: Wiley.
- Treasure, J. y Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors, *The British Journal of Psychiatry*, 199, 5-7.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W.C. y Callaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W. y Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The Five Rules. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 61-102). New York: Springer.
- Valero, L. y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.

- Vandereycken, W, Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y su tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca.
- Villatte, M., Vilaradaga, R. y Monestes, J. (2012). How the Self relates the others when perspective taking is impaired, En L. McHugh y I. Stewart (Eds.) *The Self and Perspective Taking* (pp. 109-120), Oakland: Context Press.
- Vitousek, K., Watson, S. Y Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant Eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- Wilson, G.T. (2004). Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy, En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 243-260), New York: Guilford Press.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide
- Wilson, K. G. y Roberts, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Zipfel, S, Wild, B., Grob, G., Friedrich, H., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K., Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H. y Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial, *The Lancet* , 383, 127 – 137.

6. Contribuciones científicas

CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS

Comunicaciones Científicas y Actividad Docente

Martín-Murcia, F. (2015). Manejo de situaciones clínicas complejas: trastornos alimentarios y de personalidad. *Curso de Experto Universitario en Terapia de Tercera Generación*, Universidad de Almería.

Martín-Murcia, F. (2013). Si Freud levantara la cabeza": una re-conceptualización desde la psicoterapia analítica funcional. *II Congreso SAVECC*, UNED. Madrid.

Martín-Murcia, F. (2013). La experiencia del cuerpo en la formación de la persona. *IV Jornadas Científicas "Psique et Corpore"*. Almería

Martín-Murcia, F. (2012). Aplicación de la psicoterapia analítica funcional en casos clínicos de trastornos alimentarios. *Primer congreso SAVECC: Actualidad en el Análisis Funcional del Comportamiento*. Universidad de Sevilla.

Martín-Murcia, F. (2012). Encadenados al cuerpo: Estigma, Incomprensión y Responsabilidad. Ponencia invitada en el *I Congreso Nacional de Estigma Social en Salud Mental*, Universidad de Almería.

Martín-Murcia F. (2012). Imagen, persona y comida. Trastornos alimentarios en la sociedad actual. *Curso de Verano*, Universidad de Almería.

Martín-Murcia, F.M. (2010). La razón de ser del psicólogo: ciencia y arte. Conferencia inaugural *Máster Oficial Intervención psicológica en ámbitos Clínicos y Sociales y Máster en Psicología de la Educación*, Universidad de Almería.

- Martín-Murcia F.M. (2010). Principios básicos de las terapias de tercera generación aplicados al tratamiento de la anorexia nerviosa. *Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos*, Granada.
- Martín-Murcia F., Cangas, A., Langer, A. (2010). Treatment of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder with third-generation therapies: A case study. *18th European Congress of Psychiatry*.
- Martín-Murcia F.M. (2009). Terapias de tercera generación en contexto de grupo en T.C.A. *VIII Jornadas Almerienses de Salud Mental*, UGC Salud Mental, Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Martín-Murcia F.M. (2009). Workshop Terapias de Grupo en Patología Alimentaria. *VIII Jornadas Almerienses de Salud Mental*, UGC Salud Mental, Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Martín-Murcia, F. (2008). Tendencia a las alucinaciones: un estudio comparativo entre muestra clínica y estudiantes universitarios (2009). *XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Martín Murcia, Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M., López, M. (2008). Familia y Relaciones Significativas en la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria. *II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud*.
- Martín-Murcia, F. Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M., López, M. (2007). Personalidad y Familia en los TCA: un estudio descriptivo. *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*.
- Martín-Murcia, F. (2007). Similitudes y diferencias entre las alucinaciones en población clínica y normal. *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*.

- Martín-Murcia, F. (2007). Relación entre la sugestionabilidad y la predisposición a las alucinaciones. *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*.
- Martín-Murcia, F. (2007). Interacciones significativas y TCA: un estudio de seguimiento. *VI Jornadas Almerienses de Salud Mental*.
- Martín-Murcia, F. (2005). Personality disorders in the society of our time. *9th European Congress of Psychology*.
- Martín-Murcia, F. (2004). Trastornos de personalidad en la sociedad moderna y postmoderna. *II Symposium Internacional sobre Trastornos de Personalidad*.
- Martín-Murcia, F. (2000). Alteraciones psicopatológicas en pacientes de cirugía estética: un estudio descriptivo y comparativo. *XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies*.
- Martín-Murcia, F. (2000). Terapia contextual y estratégica: buscando similitudes. *XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies*.
- Martín-Murcia, F. (1999). MCMI II y trastornos de la conducta alimentaria. *Symposium de Avances psicológicos y psiquiátricos en Trastornos de Personalidad*.
- Martín-Murcia, F. (2009). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI II. *I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*.

Otras Publicaciones Científicas

- Martín-Murcia, F. (2014). *Sociedades modernas y trastornos de personalidad*.
En Pozueco J.M (Coord.). *Tratado de psicología jurídica, psiquiatría forense y psicopatología criminal*. Madrid: EOS ed.
- Martín Murcia F.M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. En Cangas, A.J, Maldonado, L.A. y López, M. *Manual Psicología Clínica y General* (Vol. I). Granada: Alborán.
- Martín Murcia, F.M (2006). Cambios Sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27, 50-57.
- Martín Murcia, F.M. (2002). El psicólogo en el nuevo milenio. *Gaceta de Psicología*, 14, 9-10.
- Martín Murcia, F.M., Motos, A., Del Aguila, E. (2001). Personalidad y trastornos del comportamiento alimentario: un estudio comparativo con el MCMI II. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 1, 2-8.

Citas recibidas

- Altaba, E.(2009). *La nueva gestión pública y la gestión por competencias* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Borda, M., Avargues, M.L López, A., Torres, I., Del Río, C. y Pérez M.A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11,(2), 205-227.
- Cattivelli, R., Musetti,A., y Perini, S. (2014). L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologia Dell' Educazione*, 8, 97-11.
- Córdoba, L., Luengo, L.M., Feu, S. Y García, V. (2015). Satisfaction with weight and characteristics of eating disorders in high school. *Anales de Pediatría*, 82, 338-346.
- Esparza, D. (2009). El significado simbólico de jára cimrman en el mundo checo: ensayo sobre identidad nacional y la longue durée. *Romanica Olomucensia*, 21, 80–87.
- Esparza, D. (2010). Identidad nacional y el otro: La república checa frente a la unión europea. ISBN 978-80-87382-10-3*
- Muñoz, D. y Prieto, A. (2007). Competencias para la flexibilidad: la gestión emocional de las organizaciones, *Psicothema*, 19, 616-620.
- Córdoba Caro, L.M. Luengo Pérez, S. Feu, V. y García Preciado (2015). Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria, *Anales de Pediatría*, 338-346.

- Frisancho, S. y Pain, O. (2012). Moral identity and justice among community leaders with extraordinary social and moral commitments, *Revista de Psicología*, 21, 109-132.
- Frisancho, S. y Pain, O. (2013). Trayectorias de Vida: Justicia e Identidad Moral en Seis Líderes Comunitarios. *Revista electronica de psicología y epistemología genética*, 5, 160-185.
- García, R.F. y Aguayo, L.V. (2014). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33, 15-30.
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S., Zanna, V., Fillippuci, L., y Viccari, S. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 702-712.
- González Mora, A. (2014). Aportes del psicoanálisis al trabajo con familias en riesgo de exclusión social (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Lúcar, F. (2010). Human Suffering and therapeutical adjustment contexts, *Revista de investigación en psicología*, 13, 231 - 242.
- Marañón, I y Gonzalez, I. (2011). Use of the International Personality Disorder Examination (IPDE) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) to Assess Personality Disorders in Eating Disorders. En V.R. Preedy et al (Eds.) *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, New York: Springer.
- Masuda, A., y Latzman, R.D. (2012). Psychological flexibility and self-concealment as predictors of disordered eating symptoms, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 49-54.
- Masuda, A., y Hill M. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating: a systematic review. *Neuropsychiatry*, 3, 433-447.

- Masuda, A., Hill M., Tully, E. Y García, S. (2015). The role of disordered eating cognition and body image flexibility in disordered eating behavior in college men. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 12–20.
- Palomares, A., y Garrote, D. (2013). La orientación psicopedagógica ante los trastornos de la conducta alimentaria, *Revista española de Orientación y Psicopedagogía*, 22, 240-254.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310.
- Pérez San Gregorio, M., Avargues Navarro, Borda Mas, M., López Jiménez, M., Torres Pérez, M.I. y Río Sánchez, C. (2011). Personality traits and eating disorders: mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
- Quiles-Marcosa, Y., Balaguer-Solá, I., Pamies-Aubalata, L., Quiles-Sebastiána, M.J, Marzo-Camposa, J., y Rodríguez-Marina, J. (2011). Eating Habits, Physical Activity, Consumption of Substances and Eating Disorders in Adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 712-723.
- Ribeiro, S. (2013). *Estudio de las funciones ejecutivas en sujetos obesos con trastorno de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Ruiz, D. y Gómez-Becerra, I. (2012). Dysfunctional personality patters in children and adolescents: A functional-Contextual Review. *Suma Psicológica*, 19, 131-149.

- Ruiz, D. (2015). La regulación verbal en la infancia y en la adolescencia: su importancia en el estudio de la personalidad (Tesis doctoral). Universidad de Almería, Almería.
- Sánchez, M.A. (2010). Similitudes biológicas, sociales, de personalidad y de tratamiento entre los trastornos de la conducta alimentaria y la adicción a sustancias psicoactivas (Tesina). ISEP, Barcelona.
- Sánchez, T. (2014). Current tendency to overdiagnosis in contemporary *Zeitgeist*, *Intersubjetivo*, 12, 125-142.
- Sendra, C. (2012). *Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria (Tesina)*. Isep, Barcelona.
- Skewes, J.C. (2011). Fernando Oyarzún, the idea of ethic person and vital materialism. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49, 182-188
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo, *Psicothema*, 24, 384-389.
- Thomas, M y Drake, M. (2012). *Cognitive Behaviour Therapy Case Studies*, UK: Sage Publications Ltd.
- Valero, L. y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Valle-Trapero, M., Mateos, R. y Gutiez, P. (2012). Niños de Alto Riesgo al Nacimiento: Aspectos de Prevención. Atención Temprana Neonatal y Programas de Seguimiento en Niños Prematuros, *Psicología Educativa*, 18, 135-143.
- Vesco, (2009). Outcome a breve - medio termine di un campione di adolescenti con disturbi del comportamento alimentare (DCA): studio dei fattori prognostici della cormobilità psichiatrica delle caratteristiche di

personalità, regolazione affettiva, organizzazione dell' identità e stile di attaccamento (Tesis doctoral). Università degli studi di Trieste, Trieste.

ANEXO

Resúmenes de publicaciones

Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 189-205.

JCR-ISI IF:0,829,82/111,Q3, Psychology, Clinical (última actualización 2013)

Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo

Resumen

Los trastornos de personalidad asociados a trastornos del Eje I se han erigido como unos de los principales tópicos actuales en la investigación psicológica. Se diseñó un estudio descriptivo, comparativo y transversal cuyos objetivos fueron comparar las escalas de personalidad en una muestra clínica de 67 pacientes con TCA frente a un grupo control a través del MCMI II y analizar la existencia de agregación de estilos de personalidad en función de la topografía del TCA. No se encontraron diferencias significativas en la agregación de estilos de personalidad entre grupos clínicos, aunque sí respecto al grupo control en la mayoría de las escalas patológicas. Se discute sobre las escalas en las que no se encontró diferencia entre ambos grupos (dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva) y sobre la posibilidad de que ello se deba a la influencia de ciertos valores sociales imperantes y por tanto comunes a ambas muestras.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de personalidad, Trastornos del comportamiento alimentario, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, MCMI-II.

Eating disorders and personality: a comparative study with the MCMI II

Abstract

The disorders of personality associated to Axis I disorders have been raised as some of the principal current topics in the psychological research. There was designed a descriptive, comparative and transverse study which aims were to compare the personality scales in a clinical sample of 67 patients with TCA opposite to a group control across the MCMI II and to analyze the existence of aggregation of styles of personality depending on the topography of the TCA. They did not find significant differences in the aggregation of styles of personality among clinical groups, though if with regard to the control group in the majority of the pathological scales. One discusses the scales in which one did not find difference between both groups (dependent, histrionic, narcissist and compulsive) and on the possibility that it should to the influence of certain social commanding values and therefore common to both samples.

KEYWORDS: Personality Disorders, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, MCMI-II.

Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 21, 33-38. JCR-ISI IF:1.083, 58/129, Q2, Psychology, Multidisciplinary (última actualización 2013)

Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio prospectivo

Resumen

Se diseñó un estudio de seguimiento para analizar la relación entre los trastornos de personalidad (TT.PP) y la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en 34 mujeres que requirieron tratamiento por las alteraciones de la conducta alimentaria. El tratamiento se realizó a lo largo de 4 años y medio. Se encontró una prevalencia de TT.PP del 91% en la muestra clínica en la evaluación inicial, frente al 36% en la de seguimiento y una reducción significativa en las puntuaciones en el MCMI-II. La resolución del TCA se relacionó significativamente con la resolución de los TT.PP y éstos mejoraron en mayor proporción en el grupo con bulimia (61%) que en el grupo con anorexia (34%). Las pacientes que presentaban trastornos de personalidad esquizoides y por evitación fueron las más resistentes y menos adherentes al tratamiento. Se discute la prevalencia de los TT.PP en la muestra clínica y su relación con el curso del TCA desde un modelo centrado en la noción de persona.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de personalidad, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, MCMI-II.

Personality disorders in eating disorders patients: a follow-up study

Abstract

A study of follow-up was designed to analyze the relation between personality disorders (PD) and course of eating disorders (ED) in 34 patients who request treatment throughout 4 years and half. 91 % of the clinical sample met the criteria for PD in initial assesment and 36% in the end of treatment, with a significant reduction in MCMI-II scores at the follow-up. The outcome of the ED related significantly to the outcome of the PD. The reduction in PD outcome were in major proportion in the bulimic group (61%) than in anorexic group (34%). The patients who were presenting schizoid and avoidant personality disorders were the most refractory and fewer adherents to the treatment. The prevalence of the PD is discussed in the clinical sample and its relation with the course of the ED from a person centered model.

KEY WORDS: Personality Disorders, Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa, MCMI-II.

Martín-Murcia, F., Cangas, A.J., Pozo, E. y Martínez, M., (2010). Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 15, 63-73.

Papel de las relaciones familiares y soporte social en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario

Resumen

Se diseñó un estudio de seguimiento cuyos objetivos fueron determinar la relación entre la evolución del TCA y diversas variables relacionadas con el soporte social. Participaron un total de 34 pacientes que se evaluaron al inicio del tratamiento y después de cuatro años. Los resultados mostraron que la mejoría en los TCA se relacionó con la presencia de relaciones de pareja, elevada adaptación funcional en las familias y la alta adherencia al tratamiento. Los pacientes de familias con alto nivel de injerencia y déficits en la expresividad emocional contaron con comorbilidad psicopatológica de mayor gravedad.

PALABRAS CLAVE: Relaciones familiares, Soporte social, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, estudio de seguimiento.

Role of social support and family relationships in the eating disorders progression

Abstract

There was designed a study of follow-up which aims were to determine the relation between the evolution of the TCA and some variables related to the social support. They informed a whole of 34 patients who were evaluated to the beginning of the treatment and after four years. The results showed that the improvement in the TCA related to the presence of relations of couple, the presence of high functional adjustment in the families and the adherence to the treatment. The family children high level of interference and deficits in the emotional expressiveness possessed with comorbilidad of major severity.

KEY WORDS: Family relationships, social support, anorexia nervosa, Bulimia nervosa, follow-up design.

Martín-Murcia, F.M. (2009). Personality disorders and modern culture. *Psychology, Society & Education*, 1, 39-49.

Trastornos de la personalidad y cultura moderna

Resumen

En el presente trabajo se ha analizado críticamente la relación del contexto social moderno con la personalidad –como ítem psicológico por antonomasia- y sus trastornos desde una perspectiva dialéctica. Por tanto se han explicitado las influencias bidireccionales que los cambios sociales paradigmáticos de la modernidad –y en su caso de la posmodernidad- han tenido en la construcción de la identidad personal. Se ha realizado una historiografía del Yo a lo largo de distintas épocas y de los cambios sociales más relevantes, enfatizando las consecuencias sobre la formación del carácter. El análisis incluye una reflexión sobre una de las patologías con una incidencia creciente en las sociedades modernas: los trastornos de la imagen. En la discusión se denunciarán las dificultades existentes en la configuración del Yo en un mundo subjetivizado en extremo y que obliga a la autorealización como tarea existencial.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, cultura, trastornos de la personalidad, estudio teórico, postmodernismo

Personality disorders and modern culture

Abstract

In this work, the relation between the modern social context and personality—as an essential psychological entity—and its disorders were analyzed from a dialectic perspective. Therefore, I have specified the bidirectional influences of social paradigmatic changes in modernity—and in the case of postmodernity—on the construction of personal identity. A historiography of the Self throughout the diverse eras and of the more relevant social changes was carried out, emphasizing the consequences in the development of character. The analysis includes a reflection on one of the pathologies of increasing incidence in modern societies: image disorders. In the discussion, the difficulties to organize the self in an extremely subjective world, which forces a person to self-realization as existential task, is criticized.

Key words: eating disorders, culture, personality disorders, theoretical study, postmodernism.

Martín-Murcia, F. y Ferro, G. (2015). Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación, *Psychology, Society & Education*, 7, 97-106.

Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación.

Resumen

Se plantea una reconsideración de la psicopatología desde una perspectiva fenomenológica centrada en el caso de las terapias de tercera generación. Se describen los principios básicos y las bases de las actuaciones terapéuticas de la psicoterapia analítica funcional. Se presenta una forma de comprensión de la psicopatología que engloba tanto un diagnóstico transversal relacionado con la evitación disfuncional de eventos psicológicos como una teoría de la formación desadaptativa del Yo. Ambos formatos funcionales de explicación psicopatológica darían cuenta de múltiples diagnósticos clínicos al uso. Por último se concluye sobre las diferencias y dificultades conceptuales entre las distintas generaciones de terapias cognitivo-conductuales.

PALABRAS CLAVE: Fenomenología, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, trastornos de personalidad.

Phenomenology and psychopathology in third generation therapies.

Abstract

Reconsideration of psychopathology arises from a phenomenological perspective focused on the case of third-generation therapies. Basic principles and bases of the therapeutic actions of functional analytic psychotherapy are described. A way of understanding the psychopathology that encompasses both a transverse diagnosis related to dysfunctional avoidance of psychological events as a theory of pathological formation of Self is presented.

Both functional formats of psychopathological explanation would account for multiple clinical diagnoses commonly used. Finally we conclude about the differences and conceptual difficulties between different generations of cognitive-behavioral therapies. KEYWORDS: Phenomenology, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, personality disorders.

Martín-Murcia, F., Cangas, A.J. y Pardo, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third generation behavior therapies, *Clinical Case Studies*, 10, 198-209.

(Indexado Social Science Citation Index)

Un estudio de caso de anorexia nerviosa y trastorno obsesivo de personalidad usando terapias de tercera generación.

Resumen

Se presenta un estudio de caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Obsesivo de Personalidad como argumento para describir las principales intervenciones terapéuticas utilizadas enmarcadas en las denominadas terapias de tercera generación de raigambre conductista. Las sesiones grabadas en video fueron registradas por observadores independientes y se han analizado tanto las particularidades de la relación terapéutica (en base a la psicoterapia analítico-funcional) como las estrategias contextuales utilizadas (en base a la terapia de aceptación y compromiso). En la evolución del caso destacan cambios favorables respecto a la conducta social, congruencia entre los valores y las acciones vitales, resolución del TCA, mayor apertura a la experiencia y disminución de los pensamientos obsesivos. En la discusión se relacionarán dichos cambios con las intervenciones específicas derivadas del enfoque contextual.

PALABRAS CLAVE: Anorexia Nerviosa, Trastornos del Comportamiento Alimentario, Psicoterapia Analítico-Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso, Experimento de caso único.

A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third-generation behavioral therapies.

Abstract

This article presents a case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder as a means of describing the main therapeutic interventions in the framework of “third-generation” therapies. The sessions were videotaped by independent observers. Both the particulars of the therapeutic relationship (based on functional analytic psychotherapy) and the contextual strategies (based on acceptance and commitment therapy) used are analyzed here. This case highlights progressive positive changes in social behavior, including congruence of values and vital actions, resolution of the eating disorder, greater openness to experience, and decreased pervasive thoughts. The discussion associates these changes with the types of intervention specific to this therapeutic approach.

KEYWORDS: anorexia nervosa, eating disorders, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, single-case experiment.

Martín-Murcia, F. (2015). Integrating Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy in three cases of eating disorder (en revisión *Cognitive and Behavioral Practice*).

Integrando la psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso en tres casos de trastornos alimentarios

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron determinar la efectividad de la integración de la psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso en tres casos de trastornos alimentarios y de la personalidad, focalizando en el análisis de la conducta del terapeuta. El diseño de la investigación incluyó una intervención con grabación en video de todas las sesiones en la que se registró la interacción terapeuta-paciente como eventos de conducta en categorías potencialmente funcionales, llevadas a cabo por observadores ciegos a la investigación. Los resultados mostraron importantes cambios psicológicos generales y la resolución del trastorno alimentario. Se observaron cambios intrapersonales (aceptación, distanciamiento mental, activación conductual y actitud presente) e interpersonales (aumento de la conducta social, mayor frecuencia de experiencias de intimidad y cese de conducta disruptiva), que se mantuvieron a los tres años de seguimiento. Estos hallazgos sugirieron que la integración de la psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso puede ser una eficaz elección en casos que presentan relevante psicopatología. Se sugieren algunas reflexiones sobre la implementación de ambas terapias.

PALABRAS CLAVE: anorexia nerviosa, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad, terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia analítica funcional, terapia cognitive-conductual.

Abstract

The goals of this study are to determine the effectiveness of the integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy in three cases of eating disorders and personality disorders, focusing on the analysis of the therapist's behavior with regard to the above-mentioned therapies. The research design included a intervention with vide-recordings of all the sessions and registers of the therapist-patient interaction as behavioral events according to potentially functional category criteria, performed by observers blind to the research. Results after the intervention show important general psychological changes, in addition to a clear resolution of the eating disorder. Intrapersonal (acceptance, defusion, activation, and mindfulness) and interpersonal changes (increased social behavior and associated satisfaction, higher rate of intimate-affective behavior, and cessation of disruptive behavior) are observed. These changes were maintained after 3 years of follow-up. These findings suggest that the integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy could be an effective choice, at least in cases that present serious psychopathology. Some reflections for the synergistic implementation of the two therapies are suggested.

KEYWORDS: Anorexia nervosa, eating disorder, personality disorder, acceptance and commitment therapy, functional analytic psychotherapy, cognitive behavior therapy.

Martín-Murcia, F. y Ferro, R. (2015). Building the Self. A contextual approach (en revision en *Anales de Psicología*).

Construyendo el Self: Un enfoque contextual

Resumen

Se plantea una reconsideración de la formación del Yo desde una perspectiva fenomenológico-contextual. Se justifica dicho enfoque como una forma de resolución de las metáforas que suelen utilizarse para entender la formación de la ipseidad, en las que habitualmente se cae tanto en errores categoriales y de reificación como directamente en argumentos aporéticos. No se reniega del concepto, dado el enorme reforzamiento recibido en los organismo humanos a tectar desde la infancia con las experiencias privadas y ese estar-en-contacto es precisamente la experiencia fenomenológica primaria del Yo. Se presenta un modelo explicativo genuinamente conductual, entendiendo el Yo como un epifenómeno social que requiere una conciencia básica pre-reflexiva en un contexto cultural determinado que le dará forma a través de la conducta verbal prototípica en la interacción humana. Por último, se describen las distintas etapas del aprendizaje del Yo. Se enfatiza en la discusión la extraordinaria importancia de una comprensión del Yo en términos de *perspectiva* y a que permite entender de forma parsimoniosa las clásicas características atribuidas al mismo, como constancia, atemporalidad, trascendencia e interioridad sin necesidad de elaborar constructos mentales.

PALABRAS CLAVE: Fenomenología, psicoterapia analítica funcional, Yo, Ego.

Building the Self. A contextual approach

Abstract

We propose a review of the formation of the Self from a phenomenological-contextual perspective. This approach is justified as a way of solving the metaphors that are used to understand the formation of the Self, which usually commits either categorical and reification errors or directly aporetic arguments. The concept of the Self is not denied, given the huge reinforcement received by the human organism from infancy to tact with private experiences, and such being-in-contact is precisely the primary phenomenological experience of the Self. A genuinely behavioral explanatory model is presented, understanding the Self as a social epiphenomenon that requires a basic pre-reflective awareness in a particular cultural context that will shape it through prototypical verbal behavior in human interaction. Finally, the different stages of Self-learning are described. The discussion underlines the extraordinary importance of understanding the Self in terms of perspective, which leads to the parsimonious comprehension of the classic features attributed to the Self, such as constancy, timelessness, transcendence and interiority without elaborating mental constructs.

KEYWORDS: Phenomenology, Behaviorism, Self, Verbal behavior.