

**TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO.**

Irene Casanova Menal
Verónica Cabañas Rojas
Isabel Fernández- Montes Rodriguez
*Psicólogas Clínicas Residentes
U.G.S Salud Mental Campo de Gibraltar

**TREATMENT OF A SINGLE CASE OF AN EATING DISORDER FROM AN
ACCEPTANCE AND COMMITMENT PERSPECTIVE.**

Irene Casanova Menal
Verónica Cabañas Rojas
Isabel Fernández- Montes Rodriguez

Dirección Postal:

Irene Casanova Menal
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
Pso. de la Conferencia s/n 11207 Algeciras (Cádiz)

Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso.

Resumen

Según la literatura científica reciente en el campo de la psicología clínica, las terapias de tercera generación se han mostrado como una buena opción en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria. Estas terapias de tercera generación, entre las que se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), focalizan en áreas como la alta evitación experiencial, la fusión del pensamiento, el déficit de vivencia de la experiencia sensorial y la falta de motivación, conceptos que todos ellos consideramos altamente ligados a la patología base de los trastornos de la conducta alimentaria. En el texto que se desarrolla a continuación hacemos un repaso de las bases teóricas de estas terapias y realizamos una comparativa con otros tratamientos eficaces para este tipo de problemáticas. Además exponemos la medición de la evolución de un caso de una paciente con anorexia nerviosa que tratamos en el servicio de Salud Mental Comunitaria desde un abordaje multidisciplinar, describiendo en detalle las diferentes técnicas y procedimientos psicoterapéuticos que aplicamos, combinando terapia ACT con técnicas cognitivo conductuales e intervenciones de terapia de familia.

Treatment of an eating disorder single case from Acceptance and Commitment perspective.

Abstract

According to the recent scientific literature in the field of clinical psychology, third generation therapies have been shown as a good option in the treatment of eating disorders. These third generation therapies, among which is the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), focus on areas such as high experiential avoidance, the fusion of thought, the deficit of sensory experience and the lack of motivation, concepts that all of them consider highly linked to the basic pathology of eating disorders. In the text that develops next, we review the theoretical basis of these therapies and make a comparison with other effective treatments for this type of problem. We also present the measurement of the evolution of a single case of a patient with anorexia nervosa that we treat in the Community Mental Health service from a multidisciplinary approach, describing in detail the different techniques and psychotherapeutic procedures that we apply, combining ACT therapy with cognitive- behavioral techniques and family therapy interventions

Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso.

Introducción

Se entiende por trastorno de la conducta alimentaria (TCA) aquellos patrones de conducta y cognitivos desadaptativos vinculados a una percepción distorsionada del propio cuerpo, a una insatisfacción corporal y a una gran preocupación por el peso y por la forma del cuerpo. Se consideran TCA, la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) (DSM 5, 2013).

Se tratan de patologías biopsicosociales que pueden llegar a provocar complicaciones físicas graves y supone la enfermedad psiquiátrica con la más alta tasa de mortalidad (por complicaciones físicas o suicidio, estimada en el 5%) (Rosling y cols., 2011). En el estudio de Sullivan (1995) se estimó la tasa de mortalidad en 0,56 % al año, lo que suponía respecto a la población general, 12 veces más que la tasa anual de muertes debidas a todas las demás causas en mujeres de entre 15 y 24 años.

Como indican los datos epidemiológicos aportados en el Manual DSM 5 (2013), la prevalencia a 12 meses de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes es de aproximadamente el 0,4%, aunque se estima que su diagnóstico ha aumentado en los últimos 5 años, influido precisamente por el cambio de los criterios que propone este nuevo manual, como indica el estudio del 2017 de Lindvall y Wisting.

Esta edición del manual de la APA pone el énfasis en la autoimagen (más que en la distorsión del peso) y en la conducta restrictiva manifiesta, quitando importancia al componente cognitivo de ésta, que no tiene porqué ser verbalizado. Elimina también los criterios de permanecer por debajo del porcentaje de 85% del peso esperable, (el criterio sería tan solo el peso inferior al mínimo esperable) y la amenorrea en mujeres postpuberales, por lo que es esperable que incluya un mayor número de casos.

Respecto a la etiología de la anorexia nerviosa, se piensa que tiene un origen multifactorial, como así señalan los modelos de Garfinkel y Graner (1982) y el de Toro y Villardell (1987), con factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes del trastorno. Entre los factores predisponentes se encontrarían, según estos autores, los factores genéticos, la edad (entre 13 y 20 años), el sexo femenino, tener algún trastorno afectivo, la introversión, la inestabilidad, obesidad y factores familiares (antecedentes familiares de salud mental, adicciones, obesidad materna...). También influirían factores de tipo social, como por ejemplo los valores estéticos dominantes.

Según otros autores, serían factores de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria factores temperamentales y la comorbilidad con otros trastornos. Los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, están vinculados a

una mayor presencia de sintomatología y peor pronóstico, como señalan, por ejemplo, el estudio de Barrera Francés (2016).

Factores precipitantes se consideran por ejemplo los cambios físicos que se dan en la adolescencia, el embarazo, dietas, desfiguraciones por cirugías o traumatismos, separaciones, pérdidas, divorcios, ser objeto de burlas o críticas...

Una vez aparecido el trastorno, lo perpetúa factores como, por ejemplo: la propia inanición, que hace que el sistema metabólico demande menos alimento, la interacción familiar, el aislamiento y el sistema de creencias típico de la anorexia.

TRATAMIENTOS DISPONIBLES EN ANOREXIA NERVIOSA: HISTORIA Y EFICACIA.

Cada día avanzamos más en la comprensión, el estudio y la efectividad de los tratamientos en los trastornos de la alimentación, pero es un campo en el que encontramos menos estudios que en otros ámbitos. Aún existen muchas incógnitas y resulta un reto tanto para los investigadores como para los clínicos de diferentes disciplinas.

Halmi y cols. (2005) afirman que la anorexia nerviosa es, en general, uno de los trastornos más difíciles de tratar: el ingreso hospitalario puede ser necesario para remontar el peso o para tratar complicaciones, normalmente los tratamientos se prolongan mucho en el tiempo, tiene mucho riesgo de cronificación y de recaídas, elevada comorbilidad, puede combinarse con abuso de sustancias, trastornos afectivos e intentos de suicidio y existe una elevada comorbilidad con trastornos de la personalidad (Swanson y col., 2011).

La detección e intervención temprana son esenciales, ya que el trastorno se torna más difícil de tratar según avanza (Sullivan y cols., 1998). Además, los estudios longitudinales de revisión estiman que un 40 por 100 de las mujeres anoréxicas se recuperan, una quinta parte de ellas llegan a tener el trastorno de forma crónica y un tercio continúa sufriendo síntomas residuales, incluida bulimia nerviosa (Steinhausen, Rauss-Mason y Seidel, 1991).

Los **tratamientos clásicos** que comienzan a protocolizarse en los años 70 suelen combinar dos fases: se comienza si es necesario por un ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar los efectos de la desnutrición y normalizar la alimentación para, posteriormente, de forma ambulatoria, generalizar las pautas alimentarias, prevenir recaídas, controlar el mantenimiento del peso y realizar psicoterapia.

En el pasado, como afirma Carmina Saldaña en su revisión de 2001, se solía contemplar como objetivo terapéutico únicamente el incremento de la ingesta y del peso, usando como paradigma el reforzamiento operante y el condicionamiento clásico.

En los años 80, Garner y Bemis publican estudios de la eficacia de la aplicación de la **terapia cognitiva** para la depresión de Beck a la anorexia nerviosa, poniendo el foco en los pensamientos distorsionados pro-anoréxicos y en las creencias disfuncionales que están detrás de actitudes ante la comida, el peso y la silueta.

En los años 80 también emergen programas de **terapia familiar** basados en las teorías de Minuchin (Minuchin, Rosman y Baker, 1978), pero sin estudios controlados que demuestran su eficacia.

En los años 90, Garner, Vitousek y Pike (1997) y Kleifield, Wagner y Halmi (1996) elaboran protocolos de intervención cognitivo-conductuales para anorexia nerviosa.

Respecto al **abordaje farmacológico**, desde las guías clínicas se recomienda que éste no sea el tratamiento de elección para la anorexia nerviosa ni que se instaure antes del comienzo del incremento de peso, sino que sea cuando los efectos de la desnutrición estén resueltos y se puedan determinar cuáles y de qué naturaleza son los síntomas residuales (depresivos, ansiosos, obsesivos...).

Normalmente los fármacos son usados con el objetivo de incrementar el apetito y disminuir los pensamientos relacionados con la figura y la comida. Debe considerarse también como un elemento de prevención de las recaídas o para tratar áreas asociadas a la anorexia nerviosa, como la depresión o los síntomas obsesivo-compulsivos. Los resultados de los estudios de la eficacia del uso de fármacos en AN no aportan evidencia, sobretodo en la fase de recuperación de peso (Peterson y Mitchel, 1999), siendo la fluoxetina el tratamiento que mas éxito está teniendo en combinación con la terapia cognitivo-conductual, mejorando el estado de ánimo y previniendo las recaídas.

Parece establecido entonces que la intervención psicosocial y psiquiátrica de las pacientes con AN no debe comenzarse hasta que la ganancia de peso se haya iniciado, ya que en la actualidad no encontramos estudios controlados que indiquen que la farmacología psiquiátrica, la terapia cognitivo-conductual u otras intervenciones psicoterapéuticas administradas de forma individual sean efectivas para alcanzar la recuperación nutricional de los pacientes con anorexia nerviosa y además la mayoría de síntomas anoréxicos y gran parte de la psicopatología suele desaparecer o mejorar tras el aumento de peso. Por otro lado, encontramos otra literatura, como el artículo de Cabetas (2004), que recomienda comenzar cuanto antes el abordaje psicológico y coordinarlo con la recuperación nutricional.

En el año 2000, el Comité de Expertos de la APA (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000) publican una importante guía de tratamiento de los TCA, en el que establecen las directrices para las intervenciones psicosociales. Determinan que el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica es beneficiosa en un comienzo y que, una vez ha comenzado el incremento en el peso, una psicoterapia formal es muy útil aunque no suficiente para tratar a pacientes que presentan desnutrición severa. También explican que la terapia psicológica debe durar un mínimo de un año y que puede llevar 5 ó 6 años por la duración característica de los síntomas y que debe tener en cuenta los

conflictos familiares subyacentes. Indican que la terapia familiar y de pareja es importante a la hora de aliviar y de prestar apoyo durante la recuperación y no reconocen la superioridad de un enfoque psicoterapéutico sobre otro. Manifiestan la necesidad de ser cautos ante la terapia de grupo por el riesgo de competitividad entre pacientes y por la posible desmoralización al observar las dificultades de otros miembros del grupo.

Respecto a todo lo expuesto anteriormente es el **tratamiento cognitivo conductual** es el que mas avances ha conseguido en las últimas décadas y el que ha logrado una consolidación como opción terapéutica de primera elección a la hora de abordar esta problemática (Dalle Grave y cols, 2016).

Aún así, los índices de eficacia son moderados y los estudios existentes podrían ser mejorados metodológicamente, ya que como afirma Saldaña, “La mayoría de los estudios han sido realizados con diseños de caso único y unos pocos ensayos controlados han sido presentados de forma incompleta o todavía no están finalizados. Además, hasta el momento, tampoco existe un tratamiento protocolizado que haya podido ser evaluado por distintos investigadores”.

A estas críticas, podemos añadir ciertas limitaciones, ya que, hay un grupo de pacientes con TCA (aquellos que, además, presentan estados psicóticos, depresión grave, alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias) ante los que la terapia cognitivo conductual clásica no tendría la misma respuesta y no debería ser en estos casos el tratamiento de elección (Murphy, Straepler, Cooper y Fairburn, 2010).

En respuesta a estos retos, la trayectoria que persiguen las nuevas terapias se dirige a un tratamiento transdiagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, como reflejan los avances de Cooper y Fairburn en 2011. Estos autores establecen dos tipos de TCC-M (Terapia Cognitivo Conductual Mejorada, “enhanced”): la variante “**focalizada**”, centrada únicamente en la sintomatología TCA y otra forma diseñada para pacientes con patología concomitante que obstaculiza la mejoría: la forma “**ampliada**” o “**mejorada**”.

La TCC-M se centra en las reevaluaciones que suelen hacer los pacientes de TCA sobre su figura y peso y puede adaptarse a todas las formas de trastornos de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por atracón, sobreingesta compulsiva etc...), además de tener en cuenta procesos psicopatológicos “externos” a la conducta alimentaria, que en algunos grupos de pacientes interactúan con el trastorno en sí mismo y que suelen ser los que no responden al tratamiento clásico cognitivo-conductual. Estos factores mantenedores que dificultan la respuesta a la terapia son el perfeccionismo patológico, las dificultades de afrontamiento de estados de ánimo alterados, baja autoestima y dificultades interpersonales.

BASES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y APLICACIÓN AL TCA.

Analizando los motivos de estas limitaciones e intentando superarlas, ha emergido y sumado importancia durante las últimas décadas la Terapia de Aceptación y Compromiso, ya que como novedad, pone el foco de atención sobre algunas áreas de la patología en las que anteriormente no se incidió, como la flexibilidad psicológica, la alta evitación experiencial, el déficit de vivencia de la experiencia sensorial y la falta de motivación. El acrónimo ACT significa “Accept, Choose, Take Action”. Estas variables son objetivo de cambio primordial en la terapia ACT y contrarrestan específicamente las bases centrales de un trastorno de la conducta alimentaria: pensamientos y creencias egosintónicas, estrategias de control ineficaces y el rechazo a experimentar emociones o pensamientos negativos (Heffner et al., 2002). La diferencia con la TCC es que esta intenta reducir y controlar el síntoma y la terapia ACT parte de la aceptación y la prescripción del “no cambio” (Pearson et al, 2012), (Juarascio et al, 2010).

La **flexibilidad psicológica**, concepto descrito por primera vez por Hayes y cols. (2012), se puede considerar la base de la terapia de aceptación y compromiso, y está asociado a estos seis procesos ilustrados en el hexaflex, que perseguirían los siguientes objetivos:

1. Aceptación de los eventos privados que le desagradan o incomodan.
2. Distanciamiento de sus pensamientos y toma de conciencia de que un pensamiento es tan sólo eso, un pensamiento, y que ese pensamiento no es un hecho, no le define como persona (Acomplejarse por ser gorda no es igual a ser gorda).
3. Centrar la atención en el momento presente, en “el aquí y ahora”, ser plenamente consciente de la experiencia y de las sensaciones que está viviendo en ese momento.
4. Ser consciente de que él es el contexto en el que se dan sus experiencias y que sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones no le definen.
5. Identificar valores.
6. Un compromiso para actuar según sus valores.

En cada paciente predominan unos u otros procesos, con lo cual esta terapia se puede adaptar a cada caso individualizado, dando más o menos peso según las necesidades de cada paciente

A continuación expondremos un resumen de las bases teóricas de la ACT y su relación con los TCA, comenzando por la **Teoría de los Marcos Relacionales** (RFT) (Hayes, Barnes- Holmes y Roche, 2001), que parte del desarrollo cognitivo y de la adquisición del lenguaje dentro de una normal evolución en el ser humano, en la que se hacen asociaciones bidireccionales entre objetos y palabras (referentes verbales) dentro de un ambiente determinado. A medida que el niño crece, los referentes verbales se van volviendo más complejos y pueden adquirir cualidad comparativa, jerárquica y evaluativa. Un ejemplo de esta cualidad jerárquica de los referentes verbales (Pearson y cols. 2010) es la asociación de la delgadez con la belleza en la sociedad occidental (“cuanto más delgada es una mujer, más guapa está”, “las chicas gordas no son atractivas”). Así mismo, la palabra “gorda” puede tener connotaciones negativas,

resultando un referente evaluativo. En estos ejemplos, las asociaciones se refieren a la propia función, más que a un objeto, pero provocan reacciones emocionales como si lo estuvieran. En definitiva, las mismas palabras pueden cumplir diferentes funciones dependiendo de nuestro aprendizaje y del contexto, por ejemplo, la persona que lo dice, el tono que utiliza y las relaciones jerárquicas o evaluativas que puedan haberse creado alrededor de una palabra o una frase. Este aprendizaje es inevitable ya que sirve para relacionarnos con nuestro medio. Las palabras no tienen por sí mismas connotaciones negativas ni generan psicopatología, pero dependiendo de las experiencias que haya tenido la persona durante la infancia o pubertad probablemente vivirá de forma diferente una crítica o comentario hacia su cuerpo.

La importancia de las cogniciones en el inicio y el mantenimiento de los trastornos de la alimentación que introduce el enfoque cognitivo-conductual, nos puede llevar a hipotetizar qué estrategias basadas en la ACT y el mindfulness podrían ser útiles ante estos síntomas. Otro de los conceptos centrales en ACT es la fusión cognitiva. Desde esta perspectiva, al contrario que desde el enfoque cognitivo-conductual, no se intenta cambiar el contenido de los pensamientos. Éstos son percibidos como eventos mentales que tienden a ser fluctuantes y transitorios y que no son un reflejo exacto de la realidad.

La **fusión cognitiva** se define como la tendencia a creer el contenido literal del pensamiento y del sentimiento, y la excesiva o impropia regulación de la conducta por procesos verbales (reglas) más que por las contingencias del entorno (Hayes et al, 2012).

Fletcher y Hayes (2005) identifican varios problemas que acompañan a la fusión cognitiva:

Los pensamientos están asociados con experiencias internas. Estas asociaciones o “apegos a las palabras” están hechas con pensamientos que describen el “self”, atentando contra él, y los actos suelen ir dirigidos a obtener pruebas de esta “realidad” o a cambiarla, como, por ejemplo, teniendo conductas de comprobación u orientadas a una bajada de peso. La experiencia del momento presente esta distorsionada o sobrepasada por pensamientos acerca del pasado o del futuro.

La psicopatología ocurre cuando la fusión con una historia o afirmación pasa por encima de funciones como el pensamiento lógico, la vivencia de la experiencia presente, el permitirse sentir las emociones actuales, etc...

El objetivo de la intervención terapéutica es enseñar al paciente a observar estos pensamientos sin juzgar, ni intentar cambiarlos, ni reaccionar ante ellos. Esta forma de relacionarnos con los pensamientos propios se suele llamar “defusión” y promueve el hecho de no actuar necesariamente ante los pensamientos o estados emocionales.

Por ejemplo, una persona puede sentirse triste por haber roto una dieta o por haber ingerido un alimento prohibido, y piensa: “me siento inútil”, “voy a ser obeso”, “no puedo controlarme” y siente que necesariamente debe hacer algo para restituir el

error, como vomitar o hacer ejercicio intenso. A esto se le llama “fusión cognitiva” y es la falta de habilidad para cambiar la conducta en respuesta a las demandas presentes del entorno en vez de seguir los dictados del pensamiento (que son demandas verbales) y esta relacionado también con la inflexibilidad psicológica.

Aprender que esos pensamientos son transitorios, que pronto serán sustituidos por otro tipo de pensamientos, que no reflejan la realidad y que por pensarlos no van a empujarle a hacer ninguna conducta específica, puede ayudar a no realizar conductas dañinas y a tener una actitud más saludable en el ámbito de la alimentación.

Los seres humanos experimentamos un rango completo de emociones que hemos etiquetado como desagradables (tristeza, ansiedad, enfado, asco, duelo, decepción...) o agradables (alegría, felicidad, diversión, calma...). Cuando estamos sometidos a una emoción que nos produce malestar, intentamos poner en marcha estrategias para afrontar la experiencia. Algunas de estas estrategias pueden ser adaptativas y sanas, son generalmente adoptadas por gran parte de las personas para transitar la emoción y no suelen interferir en el funcionamiento psicológico, como por ejemplo llamar a un amigo, hacer ejercicio, darnos una ducha o practicar relajación. Pero otras veces ante esas mismas emociones, propias de la existencia humana, podemos usar otro tipo de estrategias insanas, dañinas o que nos mantienen atrapados en conductas repetitivas como una forma de evitar la experiencia: abuso de tóxicos, conductas adictivas, autolesiones, aislamiento social y también esfuerzos por modificar nuestro cuerpo e imagen. Muchas veces, a corto plazo, tienen la propiedad de alejarnos del sufrimiento, pero a medio o largo plazo, se perciben las consecuencias perjudiciales, creando un sufrimiento mayor que el que la propia emoción primaria, aún presente, había creado.

Desde el cuerpo teórico y desde la investigación, se han relacionado los trastornos de la conducta alimentaria con una regulación desadaptativa de las emociones, hipotetizando que el control sobre la ingesta o el atracón pueden resultar una conducta de escape de estados emocionales adversos derivados en muchas ocasiones de una insatisfacción al no alcanzar metas personales.

La **evitación experiencial** es definida como la falta de voluntad de experimentar sentimientos, sensaciones o pensamientos negativos y de llevar a cabo conductas para alterar estas experiencias, incluso cuando estos intentos son claramente desadaptativos a largo plazo. Las diferentes estrategias de evitación, como abuso de sustancias, disociación, evitación de situaciones sociales, lugares o situaciones que lo elicitán y las ya mencionadas (relacionadas con la conducta alimentaria), suelen suponer intentos de alivio momentáneo. Ante esta realidad podremos alentar al paciente a modificar la reacción ante un sentimiento o pensamiento, pero no la experiencia interna (Juarascio y col., 2010). En definitiva, es un concepto relacionado positivamente con la existencia de psicopatología (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), (Baer, Smith y Allen, 2004).

La focalización sensorial y el vivir el aquí y el ahora intentan invertir esta tendencia, se trata de enseñar a los pacientes cómo vivir la experiencia más que quedarse en lo que piensan acerca de la experiencia.

Los atracones, las conductas compensatorias y la restricción alimentaria, triada sintomatológica del TCA, serán desde esta perspectiva (Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002) conductas cuya función es evitar eventos mentales desagradables relacionados con pensamientos y sentimientos categorizados por el paciente como negativos y desagradables y que tienen que ver con la ansiedad y la culpa por no controlar su alimentación o no llegar al ideal de imagen. Ante un atracón (ya sea objetivo en el caso de la bulimia o subjetivo, en el caso de la anorexia) aparece un sentimiento de culpa y de fracaso por el choque contra los valores y sistema de creencias acerca de la delgadez inculcados y pueden aparecer conductas purgativas, abuso de laxantes, ejercicio intenso, que amortiguan estos afectos negativos. Si a partir de estas conductas comienza a existir una bajada de peso u otras señales de privación, se van reforzando las conductas por reforzamiento negativo.

Otro mecanismo que puede explicar la evitación experiencial es la teoría de Mizes y Kleges (1989), que explica la focalización atencional de los pacientes con TCA en temas dietéticos, alimentación, calorías etc. como estrategia de evitación de otros asuntos más incontrolables, como problemas interpersonales.

En el paradigma ACT, es primordial establecer y clarificar cuáles son los **valores** de la persona, ya que estos establecen la directriz hacia la que deben dirigirla sus actos. En el campo de la atención a pacientes de TCA es especialmente importante el trabajo en valores, sobretodo en las primeras fases de la terapia para favorecer el aumento de la motivación al cambio, ya que estas personas suelen estar centradas únicamente en la nutrición, el peso y la apariencia física.

Heffner y Eifert (2004) establecieron nueve áreas de intervención en valores: familia, amigos, relaciones románticas, ocio, educación, formación, participación comunitaria, salud y espiritualidad. Por ejemplo, si para el paciente con TCA fuese importante ser un buen profesional, una buena amiga o un buen deportista, se le señalaría que normalmente se requiere de una buena nutrición para ser eficaz en estas áreas y cómo ha ido abandonando y descuidando estos ámbitos desde la evitación y el aislamiento, centrándose cada vez más en conductas y hábitos anoréxicos.

El **mindfulness** es un conjunto de habilidades que proviene de la tradición de la meditación asiática y ha sido incorporado por algunas de las terapias de tercera generación, como por ejemplo la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993), la Terapia Cognitiva basada en el mindfulness o la terapia ACT. En concreto, la Terapia Dialéctica Conductual ha sido adaptada con éxito a un programa para TCA (Safer, Telch y Agras, 2001).

La Terapia de Aceptación y Compromiso usa el mindfulness como herramienta favorecedora del cambio (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Practicar mindfulness implica un “awareness” (un “darse cuenta”) de las señales del ambiente, del contexto en

el que se haya la persona. Estas habilidades se entrenan mediante la “atención plena” y la meditación y van encaminados a responder sólo a los estímulos del momento presente.

Esto significa que la persona se expone a los estados mentales que se consideran negativos. Este estado de conciencia plena, favorece el uso de estrategias más adaptativas, regula las emociones, aumenta la tolerancia al estrés y disminuye la impulsividad a realizar conductas como atracones y las conductas de purga (Heffner y Eifert, 2004). También es útil para tomar conciencia de las sensaciones de hambre y saciedad cuando éstas se encuentran disreguladas.

En la actualidad existen varios programas específicos de alimentación y mindfulness, como por ejemplo el MB-EAT (Kristeller y cols., 2014) o el de Bays: Mindful Eating (2009).

Muchos, por no decir todos los pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria tienen dificultades con su **imagen corporal** (percepción, evaluación, expectativas, relación con la autoestima...), las cuales están relacionadas con ingresos y recaídas después del tratamiento.

Desde la perspectiva de la ACT, se entiende la autoimagen como algo fluctuante y dependiente del contexto, por lo tanto, el trabajo se dirige a que el paciente acepte esos cambios como inevitables, como parte de nuestra naturaleza y ante los cuales no tenemos que hacer cambios, ni evitar las emociones asociadas, ni responder de ninguna manera en concreto. Lo ideal es vivir la experiencia con conciencia plena, en el momento presente, sin juzgarla y seguir dirigiendo sus acciones encaminadas a cuidar las áreas de la vida que son importantes para el paciente y que se encaminan hacia sus valores.

El hecho de entrenar la percepción sin juzgar podría ayudar a reducir las distorsiones perceptivas y a una focalización sensorial más neutral, de todas formas no es el objetivo de la ACT el eliminar estas distorsiones, ni siquiera busca un efecto sobre la insatisfacción con el propio cuerpo, sino quitar la carga negativa de las autoevaluaciones, respetar más al cuerpo, encaminándose a la salud como valor, cuidar otras partes de su autoimagen y aumentar la flexibilidad psicológica.

ESTUDIOS DE EFICACIA DEL ACT EN TCA

Diversos estudios y revisiones apoyan la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a los TCA, en pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos por atracón y sobreingesta y insatisfacción con la imagen corporal en general.

Como avances científicos en este sentido contamos con los estudios de la Dra. Juarascio, que en 2013 comprobó que añadiendo al tratamiento intensivo residencial la terapia ACT disminuía la sintomatología relacionada con el TCA, las recaídas e

ingresos hospitalarios de pacientes de anorexia y bulimia nerviosa. (Juarascio y cols, 2013).

También en 2013, Manlick y cols. realizaron una revisión sistemática de los estudios que usaron terapia de aceptación y compromiso (ACT) para tratar TCA. La evidencia sugirió que la evitación experiencial es un componente clave en el inicio y mantenimiento de los TCA y que los procesos básicos de la ACT que han sido usados en TCA han demostrado progresos en el funcionamiento de los pacientes, reduciendo su sintomatología. Concluye que es especialmente relevante el hecho de que la ACT incide principalmente sobre la motivación para el cambio en los pensamientos y actitudes egodistónicos típicos del TCA.

La revisión bibliográfica de Menárguez Bailén (2015) encuentra que en 5 de 6 estudios de este tipo revisados (Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; López y Diéguez, 2007; Berman, Boutelle y Crow, 2009; Merwin, Zucker y Timko, 2013; Juarascio, 2013), la ACT muestra resultados positivos; incrementa el peso a un nivel saludable y remite la sintomatología. En el sexto estudio (Juarascio, Schumacher, Shaw, Forman y Herbert, 2015) no se encuentran diferencias a la hora de compararlo con la TCC en solitario.

Parling y cols. (2016) encontraron mejoras significativas de ganancia de peso y en sintomatología de TCA usando la ACT. No demostraron una diferencia significativa con el tratamiento usual (TCC con ingreso en centro) respecto a la recuperación y a las recaídas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso que analizamos a continuación se asistió de forma ambulatoria en el marco de consulta de psicología clínica en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, en coordinación con los servicios de enfermería y endocrinología.

Corresponde a una mujer de 21 años que acude por primera vez a un servicio de salud mental a la consulta de psicología acompañada por su pareja por presentar desde hace dos años un excesivo control de la alimentación y desde hace 9 meses restricción en la alimentación, episodios bulímicos y conductas de tipo purgativo (uso de laxantes e inducción del vómito). También informa de conductas compensatorias) ejercicio físico intenso en su habitación tras las comidas).

Su motivo de consulta es que “me sigo viendo gorda aunque peso poco”.

En la exploración psicopatológica inicial se muestra orientada, con discurso coherente, levemente hipotímica, presentando rechazo de la imagen corporal, expresa miedo intenso a engordar, malestar al comer delante de otras personas, malestar cuando surgen conversaciones acerca del peso o la silueta. No presenta síntomas psicóticos, ni intencionalidad suicida. Hace unos años indica conductas autolesivas. Refiere

problemas de comunicación y relacionales en el ámbito familiar y extrafamiliar. No refiere consumo de tóxicos.

En la exploración física se evidencia infrapeso (IMC: 16, infrapeso: delgadez entre severa y moderada), amenorrea de dos meses de evolución, ausencia de lesiones en los nudillos y última analítica de hace un mes sin alteraciones. Tiene pautada dieta por el endocrino y complementos alimenticios hipercalóricos (batidos 3 al día /300 calorías).

Como antecedentes familiares cabe destacar que su madre, según relata la paciente, parece sufrir de depresión psicótica y comportamientos límite, sin tratar en la actualidad. Hace tres años la madre estuvo gravemente enferma y la paciente se hizo cargo de la casa y de la preparación de las comidas para toda la familia.

Respecto a la biografía, como es bastante habitual en el inicio del TCA, la paciente refiere que cuando tenía 12/13 años sufrió acoso escolar en el instituto (referido a su físico) y que desde entonces se ve fea y le cuesta confiar en los demás. El inicio del problema de alimentación lo establece hace dos años, cuando abandona el hogar familiar y se muda sola a otra ciudad para continuar estudios de ciclo medio. Allí conoció a un chico y comenzaron una relación. Él comienza a alarmarse por su disminución de peso y la acompaña a su ciudad natal para pedir ayuda a su familia y empezar un tratamiento. En la actualidad convive con su familia: padre, madre y hermana (dos años mayor). Su hermano (un año más pequeño) estudia fuera.

EVALUACIÓN.

Linea del Tiempo

Dejamos que la paciente comenzara a contar su historia y su relación con su propio cuerpo, para esto utilizamos una “línea del tiempo”: “Yo antes, de niña, me veía delgada. Desde el instituto he querido estar mas delgada, ser la chica más delgada, pero al compararme siempre me he visto peor”. “Al mudarme empecé a hacer una dieta, intentaba no desayunar y comer ensalada y fiambre de pavo”. “A veces me tomaba 6 ó 7 galletas y tenía que vomitar”. “Adelgacé 10 kilos, todavía odiaba y odio mi cuerpo”. “Nunca voy a conseguir estar como yo quiero y eso me desespera, yo creo que ya lo he probado todo.” “Mi pareja me dice que estoy muy delgada, le pregunto casi todos los días, pero yo no le creo”

Registro de Conductas relacionadas con la Alimentación

Se comenzó por evaluar sus pautas actuales de alimentación (número de comidas, horarios, cantidad, tipo de alimentos, etc.), y sus hábitos alimentarios (lugar, actividades simultáneas, modificación de pautas según presencia/ausencia de otros comensales, etc.) se utilizó un autoregistro diario de alimentación.

A partir del autoregistro se indagó sobre las conductas de tipo compensatorio: purgas, ayunos, uso de laxantes y diuréticos...

También informa durante la evaluación que está siguiendo la dieta que le pautó el endocrino, con cinco comidas a lo largo del día y tomando los batidos. Desde que regresó a casa es normalmente su madre la que elabora la comida y es lo mismo para toda la familia, que se reúnen a comer y a cenar. Informa de atracones que impresionan ser subjetivos (cinco galletas) y de vómitos provocados posteriores. Divide las comidas en “alimentos buenos y alimentos malos, teniendo algunos prohibidos que incluyen el pan, dulces, cereales, galletas”.

Respecto a las sensaciones físicas suele sentirse hinchada tras las comidas, nota que “le está sentando mal la comida”, punzadas en el estómago. Piensa que está engordando, que su tripa se ve enorme y que “está tirando todos sus esfuerzos por la borda”. Informa de discusiones a la mesa y de que a veces sus padres pelean y se levantan de la mesa. Indica que a veces su madre y su hermana critican a los obesos y eso le hace sentir triste y enfadada, piensa que si se preocuparan por ella no harían esos comentarios. Se siente avergonzada cuando come fuera de casa, piensa que la gente la mira al comer. También indica que suele visitar webs de consejos nutricionales para adelgazar y de foros de dietas.

Simultáneamente, de forma semanal, se supervisa por enfermería el plan nutricional y el peso.

Evaluación de la Autoimagen

El Test de las Siluetas se administró con fines exploratorios y para aumentar la conciencia de enfermedad. Se evidenció una distorsión de la autopercepción de su forma corporal, aunque no fue así para la de los otros (terapeutas, familiares...), que era bastante ajustada. Su deseo era seguir adelgazando hasta un grado menor en la escala de lo que estaba ahora, correspondiente a severo infrapeso, y pretendía mantenerlo en el tiempo, ya que consideraba que era su figura ideal.

Evaluación del Funcionamiento Familiar

En sesiones posteriores se citó a la familia (pareja, padre, madre, hermano y hermana) para recabar más información, explorar la historia familiar y el grado de ansiedad de los familiares, se sondearon apoyos, alianzas y triangulaciones. Se dio información sobre el diagnóstico y tratamiento, además de las causas y mitos de la enfermedad. Tratamos de reducir los comentarios y críticas acerca de la comida y el peso y se valoraron opciones de tratamiento. Elaboramos también un plan de crisis, si bajaba el peso se informó de las posibilidades de ingreso hospitalario. Más adelante describiremos con detalle en qué consistió la terapia con la familia.

Pruebas Psicométricas y Resultados

La paciente fue evaluada mediante entrevistas no estructuradas, así como con pruebas estandarizadas (EDI, 3 MIPS, Test de las Siluetas).

* **EDI-III**, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorders Inventory-III) (Garner, 2004). Consiste en una prueba de autoinforme estandarizada y sólida. Cuenta con 91 ítems que miden sintomatología y criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Los ítems son tipo Likert y están escalados de 0 a 4 puntos en las categorías de siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca o nunca. Ofrece “una medida de la presencia e intensidad de los rasgos psicológicos y de las agrupaciones de síntomas clínicamente relevantes en el marco de una evaluación extensa de los sujetos con TCA”. De este modo el instrumento proporciona un perfil psicológico útil para la planificación del tratamiento y para valorar su eficacia en aspectos psicológicos clave.

El inventario esta dividido en doce escalas principales, tres escalas específicas de los TCA: “obsesión por la delgadez”, “bulimia” e “insatisfacción corporal” y nueve escalas psicológicas generales que no son centrales pero sí relevantes para los TCA: “baja autoestima”, “alienación personal”, “inseguridad interpersonal”, “desconfianza interpersonal”, “déficits introceptivos”, “desajuste emocional”, “perfeccionismo”, “ascetismo” y “miedo a la madurez”. Respecto a los índices hay uno central que puede servir de screening en la población no clínica, que es el “índice de Riesgo para TCA”, al cual se le suman “ineficacia”, “problemas interpersonales”, “problemas afectivos” y “exceso de control”.

Las escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia e impresión negativas), en el caso de nuestra paciente, resultaron típicas para población clínica. Esto significa que no detectó patrones de respuesta inconsistentes o extraños que debieran suscitar la sospecha sobre la validez de los resultados.

Se usó un baremo específico para anorexia nerviosa subtipo purgativo. A continuación se muestran los resultados del inventario pre tratamiento. En la primera tabla se incluyen únicamente los percentiles correspondientes a las escalas específicas y el índice de riesgo:

EDI – 3 MEDIDA PRE TRATAMIENTO	ESCALAS TCA
Obsesión por la delgadez	91
Bulimia	87
Insatisfacción corporal	94
Índice de riesgo	97

En esta segunda tabla podemos observar las puntuaciones en percentiles del resto de escalas e índices psicológicos:

EDI-3 MEDIDA PRE TRATAMIENTO	ESCALAS E ÍNDICES PSICOLÓGICOS
Baja autoestima	93
Alienación personal	83
Inseguridad interpersonal	90
Desconfianza interpersonal	69
Déficits interoceptivos	63
Desajuste emocional	85
Perfeccionismo	24
Ascetismo	93
Miedo a la madurez	77
Índice de ineficacia	88
Índice de problemas interpersonales	83
Índice de problemas afectivos	78
Índice de miedo a la madurez	66

* **MIPS**, Inventario de Millon de estilos de Personalidad (Millon, 1994) es un cuestionario autoinforme compuesto por 180 ítems (una ventaja respecto a otros tests más extensos), en los cuales el sujeto debe determinar si le son aplicables (respuesta verdadero/falso); su objetivo es medir la personalidad y su corrección está informatizada. Fue elaborado en una secuencia de tres etapas de validación: teórica-sustantiva, interna-estructural y externa-criterial. Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares (bipolares). Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. Además incluye escalas de validez (impresión positiva, impresión negativa y consistencia).

Las metas motivacionales se relacionan con la teoría freudiana (Aparicio García, M.E., Sánchez López, M.P. (1999), a través de tres formulaciones bipolares: sujeto-objeto, placer-dolor y actividad-pasividad. Presentan similitud con conceptos como “necesidad”, “pulsión” o “afecto”. Millon lo adaptó a los principios del aprendizaje (refuerzo positivo–negativo, uno mismo como fuente de refuerzo vs. los demás, estilo instrumental activo vs pasivo) e incluyó tres dimensiones bipolares: expansión (apertura) vs preservación, modificación vs adecuación, e individualismo vs protección.

En los resultados de la tabla, vemos como la preservación (relacionada con la evitación del malestar o del dolor y que podría estar relacionada con la evitación experiencial) es una gran fuente de motivación para nuestra paciente, tiene una fuerte tendencia a

focalizar la atención en los problemas que hay en su vida, agravándolos. Considera su pasado desafortunado y piensa que irá a peor. El resto de fuentes de motivación parecen estar en puntuaciones medias o medias altas. Parece que se orienta más a sus propias necesidades que a las de los demás y aparenta alta iniciativa y acomodación a las circunstancias creadas por otros.

Los estilos o modos cognitivos se basan en la perspectiva evolucionista y en las teorías de Jung y Meyers y se relacionan con la forma en que los organismos exploran o abordan su entorno y con el procesamiento de la información que obtienen de éste.

Las bipolaridades que propuso Millon son: innovación vs sistematización, sentimiento vs pensamiento, intuición vs sensación e introversión vs extroversión. Nuestra paciente parece tener un estilo cognitivo extremo, en cuanto que no busca la información de forma organizada ni incorpora nueva información a lo ya conocido de forma eficiente, se suele mostrar disconforme con lo que se le plantea. Además forma sus juicios respecto a sus sentimientos y valores personales más que por la lógica y lo analítico. Prefiere relacionarse con lo simbólico y lo desconocido a lo real y tangible. Utiliza sus propios pensamientos y sentimientos como recurso.

Los comportamientos interpersonales se vinculan a las teorías de personalidad de Sullivan, Leary y el Big Five, relacionadas sobretodo con las acciones, con los rasgos objetivables a través de la conducta visible. Millon aporta en su teoría el componente interpersonal describiendo los estilos de relación, que son: retraimiento vs sociabilidad, decisión vs indecisión, discrepancia vs conformidad, sumisión vs dominio y descontento vs aquiescencia.

Comprobamos como la paciente del caso descrito puede tener problemas a la hora de relacionarse debido a su alta puntuación en retraimiento y dificultades para comunicarse con los demás, es silenciosa, pasiva y renuente a relacionarse, no busca la atención tampoco, es tímida y nerviosa en situaciones sociales, desea la aceptación pero teme el rechazo; tiene tendencia a la duda y la inseguridad y tiende a discrepar de los demás pero en cambio predomina en ella el sometimiento y la sumisión más que la expresión de sus ideas de forma asertiva. Actúa de forma independiente y no acata las normas tradicionales. Puede ser pasiva-agresiva y malhumorada con estados de ánimo variables. Habituada al sufrimiento y sometida a los demás.

Además, el MIPS contiene tres escalas de validez. La escala de Impresión Positiva (IP) está redactada con el propósito de identificar a las personas que intentan producir una impresión demasiado favorable en el test. La escala de Impresión Negativa (IN) pretende identificar a las personas cuyas respuestas en el MIPS tienden a ser asociadas con una autopercepción negativa generalizada de sí mismas. El valor de corte que Millon plantea en su investigación empírica para considerar que un sujeto está dando una IP o una IN está diferenciado según el nivel educativo; así, para un nivel de educación alta el punto de corte para IP e IN es de 5 puntos o más en cada una de las escalas, mientras que para un nivel de estudios bajo, el punto de corte era de 4 o más para IP y de 6 o más para IN. Es decir, que si una persona de un nivel educativo alto puntúa con 8 en la escala de IN, supondrá que la persona tiene una autopercepción

negativa de sí mismo (o pretende darla) y se pondrá en duda el valor de los datos recogidos para esa persona. La paciente puntúa por encima de corte en la escala de Impresión Negativa, lo que nos indica que tiene una percepción negativa de sí misma y las respuestas podrían estar sesgadas por esta distorsión. La escala Consistencia se refiere a la validez de los datos recogidos y si son consistentes las respuestas dadas a determinados ítems.

A continuación mostramos los resultados del MIPS en la siguiente tabla:

RESULTADOS MIPS		
METAS MOTIVACIONALES	Expansión	0
	Preservación	100
	Modificación	43
	Adecuación	67
	Individualidad	69
	Protección	41
MODOS COGNITIVOS	Extraversión	5
	Introversión	98
	Sensación	1
	Intuición	100
	Pensamiento	18
	Sentimiento	76
	Sistematización	7
	Innovación	89
COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES	Retraimiento	93
	Sociabilidad	7
	Indecisión	100
	Decisión	1
	Discrepancia	95
	Conformismo	12
	Sumisión	93
	Dominio	36
	Descontento	96
	Aquiescencia	29
ÍNDICES DE CONTROL	Impresión positiva	1
	Impresión negativa	8 (punto de corte 5)
	Consistencia	4

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

En base a los resultados de la información y evaluación, el bajo peso, las conductas restrictivas y purgativas, podemos enmarcar la sintomatología que presenta esta paciente bajo el diagnóstico de **anorexia nerviosa subtipo purgativo** (DSM 5, 2013).

TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN

El tratamiento constó de 20 sesiones de frecuencia semanal más 5 sesiones de seguimiento quincenales, todas ellas en régimen ambulatorio.

Fase de alianza terapéutica y motivacional

Las sesiones iniciales se caracterizaron por el fomento de la **alianza terapéutica**, usando la escucha activa y la empatía. También se comenzaron a explorar las áreas de funcionamiento de la paciente: ocupacional, relacional, familiar, etc., incluidas el sistema de creencias pro-anoréxicas y las costumbres de alimentación. La autoimagen se evidencia alterada en todos los ámbitos: “no me gusto, nunca me he gustado”.

Se empezó a trabajar también la motivación para el cambio y la conciencia del problema desde varios frentes. Uno de ellos fue colocar el problema de los trastornos de la alimentación en un **marco cultural**, con el fin de poner de relieve las exigencias sobre la imagen y otros aspectos a las que puede haber estado sometida y la procedencia de mensajes pro-anoréxicos que se reciben a menudo por parte de la sociedad y que llegan a modelar nuestras creencias y conductas. Si analizamos superficialmente la obsesión de la sociedad con la pérdida de peso y la apariencia, podemos concluir que la insatisfacción con el propio cuerpo y el hipercriticismo con la gordura esta socialmente validado. Estamos centrados en los cambios fáciles y en siempre tener lo que queremos a toda costa de forma rápida. Además se planteó, como principio de la terapia de Aceptación y Compromiso, que no es necesario esperar a ser felices o controlar nuestros pensamientos y sentimientos antes de cambiar nuestras conductas.

Paralelamente indagamos acerca de los **valores de la paciente**, clarificándolos y determinando lo que era importante para ella con el fin de facilitar la cooperación en su rehabilitación física y psicológica. Los estudios, los amigos, el deporte... eran un importante motor en su vida y suponían áreas que, según fuimos hablándolo, ahora mismo le hacían sentirse triste por la pérdida que el trastorno había supuesto en su funcionamiento interpersonal y social. Como tarea, propusimos escribir una carta dirigida al mismo trastorno de la conducta alimentaria en la que se reflejaba cómo había sido su relación con el trastorno y un balance de ganancias y pérdidas.

También se elaboró una línea temporal en la que reflejamos sus eventos vitales principales de los que antes hablamos y cómo había fluctuado sus intentos por cambiar su físico. Como técnica en imaginación utilizamos el ejercicio del “conductor del autobús”. Ella imaginaba que era la conductora de un autobús que conducía por el “camino de sus metas vitales”. Los pensamientos automáticos relacionados con el peso y la imagen eran pasajeros del autobús, impertinentes e impacientes que querían que la conductora cambiase el rumbo hacia el “camino de la anorexia”. Este ejercicio persigue el objetivo de aprender a detectar los pensamientos negativos sin actuar de acuerdo a su contenido y mantener la dirección hacia los valores de la persona (Heffner et al., 2002).

Se hizo hincapié en la llamada “**desesperanza creativa**” (Pearson, Follete y Hayes (2012), razonamiento en el que se pone de relieve que las estrategias que la paciente ha ido poniendo en marcha para mejorar su satisfacción con su autoimagen corporal y sentirse mejor consigo misma no le han sido efectivas. La paciente se hizo consciente de que las acciones que utilizó para aumentar la satisfacción no sólo no le funcionaron si no que le estaban empeorando.

Tratamos temas de conflictos familiares, relatando la paciente su historia biográfica y encuadrando el trastorno dentro de un **contexto relacional**. En este momento ya observamos que la paciente presentaba problemas en los patrones relacionales, vulnerabilidad ante estresores, déficit de estrategias de afrontamiento ante los conflictos, labilidad emocional, oscilaciones de la autoimagen y de la confianza en los demás.

Intentamos reunir apoyo social citando a la pareja y a los familiares. Comenzamos a introducir a la paciente en la no evitación de las emociones, animando a “transitar las experiencias” y a gestionarlas más que a evitarlas y realizar sus actividades a pesar de sus sensaciones.

Programa conductual

Una vez trabajada esta fase más motivacional, nos fuimos introduciendo en la comprensión de las conductas y en las actitudes disfuncionales relacionadas con el **TCA** que la paciente presentaba: restricción alimentaria, episodios subjetivos de sobreingesta, ejercicio intenso, métodos purgativos, etc.

Se instauró un **programa conductual**, en conjunto con el servicio de enfermería, que también hacía un seguimiento del cumplimiento de la dieta, registraba su presión arterial y la pesaba al principio de forma semanal y después de forma quincenal.

No se limitó el ejercicio físico, ya que era una actividad placentera y lo establecimos como una conducta saludable que la orientaba a una ganancia de masa muscular y aumento del apetito. Se pautó entonces un ejercicio moderado en un marco social para dotar de “sentido” también a estas actividades. Comenzó a quedar con amigas para ir a patinar de una forma saludable. En cambio se dieron alternativas para el ejercicio que solía realizar en su habitación después de las comidas (abdominales y saltos). Se reforzó el permanecer acostada tras las comidas asociándolo al hecho de ver un episodio de su serie favorita. Se pidió la colaboración de su pareja y su hermana para estar con ella en esos momentos. En consulta se fue trabajando la percepción de la silueta y las distorsiones de la imagen con pruebas de realidad y reforzando socialmente la progresiva ganancia de peso y el cumplimiento de la dieta. Limitamos el acceso a las webs de contenidos relacionados con la alimentación y la silueta haciendo una toma de decisiones de si eso era una solución válida para su problema de TCA.

Entrenamiento en mindfulness

En este momento incluimos también estrategias basadas en la aceptación y el **mindfulness** para el manejo de los pensamientos automáticos, las imágenes y los miedos. El objetivo fue prevenir la respuesta conductual anoréxica en reacción a esos eventos mentales, aceptarlos con flexibilidad, distanciándola de sus pensamientos. Los métodos que se usan en la ACT son el uso de paradojas, metáforas y ejercicios experienciales. Estas tres herramientas son clave para el logro del cambio (García, 2006). En concreto, con esta paciente se usaron algunas técnicas que describimos a continuación:

“La parada del pensamiento en imaginación”: si pensaba “estoy gorda” imaginaba la frase escrita en una tarjeta y cómo el pensamiento salía volando con el viento, evitando juzgarlo, cuestionarlo o creer su contenido (Heffner y cols., 2002).

La técnica de “body scan” va dirigida a recuperar las sensaciones de hambre y saciedad, y también a identificar y tolerar las respuestas del cuerpo ante una digestión normal. Implica poner especial atención en las sensaciones interoceptivas y aceptarlas sin etiquetarlas, juzgarlas y sin anticiparse a lo que va a pasar después (Kabat-Zinn, 2003).

El “comer consciente” consiste en aplicar el mindfulness a la ingesta de alimentos, comiendo despacio y consciente, con los sentidos puestos en el color, sabor, olor, texturas y sensaciones táctiles que proporcionan los alimentos. También se intentan identificar las emociones que sentimos antes, durante y después de comer. Fue especialmente útil para eliminar los atracones y eliminar el componente aversivo que tenían las comidas.

Usamos también metáforas de no control sobre el curso del pensamiento, por ejemplo la “metáfora del incendio” que se narra así: “se desata un incendio en tu habitación y tienes que salir rápido, pero hay dos requerimientos para salir: 1) necesitas tranquilizarte, incluso estando la habitación en llamas y 2) necesitas creer que puedes abrir la puerta con tu mente antes de que puedas levantarte de la silla para abrirla. Se le explicó a la paciente que obviamente ella se levantaría y abriría la puerta sin esperar a controlar la emoción y los pensamientos. Ejecutar la acción que desea sin esperar a que cambien sus eventos internos. Igualmente ella podría comer y coger peso a pesar de que los pensamientos y sensaciones le dijeran lo contrario, y podría hacer más amigos a pesar de que los pensamientos le dijeran que era una incapaz.

Le propusimos a la paciente usar ejercicios de defusión cognitiva. Veamos un ejemplo. Si tenía el pensamiento “no me gusta mi cuerpo”, el primer paso consistía en “fusionarse” con el pensamiento tanto como pudiera, creérselo tanto como pudiera durante un minuto, más tarde poner por delante el hecho de que es sólo un pensamiento: “Estoy teniendo un pensamiento sobre que no me gusta mi cuerpo”. Después cambiarlo por: “Estoy notando que estoy teniendo un pensamiento sobre que no me gusta mi cuerpo”

Otro ejemplo de los ejercicios que usamos fue el que describimos a continuación, que su autor, Harris (2009), lo denominó “hojas en un arroyo”. Consiste en visualizarse a uno mismo sentado en la orilla de un arroyo con hojas flotando por la superficie del agua. Luego, empezar a colocar cada pensamiento, ya sea alegre, placentero, desagradable o triste, encima de una hoja y ver cómo se alejan. No estas deshaciéndote de los pensamientos cuanto antes, si no observándolos. Si el flujo de pensamiento para, deja correr el arroyo hasta que vuelvan a aparecer. No hay que hacer correr el flujo del arroyo demasiado rápido o demasiado lento. Los pensamientos que critiquen el mismo ejercicio también deben ser puestos en una hoja. Si la hoja se atasca, no intentamos que se mueva, esperamos a que vuelva a la corriente por sí sola.

Estrategias de control

Durante la evaluación, y de cara al tratamiento, fue importante **identificar las estrategias de control**, que son las conductas o creencias que se han convertido en reglas que guían el comportamiento y que mantenían a la paciente en el campo de los “pensamientos” y en las que no se permitía “sentir”. Por ejemplo, era común que describiera situaciones de conflicto familiar desde la racionalización y que no hablara sobre la tristeza o el enfado que pudiera haber detrás. En cambio, se veía inmersa en tareas, pensamientos y situaciones relacionadas con la alimentación, la figura o el peso. Normalmente estas estrategias producen un alivio a corto plazo y un sufrimiento “extra” a largo plazo.

Por ejemplo, la paciente comprobaba si sus piernas se rozaban entre sí al andar (lo que significaba para ella que “estaba gorda”), y en el caso de que percibiera que se rozaban (aunque tan solo fuera un poco), decidía no salir ni quedar con nadie porque anticipaba que se iba a sentir inferior e insegura.

Fue importante aquí el hecho de identificar aquellas situaciones que estaban siendo evitadas y que el hecho de no exponerse a ellas, ni resolver los problemas que éstas le generaban, le estaba restando oportunidades de acercarse a objetivos, metas y áreas a las que ella sí quería dar un papel relevante en su vida.

La paciente tenía verdaderos problemas para afrontar situaciones de la vida cotidiana, sobretodo respecto a situaciones sociales, pocas habilidades y un gran malestar que provenía de su núcleo familiar en el que ella se había triangulada por sus padres. Estas situaciones vitales parecían ser para ella mucho más incontrolables que la alimentación, la preocupación por la bajada de peso y la comprobación de la forma de su figura.

Se le hizo ver que este tipo de conductas no eran malas o dañinas en sí, pero que no le estaban sirviendo para encontrarse mejor y que, al contrario, cuanto mayor control ejercía y más se embarcaba en estas conductas y temáticas, peor se sentía emocionalmente.

Para que la paciente viera claro este punto, se procedió a realizar un listado de conductas y esfuerzos que ahora mismo y en el pasado había hecho con la intención de

cambiar su cuerpo versus (en otra columna) las áreas de su vida en las que te puede ir bien o mal dependiendo de tu físico (relaciones, ocio, deportes, estudios, familia). Para esto nos poníamos en el lugar de una persona con obesidad. La paciente reconoció que pocas áreas de la vida se ven afectadas por tener un físico u otro y además le sirvió para aceptar el deterioro que estaban sufriendo sus relaciones, su familia y otras áreas por poner sus fuerzas en el TCA. Ella abandonó sus estudios de arte en otra ciudad para volver a casa cuando empezó a encontrarse mal y la bajada de peso fue evidente.

Cuando comenzó los estudios tuvo problemas para relacionarse con los compañeros de clase, debido sobretodo a su introversión, a su alta autocrítica y a su falta de habilidades sociales, lo que le hizo meterse en una espiral de aislamiento y focalizar su atención en la autoimagen y la alimentación. Las pocas relaciones que tenía, según narraba la paciente, estaban muy sujetas al tema en común de la imagen corporal. Se sentía cercana a algunas chicas que también hablaban acerca de la insatisfacción con sus cuerpos.

Su estado de ánimo bajó considerablemente. Llegó a pensar que si perdía peso su imagen mejoraría y que sería mas aceptada por el nuevo círculo de amistades, idea que se reestructuró al preguntarle si lo había conseguido o si por el contrario cuanto más cerca estaba de conseguir su peso ideal, menos relaciones tenía.

Otra estrategia de control consistía en vestir ropa de la talla XS o 34. Si no entraba en una de esas tallas, abandonaba la tienda y se iba decepcionada, avergonzada y sintiendo una enorme tristeza y culpa por no conseguir su objetivo. La creencia que se esconde detrás de esa conducta es que “es inaceptable entrar en tallas superiores aunque sea mas saludable”. Además, solía evitar actividades como comer en público o con amigos o ir a la playa o a la piscina. Con su estado físico tampoco podía realizar ejercicio y se cansaba con actividades de baja exigencia, como subir escaleras.

En todo momento se validaron estas estrategias como parte de la relación con su cuerpo, como soluciones intentadas a su problema y como evitación de un estado emocional desagradable. Se señaló que las estrategias no se deben juzgar como buenas o malas. Por el contrario, hay algunas estrategias que, aunque son útiles en un primer momento, no son útiles a largo plazo. Hablamos sobre la diferencia entre dolor (la emoción primaria que podemos sentir ante algunas situaciones) y sufrimiento (el malestar indirecto producto de nuestros esfuerzos por evitar sentir el dolor).

Autoimagen

Más tarde abordamos de lleno los problemas de autoimagen corporal y su relación de ésta con sus miedos sociales y sus problemas familiares. Propusimos la hipótesis de que sus miedos a una evaluación negativa por parte de los demás y su ansiedad social podrían estar siendo evitados mediante una focalización en la figura corporal y en las conductas alimentarias. Por ejemplo, la paciente evitaba ser vista comiendo (“la gente puede pensar que qué hace comiendo así una chica tan gorda”, “nadie quiere salir con una chica gorda”, “la gente se fija en mis piernas, siento que chocan una con la otra”) y esto puede haber estado siendo reforzado desde la

adolescencia: los episodios de acoso escolar centrados en su imagen, ese estigma social relacionado con la obesidad y ya de adulta que haya vinculado las experiencias de rechazo social con la apariencia y el peso.

El exponerse a situaciones sociales activaba ciertas creencias y pensamientos automáticos de rechazo relacionados con su autoimagen que le resultaban desagradables. Ante estos pensamientos tendía a usar la evitación como estrategia de control. El aislamiento que se empezó a dar desde edad temprana ha podido bloquear el aprendizaje de habilidades sociales eficaces y así caer en una profecía autocumplida relacionada con el rechazo y de alimentar su falsa creencia de que sus relaciones sociales no funcionan porque es poco atractiva, porque tiene sobrepeso y caer en esfuerzos de control haciendo dieta y bajando peso.

Entonces concluimos que, aunque ella pensara que tenía un problema con el peso y la alimentación, desde la perspectiva de la teoría de Aceptación y Compromiso se entiende que la raíz del problema es un miedo al rechazo y a una evaluación negativa por parte de los demás. En este punto, el miedo al rechazo fue validado como emoción y como realidad (es real que hay gente que rechazaría a otros por su peso), pero puntualizamos que el miedo no es principalmente por el peso si no por el hecho de ser rechazada en sí.

Hablamos sobre el hecho de que ser aceptado por los demás es, en gran medida, incontrolable y que siempre va a existir una posibilidad de rechazo, no importa el peso y la figura en esto. Además, se trató el miedo a la soledad y el hecho de que podría haber estado buscando en la figura ideal una huída de la soledad y de la incontrolabilidad de eventos estresantes en su vida, sobretudo por los acontecimientos familiares.

Podemos ver que, al igual que en otros muchos casos de TCA, el problema no es el peso, ni siquiera la autoimagen. Estas áreas, como hemos dicho antes, suponen una distracción del problema principal del que emanan todos los demás: **el problema del control**. En la vida de nuestra paciente había muchas áreas en las que la paciente había vivido situaciones difíciles (o traumáticas), con una importante dificultad con el apego a sus figuras cuidadoras principales. Ella expresaba una postura de indefensión aprendida ante las disputas de sus progenitores y las frecuentes crisis de su madre. Por otro lado, su falta de recursos para las relaciones sociales le hacían inhibirse y buscar relaciones marcadas por la exigencia en la imagen corporal, donde ella se sentía cómoda.

Para tratar el problema del control con la paciente se le animó a hacer un listado de situaciones de su vida, diferenciándolas en dos categorías: controlables y no controlables. Las controlables incluían aquellos aspectos que dependían directa o indirectamente de sus actos. Por ejemplo: “yo puedo estudiar y así sacar el curso”, “yo puedo dejar de comer y así adelgazar”. Los aspectos no controlables eran aquellas facetas en las que tendría que aceptar que su desarrollo no dependía de sus conductas, por ejemplo: “yo puedo adelgazar y a pesar de eso no caer bien a algunas personas”, “yo no puedo evitar que mis padres se lleven mal”.

Autoestima

El autoconcepto fue tratado como objetivo prioritario, ya que la evaluación mostró que la paciente tenía una visión profundamente negativa y persistente de sí misma en todas las áreas (estudios, relacionales, metas personales...). La baja autoestima es común en pacientes con TCA; muchas veces es un factor predisponente al trastorno y si no se trata puede llegar a interferir en la eficacia del tratamiento.

La paciente mostró un buen insight y reconoció la importancia de trabajar sobre el “autodiscurso”. Analizamos el hipercriticismo que siempre había teñido el discurso y el lenguaje interno de la paciente y cómo éste había ido modelando las decisiones que la paciente había ido tomando en su biografía. Se hicieron pruebas de realidad y reescribimos su “historia de vida” de forma indulgente consigo misma y centrándonos en metas, habilidades conseguidas en consonancia con sus valores y no reforzadas hasta ahora.

Además se le dotó de algunas habilidades sociales y se le animó a que retomara algunas antiguas amistades que había dejado de lado entre el irse a estudiar fuera y el aislamiento. Se fueron trabajando los conflictos y la ansiedad ante situaciones sociales concretas y se reforzó socialmente los logros en este sentido. De esta forma, ella comenzó a sentirse cada vez más segura y aceptada. Se le pidió que cada día apuntara algo que hubiera hecho que le llevase hacia lo que para ella era importante.

Fue básico que ella estableciera la diferencia entre sus valores (por ejemplo: “quiero estar sana”) y los mandatos críticos del propio trastorno (por ejemplo: “estas gorda”). Aprendió a dirigir su conducta hacia lo que para ella era importante (valores) en lugar de hacia donde le dirigían sus tendencias perfeccionistas. Se entrenó en identificar autoverbalizaciones críticas (por ejemplo: “soy inútil”, “soy fea”, “soy gorda”, “caigo mal”) y asumir que son sólo productos de nuestra mente que muchas veces no podemos controlar y que no deben tomarse como verdades, si no que, ante ellos, ella podía elegir seguir su camino hacia el cuidado de las facetas de su vida que quería ver mejoradas.

Ámbito Relacional

Los procesos interpersonales contribuyen notablemente en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación. El aislamiento social y los conflictos típicos de los TCA suelen ir disipándose en la medida que disminuye el problema de alimentación, aunque hay pacientes, como la que nos ocupa, en los que se debe incidir directamente en los problemas interpersonales, ya que el TCA y los problemas interpersonales están interaccionando (Fairburn, Cooper, Shafran 2003).

Desde las primeras sesiones en las que se le pidió a la paciente que acudiera acompañada de sus familiares, se detectaron conflictos y procesos familiares disfuncionales que pudieran estar intensificando las resistencias a comer de la paciente. Hay estudios que indican que las dificultades interpersonales (las familiares en concreto) tienen gran repercusión en el autoconcepto y la autoestima, y a su vez

aumenta el riesgo de que los objetivos de la paciente se focalicen en metas relacionadas con el peso y la comida. Por estos motivos se decidió intervenir sobre las estrategias de comunicación y modificación de las dinámicas familiares.

En concreto, sugerimos que la madre iniciase su propia terapia (teníamos sospecha de que pudiera padecer un trastorno mental grave) y que el matrimonio iniciaran una terapia de pareja. En este caso, era bastante claro que el ambiente de peleas, rechazo y alta emoción expresada contribuía a las preocupaciones acerca del control de la alimentación, la figura y el peso. Así mismo, se proporcionó a los familiares información acerca de la enfermedad y de cómo podían ayudar a la paciente.

Además, consideramos relevante el aspecto de **transición de rol**, ya que el trastorno había surgido en un momento en el que la paciente se había independizado de la familia (ella tenía un papel de apaciguadora) y se procedió a aplicar de forma complementaria la terapia IP, aplicada a los TCA de Fairburn (Fairburn, 1997).

Trabajamos también sobre los sentimientos que le producían la independencia de su familia, los miedos reales o imaginarios que éstos suponían y la sensación de “estar atrapada”. Se le intentó dotar de ciertas herramientas para asumir un rol de mujer emancipada. Nos marcamos como objetivos el retomar los estudios, buscar alguna forma de sustento económico y en general realizar esfuerzos en la medida de lo posible para no depender económicamente de sus padres.

Como sucede en muchos casos de TCA, la familia y el entorno de la paciente reforzaban ciertas conductas y actitudes dañinas. La paciente hablaba con la familia (madre y hermana) acerca del físico de las personas que salían en la TV y a ella le molestaba la forma que tenían de comentarlo, según ella muy crítico y sin tener en cuenta su problema de alimentación. En este caso se focalizaba más en la experiencia y en las emociones elicítadas que en el contenido del conflicto o en la naturaleza específica de la insatisfacción.

Otros objetivos más generales fueron el entrenar a padres, hermanos y pareja a acompañar a la paciente durante el proceso sin caer en la rigidez y la sobreprotección, enseñarles a discriminar y manejar situaciones de riesgo para la paciente relacionadas con el TCA y con la salud mental, aumentar la calidad y cantidad de interacciones familiares positivas y entrenarlos en habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

Existían problemas importantes entre los padres de la paciente. Había muchas discusiones violentas y situaciones de conflicto. Normalmente discurrían en esta secuencia: la madre le recriminaba alguna conducta al padre, comenzaban a discutir entre ellos y la paciente les intentaba parar, el padre abandonaba el hogar un tiempo y la madre solía estar aislada y malhumorada con los hijos durante ese tiempo, dejaba de ocuparse de las tareas de la casa, dejaba de preparar las comidas y nuestra paciente la relevaba.

Durante la terapia, la pareja vino a verla a temporadas, incluso pensó en quedarse un tiempo. Esto fue un motivo de discusión entre padre e hija. Muchas peleas ocurrían durante las comidas que era la hora en la que todos estaban juntos. En ocasiones el padre se levantaba y abandonaba el hogar dejando la comida en la mesa. A nuestra paciente es, de los tres, a la hija a la que más afectaban las discusiones y cuando algo de esto sucedía, sus conductas restrictivas y purgativas solían aumentar.

Como hemos manifestado anteriormente, se citó a todos los miembros de la familia con el objetivo de explicarles cómo las pautas de interacción contribuían al mantenimiento del problema de alimentación y que era necesario modificarlas.

En las últimas sesiones se cerró la relación terapéutica y se intentó perpetuar el compromiso con el cambio con la “**acción comprometida**”, es decir, que la paciente se comprometiera a seguir en dirección a sus valores personales (sus amistades, su futuro, sus estudios) pese a que esto implique sentir un malestar al exponerse a sus eventos privados negativos.

RESULTADOS

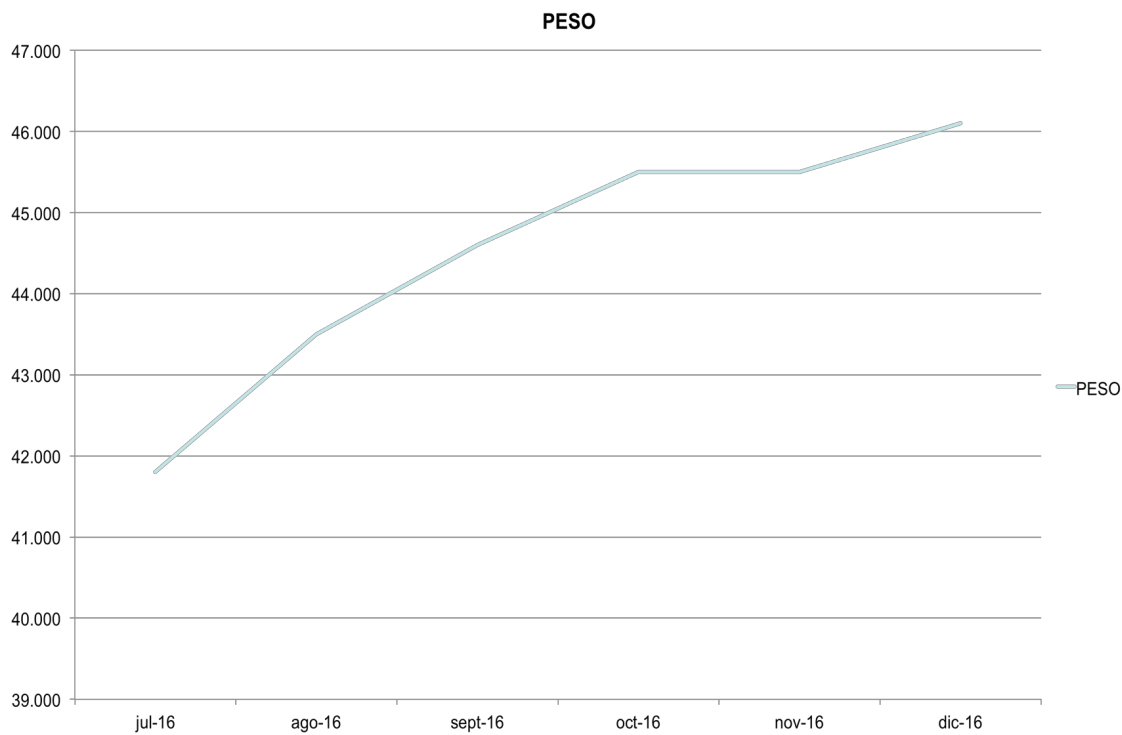
Como podemos ver en los datos de la tabla, se aprecia una mejoría en todos los indicadores del trastorno de la conducta alimentaria, sobretodo en bulimia (el aspecto más comportamental) y también en el índice de riesgo para padecer el trastorno. Estos resultados están acordes con los objetivos de intervención marcados en terapia, que recordemos que eran no reducir los pensamientos, si no crear una tolerancia y, a pesar de éstos, dirigir su conducta a aspectos saludables en consonancia con sus valores.

	EDI-3 PRE	EDI-3 POST
Obsesión por la delgadez	91	79
Bulimia	87	38
Insatisfacción corporal	94	64
Indice de riesgo	97	59

Resultados pretest-posttest en la escala EDI-3 (a los 6 meses).

Por lo que respecta al peso, al principio de la terapia consensuamos con la paciente el objetivo de llegar como mínimo a los 45 kilos de peso para salir de la zona de peligro de delgadez extrema. Cuando lo consiguió volvimos a marcar como objetivo alcanzar los 47 kilos de peso dentro de una delgadez aceptable.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del peso de la paciente desde el inicio de la intervención hasta el seguimiento de la eficacia del tratamiento:



CONCLUSIONES

Este caso se abordó de forma ambulatoria, en coordinación con el servicio de enfermería y endocrinología, efectuando control de peso y de la ingesta. La psicoterapia se llevó a cabo con una frecuencia semanal y una duración de 8 meses.

Se desarrolló en el marco de la teoría ACT (aceptación y compromiso), además de intervenciones en el ámbito familiar. El criterio de éxito terapéutico en un primer momento fue alcanzar un peso dentro de los parámetros de infrapeso tolerable.

Podemos afirmar que la paciente se benefició del tratamiento, ya que tras el seguimiento durante 8 meses encontramos una notable mejoría en el estado de la paciente (remisión del TCA).

Esta mejoría se reflejó tanto en los resultados de la evaluación posterior al tratamiento (peso, EDI 3), como en el incremento de las actividades cotidianas de la paciente en función de sus valores (ocio, estudios, relaciones sociales, etc.).

La paciente estaba especialmente concienciada y orgullosa de haber solucionado algunos problemas interpersonales, de haber sido capaz de crear una red social y de que,

pese a que los problemas familiares continuaban, ella se mantenía más al margen de las discusiones. Así mismo, reconocía que a pesar de que las ideas sobre la alimentación aparecían, conseguía seguir una dieta saludable sin que esto le afectara. Se sentía convencida de que a partir de ahora podría solucionar los problemas interpersonales que pudieran surgir.

Aunque numerosas investigaciones avalan la eficacia de la ACT en los TCA, como crítica, podemos manifestar que revisiones recientes (Linardon, 2017) no han encontrado resultados concluyentes de la eficacia de la terapia ACT en algunos aspectos del tratamiento de la anorexia nerviosa, resultando contradictorias con lo expuesto.

Por este motivo, consideramos que sería necesaria la realización de mayor número de investigaciones, recopilar más información y examinar de manera más exhaustiva la eficacia de esta terapia, para poder concluir que, efectivamente, aporta avances para tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association., Kupfer, D.J., Regier, D.A., Arango López, C., Ayuso Mateos, J.L., Vieta Pascual, E., y Bagny Lifante, A. (2014) DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio García, M.E., Sánchez López, M.P. (1999) Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millon de estilos de personalidad. *Anales de psicología* 1999 vol 15 nº2, 191-211. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16715204>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206. DOI:[10.1177/1073191104268029](https://doi.org/10.1177/1073191104268029).
- Barrera Francés, A. (2016) Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Universidad de Zaragoza, Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/56685/files/TESIS-2016-183.pdf>
- Bays, J. (2009). *Mindful eating*. Boston: Shambala.
- Bell, C., Bulik, C, Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., De Maso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonigan, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J, Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J. Westermeyer, J., Wifley, D. Y Wonderlich, S. (2000) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revisión). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento 1-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10642782>
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17, 426–434. DOI [10.1002/erv.962](https://doi.org/10.1002/erv.962)

- Cabetas Hernández, I (2004) Desnutrición en anorexia nerviosa: enfoque psicossomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutr. Hosp. Col.* 19 no.4 Madrid. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112004000400004
- Cooper, Z. Y Fairburn, C.G. (2011) The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse *Cogn Behav Pract.* 2011 Aug; 18(3): 394–402. doi: [10.1016/j.cbpra.2010.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007)
- Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., Calugi, S. (2016) Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 2016Jan;18(1):2. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-015-0643-4>
- Fairburn, C.G. (1997) - Handbook of treatment for eating disorders. Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003) Behavioral research therapy. 2003 May; 41(5):509-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711261>
- Fletcher, L. Y Hayes, S.C. (2005) Relational Frame Theory, Acceptance and commitment therapy and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational- emotive and cognitive behavioral therapy*, 23(4), 315-336. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., Gustafsson, S.A. (2016) A qualitative analysis of participants’ reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy *J Eat Disord.* 2016 Dec 12;4:29. doi: 10.1186/s40337-016-0120-4.
- García, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé*, 5(2), 287-304. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147838>
- Garner, D.M. y Garfinkel, M.D. (1982) Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *The international journal of psychiatry in medicine.* Volume: 11 issue: 3, page(s): 263-284 <https://doi.org/10.2190/R55Q-2U6T-LAM7-RQR7>
- Garner D.M. and Bemis K.M. (1982): ‘A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa’ *Cogn. Ther.Res.* 1982; 6:3. <https://link.springer.com/article/10.1007%2F01183887>
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94-144). New York, NY, US: Guilford Press. ISBN 9781572301863.
- Garner, D.M. (2004). Eating Disorder Inventory - 3 Professional Manual. Psychological Assessment Resources.
- Halmi, K.A., Agras W.S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G.T, Bryson, S.W., Kraemer, H.C. (2005) Predictors of Treatment Acceptance and Completion in Anorexia Nervosa Implications for Future Study Designs. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 62:776-78. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03327569>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8991302>

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds) (2001) *Relational frame theory: a post- skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press. ISBN 9780306466007.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change* (2ª ed.). New York, NY: Guilford Press. ISBN 9781462528943
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236. [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Heffner, M., & Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal suffering, and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175–190. https://contextualscience.org/juarascio_forman_herbert
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M.L, Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. DOI: [10.1177/0145445513478633](https://doi.org/10.1177/0145445513478633)
- Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 42-47. doi:10.1016/j.jcbs.2014.11.002
- Kabbat- Zinn, J. (2003) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology Science and practice*, 10:2, 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kleifield, E. I., Wagner, S., & Halmi, K. A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 715-737.
- Kristeller, J., Wolever, R.Q. & Sheets, V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial Mindfulness (2014) 5: 282. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
- Linardon, J., Fairburn, C.G., Fitzsimons- Craft, E.E., Wilfley, E., Brennan, L (2017) The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. Volume 58, December 2017, Pages 125-140. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.005.
- Lindvall, C., Wisting, L. Y Ovind, R. (2017) Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non- clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5:56. DOI: 10.1186/s40337-017-0186-7

- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- López, M. y Diéguez, M. (2007). «No pienses en un oso blanco». Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99), 85-89. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/154918>
- Manlick, C. F., Cochran, S. V. y Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *The Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 115-122. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9223-7>
- Menárguez Bailén, M. (2015) La Terapia de Aceptación y Compromiso en trastornos de la conducta alimentaria. *Universidad Miguel Hernández*. <http://dspace.umh.es/>
- Merwin, R.M., Zucker, N.L., Timko, C.A. (2013) A Pilot Study of an Acceptance-Based Separated Family Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Cogn Behav Pract.* 2013 Nov; 20(4): 485–500. doi: [10.1016/j.cbpra.2012.11.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.11.001)
- Millon, T. (1994) Millon Index of Personality Styles. San Antonio: The psychological corporation. Traducción al español (1997). Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B y Baker, L. (1978) Psychosomatic Families. *Harvard University Press. London*.
- Mizes, S. J., & Kleges, R. C. (1989). Validity, reliability, and factor structure of the Anorectic Cognitions Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14 589–594. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00208](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00208)
- Murphy, R., Straepler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 611–627. DOI:[10.1016/j.psc.2010.04.004](https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004)
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M. Holmgren, S, Ghaderi, A. (2016) A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 272. doi: [10.1186/s12888-016-0975-6](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6)
- Pearson, A. N., Heffner, M., & Follette, V., M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of Acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181–197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>
- Peterson, C.B. y Mitchel, J.E. (1999) Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders. A review of research findings. *Journal of clinical psychology/In sesión. Psychology in practice*, 55(6) 685-697. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199906\)55:6<685::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:6<685::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y)
- Rosling , A.M., Sparen, P., Norring, C., Von Knorring, A.L. (2011) Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000. *Int J Eat Disord.* 2011; 44: 304–310. PMID: 21472749 DOI:[10.1002/eat.20827](https://doi.org/10.1002/eat.20827) Source: PubMed.

- Safer, D.L., Telch, C.F., Agras, W.S. (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The american journal of psychiatry*. Vol. 158:4 632-634. DOI:[10.1176/appi.ajp.158.4.632](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632).
- Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. *Psicothema*. Vol.13 n°3, pp.381-392. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=461>
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152 (7): 1073-4. DOI: [10.1176/ajp.152.7.1073](https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073) · Source: [PubMed](#).
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Fear, J.L., Pickering, A. (1998) Outcome of anorexia nervosa: a case control study. *Am.J. Psychiatry* 1998;155:939-946 <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.939>
- Steinhausen, H.C., Rauss Mason, C., Seidel, R. (1991) Follow up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol. Med*. 1991;21:447-454. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.155.7.939>
- Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K.R. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011; 68:714-723. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.22](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22)
- Toro, J. y Villardell, E. (1987) Anorexia nerviosa. *Ed. Martinez Roca, 1987. ISBN 13: 9788427011359*