


Tratamiento de un caso de bulimia centrado en los problemas del yo como factor transdiagnóstico desde la Psicoterapia Analítica Funcional

Treatment of a case of bulimia centred on the problems of the self as a transdiagnostic factor from Functional Analytic Psychotherapy

Rafael Ferro-García y María Rodríguez-Bocanegra
Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Granada, España

Resumen: El aumento en la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), así como la dificultad que supone su intervención terapéutica, caracterizada por, entre otros factores, la elevada tasa de abandono del tratamiento, hace de ésta una problemática de gran interés a nivel clínico. Este trabajo expone la intervención de una mujer de 24 años con un TCA. Mostraba un problema de Bulimia con una duración de más de 4 años, y una pobre respuesta al tratamiento cognitivo-conductual con farmacoterapia. Además, mostraba crisis de ansiedad, trastornos emocionales y de sueño. Se intervino desde la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) con un total de 40 sesiones clínicas a lo largo de 20 meses de tratamiento, además de dos sesiones de seguimiento presenciales y otra telefónica al año de finalizar la intervención. Los resultados en las medidas pre/post de los distintos cuestionarios muestran unos cambios significativos, puntuaciones AAQ 47 al comienzo y de 31 al final, BDI-II con 19 indicando depresión moderada y 8 al concluir puntuaciones normales. EOSS total de 210 al principio y de 100 al final siendo normales. Los informes de la cliente y de su familia, indican que la cliente no presenta problemáticas relacionadas con el TCA.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, estudio de caso clínico, Psicoterapia Analítica Funcional

Rafael Ferro García  [0000-0002-0462-4940](https://orcid.org/0000-0002-0462-4940) es doctor en Psicología. Trabaja como psicólogo clínico en el Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. de Granada.

María Rodríguez-Bocanegra  [0000-0002-1408-9507](https://orcid.org/0000-0002-1408-9507) es especialista en Terapias Contextuales y Máster en Psicología General Sanitaria. Trabaja como psicóloga en el Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. de Granada.

Para citar este artículo: Ferro-García, F. y Rodríguez-Bocanegra, M. (2024). Tratamiento de un caso de bulimia centrado en los problemas del yo como factor transdiagnóstico desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Clínica Contemporánea*, 15(2), Artículo e11. <https://doi.org/10.5093/cc2024a9>

La correspondencia sobre este artículo debe ser enviada a Rafael Ferro-García. E-mail: rferro@cop.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Abstract: The increase in the prevalence of Eating Disorders (EDs), as well as the difficulty of treating such disorders, characterized, among other factors, by a high treatment abandonment rate, defines this problem as being of great interest at clinical level. The present study describes intervention in the case of a 24-year-old woman with ED. She had a bulimia problem lasting more than four years, and a poor response to cognitive-behavioral treatment with pharmacotherapy. She also suffered anxiety crises, and emotional and sleep disorders. The intervention was based on Functional Analytical Psychotherapy (FAP), with a total of 40 clinical sessions over 20 months of treatment, in addition to two face-to-face follow-up sessions and another telephone follow-up one year after the end of the intervention. The results of the pre/post measures of the different questionnaires showed significant changes, with AAQ scores of 47 at the beginning and 31 at the end, and BDI-II 19 indicating moderate depression and 8 at the end, with normal scores. The EOSS total score was 210 at the beginning and 100 at the end, proving normal. The reports of the patient and her family indicate that there have been no further problems related to ED.

Keywords: Eating disorders, clinical case study, Functional Analytical Psychotherapy

El interés creciente por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en psicoterapia se debe sin lugar a dudas a varios aspectos: al incremento significativo en su prevalencia, a su elevada tasa de mortalidad, y a su dificultad terapéutica. Ésta se caracteriza por una elevada tasa de abandono, por una baja motivación de los y las pacientes al cambio y por la alta comorbilidad con otras problemáticas, como los trastornos del humor y los Trastornos de Personalidad (TP), siendo los más comunes los TP dependiente, histriónica, narcisista y compulsiva (Martín-Murcia, 2010; Martín-Murcia et al., 2008).

Según Martín-Murcia (2006), el incremento tanto de los TP como de TCA puede ser debido a ciertas condiciones sociales actuales como la promoción de conductas dependientes, de una excesiva importancia a la imagen, de estilos personales teatrales, y del reforzamiento de comportamientos controladores e hiper-reflexivos. Para Casanova et al. (2018), los factores etiológicos serían multicausales. Señalan entre los factores de riesgo o predisponentes de los TCA los factores genéticos, la edad (entre 13 y 20 años), el sexo femenino, la obesidad, los factores familiares (antecedentes familiares de problemas de salud mental, adicciones, obesidad materna, etc.), los factores sociales, como los valores estéticos dominantes, los factores descritos como temperamentales (trastorno afectivo, la introversión, la inestabilidad) y la comorbilidad con otros trastornos (ansiedad, trastornos del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Según Martín-Murcia et al. (2010), parece clara la relación entre los factores familiares y el soporte social en la evolución y el pronóstico de los TCA. Más específicamente, un peor pronóstico en los TCA se relaciona con una dinámica familiar disfuncional. Cuando el tipo de interacciones familiares pasan de un extremo de frialdad (dificultad para expresar emociones, afecto y para tener relaciones de intimidad) a la invasividad (sobrepotección paterna, ansiedad en el trato con los hijos, etc.). Y también por tener pocos recursos sociales. Incluiríamos la invalidación de los padres hacia los hijos. Además, siguiendo a estos autores, existen factores que facilitan la evolución y el buen pronóstico de estas problemáticas como: la ausencia de alta conflictividad familiar, un manejo adaptativo de los problemas familiares, y a nivel personal, tener un soporte social y unos contextos de relaciones significativas: de amistad, pareja, etc.

La intervención en esta problemática ha venido fundamentalmente desde las Terapias Cognitivo-conductuales, las cuales han demostrado su efectividad (Fairburn, 1998; Saldaña, 2003), aunque existen algunas excepciones en su tratamiento, como la realizada desde el análisis aplicado del comportamiento por Vives y Ferro (2005).

Sierra-Puentes (2005) mantiene que las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atraco-

nes y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además de una autoevaluación excesivamente influida por su silueta y el peso corporal. Describe dos tipos de bulimia. El tipo purgativo que se auto-provoca el vómito o usan laxantes, diuréticos o enemas. El tipo no purgativo que usan otros tipos de conducta compensatoria como el ayuno o el exceso de ejercicio. Según Bermúdez-Durán et al. (2021) la prevalencia de la Bulimia nerviosa es más frecuente que la Anorexia Nerviosa, siendo de entre 1,2% a 4% de las mujeres jóvenes. Estos mismos autores describen en su revisión una comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

Las Terapias Contextuales son una evolución de la Terapia de Conducta; forman parte de las terapias de tercera generación y se fundamentan en el conductismo contextual (Pérez-Álvarez, 2014). Entre ellas, cabe destacar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Las Terapias Contextuales han intervenido en los TCA, principalmente desde ACT (Casanova et al., 2018; Heffner et al., 2002; Heffner y Eifer, 2004; Irigoyen et al., 2017; Juarascio et al., 2013; Koskinen, 2010; Pearson et al., 2012; Merwin, 2020; Merwing et al., 2019; Vernooij, 2017), en combinación de ACT y FAP (Martin-Murcia et al., 2011), y también desde la DBT (Safer et al., 2001). La revisión sistemática de Manlick et al. (2013) sobre ACT y TCA, indica que la evitación experiencial es un componente clave en el inicio y mantenimiento de los TCA.

La FAP es un tipo de psicoterapia con unos fundamentos y principios concretos, y con unos objetivos y unas reglas terapéuticas. Puede ser combinada con cualquier terapia actuando de manera sinérgica (Kohlenberg et al., 2005) y puede integrar ejercicios y/o metáforas de otras terapias sin perder su fundamento teórico, por lo que es una terapia integradora en este sentido (López-Bermúdez, et al. 2010; Tsai et al., 2009). Está basada en los principios del conductismo radical, y como su nombre señala, se dedica a realizar un análisis funcional de la propia relación terapéutica. Es decir, resalta la importancia de lo que el cliente hace y dice en la propia sesión, y a esto se denominan Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). Se diferencian tres tipos de CCR (Kohlenberg y Tsai, 1991). Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y cuya frecuencia debería ser disminuida mediante la terapia. 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. Se proponen 5 Reglas Terapéuticas. La Regla nº 1, consiste en observar las posibles CCR que se dan durante la sesión terapéutica. La Regla nº 2 propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR. La Regla nº 3, consiste en organizar el reforzamiento positivo de las CCR tipo 2, de una manera natural. La Regla nº 4, trata de observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. La Regla nº 5 consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas.

Desde FAP se propone una teoría de la formación del Yo como una construcción social y verbal, se formula un análisis de los distintos problemas de personalidad y de la forma de intervenir en ellos y se plantea como un factor transdiagnóstico las dificultades en las relaciones de intimidad (Wetterneck y Hart, 2012). Si los trastornos de personalidad tienen como característica tener problemas en las relaciones de conexión o de intimidad, se puede plantear la hipótesis de un trastorno del Yo como un factor transdiagnóstico, tal y como plantearon Ferro y Valero (2017), y que estudios posteriores han apoyado (González-Palma et al., 2021). Desde FAP se han estudiado los factores inter-personales e intra-personales del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) que se cree que subyacen en algunos de los TCA (Callaghan et al., 2012). Como variable intra-personal se hipotetizó el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes et al. 1996). Como variable inter-personal, se planteó como una hipótesis causal la habilidad para identificar y expresar emociones con los demás. Los resultados de la investigación de Callaghan et al. (2012), indican que hay una correlación alta entre TDC y la evitación experiencial y los problemas de expresión de emociones a nivel inter-personal. Así como que los problemas de expresión emocional están relacionados con la gravedad de los síntomas de TDC. El presente estudio de caso pretende centrar la intervención en la mejora de los problemas moderados del yo que presentaba la chica para ver qué efecto tenía sobre la Bulimia que presentaba y otras patologías comórbidas.

Aunque la aplicación de la FAP en los TCA es escasa, a excepción de los trabajos de Martín-Murcia (Martín-Murcia et al., 2008; 2011), sí que ha sido más extensa su aplicación con los TP (Callaghan et al., 2003; Ferro et al., 2012; Koerner et al., 1996; Kohlenberg y Tsai, 2000; Manduchi y Schoendorff, 2012; Sousa, 2003;

Wagner, 2005). Con base en la literatura, se podría indicar que los problemas inter-personales e intra-personales característicos en los TP suelen ser comunes en los TCA. También se hipotetiza que dichas problemáticas presentes en los TP pueden ser determinantes para el desarrollo de los TCA, por lo que la FAP sería una alternativa válida para su tratamiento.

A continuación, se expone un estudio de caso basado en una intervención con FAP en una chica diagnosticada con Bulimia Nerviosa Tipo no Purgativo en una unidad de tratamiento de TCA.

Método

Participante

Inés era una chica estudiante universitaria de último curso de Filología, de 24 años cuando vino a consulta. Era la mayor de una familia de tres hermanos cuyos padres son profesores universitarios. Presentaba un TCA desde hacía más de 4 años. En ese momento estaba en tratamiento psicológico en un centro privado especializado en el tratamiento multidisciplinar de la conducta alimentaria y por un psiquiatra privado que le mantenía el siguiente tratamiento farmacológico: Pregabalina (antiepiléptico), Paroxetina (antidepresivo), Loracepam (ansiolítico) y Alprazolam (ansiolítico) de rescate para cuando se encontrara más ansiosa. Trajo un informe del centro con un diagnóstico de Bulimia Nerviosa Tipo no Purgativo (F50.2), donde se indicaba la sustitución de atracones por intentos de restricción alimentaria y vómitos recurrentes. Lo que era contradictorio con el subtipo que diagnosticaron, ya que los vómitos son purgativos. Recomendaban unas pautas nutricionales, la corrección de hábitos y manías alimentarias perjudiciales, e intervinieron en colaboración con la familia, con la que mantienen un contacto regular. En cuanto a su nivel psicológico, expusieron escasas mejorías, y recomendaban mantener su tratamiento psicológico en dirección a instaurar hábitos saludables (sueño, estudio, deporte), reducir la evitación a situaciones temidas, controlar las emociones, aumentar su seguridad en las relaciones personales, en el vestido y en la toma de decisiones, y entrenar las habilidades sociales deficitarias (p.ej.: decir que no). Esta información viene a través del informe psicológico que hicieron llegar del centro la familia. Cuando llegó a nuestra consulta llevaba en tratamiento 3 años en este centro de forma ambulatoria. Recomendaron el ingreso en la estancia diurna por las escasas mejorías, a lo que tanto la paciente como la familia se negaron. Antes de esta intervención, fue tratada por el psiquiatra que la trataba en ese momento. Posteriormente, la madre contactó con nuestro Centro y describió a su hija como mentirosa, con poco control sobre la comida y desafiante. Mantuvo que tanto en el centro anterior como con el psiquiatra la evolución fue correcta y que en realidad la insatisfacción y la demanda de cambio de centro es por parte del padre. Al hacerle ver que la información que da es contradictoria con la evolución de su hija, se echó a llorar.

Análisis del caso

Inés presentaba un trastorno de ansiedad con crisis de pánico y relató que se encontraba triste y desganada. Tenía problemas de sueño caracterizados por: pesadillas, despertares nocturnos, sobresaltos e interrupciones. En cuanto a las interacciones familiares, Inés describe la relación con su madre como “*muy fea*”, conflictiva y basada en el uso continuado de reproches y castigos para provocar el cambio en su conducta. Por ejemplo, relata que su madre encontró en varias ocasiones envoltorios de los alimentos con los que se daba atracones, tras lo que la reprendía muy bruscamente. En un hecho traumático con la madre, en la que ésta le acusa de algo que no hizo, señaló: “*me sentía rara, como si yo fuera una sonámbula y lo que ocurría no era real*”. Algo que se interpretó como un episodio de disociación. Parece que, según estos testimonios, su madre la ha invalidado a lo largo de su vida. La relación con el padre era mejor, aunque distante, y la relación con sus hermanos era adecuada. En cuanto a las interacciones sociales, describe tener una vida social muy restringida ya desde la infancia y la adolescencia, y nunca haberse sentido aceptada ni en conexión con sus iguales. Señala sentirse

siempre muy vulnerable con los amigos y relató: “*me cuesta mucho fiarme de la gente*”, “*soy una persona que necesito la aceptación de todos*”, “*para lo malo soy muy egocéntrica*”, “*no me gusta que hablen de mi*”. En el centro de tratamiento que estaba tampoco llegó a sentirse integrada ni en conexión con su terapeuta.

Se realizó un análisis funcional del caso y su conceptualización a lo largo del tratamiento siguiendo los modelos propuestos por Ferro-García et al. (2009) (ver Tabla 1). Se hipotetizó que mostraba un Trastorno moderado del yo (yo inestable e inseguro).

Tabla 1. *Conceptualización del caso clínico desde FAP*

| Elementos de la conceptualización | Conceptualización al inicio de la intervención | Conceptualización durante la intervención |
|-----------------------------------|---|--|
| Historia relevante | Diagnóstico de TCA (bulimia nerviosa no purgativa) y de depresión Ambiente invalidante Conflictos frecuentes con sus padres (especialmente madre) Aislamiento social Hábitos de alimentación inadecuados Tratamiento ambulatorio en centro multidisciplinar de TCA Episodios de crisis de ansiedad Episodio de disociación | |
| Conceptos Cognitivos | Creencias incorrectas sobre el TCA Creencias sobre la ansiedad y depresión y el control de las emociones Rigidez y fusión con los pensamientos Desconfianza, suspicacia | Conflictos interpersonales como respuestas naturales en las interacciones humanas Flexibilidad El peso como un factor no determinante en su vida |
| Problemas de la vida diaria | Conflictos con la familia Problemas de sueño (pesadillas, despertares, insomnio) Comer mal o abstenerse Miedo a equivocarse (suspender) Miedo a ser analizada Evita asistir a visitar familiares | Conflictos interpersonales: especialmente con la madre y, en ocasiones, con su pareja Dispareunia (relaciones sexuales dolorosas) |
| Objetivos de la vida diaria | Enfrentarse a las críticas Mejorar las relaciones familiares Hábitos saludables alimenticios Tener amistades Tener pareja | Ser auténtica Llevar una vida valiosa Ser independiente Actitud de apertura a la experiencia |
| Problemas en sesión CCR1 | Evita las emociones Se compara con los demás y con ella misma Yo inseguro/inestable Mandos disfrazados, peticiones encubiertas Evita defraudar y fracasar (no traer registros) Explicaciones incoherentes | Presenta quejas y verbaliza algunas obsesiones |
| Objetivos en sesión CCR2 | Enfrentarse a las emociones Aceptarse (físico, personalidad) y aceptar a su familia Descripciones más flexibles de sí misma y los otros Revelaciones, mostrarse vulnerable Reforzar los “yo X” bajo control privado Realizar peticiones directas Tratar un “tema caliente” al inicio o en la parte intermedia de la sesión Ser sensible con el terapeuta | |

Intervención

La intervención se ha dividido en tres fases, tal y como proponen Kohlenberg y Tsai (1995), y Tsai, et al. (2009), y como se expuso en otros estudios (Ferro et al., 2012; Ferro et al., 2000; López-Bermúdez, et al., 2010): inicial, intermedia y final.

El tratamiento constó de cuarenta sesiones de una hora, a lo largo de veinte meses, además de dos sesiones de seguimiento presenciales, una a los dos meses de finalizar la intervención y otra sesión cinco meses después de esta última. Posteriormente, se realizó una sesión de seguimiento telefónico al año de finalizar la intervención. En general, durante la intervención se evitó preguntar y hablar de la alimentación, de problemas con los atracones, de vómitos, del peso, de la imagen corporal, etc., a menos que ella hablara de forma espontánea, o hiciera alguna consulta. La finalidad de esto fue, por un lado, no trabajar de la misma manera que en los tratamientos anteriores con la consiguiente probabilidad de fracaso y por otro, centrar el trabajo terapéutico en sus problemas del yo. Se hipotetizó que su problema era un trastorno moderado del yo y, que al mejorar este, mejorarían los problemas relacionados con el TCA. En la línea de intervención de Ferro, et al. (2012), se realizó una terapia muy estructurada al principio y más abierta después, conforme se estableció una buena relación terapéutica. Se siguieron los objetivos que proponen Kohlenberg y Tsai (1991) para estos problemas: poner el yo bajo su control privado, ajustar las tareas al nivel de este control privado del cliente, reforzar todas las respuestas “yo X”, moldear la alternancia de las relaciones deícticas (yo/tu, aquí/allí, antes/ahora), y en general, validar todas las respuestas de lo que siente, piensa y necesita.

Fase Inicial

Durante las tres primeras sesiones se administró los siguientes cuestionarios: el *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Barraca, 2004) para evaluar la evitación experiencial y la aceptación psicológica; el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II, Beck, et al., 1996) para medir la presencia de síntomas depresivos y su gravedad; y el *Experiencing of Self Scale* (EOSS; Valero et al., 2014) que valora el yo en sus distintos contextos: relaciones íntimas, relaciones sociales, un yo general y un concepto del yo en cuanto a su espontaneidad, creatividad y el afrontamiento a las críticas. Además, se plantearon hipótesis del problema y se intentó crear una relación terapéutica genuina, auténtica y validante.

En la primera sesión se le pidió que relatará tres personajes importantes en su vida. Habló principalmente de su madre y de la relación tan tormentosa que tenía con ella. También de Eva, una compañera del centro de tratamiento, con la que no tuvo mucha relación. Finalmente, habló del padre, de quien refirió sentirse poco comprendida y apoyada. Al preguntarle por tres hechos destacables en su vida, relató fundamentalmente el hecho traumático anteriormente mencionado, cuando la madre tuvo una actitud acusatoria, insultante y denigrante hacia ella, así como los problemas de alimentación que ha tenido. Se le pidió que describiera cómo se sintió en el momento de volver a describir dichas situaciones y marcó como un objetivo terapéutico sentirse mejor consigo misma.

En la segunda consulta, reconoció una mejoría que comunicó al psiquiatra, quien indicó la conveniencia de rebajar la medicación, aunque después se la mantuvo. La información sobre la mejoría que relaciona con la primera sesión pudo estar debida a la escucha no punitiva del terapeuta y el trato recibido, según describió. El psiquiatra la ve semanalmente. Se evaluaron sus estrategias en relación con la ansiedad y la utilidad de éstas. En esta consulta se explicó y moldeó en qué consiste la ansiedad, y de cómo sus intentos de control de la misma, le llevan a tener crisis de ansiedad. Se enseñó a respirar profundamente como una manera de calmarse, no de eliminar la ansiedad.

En la tercera sesión relató seguir teniendo crisis de ansiedad y se volvió a explicar en qué consiste y cómo afrontarla realizando un ejercicio de afrontamiento o exposición en la consulta, en el que se le indicó que respirara observando lo que sentía. Al finalizar la sesión, relató acudir a una nutricionista, sin consultarlo antes con nosotros y, bajo la insistencia de la madre, quien señaló estar preocupada por la obesidad de Inés.

En la cuarta sesión, señaló de nuevo sus problemas de sueño y cómo sus pesadillas están relacionadas con la muerte, su barriga, su peso, la comida e ir a ver a su abuela paterna al pueblo. Esta abuela suele hacerle muchos comentarios sobre su imagen corporal y el peso. El terapeuta señaló que estas pesadillas probablemente fuesen una prolongación de los miedos en vigilia, por lo que la solución reside en exponerse a ellos en vigilia. Se realizó el ejercicio ARA (*Awareness/Relaxation/Acceptance Exercise*, Kohlenberg et al. 2009, pág. 252-257), un ejercicio de auto-observación que enfatiza la utilidad de las tres habilidades de: conciencia, relajación y aceptación en la presencia de otros, particularmente durante situaciones interpersonales difíciles y reduciendo los niveles de ansiedad. Inés indicó que el psiquiatra redujo la medicación (Trankimazin, Lyrica y Paroxetina) porque la ve mejorar. Mantuvo que empeora los fines de semana porque no tiene nada que hacer, una explicación adecuada de lo que le ocurre (CCR 3), y se moldeó para que se planificara actividades. Ese día contactó con nuestro Centro su nutricionista, quien señaló que Inés no realizaba los registros sobre lo que come y sobre cuándo aparecen los atracones, no hace fotos de lo que come y que obvió su recomendación de participar en una ONG. Al observar su poca implicación y motivación en el tratamiento, pidió nuestra ayuda para convencer a Inés de seguir sus instrucciones. Se le explicó la filosofía de trabajo de nuestro Centro (validar al paciente, no trabajar con la comida y su restricción, las actividades debería elegir las ella libremente) y se le informó sobre los objetivos que se estaban tratando y el por qué.

En la quinta sesión, explicó de forma espontánea sus manías con la comida (olores, mezcla de alimentos, aversión a las patatas, zanahorias, etc.) (CCR 2). También que hay momentos en los que no puede controlar comer dulce. En ningún momento el terapeuta instruyó sobre lo que debía hacer, reforzó lo difícil que ha tenido que ser hablar sobre esto y que a él algunas veces le cuesta no comer chocolate (auto-revelación). Reconoció alguna mejoría (p.ej.: comer en la calle con sus padres, algo que antes evitaba). También que está mejor de la ansiedad desde que aplica lo que ella llama “meditación”.

En la sexta sesión, se hizo un balance de lo realizado hasta ahora en sesión, se explicó cuáles son las trampas de la felicidad, siguiendo la línea propuesta de Harris (2007) y también que el sufrimiento forma parte de la vida con la metáfora del sufrimiento limpio/sucio de ACT (Hayes et al., 2012). Se expuso cuál es la trampa de la preocupación y se moldeó en las creencias generales sobre la misma con base en la propuesta de Lejeune (2007), pues se suele partir de que la preocupación nos sirve para encontrar soluciones más eficaces a los problemas, motivarnos con lo que nos preocupa y/o controlar lo incontrolable. Pero en realidad la función que tiene suele ser evitativa, ya que la preocupación genera ansiedad, y esta evitación. También se intentó debilitar la equivalencia entre ser responsable y estar preocupada, ya que ser responsable es cumplir con los compromisos que se tienen con uno mismo y/o con los demás. Señaló que no sigue horarios, al preguntarle que por qué, indica que no lo sabe y nos planteó hacer uno, lo que se interpretó como una mejoría por ser una demanda directa y no disfrazada (CCR 2). Se recomendó que planificara algo sencillo y que pudiera conseguir, se propuso un horario de estudio 2h/día. De forma espontánea verbalizó “no sé quién soy”, a lo que el terapeuta respondió: “yo tampoco” (usando una paradoja). Dijo sentirse insegura sobre visitar a la abuela, a lo que se respondió validando (“no me extraña, yo también me sentiría así, si al visitarla me criticara con mi imagen o mi peso”). También se le preguntó y moldeó de nuevo en cómo superar los miedos a través de la exposición.

Fase Intermedia

Entre la séptima y la octava sesión, se planteó que se había entrado en una fase intermedia del tratamiento debido a una mejoría notable en la relación terapéutica y en la descripción de las mejorías, como indican Kohlenberg y Tsai (1991).

En la séptima sesión planteó la exigencia que siente de sus padres hacia ella y confesó de forma espontánea el miedo que sentía al tener un examen esa misma tarde y estar convencida de que iba a suspender. Se moldeó sobre qué puede conseguir, siendo un buen objetivo hacer las cosas lo mejor que uno pueda y no tanto tener buenos resultados. Nos confesó de forma espontánea:

- Inés: “Hay una cosa que me da mucha vergüenza...no puedo cenar”, “no puedo, llevo 2 semanas sin cenar” (CCR 2).

- *Terapeuta*: (actúa como una audiencia no punitiva) “*yo no me preocuparía, si no puedes cenar es que no tendrás ganas de comer, no sé yo no le daría importancia...*”, sigue diciendo:
- *Inés*: “*Además, no consigo cumplir con el gimnasio...*” (CCR 2) y parece que el terapeuta ha reforzado la verbalización anterior (Regla 4),
- *T*: “*Bueno, poco a poco...*”
- *Inés*: “*Pero voy a andar media hora...*”, (CCR 2)
- *T*: “*Bueno entonces sí que lo estás intentando*”. (Regla 3)

Aunque no trajo un registro de las horas de estudio, señaló mantener su cumplimiento. Además, se le explicó la diferencia entre aceptar (una actitud activa ante la vida) y resignarse (actitud pasiva) frente a los inconvenientes de la vida.

En la sesión octava, describió que su hermana padece una enfermedad grave, y señaló sentirse culpable por ello al acaparar la atención de su madre. Se validó como se sentía (“*es natural que te sientas preocupada por tu hermana y que sufras por esto*”) y su opinión de lo relatado (“*es lógico que te sientas culpable por la forma que lo describes, por los comentarios de tu madre*”). Mantuvo los intentos de tratar de seguir las instrucciones de la nutricionista, así como visitar a su abuela, y sentir un mayor “control” de la ansiedad, lo cual describió como un avance. Decidió eliminar el tratamiento con Lyrica por su cuenta y riesgo, y mantuvo tener problemas de sueño, se le explicó que esto puede ser un efecto de dejar la medicación. Había empezado el curso y planteó: *¿Qué puedo hacer con mi imagen y lo que piensen los demás?* Se moldeó preguntando qué cree ella que puede hacer, con el fin de permitir que su yo estuviese bajo control privado y/o obviar los pensamientos/opiniones de los demás. Tras decirnos que no se veía capaz de hacerlo, se realizó en ejercicio del “frasco de los caramelos” (López-Bermúdez et al., 2010), con el que se pretendió demostrar que se pueden hacer cosas aún pensando lo contrario, como sacar los caramelos del frasco y pensar que no lo puede hacer.

En la sesión novena, señaló sentirse agobiada y con ganas de llorar al no poder cumplir con algunas instrucciones de la nutricionista. Se sentía sola porque tiene muy pocas relaciones sociales. Señaló haber suspendido una asignatura y creer por ello que está decepcionando a los demás, lo que le hizo recordar otros insultos de su madre como ser irresponsable y antisocial. El terapeuta respondió que a él eso no lo decepciona y que con él, ella no es antisocial con el fin de ser una audiencia no punitiva y validarla. Indicó estar manteniendo una mejor relación con la comida, comiendo bien y sin atracones.

En la décima sesión, informó haber mejorado la relación con su otra hermana y decidió no volver a la nutricionista porque le hace escribir y piensa que “*solo le interesa el dinero*”. El terapeuta decidió establecer una equivalencia con su trabajo para evocar CCR (*¿crees que yo actúo solo por el dinero?*), y ella, respondió: *no, tu no*). También se realizó el “*Ejercicio de escritura con la mano no dominante*” (Tsai et al., 2009), en el que se le pide que escriba, qué siente, necesita, teme, sueña, etc., cuyas respuestas ayudaron a marcar nuevas CCR.

En la undécima sesión describió sentirse mejor porque a su hermana le han descartado la enfermedad grave y por mantener los hábitos saludables con la comida y el ejercicio físico. Describió que esta semana ha estado tranquila y natural y que esto le resultaba raro porque nunca ha estado así. Más tarde anticipó sentirse nerviosa debido a que visitará pronto al psiquiatra y le gustaría entender el porqué de ese malestar. De nuevo, con el fin de moldear que el yo prevaleciera bajo su control privado, el terapeuta ofreció ayudas sobre las posibles razones de su ansiedad, como pudiera ser: el miedo a que no le baje la medicación o a enfrentarse a su opinión, aunque no supo qué responder. Después y de forma espontánea relató que el verano pasado se puso un bikini y al preguntarle por qué nos dice eso (ante esa verbalización “*misteriosa*” con una función de mando disfrazado, según Kohlenberg y Tsai, 1991, decir algo con la intención de decir otra), comentó que ha conocido a un chico y le daría vergüenza ponerse ese traje de baño con él (CCR2).

En la sesión duodécima, antes de la consulta escribió un correo pidiendo apoyo ante los reproches de su madre sobre la comida y cómo estaba ella, cómo llevaba las instrucciones de la nutricionista, etc. Una vez en sesión, señaló sentir vergüenza al comer delante del chico al que conoció, lo que el terapeuta validó (“*bueno, es normal con la historia de reproches sobre la comida que te han hecho y las críticas a la hora de comer*”, con el fin de dar valor a lo que siente relacionándolo con su historia y el contexto). Indica que el psiquiatra le ha quitado la Paroxetina y la Lyrica, le ha dejado el Alprazolam de rescate.

Previamente a la sesión decimotercera escribió un correo relatando sentirse reprochada por su familia a nivel académico y laboral. Ha terminado la carrera y no le han dado importancia, tiene proyectos de estudiar (C1 de inglés, C2 de francés) y dar clases particulares como salida laboral a corto plazo, y a los padres no les pareció bien. Una vez en sesión se analizaron sus objetivos académicos y laborales y se trabajó la defusión del pensamiento a través de metáforas propuestas por Hayes et al. (2012) como: “*la metáfora del autobús*” y “*cuáles son los números*”. También se siguió con el moldeamiento de hacer lo que se pueda y no tanto fijarse en los resultados de lo que hacemos, obviando las críticas de los demás. Su madre quiere que estudie una oposición.

En la sesión decimocuarta, reconoció sentirse más tranquila, aún con exámenes, y se volvió a practicar el ejercicio ARA. En la siguiente sesión mencionó sentirse mejor y en conexión con el terapeuta, y señaló otras mejoras: viajó con el chico al que conoció, con quien se expuso al malestar vistiendo un bikini. El chico le dijo que la quería y se había sentido muy bien. Se consideró una mejora el aceptar el amor de los demás, en la línea del modelo Conciencia, coraje y amor (Awareness, Courage, and Love, ACL, Ferro et al., 2023). Se realizó un ejercicio sobre las conceptualizaciones del yo (Hayes, 2005) y se usó la metáfora del actor/personaje (Pérez-Álvarez, 2004) para moldear y normalizar la variabilidad de nuestro comportamiento en función del contexto. También que metafóricamente somos el actor y no los distintos personajes que el contexto genera. Y finalmente, demostrar que en ocasiones nuestros pensamientos no muestran quiénes somos.

En la siguiente sesión, manifestó su miedo y ansiedad a vomitar y se recordó la trampa de anticipar los problemas como una forma de resolverlos (CCR 2) que genera ansiedad. Para provocar CCR y poner el yo bajo control privado, se realizó un ejercicio de “*asociación libre de ideas*” (Valero y Ferro, 2015), con palabras obvias (frio/calor, blanco/negro), y al explicarlo, señaló: “*no sé si tengo opinión*” (CCR 1). Se realizó el ARA y lloró, manteniendo que se había emocionado.

En la sesión número diecisiete, informó haber aprobado el carnet de conducir a lo que el terapeuta reforzó. Al preguntar por la reacción de su familia, señaló haber sido ignorada. Se notaba triste y manifestó: “*es como si les estorbase, no creen lo que digo, me evitan, no sé si he hecho algo malo...*”. El terapeuta validó esa experiencia (“*es duro que no le valoren a uno lo que consigue*”) y acordaron tratar otros temas. En cuanto a su relación de noviazgo, señaló tener miedo al compromiso porque “*se va a terminar, soy una persona muy difícil de llevar*”, a lo que el terapeuta respondió: “*parece que está hablando tu madre*”, con el objetivo de moldear su lenguaje. En cuanto a su relación con la comida, refirió sentirse de nuevo agobiada, y no se insistió.

En la sesión decimoctava, tras un accidente de unos alumnos de las prácticas que está realizando, ha comenzado a tener preocupaciones y pesadillas relacionadas con accidentes, muerte, comida, su aspecto, engordar y quedarse embarazada. Se administró la “*Instantánea vital*” de FAP (Ruiz-García et al, 2021), para marcar objetivos terapéuticos (flexibilidad cognitiva, decir lo que piensa, ver los problemas como una oportunidad para cambiar, ser valiente) y se le pidió escribiera cualquier cosa que se le ocurriera en una tablet (Kohlenberg et al., 2009), con el fin de poner su yo bajo control privado.

En la siguiente sesión se analizó qué es un TCA y su relación con un yo inseguro, explicando que no es un problema con la comida, ya que esto es una consecuencia y una forma de evitación. Si no que es un problema con nuestra identidad y con nuestro cuerpo en comparación con los demás. Y con saber qué queremos, pensamos, sentimos en cada momento, sin que esté controlado por quién esté delante (Regla 5). Se realizó un ejercicio de asociación libre de ideas con palabras menos obvias con el mismo fin que en la sesión anterior.

En la vigésima sesión, señaló sentirse más tranquila con su familia, aunque no con su madre, y expuso de forma espontánea tener un “trauma con la muerte”. Se realizaron ejercicios de exposición a la muerte, respirando y en imaginación se pidió que pensara en lo que le agobiaba en este caso (muertes de seres queridos, su propia muerte, etc.). Después se moldeó sobre en qué consiste vivir en relación con la muerte, que la vida no tiene sentido sin la muerte. Se realizó el *Test de Zulliger* (Zulliger, 1970), un test proyectivo de tres láminas de manchas de tinta, como una nueva forma de responder (*¿qué ves en la lámina?*) sin referente de lo que se espera del oyente y que responda a toda las “Yo X” y poder validar la respuesta del paciente sobre lo que ve en cada lámina, y poner el yo bajo control privado. A partir de esta sesión se acordó reducir la frecuencia de las sesiones a dos veces al mes.

En la sesión vigésimoprimera, indicó que su madre le manifestó verla mejor, en relación a su comportamiento en general y con la alimentación, algo que ella misma comparte. Planteó dudas sobre cómo está funcionando

la terapia (CCR 2) y se le explicó que una de las hipótesis es cómo su yo inseguro/inestable puede ser el origen y el mantenimiento de sus problemas, por lo que trabajar validando lo que piensa, siente y quiere ha provocado estas mejoras, esto evocó llanto. Se analizó la relación con el terapeuta y se comparó con la que tenía con los demás. Reconoció que evitaba las relaciones de intimidad con las personas pero que ahora no.

En la siguiente sesión, relató haber hecho un viaje con su pareja y de mantener las mejoras con su familia y la comida. Se decidió trabajar en sus valores en estos ámbitos y señaló: *“quiero dejarme llevar con mi pareja y no darle vueltas a las cosas”, “con mi familia, quiero soportarnos mutuamente y en situaciones de conflicto respirar cuando me altere”, y “quiero mantener y cuidar mis relaciones de amistad diariamente y de forma constante”*.

En la sesión vigesimotercera, mantuvo sentirse bien, a la par que preocupada por un posible embarazo y obsesionada por otras enfermedades. Se analizaron sus preocupaciones en cuanto al embarazo (se rompió un preservativo cuando tenían relaciones sexuales) y las enfermedades (tenía una otitis). Se moldeó para que se hiciese un test de embarazo. Se repitieron las metáforas de ACT para defusionarse de los pensamientos.

En las siguientes dos sesiones (24 y 25) indicó mantener las mejorías con la alimentación, su pareja y porque ha encontrado un trabajo dando clases en un colegio. Sin embargo, pidió adelantar la próxima, se iba de viaje a Canarias con su pareja. Refirió sentirse mal por sus volúmenes y relató que el desencadenante fue ir de compras con la pareja, pues en la tienda le dieron varias tallas de más y se puso muy nerviosa. Se validó este malestar (*“no me extraña, yo me sentiría así si me dieran varias tallas más de pantalón”*). Reconoce que en terapia ha ganado mucha seguridad.

En las dos sesiones siguientes (26 y 27) se mantuvieron las preocupaciones sobre su imagen corporal y señaló tratar de estar ocupada para no pensar mucho y evitar los encuentros con los demás. Se moldeó de nuevo en la trampa de la evitación, a través de preguntas como: *“¿Dónde crees que está el problema?”*, con el fin de desvanecer las ayudas y se realizó el ejercicio de meter los pensamientos que le preocupan escritos en papeles en los bolsillos de Hayes, et al. (2012), para mostrar cómo podemos dedicar nuestra vida a hacer cosas valiosas para nosotros, aún teniendo pensamientos desagradables. Dice que se ve más gorda, en este caso el terapeuta no le dice nada extinguiendo el comentario. Reconoce que está en el proceso de superar todo esto, de forma espontánea.

En las dos sesiones siguientes (28, 29), fue a la nutricionista que le indicó que es raro que no pierda peso. Y con su madre tuvo varias broncas y le dijo que *“a ver si encuentras un trabajo fijo y te vas de casa”*. Refirió querer enfrentarse a las críticas negativas de su pareja, familia, amigas y de la nutricionista, ante lo que el terapeuta preguntó cómo, con el fin de no instruir. Inés señaló: *“cuando esté en un conflicto y me altere, respiraré”*.

En las cuatro siguientes sesiones (30, 31, 32 y 33), se abordaron cuestiones relativas a su pareja y a su familia. Diferenció sentirse mejor en sesión y en estos otros contextos: *“aquí puedo ser yo, sin tanto miedo”* (CCR2) y de sentirse con miedo a que su pareja la engañe. Se validó ese miedo y se hizo por escrito un análisis funcional de su preocupación y qué efecto tienen las preocupaciones con la ansiedad. En cuanto a su familia, refirió recibir de nuevo humillaciones y vejaciones por parte de su madre, incluso delante de su pareja, que provocaron una reacción violenta en Inés. Se validó la expresión de sentimientos, y el terapeuta reveló cómo se sentiría él ante algo así.

En las siguientes dos sesiones (34 y 35), refirió seguir alterada. Preguntó directamente al terapeuta si ella actuaba como con una personalidad de estilo pasivo/agresiva, a lo que se respondió que no, y que no se entendía a qué se refería. Parece que se lo dijo su madre. En un primer momento la crítica la altera y después la asume sin más, una característica del Yo inestable. Según nos relata la nutricionista parece que habla con la madre y le dice cómo va. La nutricionista le ha dicho a Inés que, si no pierde peso, la va dejar su novio. Se realizó el ARA y le pidió al terapeuta que llamara a su madre, a lo que accedió para reforzar esta petición directa. Ha empezado a trabajar en un instituto dando clases de prácticas.

Pareció estar más tranquila en las dos siguientes sesiones (36 y 37). Destacó su esfuerzo para tolerar las críticas de la madre, describió mantener las mejorías con la comida y que, aunque manejó con éxito un conflicto con su pareja, señaló sentirse resentida. El terapeuta trabajó el resentimiento, indicando que como indica la etimología de la palabra es volver a sentir, volviendo a provocar ese malestar, y la funcionalidad del mismo, no sirve para mejorar una relación sino para revivir lo sentido. Se señaló sistemáticamente las mejoras de Inés

en sesión y cómo éstas podían darle también buenos resultados en otros contextos, intentando promocionar la generalización.

Fase Final

Como consecuencia del mantenimiento en las distintas áreas valiosas para Inés, se planteó una fase final del tratamiento.

En las dos sesiones siguientes (38 y 39), refirió mantener las mejorías con la familia y la pareja, a pesar de los conflictos naturales. Reconoce que ha tenido algunas peleas con la pareja, pero reconoce que él le “chinchá” como una broma. Se le explicó que las personas con un yo inestable son muy sensibles a las críticas, y que hay que enfrentarse a ellas. Por primera vez, planteó que a nivel sexual las penetraciones eran dolorosas (dispareunia) y no llegaba alcanzar el orgasmo a través de la penetración. Fue la primera demanda en las relaciones sexuales. Se le propone que haga los ejercicios del músculo pubocóccigeo de Kegel y un entrenamiento en anorgasmia propuesto por Kaplan (1978), empezando por la “*Focalización Sensorial*” para desensibilizar el sexo.

En la sesión cuadragésima mantuvo sentirse tranquila y haber mejorado en sus relaciones sexuales, donde se recomendó seguir con las fases siguientes del tratamiento de Kaplan. En cuanto a la comida no hay problemas (sin atracones, sin vómitos, sin evitaciones de alimentos), con la familia tolera bien los conflictos y con su pareja no le hace caso cuando se mete con ella.

Seguimiento

Hubo dos sesiones de seguimiento presenciales, una a los dos meses de finalizar la intervención y otra sesión, cinco meses después de esta última por petición de ella. Posteriormente, se realizó una sesión de seguimiento telefónico al año de finalizar la intervención.

En la primera sesión presencial de seguimiento (41), describió sentirse menos ansiosa aún sintiendo incertidumbre acerca de su situación laboral porque tenía un contrato de prácticas. Refirió sentirse satisfecha con su pareja a nivel emocional y sexo-afectivo, así como en el ámbito familiar y social. En cuanto a su imagen corporal, indicó que su nutricionista le informó haber aumentado un kilo de peso, a lo que Inés no otorgó mayor importancia. Viajó con la familia, que siguen reprochando algunas de sus negativas, como por ejemplo, a negarse a salir en fotos.

En la segunda sesión presencial de seguimiento (42), informó haberse ido a vivir con el novio y refirió estar muy contenta. Al preguntarle por la demanda de ayuda al principio del tratamiento, dijo: “*Los problemas de alimentación no están en ningún sitio*” (CCR2). Come variado y no se siente culpable por ello. Decidió terminar su trabajo con la nutricionista, y, aunque refirió que en ocasiones se siente agobiada con su peso, señaló que esto no le suponía un impedimento en su vida. Las mejoras en el resto de áreas valiosas para Inés se mantuvieron. Al finalizar esta sesión, se volvieron a administrar las pruebas de evaluación.

En el seguimiento telefónico al año describió encontrarse muy bien, y, de nuevo, las mejoras se mantuvieron a nivel familiar, social, de intimidad con su pareja y laboral, así como las mejoras relacionadas con el TCA.

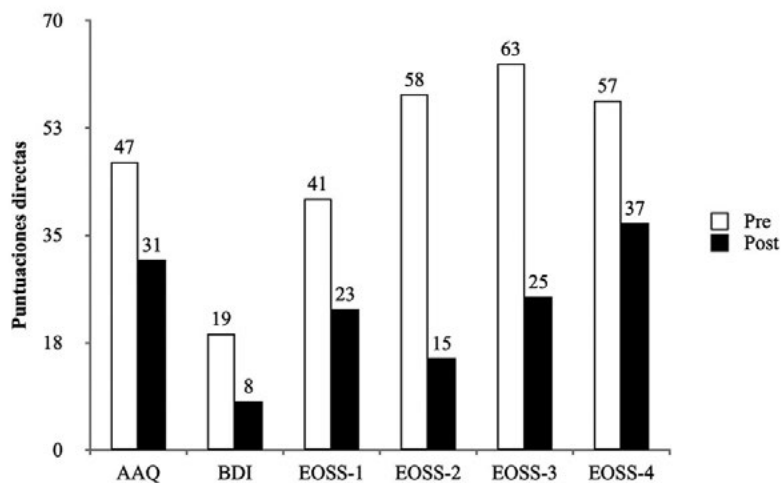
Resultados

Las diferencias antes y después de la intervención en las pruebas administradas son claras, como se pueden ver en la Figura 1. Las puntuaciones de los cuestionarios presentan los siguientes resultados: el BDI muestra una puntuación antes del tratamiento de 29 puntos (depresión moderada) y de 8 (normal) post-tratamiento. El AAQ, de 43 puntos (trastorno de evitación experiencial) en las puntuaciones previas, y de 28 (por debajo de la media clínica) al terminar el tratamiento. El EOSS muestra una puntuación total de 210 puntos (problemas del Yo) en el pre tratamiento y de 100 (normal) al final, siendo la media clínica de 107. A continuación, se

describen los resultados de las distintas secciones del EOSS. En la Sección 1, que valora de forma global la experiencia del yo, mostró una puntuación de 41 en la medida pre y una de 23 en la medida post. A mayor puntuación mayor es su control público del yo, siendo la media clínica de 28. En la Sección 2, que valora la expresión de las necesidades, opiniones, actitudes y acciones ante personas conocidas sin una relación de intimidad, presentó una puntuación previa de 58, una puntuación muy alta, y una puntuación post-tratamiento de 25, puntuando un poco por encima de la media clínica (24). En la Sección 3, que valora la expresión de las necesidades, opiniones, actitudes y acciones ante familiares, seres queridos y personas con las que se tienen relaciones estrechas, presentó una puntuación previa de 63 también muy alta, y una puntuación post-tratamiento de 25, siendo la media clínica de 25. En la Sección 4, que valora la conducta de espontaneidad, creatividad, dar opiniones, recibir críticas, en relación con los demás y cuando se está solo, las puntuaciones pre-intervención fueron de 57 y post de 37, puntuando alto en ambas por encima de la media clínica (22). A lo largo de la intervención, Inés expresó frases auto-referidas que reafirman los problemas moderados del yo, como inseguro e inestable (“No sé quién soy”, “me siento insegura”, “no sé qué siento”, “no sé si tengo opinión”, etc.) y que es muy sensible a las críticas, bloqueándose al recibirlas y asumiéndolas sin más después. Al final del tratamiento mejoró.

A la vista de los resultados se podría decir que Inés presentaba un estado depresivo moderado, y una evitación experiencial. Los resultados del EOSS indican que presentaba un yo inseguro (Sección 1 y 2) y un yo inestable (Sección 4). Después de la intervención son normales.

Figura 1. Resultados pre/post en los cuestionarios AAQ, BDI y EOSS por secciones



En cuanto a los informes de la propia cliente a lo largo de la intervención, al finalizar la misma y en el seguimiento, indican que los problemas relacionados con el TCA remitieron, al igual que el estado emocional depresivo y el trastorno de evitación experiencial.

Discusión y conclusiones

A la vista de los resultados, se puede pensar que FAP ha sido efectiva para tratar los problemas relacionados con el TCA de Inés. Más específicamente, trabajar como proponen Kohlenberg y Tsai (1991) en los problemas de yo, validando lo que la persona siente, quiere, piensa y reforzando todas las respuestas “yo X” que aparecen en sesión, puede ser muy efectivo en el tratamiento de los TCA. Además, las diferencias en los datos de los cuestionarios antes y después de la intervención apoyan esta conclusión. Los datos son normales en depresión

y en TEE al terminar la misma. En cuanto a los problemas de yo, los datos globales muestran un cambio. En las Secciones 1 y 3 del cuestionario EOSS los resultados son normales. En la Sección 2 los datos post-intervención son prácticamente normales. En cambio, en la Sección 4, que valora la conducta de espontaneidad, creatividad, dar y recibir críticas, la cliente sigue presentando problemas a la hora de recibir críticas, aunque no la limitan para llevar una vida con sentido y valiosa para ella. Por otro lado, hay que destacar que desde la duodécima sesión deja de tomar fármacos.

La intervención no se centró en los problemas de depresión ni de forma específica en el afrontamiento de la TEE, sino en los problemas del yo, consiguiendo la eliminación de los problemas anteriores, en la misma línea que se realizó en otros problemas del yo (Ferro et al., 2012). Por lo tanto, se podría pensar que la hipótesis transdiagnóstica de los problemas en el yo puede ser acertada, y como mantienen González-Palma et al. (2012) hay una alta correlación entre muchos problemas psicológicos y la experiencia del yo, y que como en otras problemáticas psicológicas están vinculados con los problemas en las relaciones con los demás, de acuerdo con Wetterneck y Hart (2012). Tal y como señalan Valero y Ferro (2015), cabe entender el yo no como la causa de la conducta, sino como un fenómeno psicológico en sí mismo que, como cualquier otro fenómeno, puede tener relación o no con la conducta, y por supuesto debe ser tenido en cuenta en terapia. La experiencia del yo es trascendente en el desarrollo psicológico. El contactar con nuestras experiencias privadas (emociones, sensaciones, necesidades, etc.) es necesario en la cultura occidental, y esta experiencia intrapersonal, se realiza a través del moldeamiento interpersonal. Un problema del yo no es más que un mal entrenamiento realizado por parte de los cuidadores durante la infancia en ese campo. No saber qué se siente, se quiere, se necesita, etc., nos transforma en una persona que depende de los demás con una falta de capacidad para la vida. Es nuestro trabajo clínico el corregir y moldear de nuevo estas experiencias.

Los factores etiológicos del TCA son multicausales, también en Inés, quien presentaba conflictos familiares y pocos recursos sociales al comienzo del tratamiento. Y que durante el mismo van cambiando, teniendo una relación de pareja y amistades. Tal y como señala Martín-Murcia et al. (2010), el pronóstico del tratamiento de los TCA está relacionado con dichos factores. Más concretamente, en el caso de Inés, con una dinámica familiar disfuncional: un padre evitativo a la hora de expresar las emociones y una madre invalidante, agresiva e invasiva. Durante la intervención no se intervino con la familia de forma explícita modificando estos déficits, sino de forma indirecta. Como señalan Callaghan et al. (2012), los problemas de imagen corporal que subyacen en los TDC deben ser analizados en el contexto de los procesos interpersonales para comprender las variables que causan y mantienen este malestar. La intervención se centró también en la importancia de las relaciones interpersonales, y, más concretamente, en la relación terapéutica, moldeando y modelando la expresión de emociones de forma natural cuando surgía durante el tratamiento, y promocionando la transferencia a su vida diaria. La intervención que había recibido hasta ese momento, basada en el control de la alimentación y en la farmacoterapia demostraron no ser efectivas. Y a través de la intervención con FAP mejoró sus relaciones sociales, sus relaciones familiares y sus relaciones de intimidad. Hay que destacar que Inés tenía sobrepeso antes, durante y después del tratamiento, y esto dejó de ser un problema, lo que se puede tomar como una mejoría.

El modelo *Consciencia, Coraje y Amor* (Awareness, Courage & Love, ACL) es un modelo denominado de conexión social que ha ido surgiendo en los últimos años a través de diversos escritos desde la FAP y fue presentado por primera vez por Tsai et al. (2009) como descripciones de las cualidades del terapeuta (consciencia, coraje, amor) relacionadas con la implementación competente de la FAP (Ferro et al., 2023). Este modelo, analizado por Maitland et al. (2017), hace un análisis funcional de las relaciones hablante-oyente en las relaciones de intimidad, definiendo diferentes CCR. Creemos que este modelo es muy útil para el trabajo clínico cuando hay problemas en las relaciones de intimidad, como en el caso de Inés.

Como se ha mencionado, existe una comorbilidad entre los TCA y TP (Martín-Murcia et al., 2008), y específicamente, con problemas del yo menos severos como el yo inseguro e inestable, como presentaba Inés. Desde este trabajo se piensa que, aunque las pruebas y los testimonios dados por la paciente han sido suficientes para determinar la efectividad de la intervención, hubiera sido interesante evaluar los TP con una prueba que discriminara entre ellos, por ejemplo, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II, Millon, 1999). Y también, hacer más mediciones de los cuestionarios a lo largo del tratamiento. Otra posible crítica a la intervención puede venir de que se han utilizado otras técnicas de otras terapias contextuales y de modificación de conducta.

Pero tal y como indican Kohlenberg et al. (2005), FAP es una terapia en sí misma y también es integradora utilizando procedimientos y técnicas de otras, sin perder su fundamento teórico y dando resultados sinérgicos.

Se piensa que sería necesario replicar esta intervención en diferentes problemas de la conducta alimentaria y de la imagen corporal y, con base en los resultados obtenidos, se podría considerar a FAP como una terapia adecuada y efectiva para trabajar los problemas relacionados con los TCA. Una limitación del trabajo es la larga duración de tratamiento, algo que es común en estas problemáticas. Pero si comparamos las intervenciones anteriores fue más corta en el tiempo y más efectiva. También, el hecho de tener nuevas amistades y pareja, no creemos que sea fruto del paso del tiempo sino de la propia intervención.

Hay un deseo mimético en la sociedad en cuanto a la imagen corporal y que parafraseando a Girard (2008), no debemos perder de vista el hecho de que la obsesión por la delgadez caracteriza a toda nuestra cultura, constituyendo una preocupación que comparten las/los jóvenes víctimas de TCA.

Referencias

- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56040304>
- Beck, A.T., Steery, R.A., & Brown, G.K. (1996) *Manual for the Beck depression inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bermúdez-Durán, L. V., Chacón Segura, M. A. y Rojas Sancho, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), e694. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>
- Callaghan, G. M., Duenas, J. A., Nadeau, S. E., Darrow, S. M., Van der Merwe, J. y 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. <https://dx.doi.org/10.1037/h0100932>
- Callaghan, G., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 4, 321-339. <https://doi.org/10.1023/B:JO-CP.0000004502.55597.81>
- Casanova, I., Cabañas, V. y Fernandez-Montes, I. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 85-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642694>
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Paidós.
- Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M. y López-Bermúdez, M.A. (2023). Análisis crítico del modelo de la conexión social propuesto desde la psicoterapia analítica funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(180), 101-115. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7683>
- Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A. y Valero-Aguayo, L. (2012) Treatment of adisorder of self through functional analytic psychotherapy. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7(2-3), 45-51. <https://doi.org/10.1037/h0100936>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. y López-Bermúdez, M.A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77811790009.pdf>
- Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2017). hipótesis transdiagnóstica desde la psicoterapia analítica funcional: La formación del yo y sus problemas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19 (3), 145-165. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1060>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. y Vives-Montero, M. C. (2000). Aplicación de la psicoterapia analítica funcional: Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 291-317. <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/Ferro2000.pdf>
- Girard, R. (2008/2009). *La anorexia y el deseo mimético*. Marbot Ediciones.

- González-Palma, A. M., Sanchez-Sanchez, L. C. y García-Monttes, J. M. (2021). Is “self-experience” really a transdiagnostic concept? preliminary evidence in favor of the transdiagnostic conception of functional analytic psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.671223>
- Harris, R. (2007). *La trampa de la felicidad. Deja de sufrir, comienza a vivir*. Planeta.
- Hayes, S. C. (2005). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., 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, 1.152- 1.168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Heffner, M. A. y Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook. How to accept your self, heal your suffering, and reclaim your life*. New Harbinger
- Heffner, M. A., Sperry, J., Eifert, G. H. y 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)
- Irigoyen, B., Maciel, A. C., Klein, R. y da Silva, M. (2017). Responses to an ACT-based intervention according to binge eating severity in women. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 49-62. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1054>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M.L. y 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. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Kaplan, H. S. (1978). *La nueva terapia sexual*. Alianza Editorial.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J. y Parker, R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1169-1176. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1169>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991/2021). *Psicoterapia analítica funcional. Creando terapéuticas intensas y curativas*. Psara Ediciones.
- 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). APA
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80065-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80065-6)
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W. y Parker, C. R. (2009/2022). El yo y la atención plena. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette y G. M. Callaghan (Eds.), *Guía de la psicoterapia analítica funcional. Conciencia, coraje, amor y conductismo* (pp. 219-270). Psara Ediciones.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., Fernández-Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). [Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento](https://www.redalyc.org/pdf/337/33750209.pdf). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33750209.pdf>
- Koskinen, M. (2010). *Treating eating disorders: The feasibility, acceptability, and clinical outcomes of a computer-assisted intervention based on acceptance and commitment therapy* [Tesis doctoral no publicada]. University of Jyväskylä, Finland.
- Lejeune, C. (2007). *The worry trap. How to free your self from worry & anxiety using acceptance & commitment therapy*. New Harbinger.
- López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 22, 1, 92-98. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712699015.pdf>
- Maitland, D. W., Kanter, J. W., Manbeck, K. E. y Kuczynski, A. M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behavior in Functional Analytic Psychotherapy: The awareness, courage, and love model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 347-359. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002>

- Manduchi, K. y Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning FAP therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 72-77. <https://doi.org/10.1037/h0100940>
- 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>
- Martín-Murcia, F. M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 104-115. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827206.pdf>
- Martín-Murcia, F. M. (2010). Intervención psicológica en anorexia nerviosa. En A. Cangas y V. Ibañez (Eds.). *Nuevas perspectivas en el trastorno mental grave* (pp. 209-235). Alboran Editores.
- Martín-Murcia, F., Cangas, A. J., y Pardo, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third-generation behavioral therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198-209. <https://doi.org/10.1177/1534650111400899>
- Martín-Murcia, F. M., Cangas-Díaz, A. J., Pozo-Pérez, E. M., Martínez-Sánchez, M. y López-Pérez, M. (2008). Trastornos de conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Psicología Conductual*, 16(2), 189-205. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-115379>
- Martín-Murcia, F. M., Cangas-Díaz, A. J., Pozo-Pérez, E. M. y Martínez-Sánchez, 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3204004>
- Martín-Murcia, F. M. y Ferro-García, R. (2016). Building the self. A contextual approach. *Psychology, Society, & Education*, 8(2), 149-156. <https://doi.org/10.25115/psye.v8i2.555>
- Merwin, R. M. (2020). ACT Innovations for dangerous weight control anorexia nervosa and ED-DMT1. En M.E. Levin, M.P. Twohig y J. Krafft (Eds.) *Innovations in acceptance & commitment therapy* (pp.170-186). Context Press.
- Merwin, R. M., Zucker, N. L. y Wilson, K. G. (2019). *ACT for anorexia nervosa. A guide for clinicians*. The Guilford Press.
- Millon, T. (1999). *Inventario clínico multiaxial de millon-II (MCMI-II)*. TEA Ediciones.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. y 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>
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Minerva Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las Terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Ruiz-García, A., Macías-Morón, J.J., Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2021). Spanish validation of the “life snapshot inventory”. Validación española del “inventario de instantánea vital”. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 9-17. <https://doi.org/10.21500/20112084.5095>
- Safer, D. L., Telch, C. F. y Agras, W. S. (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*. 158(4), 632-634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Saldaña, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez. (Coords.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. (pp. 141-160). Pirámide.
- Sierra-Puentes, M. (2005). La Bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*. 1(1), 79-87. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0001.06>
- Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 121-137. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i2.76>
- Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W. y Kohlenberg, R. J. (2009/2022). El curso de la terapia: Fase inicial, media y final de FAP. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette y G.M. Callaghan (Eds.). *Guía de la psicoterapia analítica funcional. Conciencia, coraje, amor y conductismo* (pp.295-329). Psara Ediciones.

- Valero-Aguayo, L. y Ferro-García, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Editorial Síntesis.
- Valero, L., Ferro, R., López, M. A. y Selva, M. A. (2014) Psychometric properties of the spanish version of the experiencing of self scale (EOSS) for assessment in functional analytic psychotherapy. *Psicothema*, 26(3), 415-422. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.15>
- Vernooij, G. M. (2017). *Acceptatie en commitment therapie bij eetstoornissen: e en systematis he review*. [Tesis de master no publicada]. University of Twente, Nederland. http://essay.utwente.nl/73688/1/Vernooij_MA_BMS.pdf
- Vives-Montero, M. C. y Ferro-García, R. (2005). Análisis funcional y tratamiento de un caso con bulimia nerviosa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(135), 77-95. <https://doi.org/10.33776/amc.v31i135.2223>
- Wagner, A. W. (2005). A behavior al approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 101-114. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.1.101>
- Wetterneck, C. T. y Hart, J. M. (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for cognitive behavior therapy: functional analytic psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 2-3. <https://doi.org/10.1037/h0100956>
- Zulliger, H. (1970): *El test Z. Un test individual y colectivo*. Kapelusz.

Artículo recibido: 05/09/2023

Artículo aceptado: 11/07/2024