

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Máster Oficial en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales



**ABORDAJE FUNCIONAL DE UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA
CON CARACTERÍSTICAS ESQUIZOIDES Y EVITATIVAS DE LA
PERSONALIDAD**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER PRESENTADO POR

Juan José García Fernández

Bajo la dirección del Doctor:

José Manuel García Montes

Almería, 2011

ÍNDICE

<u>Contenidos</u>	<u>Páginas</u>
1. Introducción	3
2. Introducción del caso	19
3. Motivo de consulta	20
4. Historia	21
5. Evaluación psicométrica	23
5.1. Análisis cuantitativo	24
5.2. Análisis cualitativo	27
6. Conceptualización del caso	27
7. Curso del tratamiento	35
8. Evaluación del progreso	45
9. Consideraciones y dificultades implicadas	49
10. Recomendaciones para clínicos y estudiantes	52
ANEXOS.....	
1. Tabla con las escalas del MCMI-III	55
2. Perfil obtenido en el MCMI-III	56
3. Diagrama sobre hipótesis del problema	57
4. Consentimiento informado	58
Referencias bibliográficas	59

1. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años los trastornos de la conducta alimentaria han adquirido una significación social relevante. Prueba de ello es la ingente cantidad de entradas que devuelve uno de los buscadores de internet más usados en la actualidad, el Google, cuando el criterio de búsqueda se focaliza en “anorexia” o “bulimia”, frente a otros trastornos más comunes o de gran calado en nuestro lenguaje común, como la depresión o la ansiedad. Esta preocupación social no parece haberse trasladado al campo de la investigación, al menos en lo que concierne al número de publicaciones científicas disponibles en las bases de datos al uso. Hasta la fecha los estudios sobre trastornos de conducta alimentaria (TCA) son todavía limitados (Rodríguez Martín, Novalbos Ruiz, Martínez Nieto, Escobar Jiménez y Castro de Haro, 2005).

Se observa, por tanto, un mayor protagonismo del cuerpo como elemento de distinción social e instrumento de competitividad, sobrevalorando el aspecto físico y la delgadez y desencadenando unos hábitos alimenticios inadecuados que conducen a los adolescentes a serios trastornos de la conducta alimentaria (Toro y Vilardell, 1987). En este sentido, cabe señalar que los datos que se barajan en cuanto a la prevalencia giran en torno al 0,5-1% en anorexia nerviosa (AN), 1-3% en bulimia nerviosa (BN) y 3% en trastorno de conducta alimentario no especificado (TCA no especificado), situándose la incidencia especialmente en mujeres de 0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la AN y de 6 a 9,9 casos para la BN (Peláez, Labrador y Raich, 2005). Además, se aprecia en la actualidad una tendencia hacia edades cada vez más tempranas y extensión de dicha clínica al

género masculino. La mortalidad oscila entre un 2% y un 20% en AN (Rodríguez Martín *et al*, 2005).

De los diferentes TCA que se recogen en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), la anorexia nerviosa (AN) es el cuadro clínico que más investigación ha suscitado hasta el momento. En adelante omitiremos deliberadamente la referencia a los demás trastornos de la conducta alimentaria, ya que excedería en demasía los objetivos del presente trabajo. Hechas estas breves anotaciones sobre prevalencia e incidencia, pasamos a exponer los criterios diagnósticos que, según el DSM-IV-TR, conformarían el trastorno de anorexia nerviosa. Dichos criterios son (American Psychiatric Association, 2002):

- A. *Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.*
- B. *Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.*
- C. *Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.*
- D. *En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.*

Subtipo Restrictivo: durante el episodio de AN el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

Subtipo Compulsivo/Purgativo: durante el episodio de AN la persona recurre regularmente a atracones o purgas. (APA, 2002)

En cuanto a la etiología de la anorexia nerviosa ésta es de carácter multicausal, manejando diferentes factores que facilitan o fomentan la presencia del

mencionado síndrome clínico. Nos referimos aquí a: factores *predisponentes* como las características psicológicas de los pacientes, una edad entre 12-25 años, variables genéticas y hormonales, de funcionalidad y socioculturales; factores *precipitantes* como la insatisfacción con el peso y figura, dietas, etc.; y factores *perpetuantes* como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social, el feedback fisiológico por inanición, iatrogenia, etc. (Toro *et al*, 1987). De esta manera, este conglomerado tridimensional no solo da lugar a un amplio conjunto de complicaciones biomédicas a nivel cardiovascular, gastrointestinal, endocrinometabólico, etc., sino también a una sintomatología psíquica fundamentalmente de carácter ansioso-depresiva y obsesivo compulsiva (Rodríguez Martín *et al*, 2005).

Como se ha apuntado más arriba la presencia de este síndrome en personas de 12 a 25 años es una realidad, destacando la adolescencia como el período crítico por excelencia y el colectivo de mayor riesgo (Martín Murcia, 2002). A esto contribuyen principalmente un conjunto de factores socioculturales que configuran el macrocontexto, y actúan, dando forma a los diferentes microcontextos donde el adolescente se desarrolla a nivel social y psicológico. Según Carrillo (2005), estos elementos se concretan en:

1. *Exigencias profesionales y sociales* que ejercen una denodada presión sobre el aspecto corporal a la hora de acceder al mundo profesional. De tal manera esto es así, que se establece una relación de equivalencia entre delgadez y triunfo, fomentando consecuentemente el deseo de ajustarse a tal perfil de éxito o desencadenar una seria falta de autoestima al no estar a la altura.

2. Otro elemento tiene que ver con las *relaciones de amistad y relaciones heterosexuales*, cuando el peso de las interacciones sociales se desplaza de la familia al grupo de iguales. De estos últimos se busca su aprobación y aceptación, en muchas ocasiones al precio que sea necesario, para llegar a ser uno más del grupo. En este sentido, un componente clave de comparación e identidad es la imagen corporal, la cual, en confluencia con una baja autoestima puede generar replanteamientos dietéticos, como antesala a la anorexia. Similares consideraciones se dan en lo que respecta a las relaciones de pareja, donde la imagen corporal también es un tema de gran valor para los jóvenes que buscan complacer y mostrarse deseables para el otro sexo.
3. No podría faltar en este encuentro *la moda y los medios de comunicación*. Ambos elementos estarían confabulados para establecer las tendencias en todos los aspectos de la vida, dictaminando qué beber, qué comer o cómo vestir. Es decir, influyendo en la autoimagen del individuo.

En relación a la terapéutica indicada para la anorexia nerviosa, se hayan bastante consolidadas una serie de pautas recogidas dentro del grupo de tratamientos bien establecidos. Dicho tratamiento se encuentra precedido por una evaluación exhaustiva, dirigida a clarificar la intervención más apropiada al caso. El criterio base para la decisión del procedimiento de intervención a seguir, en régimen hospitalario *vs.* ambulatorio, se apoya sobre parámetros físicos como el peso corporal o el estado cardíaco y metabólico. El criterio de ingreso más usual utilizado es el índice de Quetelet ó Índice de Masa Corporal (IMC), que se obtiene del cociente entre el peso (en kilogramos) y la altura al cuadrado (en metros). La

Organización Mundial de la Salud (OMS) establece los siguientes rangos de referencia:

- IMC menor que 16,5: Criterio de ingreso.
- IMC de 16,5 a 18,5: Infrapeso.
- IMC de 18,5 a 20,5: Bajo peso.
- IMC de 20,5 a 25,5: Peso normal.
- IMC de 25,5 a 30: Sobrepeso.
- IMC de 30 a 40: Obesidad premórbida.
- IMC mayor que 40: Obesidad mórbida.

De esta manera, si el paciente experimenta una disminución rápida y excesiva tanto del peso como de la ingesta de alimentos que pongan en riesgo su vida, se procede al ingreso hospitalario y consecuente rehabilitación nutricional (Saldaña, 2001).

Según Saldaña (2001), los objetivos de intervención que se consideran establecidos en el ámbito clínico son los siguientes:

1. Restaurar el peso hasta un nivel saludable, de tal manera que se lleguen a recuperar las constantes orgánicas. En el caso de la mujer se pretende normalizar la menstruación y la ovulación, en el hombre el deseo sexual y los niveles hormonales y en los adolescentes el crecimiento y desarrollo sexual.
2. Tratar las complicaciones físicas derivadas de la restricción intensa y persistente de alimentos.

3. Incrementar la motivación del paciente para que coopere de manera saludable en su propia nutrición y se implique de manera activa en el tratamiento.
4. Educar al paciente en hábitos alimentarios sanos y proporcionar información sobre nutrición adecuada.
5. Modificar todos aquellos pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados con el trastorno alimentario.
6. Tratar los trastornos psiquiátricos asociados como la alteración del estado de ánimo o de la conducta y la disminución de la autoestima.
7. Conseguir y fomentar el apoyo familiar, facilitando a la familia asesoramiento y terapia si es necesario.
8. Prevenir las recaídas.

Como se puede apreciar, la dinámica de intervención en anorexia nerviosa está bastante protocolizada y sujeta al modelo médico, donde se pugna una batalla contra el síntoma, que justifica la atención psiquiátrica que está recibiendo el paciente. Objetivamente éste ha dejado de comer y ha bajado de peso rápidamente, comportamiento que además persiste a lo largo del tiempo y está generando diversas complicaciones biomédicas que ponen en peligro su vida. El riesgo vital es evidente y urge una “política de engorde” que normalice la situación actual. Se organiza, por tanto, todo un espectáculo terapéutico en torno a la sintomatología alimentaria, tratando de rescatar al paciente, pero obviando, en último término, el resto de dimensiones que configuran la integridad psicológica de la persona, tales

como las características interpersonales, las cognitivas y las psicodinámicas (Millon, 2006).

La situación problemática que se ha referido en el párrafo anterior queda circunscrita al síndrome de anorexia recogido en el Eje I del DSM-IV-TR. El paradigma que se mantiene en el presente trabajo iría precisamente en la línea que defiende Millon, según la cual, la interacción entre el Eje II (características de la personalidad) y el Eje IV (estresores psicosociales) es el contexto que facilita la expresión de los diferentes síndromes del Eje I (Millon, 2006) y, por tanto, de los síntomas psicológicos susceptibles de atención desde la terapéutica al uso. El estilo de personalidad, entendido como patrón de comportamiento o particular estilo de funcionamiento del individuo, sería el resultado de la interacción temprana entre las contingencias biológicas y sociofamiliares (Martín Murcia, 2006). Dichas características de personalidad incluyen numerosos rasgos adaptativos o desadaptativos que regulan la capacidad de la persona para afrontar las demandas psicosociales con cierto grado de éxito. En función de la gestión que se haga de los estresores puede, o no, precipitarse algún trastorno del Eje I (Millon, 2006). Por tanto, la presencia de cualquier trastorno mental del Eje I, hace sospechar de un funcionamiento desadaptativo de la persona a distintos niveles, en el contexto de los trastornos de la personalidad.

En apoyo de dicha hipótesis, diversos autores señalan que determinados trastornos de personalidad se hallan presentes en pacientes con TCA. Así, Martín Murcia, Cangas, Pozo *et al* (2009) llevaron a cabo un estudio, cuyo objetivo era comprobar si una intervención enfocada sobre los trastornos de la personalidad contribuiría a la resolución del TCA. En dicha investigación, con un seguimiento de 5 años, se seleccionó una muestra de 34 mujeres con TCA a las que se aplicó el

MCMI-II para determinar su estilo de personalidad patológico. Entre los trastornos de personalidad más frecuentes encontrados estaban: esquizoide, evitativo, obsesivo-compulsivo, límite y narcisista. Tras el tratamiento, en aquellas pacientes que habían resuelto su TCA, la presencia de trastorno de la personalidad disminuyó significativamente en 33-36%.

En otro estudio descriptivo y comparativo transversal (Martín Murcia y Motos Alarcos, 2001), se seleccionó una muestra de 20 sujetos con trastorno de la conducta alimentaria: un grupo con anorexia nerviosa tipo restrictivo (n=11) y un segundo grupo con bulimia nerviosa tipo purgativo (n=9). Se utilizó también un grupo control compuesto por 11 sujetos. A todos se les aplicó el cuestionario MCMI-II. En el primer grupo, aparecen con mayor frecuencia trastornos de personalidad tipo esquizoide y evitativo, mientras que en el segundo grupo el más frecuente es el histriónico. Los resultados obtenidos apoyaron una comorbilidad significativa de trastorno de personalidad en el 54% del grupo con anorexia nerviosa tipo restrictivo y del 22,20% en el grupo con bulimia nerviosa tipo purgativo, frente a la ausencia completa de trastornos de personalidad en el grupo control.

Según nuestro punto de vista, para entender este proceso interactivo entre personalidad y síndromes sería vital incorporar a nuestro discurso el concepto de *clase funcional*. Evidentemente, introducir este concepto en el ámbito de los trastornos mentales supondría una ruptura con la propia clasificación nosológica basada en un criterio exclusivamente topográfico. Aquí, el criterio de unión se define en términos funcionales. Es decir, cuando hablamos de *clase funcional* nos referimos a todos aquellos comportamientos que, independientemente de su apariencia formal, están sujetos al control de las mismas consecuencias

(Kohlenberg y Tsai, 2008). Así, por ejemplo, las restricción de alimentos, las obsesiones o los intentos autolíticos, aunque son muy distintos en su topografía, pueden estar cumpliendo la misma función. Por tanto, las consecuencias reforzarían a todos los comportamientos de la clase funcional, de tal manera que cualquier modificación o alteración en las consecuencias de uno o más de estos comportamientos, se extendería al resto de conductas de la misma clase funcional (Pérez Álvarez, 1996).

Así, estos datos sugieren que quizás la relevancia de los trastornos de la personalidad tenga mayor significación en el origen de los TCA y que el estudio de la relación entre ambas variables (Personalidad vs. TCA) en un escenario contextual, según defendemos, podría ayudar a clarificar el grado de influencia que ejerce la primera sobre la génesis y pronóstico de la segunda (López Seco, González Molinero y Tárrega Esteller, 2003). De este modo, se plantea la reorientación del tratamiento terapéutico hacia la integridad de la persona, abarcando en dicha totalidad el modo de funcionamiento de la persona en su vida, y entendiendo el funcionamiento patológico como el conjunto de problemas persistentes de relación interpersonal que derivan en complicaciones clínicas del Eje I (Fuentes y Quiroga, 2005).

Por tanto, la filosofía de partida propuesta sugiere que dentro del funcionamiento interpersonal desarrollado en la vida del ser humano, existen infinidad de posibilidades y alternativas de respuesta. Lo que consideramos patología psicológica es otra opción más. Es una *decisión* tomada por el individuo, en la línea señalada por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Wilson y Luciano, 2002). El escenario es el de una persona como parte de un todo integrado, donde ésta se haya a sí misma abocada a la inercia existencial, haciéndose

preguntas y buscando un sentido significativo a su vida. Las terapias de tercera generación son compatibles con esta noción de la persona. Entre estas terapias se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) (Kohlenberg y Tsai, 2008), la Activación Conductual (Kanter, Busch y Rusch, 2011) y la Terapia Conductual Dialéctica (García Palacios, 2008; Gempeler, 2008). En éstas, se aborda la problemática desde un punto de vista contextual, funcional e interpersonal. La base de este trabajo terapéutico sería la *aceptación*, como el abandono de la lucha que el paciente tiene contra los síntomas (en forma de dolor y emociones que causan sufrimiento psicológico) y la *activación*, como la clarificación de sus valores y la reorientación de su vida hacia éstos, facilitando que el paciente aprenda a priorizar sus intereses vitales.

Más específicamente, ACT se centra en la experiencia emocional del cliente, asumiendo que el factor crítico en el sufrimiento psicológico es lo que Luciano y Hayes (2001) plantean como el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), esto es, un comportamiento activo por parte del paciente por evitar establecer contacto con sus experiencias privadas (sensaciones, pensamientos, recuerdos, etc.), vividas como aversivas, al tiempo que lucha por alterar tanto la topografía como los antecedentes (forma, frecuencia y condiciones que generan estas experiencias), de tal manera que interfiere con la vida que el paciente quiere tener. Este modo de vida patológico se configura en toda una clase funcional reforzada negativamente y sostenida sobre diversos contextos verbales que cronifican la manera disfuncional de ir por la vida (Wilson y Luciano, 2002). Los contextos verbales mencionados son (Pérez Álvarez, 1996; Luciano y Hayes, 2001):

1. *Contexto de literalidad o fusión cognitiva.*- Hace referencia a la fusión que se produce entre las palabras y sus referentes, de tal manera que llegan a ser funcionalmente equivalentes. Así, se responde a las palabras como si se tratase de su referente, pudiendo llegar a ser evitadas tanto como los eventos reales a los que se refieren. La alteración de este contexto se realiza mediante el fortalecimiento del *yo contexto* frente al *yo contenido*.
2. *Contexto de la evaluación.*- Se refiere al hecho de que las personas tienden a valorar los eventos de forma convencional como buenos o malos, feos o bonitos, etc., y terminan confundiendo las propiedades de las cosas con sus valoraciones, las descripciones objetivas con las valoraciones subjetivas. Con lo cual, se produce una fusión evento-evaluación que lleva a responder al primero en términos del segundo. Debilitar este contexto requiere fomentar la discriminación entre descripción de los hechos y evaluación de esos hechos (p.ej. “esto es X y lo valoro como...”).
3. *Contexto de dar razones.*- Está relacionado con la tendencia aprendida del ser humano a buscar las causas de la conducta, dando explicaciones o justificaciones de por qué se hace tal o cual cosa y apelando a los pensamientos y sentimientos como buenas razones causales. Dada esta lógica no es extraño que, ante la intención de modificar la conducta, se trate de controlar y alterar voluntariamente su causa: pensamientos y sentimientos. La intervención dirigida a minar este contexto conlleva la distinción entre tomar una decisión o tomar una elección.

4. *Contexto de evitación de eventos privados.*- Se refiere a la inclinación de las personas, fomentada socialmente, a evitar aquellos pensamientos y emociones no deseados o dolorosos. La base de este contexto es la relación de causalidad entre eventos privados y conducta observable, que justifica la actuación del sujeto por el control cognitivo y emocional. Aquí la estrategia terapéutica más adaptativa sería: la *aceptación* de los eventos privados como algo que no podemos cambiar y la *exposición* a las barreras que nos separan de los valores.

De esta manera, es evidente que ACT se dirige a socavar esta compleja regulación verbal. Para ello introduce en su proceso terapéutico diversos aspectos clave, como son: la clarificación de valores, la exposición a los eventos privados, la desactivación de funciones y el distanciamiento (Wilson y Luciano, 2002). Todo ello con el objetivo último de reorientar la vida del paciente hacia sus metas vitales, aceptando aquellos eventos privados que no pueden cambiarse y dotarlo de la flexibilidad psicológica suficiente para responder a pesar de todo. Como apuntan Callaghan, Gregg, Marx y Kohlenberg (2004), este trabajo terapéutico conlleva varios puntos, como son: (a) facilitar el conocimiento que el cliente tiene de sus pensamientos, sentimientos y evaluaciones, (b) que el cliente considere a estos pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos como lo que son, sin entidad causal sobre el comportamiento, y (c) que el cliente elija actuar conforme a unos valores significativos propios y no de acuerdo con las evaluaciones que haga.

ACT se ha mostrado eficaz en su aplicación clínica a diversa problemática psicológica general resistente a los tratamientos convencionales. Carrascoso López (1999) llevó a cabo un estudio en el contexto de la agorafobia, donde ACT ha demostrado ser eficaz para llevar una vida de acuerdo con los valores personales, al

coste de soportar el malestar generado por la exposición. El paciente presentaba una ansiedad a nivel fisiológico y cognitivo relativamente alta, con ataques de pánico y toda una clase funcional de conductas de evitación y escape. El tratamiento constaba de 4 sesiones de evaluación más 12 de tratamiento *per se*. Los resultados apuntan a un descenso significativo en las diferentes variables criterio medidas. Por su parte, García Montes, Luciano, Hernández López y Zaldívar (2004) realizaron un estudio en un paciente con sintomatología delirante. El tratamiento se extendió a lo largo de 10 meses, con un total de 28 sesiones terapéuticas, y consistió en focalizar la intervención en la aceptación y apertura por parte del paciente de su experiencia delirante, al tiempo que se comprometía a actuar en dirección a lo que era realmente valioso en su vida. Los resultados tras el tratamiento indicaron que el paciente: (a) redujo las verbalizaciones delirantes ya en las primeras sesiones, (b) redujo las verbalizaciones referidas a los intentos de control o evitación de los eventos privados, (c) aumentó las verbalizaciones referidas a la apertura a esos mismos eventos privados y (d) incrementó sus actuaciones en dirección a sus valores personales.

Por otro lado, los principios básicos que rigen la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) se sustentan en el contextualismo funcional y el conductismo radical (Ferro García, Valero Aguayo, y López Bermúdez, 2009). Por tanto, se considera conducta todo aquello que pueda hacer el paciente (hablar, pensar, sentir, recordar, ver, oír, etc.), bajo el criterio de *clase funcional*. Esta perspectiva cubriría las limitaciones que supone el acceso directo a los problemas comportamentales que presenta el cliente en la vida diaria (fuera de la consulta), ya que éstos pueden estar relacionados funcionalmente con otros que sí se dan en el contexto clínico. Recordemos, que la intervención sobre algunos comportamientos de una *clase*

funcional tendría repercusiones sobre el resto de la misma clase. Desde esta perspectiva, el contexto clínico presente es un escenario único donde entran en juego diversas variables interpersonales, entendidas desde una óptica terapéutica como relevantes y significativas, y donde la relación terapéutica es el eje vertebrador que da sentido y cohesión a la actuación del terapeuta. En definitiva, FAP presta especial atención a la fuerza de las consecuencias durante la relación terapéutica, considerando como aspecto fundamental la reacción que tiene el terapeuta ante la conducta del cliente (Callaghan *et al*, 2004). Los elementos moleculares, objeto de análisis en esta terapia, son las conductas clínicamente relevantes (CCR) que aparecen en la sesión y son de tres tipos:

- CCR1. Problemas del paciente que ocurren en la sesión y que hay que disminuir.
- CCR2. Mejorías del paciente que se dan durante la sesión y que hay que fomentar, convirtiéndose en objetivos prioritarios de la sesión.
- CCR3. Interpretaciones que hace el paciente acerca de su conducta y sus causas, que pueden ser a su vez CCR1 ó CCR2.

Además, FAP establece claramente cinco reglas fundamentales a tener presentes durante el proceso terapéutico que ayudan a gestionar la relación terapeuta-paciente. La regla nº1 consiste en que el terapeuta debe mantener una actitud de observación de las CCR que puedan surgir en la sesión. La regla nº2 sugiere que hay que generar un ambiente terapéutico que evoque las distintas CCR. La regla nº3 indica que se deben reforzar positivamente aquellas CCR2 que surjan durante la sesión. La regla nº4 propone una actitud de autoobservación sobre el papel más o menos reforzador que supone el terapeuta para el paciente. Y por

último, la regla nº5 afirma que se debe desarrollar en el paciente un repertorio de descripción correcta de las variables que controlan las CCR (Ferro García *et al*, 2009). En definitiva, el objetivo es la transferencia de las mejorías dadas en la sesión, como incrementos de las CCR2 y disminución de las CCR1, a la vida diaria del paciente de tal manera que consiga restablecer su funcionamiento. Esta terapia se ha mostrado eficaz en su aplicación a diversa problemática clínica. Así, por ejemplo, Carrascoso López (2002) desarrolló un estudio de caso bajo los supuestos de la psicoterapia analítica funcional, en el contexto de la celotipia. El establecimiento inicial de la línea base reveló en el cliente claros síntomas ansioso depresivos y gran cantidad de preocupaciones rumiativas en relación a la infidelidad y celos hacia su pareja. La intervención se llevó a cabo en 31 sesiones a lo largo de año y medio, más otras 5 sesiones de seguimiento. La eficacia del tratamiento fue aceptable ya que la sintomatología ansiosa, depresiva y rumiativa disminuyó considerablemente al final del tratamiento.

Un enfoque más amplio referido por Callaghan *et al* (2004) se centra en la integración de estas dos últimas terapias de tercera generación, lo que ha venido a denominarse “Terapia Analítico-Funcional de Aceptación y Compromiso” (FACT). Este enfoque parte de la premisa de que, por un lado, los seres humanos somos fundamentalmente seres sociales y gran parte de lo que hacemos es consecuencia de los refuerzos sociales y, por otro lado, también somos seres verbales y gran parte del sufrimiento humano se produce por las funciones únicas del lenguaje. De esta manera, si ACT está más centrada en problemas relacionados con la experiencia de evitación emocional y FAP se focaliza en el contexto de relación interpersonal, FACT integra las fortalezas de ambas, fomentando la aceptación de la experiencia al servicio de los valores del cliente mientras se refuerza de manera contingente el

cambio de conducta en la dirección deseada. En este sentido, hay resultados en la investigación clínica que apuntan al éxito en la utilización de esta terapia integrada, FACT, en trastornos sexuales y otros problemas. Así, por ejemplo, Paul, Marx y Orsillo (1999) trataron un caso de exhibicionismo, ansiedad y consumo de drogas. El tratamiento tuvo una duración de 12 meses más otros 6 meses de seguimiento. La intervención se focalizó en la aceptación por parte del cliente de los estados emocionales aversivos relacionados con la ansiedad, exhibicionismo y uso de la marihuana. Los resultados indicaron desde el inicio, una reducción en la frecuencia de la masturbación en público, el desarrollo de habilidades sociales para afrontar el consumo de drogas y la disminución de la sintomatología asociada a la ansiedad y la depresión. Por otro lado, Cangas y Olivencia (2005), en un intento por aplicar ambas terapias al trastorno esquizotípico de la personalidad, integraron en la intervención los componentes y principios de las mismas. Los resultados reflejaron una disminución importante tanto de las conductas suspicaces, como de la percepción inadecuada (manifestada en conducta verbal) y autodesvalorización, además de un aumento de conducta interpersonal adecuada.

Vistas las características principales de la anorexia nerviosa, los objetivos terapéuticos, la visión integral de la personalidad (como contexto donde tiene lugar la expresión del síndrome) y lo pertinente, según nuestro punto de vista, de una intervención contextualizada que dé respuesta a esta perspectiva de la psicopatología, exponemos a continuación el estudio de caso. El objetivo del mismo es poner de manifiesto la viabilidad del abordaje funcional como contexto clínico apropiado para la idiosincrasia clínica. Sin definirse por un tipo de terapia u otra de tercera generación, los principios terapéuticos comunes a todas ellas, proporcionan la hoja de ruta y dirigen la intervención. Simplemente puntualizar

que, previo al inicio de la recogida, evaluación, análisis y estudio del caso, se solicitó a la paciente el consentimiento expreso para participar de manera voluntaria en la presente investigación, bajo la premisa de máxima confidencialidad. Para ello se formalizó por escrito el consentimiento informado anexo al final del trabajo (Ver ANEXO 4).

2. INTRODUCCIÓN DEL CASO.

Irene es una mujer española de 41 años, con un diagnóstico de anorexia nerviosa tipo restrictivo desde los 20. Desde entonces ha seguido una trayectoria de ingresos en diferentes hospitales públicos y privados de toda España, motivados principalmente por el alto riesgo vital que suponía la restricción de alimentos; un estado de salud que pasaba inadvertido por la práctica ausencia de complicaciones a otros niveles. En reiteradas ocasiones ha sido ingresada en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona, centro privado dedicado exclusivamente al tratamiento de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Como parte del proceso de tratamiento en este centro se fomentó en la paciente la emancipación de la familia, la ocupación en algún trabajo, la participación en alguna actividad de ocio y encuentros programados con otras personas ajenas a la familia. Por tanto, la paciente se independizó hace relativamente poco tiempo dada su trayectoria (aproximadamente un año), imparte clases de matemáticas en una academia como medida de ocupación terapéutica (desde hace tres años), aunque no en régimen laboral, recibe clases de danza del vientre (organizado por el instituto de la mujer) y queda semanalmente con un amigo de una asociación de trastornos mentales para hablar.

Ha recibido, además, tratamiento psiquiátrico y psicológico, en régimen ambulatorio, por parte de numerosos profesionales y pasado por diferentes terapias psicológicas dirigidas al tratamiento de la anorexia. Asimismo, Irene recibe medicación ansiolítica y antidepresiva desde que fue diagnosticada de dicho trastorno.

3. MOTIVO DE CONSULTA.

Concretamente, las principales dificultades que presentaba Irene cuando acudió a consulta estaban relacionadas con el riesgo vital importante, debido a la reducción extrema en la ingestión de alimentos, a pesar de las indicaciones médicas y familiares. Así mismo, manifestaba todo un repertorio de conductas de control consistentes en medir las cantidades de alimentos (en gramos) ingeridos y mirar las etiquetas de información nutricional para evitar aquellos alimentos que consideraba prohibidos por su alto valor calórico. Como consecuencia de ello había alcanzado un IMC de 13,92, dato muy por debajo del criterio de ingreso según la OMS (aunque desde siempre se ha mantenido en estado de infrapeso), situación que hacía temer por su vida y por la que, semanas antes de comenzar la terapia, la familia solicitó el internamiento en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona.

Debido a su precario estado de salud, la paciente no ha podido mantener una vida laboral normalizada (que inició poco después de concluir sus estudios como profesora interina de Matemáticas), hecho motivado además por la dinámica cíclica adoptada por la paciente frente a su enfermedad: disminuía el consumo de alimentos, bajaba drásticamente su peso hasta niveles peligrosos para su salud y era posteriormente hospitalizada durante varios meses. Una vez que recuperaba un

peso aceptable, era dada de alta y reiniciaba nuevamente el ciclo patológico bajando rápida y progresivamente de peso.

4. HISTORIA.

Irene es la mayor de dos hermanos y ha vivido con sus padres hasta hace un año y medio que se independizó y vive sola. Así mismo, la paciente no ha tenido ni tiene relaciones sentimentales. En cuanto a su infancia, ésta se ha distinguido por el desarrollo en el seno de una familia cuyos padres mantenían un estilo educativo excesivamente sobreprotector. No obstante, la paciente refiere haber tenido una adolescencia complicada, caracterizada por una historia de dificultades sociales derivadas de su timidez, evitación y retraimiento social.

A los 19 años es diagnosticada de anorexia nerviosa tipo restrictivo. Desde entonces comienza a recibir tratamiento ambulatorio, pautándose además con ciertos ansiolíticos y antidepresivos. Por otro lado, la intervención familiar se lleva a cabo por parte de la asociación para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria de Almería, en la que su madre participaba como miembro activo en un grupo de madres de anoréxicas, donde relataba su experiencia con el resto de familias afectadas. Después compartía esta información con Irene, a la que le contaba todo tipo de detalles relacionados con la enfermedad. Hay que señalar al respecto que su padre siempre se mantuvo al margen en relación a esta problemática, sobre la que nunca se ha pronunciado y movilizó, papel que por otro lado ha ejercido su hermano con firmeza en los momentos más críticos de la enfermedad de Irene (cuando su vida estaba claramente en peligro), instando a un tratamiento urgente y real. Tanto es así, que la paciente era ingresada en reiteradas

ocasiones en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona (ITA), donde conseguían recuperar sus parámetros biométricos hasta niveles exentos de riesgo. De esta manera, la trayectoria vital quedaba reducida a un círculo vicioso patológico en torno a la restricción de alimentos, como sintomatología más notable. Este funcionamiento general anómalo, derivado de la anorexia nerviosa, con precario estado de salud y reiterados ingresos hospitalarios, contribuyó a que desde la administración se le concediera la incapacitación laboral. Desde entonces recibe una pensión no contributiva.

Sin embargo, esto no ha sido obstáculo para que Irene terminara la carrera y se licenciara en matemáticas, ya que era una estudiante ejemplar. Esta experiencia universitaria, según refiere la paciente con angustia, fue para ella un suplicio y un martirio ya que tenía la sensación de “*no conectar con nadie*”. Especialmente le suponía un conflicto tener que realizar trabajos en grupo, donde el grado de interacción social era mayor. Después de la carrera, se preparó oposiciones y trabajó de interina durante un breve periodo de tiempo (antes de ser pensionista), pero finalmente lo abandonó porque se veía incapaz de enfrentarse tanto a niños como adultos.

Un año antes de iniciar terapia en el gabinete el día 16 de septiembre de 2010, estuvo ingresada durante un año en ITA (aunque ya estuvo en otras ocasiones) hasta que solicitó, en contra de la prescripción médica, el alta voluntaria. En este recurso, además de normalizar levemente su peso, trabajaron su emancipación y ocupación terapéutica, objetivos recientemente cubiertos ya que llevaba un año viviendo de manera independiente de su familia y unos tres años impartiendo clases en la academia de su prima. No obstante, previo al comienzo de la terapia la familia había vuelto a solicitar el ingreso hospitalario de la paciente en

ITA, ya que había alcanzado un IMC extremadamente arriesgado para su salud y urgía su restablecimiento.

5. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA.

El principal instrumento utilizado para la evaluación del caso ha sido el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon *et al*, 2007). Esta prueba consta de 175 ítems de respuesta dicotómica verdadero/falso, que permite la evaluación de un amplio rango de conductas clínicamente relevantes. Se compone de 24 escalas clínicas y 4 índices de ajuste. En el perfil que se obtiene, éstas se agrupan en las categorías de personalidad y psicopatología para ajustarse a la distinción que hace el DSM entre el Eje I (10 escalas para síndromes clínicos) y el Eje II (14 escalas para Trastornos de Personalidad). Dentro de cada Eje, estas escalas se agrupan según el grado de severidad de la psicopatología, de tal manera que los síndromes clínicos severos (desde el Trastorno de ansiedad hasta el Trastorno por estrés postraumático) se hayan claramente separados de los síndromes más graves (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor, Trastorno delirante). Y los patrones clínicos de personalidad (desde el Esquizoide hasta el Autodestructivo) se han separado de las patologías graves de personalidad (Esquizotípico, Límite, Paranoide). (Véase **ANEXO 1**).

Este instrumento se aplicó en consulta al inicio del tratamiento y ha servido para enmarcar el caso dentro de un particular estilo de funcionamiento frente a la vida. Aunque la noción de personalidad que se postula es más bien un continuo que va de la normalidad a la patología, por fines prácticos se sitúan los puntos de corte en puntuaciones de prevalencia (PREV) de 75 y 85. De tal manera, que

puntuaciones de PREV 75 ó más indicarían la presencia de rasgos clínicamente significativos y a partir de PREV 85 ó más estaríamos hablando de un trastorno de la personalidad. El perfil obtenido por la paciente se adjunta como **ANEXO 2**.

5.1. Análisis cuantitativo.

Con objeto de obtener mayor información sobre el perfil psicológico de Irene, se procede a detallar los resultados de la cliente en el MCMI-III. De la evaluación del índice de Validez (escala V) se desprende una Puntuación Directa de 0, por lo que la prueba se considera válida descartando posibles respuestas descuidadas, confusas o al azar. A continuación se valoran los índices de ajuste. El índice de sinceridad (escala X) ofrece una Puntuación Directa de 115, la cual se haya dentro del intervalo 34-178, por lo que podemos asumir que las respuestas de Irene han sido honestas y reveladoras. En cuando al índice de deseabilidad social (escala Y), se obtiene una Puntuación de PREV de 23, coherente con la escala de sinceridad que sugiere que la paciente no ha mostrado tendencia a presentarse como socialmente atractiva, con lo cual podemos considerar que se presta a revelar sus dificultades psicológicas e interpersonales durante la prueba. Por último, el índice de devaluación (escala Z) también se encuentra dentro de la normalidad (puntuación PREV 42), según su grupo de referencia.

En cuanto a lo más significativo del perfil del MCMI-III, se encontraría:

Personalidad:

Escala 1. Esquizoide. PREV 85.

Escala 2A. Evitativa. PREV 83.

Escala 2B. Depresiva. PREV 82.

Escala 3. Dependiente. PREV 75.

Síndromes Clínicos:

Escala D. Trastorno Distímico. PREV 80.

Escala H. Trastorno Somatomorfo. PREV 78.

Escala CC. Depresión Mayor. PREV 77.

Las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III sugieren un perfil de personalidad un tanto complejo, por cuanto que presenta puntuaciones relativamente significativas en siete de las escalas del inventario. La focalización en las escalas correspondientes a la personalidad de Irene, revela un trastorno de personalidad esquizoide, dado que en dicha escala obtiene una puntuación de *PREV 85*. Por tanto, la paciente tiende a ser apática, desganada, distante, asocial y con expresión emocional prácticamente inexistente. Todo ello, fundamentalmente por la ausencia de deseo o incapacidad para experimentar el placer o el dolor intensos. No es extraño, entonces, que sus relaciones sociales suelen caracterizarse por el distanciamiento, reduciendo al mínimo la posibilidad de establecer vínculos afectivos con personas ajenas a las de su entorno más inmediato.

Este patrón patológico de personalidad presenta además rasgos clínicamente significativos que facilitan el mantenimiento de la patología esquizoide. De hecho, la evitación de contactos sociales (*Escala Evitativa. PREV 83*) por miedo a ser criticado, la inhibición social e hipersensibilidad a la evaluación negativa, alejan a la paciente de todas aquellas interacciones

sociales que no formen parte de su familia, ya que necesita tener la seguridad de que va a gustar y no va a ser avergonzada de alguna manera.

Tanto es así, que la paciente termina por caer en un estado de abatimiento permanente, tristeza y apatía como muestra la puntuación *PREV* 82 en la *escala Depresiva*, situación que agrava su deteriorado funcionamiento a nivel social y confirma, de manera circular, su incapacidad para disfrutar de la vida, al menos por méritos propios.

La puntuación *PREV* 75 en la *escala Dependiente*, revela que la estrategia aprendida para hacer frente a este cúmulo de dificultades es la sumisión y abandono a los designios y dictados de los demás. En el caso de Irene, solo a los que su patrón esquizoide considere que gusta o cae bien, probablemente su familia. Siente y necesita con urgencia que aquellos a los que agrada se ocupen de ella. Por tanto, muestra dificultades para tomar decisiones o asumir responsabilidades, si no es con el consentimiento de los que le proporcionan protección y seguridad afectiva, de tal manera que se muestra dócil y pasiva, careciendo de competencias funcionales y evitando la autoafirmación.

En relación a los síndromes clínicos se puede apreciar la presencia de Trastorno Distímico, Trastorno Somatomorfo y Depresión Mayor (este último como un síndrome clínico grave). Estas manifestaciones sindrómicas derivadas de su complejo perfil de personalidad, revelan que Irene está constantemente preocupada por sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía y baja autoestima. Y aunque está involucrada con su vida diaria, hay momentos en los que adopta una visión pesimista del futuro y

presenta conductas de llanto, distanciamiento social, fatiga constante, además de problemas de concentración, pérdida de interés en actividades placenteras e incluso ideación suicida. Además, como instrumento de contacto con su entorno suele manifestar preocupación por su estado de salud y una variedad de dolores inespecíficos y quejas somáticas recurrentes que tiende a dramatizar y a sobrevalorar.

5.2. Análisis cualitativo.

Durante la aplicación de la prueba, cabe señalar el comportamiento claramente evitativo que ha mantenido la paciente. Tras explicarle las instrucciones de cumplimentación la paciente se dispone de manera inmediata a realizar todo el cuestionario sin manifestar, en su desarrollo, duda o sugerencia alguna en relación a los diferentes ítems. Evita igualmente el contacto ocular mientras se dan las indicaciones oportunas. Y por último, el tiempo que tarda en la realización del cuestionario es objetivamente inferior al habitual en los pacientes.

Como más adelante se apuntará, este conjunto de comportamientos con función evitativa se podrían conceptualizar dentro de la FAP como conductas clínicamente relevantes 1 (CCR1) y, por tanto, como conductas objeto de intervención en las sesiones.

6. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO.

El caso de anorexia nerviosa de Irene es especialmente representativo por cuanto se enmarca en un contexto más amplio donde se concede a su estilo de personalidad un papel preponderante en el origen y desarrollo de la problemática y,

además, se aviene en su tratamiento a las directrices del contextualismo funcional, entendido como acción históricamente situada, donde caben perfectamente elementos terapéuticos de ACT y FAP.

El problema clínico central por el que Irene acude a consulta es una anorexia nerviosa tipo restrictivo. Sin embargo, a medida que progresa la entrevista clínica y se analiza su biografía y realidad sociofamiliar salen a la luz elementos relevantes de su historia, como la excesiva sobreprotección a la que ha estado expuesta dentro de la familia. En ésta, su madre ha sido el factor clave que ha contribuido a retrasar la maduración psicológica de la paciente, evitando que se exponga a distintas situaciones propicias para el desarrollo de la autonomía, la iniciativa, la autoafirmación y la autoestima. De alguna forma, se ha fomentado desde bien pronto un seguimiento instruccional extremo, o dicho de otra manera, se ha inducido a la paciente a desarrollar una obediencia sistemática, lo que desde ACT se ha venido llamando seguimiento de reglas tipo *pliance* (Wilson y Luciano, 2002). Esto implica que, por un lado, se propicie la insensibilidad a las contingencias naturales, alejando a Irene del aprendizaje por propia experiencia y la adquisición de diferentes destrezas (dejando de aprender a ser persona resolutiva), y por otro, ha favorecido que la actuación de Irene dependa más de las contingencias proporcionadas por los demás, en lugar de lo que sería adecuado socialmente, dada la situación. Estas anotaciones estarían relacionadas con lo que desde la perspectiva cognitivo-conductual se define como “déficit en habilidades sociales”.

En el momento de la evaluación, la paciente necesita constantemente de la aprobación y apoyo de su familia para tomar decisiones. Esta manera de funcionar que manifiesta Irene fomenta además que su madre y familia continúen en la misma línea protectora, ya que confirma la incapacidad para valerse por sí misma y

la necesidad de que se ocupen de ella en cierto sentido. Esta solícita reacción del entorno, además, refuerza positivamente el repertorio instrumental de Irene para captar la atención en su papel de enferma, perpetuando así el ciclo dependiente desadaptativo.

A medida que Irene ha ido tomando contacto con la realidad social más inmediata a su familia como, por ejemplo, colegio y amigos, se ha ido topando con que las demandas de la sociedad no se ajustaban a su perfil y, por tanto, las distintas incursiones de exteriorización y apertura a los demás se han visto penalizadas. De esta manera, no es extraño que Irene trate de mantener su estatus de seguridad y bienestar psicológico, replegándose hacia sí misma y desarrollando todo un repertorio de conductas de evitación en su vida diaria, como una clase funcional reforzada negativamente. Efectivamente, el que Irene no cuente con un repertorio adaptado a los requerimientos sociales, la conducen a eludir la responsabilidad de hacerse cargo de su vida y escapar del sufrimiento que le causa la incertidumbre en términos de autonomía y novedad social. La paciente no ha desarrollado suficientemente la autonomía y carece de recursos psicológicos para afrontar la novedad. Lo contrario, supondría desplegar todas aquellas habilidades necesarias para hacer amigos, establecer relaciones afectivas e incluso buscar trabajos que impliquen un contacto interpersonal importante, etc. Ahora bien, dado que la dirección que ha tomado Irene es la opuesta a la detallada más atrás, evidentemente, termina por reducir progresivamente su ámbito social y sus intereses vitales. Funcionamiento muy en la línea de los estilos de personalidad evitativo-esquizoide, donde la inhibición y el distanciamiento social son elementos centrales.

Estos problemas con función evitativa, que configuran en Irene un modo de vida patológico y que en FAP se podrían conceptuar como problemas en la vida diaria, se traducen en:

- Evita el contacto interpersonal, con el consecuente distanciamiento y aislamiento social y pobreza de redes sociales.
- No tiene amigos de confianza, aparte de su familia.
- No expresa sus emociones o cómo se siente.
- No tiene trabajo remunerado.
- Se ha independizado muy tarde. A los 40 años.
- No tiene ni ha tenido pareja.
- No tiene interés por experiencias sexuales con otra persona.
- Mantiene conductas de medición y control de calorías o cantidades.
- Mantiene una conducta de restricción de alimentos severa.
- Nunca ha comido fuera de casa por miedo a no saber qué comer.
- Manifiesta pensamientos autodespreciativos sobre su historia personal y sentimientos de culpabilidad por ser pensionista en lugar de llevar una vida normal.
- Abandona los tratamientos sin concluir cuando experimenta mejoría y se presta a intervención en los momentos críticos.

De entrada se puede apreciar que el problema inicial acuciante por el que solicitó consulta (relacionado con el trastorno alimentario) se haya imbricado junto a otros elementos problemáticos en un contexto mucho más amplio, en el que la atención exclusiva a la sintomatología alimentaria sería a nuestro juicio insuficiente. De ahí que el contexto que ofrece la personalidad como escenario donde tiene lugar esta sintomatología alimentaria, formando parte de un repertorio

conductual mucho más amplio se convierta, según lo que aquí se defiende, en una perspectiva gráfica y esclarecedora. De esta manera, aquellas actuaciones “patológicas” catalogadas como propias de la anorexia nerviosa, no son sino una topografía más que otorga coherencia y sentido, desde un punto de vista funcional, al conjunto de la actividad interpersonal, cognitiva y psicodinámica. Por tanto, la intervención psicológica no debería centrarse exclusivamente en el síndrome, sino en su estilo de personalidad o estilo de funcionamiento en la vida diaria, visto como un todo íntegro o como una clase funcional que trata de buscar su equilibrio existencial.

Sin duda, el proceso terapéutico que tiene lugar en la sesión clínica es un escenario apropiado donde tiene lugar la manifestación objetiva de los problemas de la vida diaria (Ferro García *et al*, 2009). Y así se conceptúan en este caso las conductas problemáticas aparecidas en la sesión, calificadas desde la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) como conductas clínicamente relevantes (CCR1). Estas serían:

- Muestra una imagen de indolente, con práctica ausencia de expresión emocional. No exterioriza sus emociones. Afirma: “*mis padres están acostumbrados a mi enfermedad*”, “*a mis amigos/as les da igual (no tenemos contacto)*”.
- Afirma que el tema de amigos, amor, etc., le es indiferente, le da igual.
- No mira directamente al terapeuta, no establece contacto ocular y se muestra cabizbaja y callada.
- Adopta una postura rígida y distante cuando se sienta, sin desprenderse de sus pertenencias (bolso, abrigo, etc.).

- Se queja en varias ocasiones de baja autoestima, de indecisión, de timidez y de dificultades en el pasado para trabajar en grupo. Por ejemplo, califica su paso por la universidad como *“un suplicio y un martirio”*.
- Se queja de sus dificultades para relacionarse con la gente. Por ejemplo afirma: *“no conecto con nadie”*, *“soy insensible”*, *“genero rechazo en los demás”*, etc.
- Se queja de su incapacidad para enfrentarse a niños y adultos si tuviera que darles clase, como recuerdos de un pasado profesional incómodo.
- Manifiesta miedo y temor en caso de que tuviera que reanudar contactos sociales y laborales. Por ejemplo, manifiesta: *“si tengo que dar clases me muero”*.
- Se queja de que: *“no hay nada en la vida por lo que me mueva”*.
- Manifiesta en reiteradas ocasiones sentimientos de culpabilidad por su jubilación anticipada.
- Se queja de que no puede cambiar sus pensamientos y sentimientos, en relación con la comida. Por ejemplo: *“si engordo dejo de ser anoréxica”*, *“si engordo dejo de ser jubilada”*, *“si engordo tengo que trabajar”*, *“si engordo me surgen más necesidades”*, etc.
- Afirma frecuentemente al hablar de objetivos terapéuticos, por ejemplo, que: *“ya lo he intentado antes y no me ha salido”*, *“no me soporto a mí misma por esto”*, etc.
- Aparecen frecuentes autocríticas, reproches y cuestionamientos personales. Por ejemplo, del tipo: *“me doy cuenta de que he perdido*

mi vida”, “*los demás de mi edad sí han hecho lo que yo no*”, “*yo no sé lo que es el amor o tener pareja*”, etc.

- Explica su situación actual en relación a la anorexia nerviosa, como que “*no tengo ninguna problemática, sólo el detalle de que dejo de comer*”.
- Manifiesta su deseo de justificar la anorexia nerviosa mediante los ingresos en ITA. Por ejemplo, afirma: “*...por otra parte, es como si quisiera ingresarme para seguir siendo anoréxica*”.
- Quiere explicaciones de lo que le pasa. Por ejemplo pregunta: “*¿yo estoy enferma o no?*”.

Aunque, los distintos rasgos de personalidad clínicamente significativos, diagnosticados mediante el MCMI-III (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente) que caracterizan a Irene, podrían ser vistos como compartimentos estancos y sin relación alguna, según nuestro punto de vista se aprecia un patrón evitativo en todos ellos como asignatura transversal. La topografía de cada uno de estos estilos de personalidad es muy variada pero la función que están ejerciendo en la vida de la paciente es la misma: la evitación de la experiencia. Por tanto, la manera en la que Irene está tratando de afrontar las demandas del entorno, los pensamientos de preocupación por su situación actual, los sentimientos de culpabilidad por no disfrutar de la vida que quiere, el aislamiento social al que se ve sometida, o incluso, el presunto control que tiene sobre su vida traducido en conductas de medición y de restricción de alimentos, etc., se puede conceptualizar en términos del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Dimensión funcional del sufrimiento psicológico que puede ser descrita según García Montes, Pérez Álvarez, Saas y Cangas (2008) como *conducta supersticiosa*, en el sentido de

adoptar un patrón rígido de comportamiento (motivado por la estimación subjetiva de éxito) para controlar sus experiencias privadas y optimizar lo que sucede en su vida. La sensación placentera que tiene de control a corto y medio plazo, se antepone a sus valores vitales de llevar una vida normal y sobrevivir. Así, paradójicamente su experiencia de placer inmediato, al conseguir evadirse de sus dificultades para hacer frente a la realidad social, se torna sufrimiento psicológico de carácter crónico. Es decir, aquel espacio de seguridad aparente y de sumo control se convierte ahora en el problema principal que altera su vida de forma permanente: la punta del iceberg es el síndrome de anorexia nerviosa, una topografía singular de control alimentario.

En resumen, el trastorno de la conducta alimentaria manifestado por la paciente, parecería cumplir una función importante en su vida, convirtiéndose en la manera de interactuar con su entorno y dar un sentido encubierto a su vida. Esta clase funcional sería reforzada tanto positivamente, al captar atención de todas aquellas personas que le rodean y lograr que sigan sus directrices perpetuando así su estilo de personalidad, como negativamente al permitir eludir la responsabilidad de tomar elecciones por sí misma y hacerse cargo de su vida. Además, todo este cúmulo de factores conducen a la práctica ausencia de reforzadores sociales positivos y a una sensación paradójica de falta de dirección vital que mantiene, en definitiva, la inhibición y aislamiento social, el comportamiento depresivo y la pérdida del placer en casi cualquier actividad (ver diagrama sobre la hipótesis del problema en el **ANEXO 3**).

7. CURSO DEL TRATAMIENTO.

Conceptualizado el caso desde un punto de vista analítico funcional y en términos de evitación experiencial, la intervención aplicada sigue las directrices generales de un abordaje funcional basado en la integración de la psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso (FACT). El objetivo clínico principal que rige todo el proceso terapéutico, y urge tener presente en el tratamiento, es tan claro como evitar que la paciente se muera, además de otros objetivos sobre los que hay que incidir. Sin embargo, en aras de claridad en la exposición se distinguen cuatro focos u objetivos generales de intervención:

1. ***Que la paciente no ponga en riesgo su vida.*** Requiere reestructurar su visión del problema logrando un *insight*, en el que la paciente caiga en la cuenta de que esta restricción arriesgada es completamente innecesaria o accesorio para mantener su *rol* de enfermo. Éste último, un papel adquirido tras años de enfermedad en el que, tanto su entorno sociofamiliar como el sistema sanitario administrativo, han adjudicado a la paciente tanto el derecho a quedar eximida de las distintas responsabilidades sociales (un comportamiento reforzado negativamente) como la obligación de considerar su estado como indeseable y, por tanto, buscar ayuda profesional para justificar su situación (comportamiento reforzado de manera positiva) (Galán Rodríguez, Blanco Picabia, y Pérez San Gregorio, 2000)
2. ***El tratamiento de su conducta alimentaria.*** El objetivo en este punto es que la paciente incorpore a su rutina pautas alimentarias no restrictivas, abandonando para ello las conductas extremas de control,

tales como la desaparición de la conducta de medición (cuántos gramos pesa la comida, mirar etiquetas nutricionales, calcular calorías consumidas, etc.). Se trataría de reorientar ese control que mantiene sobre la restricción de alimentos hacia el control o compromiso por objetivos valiosos.

3. ***Su compleja personalidad.*** Entendida como su forma rígida e inflexible de funcionar en sociedad y de interactuar con el entorno, como una clase funcional desadaptativa que genera sufrimiento psicológico en la paciente. El propósito sería conciliar la experiencia privada desagradable con unos objetivos vitales acordes con lo que quiere hacer de su vida. Por tanto, no se trataría de extirpar de su personalidad todo aquello considerado patológico, sino de dar sentido a su vida a pesar de “todo”, reorientando el trabajo personal hacia metas realmente significativas y valiosas para ella. En definitiva, se trataría de incorporar repertorio funcional y redirigir su control hacia objetivos más realistas.
4. ***Intervención familiar.*** Este foco de intervención se ha trabajado desde diferentes recursos terapéuticos (Asociación de Trastornos Alimentarios, Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña y diferentes profesionales de salud mental como psicólogos y psiquiatras), en los que se ha ofrecido, principalmente a la madre, pautas, orientación y apoyo terapéutico. El objetivo prioritario de todos estos años ha sido romper el vínculo patológico madre-hija como factor de mantenimiento crítico. Por tanto, la intervención que se llevó a cabo en este foco, ya desde las primeras sesiones, consistió en hablar con la

madre para mantener, o minimizar en la medida de lo posible, la no intrusión de ésta en el proceso terapéutico de su hija. Por tanto, se le sugirió que, puesto que ya había luchado durante tanto tiempo, delegara el cuidado de su hija al terapeuta y aprovechara mientras tanto para recuperar fuerzas por si en algún momento el terapeuta le solicitaba colaboración en algún sentido.

Es imprescindible señalar que la paciente llega a terapia completamente desmotivada y con pocas expectativas de éxito terapéutico, actitud motivada fundamentalmente por su larga trayectoria con el diagnóstico y, en consecuencia, su paso por gran cantidad de recursos terapéuticos, de profesionales de distintas orientaciones terapéuticas, etc. El conocimiento que la paciente tendría tanto de su diagnóstico de AN como de los distintos tratamientos y técnicas de intervención al uso, sería francamente notable. Se hace necesario, por tanto, en las primeras sesiones captar el interés de la cliente e introducir al inicio de la terapia algún componente novedoso en el contexto de la relación terapéutica. Dado que la paciente presenta de manera evidente y significativa un estilo de personalidad de carácter “esquizoide”, se trabaja en las primeras sesiones clínicas por garantizar, en primer lugar, el establecimiento de una buena relación de confianza como sustrato, basada en las premisas humanistas de empatía, aceptación incondicional, autenticidad y congruencia (Rogers, 2000). En segundo lugar, y tras hacer un extenso repaso con la paciente de su accidentada historia durante las dos primeras sesiones, se normaliza en la medida de lo posible su estado de desaliento actual. El objetivo fue validar su experiencia de sufrimiento personal y situar su sentimiento de desesperanza en el lugar que tiene que estar dada su biografía: aquí y ahora. En definitiva, se sugiere que está haciendo lo que cualquier persona en su situación

haría, dadas las circunstancias, y que esa desesperanza es la que nos puede orientar sobre lo que realmente quiere hacer con su vida (Wilson y Luciano, 2002). Se trataría de lograr que Irene adopte una perspectiva diferente del sufrimiento dándole sentido y valor en su vida, de tal manera que contribuya a generar la motivación necesaria para trabajar por el cambio en su comportamiento.

A continuación, ya en la tercera sesión clínica, se traslada a la paciente el interés del terapeuta por ofrecerle ayuda psicológica, en términos de acompañamiento en su trabajo personal, instando a que sea ella quien establezca la dirección que quiere tomar, sin garantizar en ningún momento que pueda liberarse de aquello que le desagrada, además de la ignorancia de conocer cómo puede evolucionar su caso (incorporando así a la terapia las dimensiones de impredecibilidad y aleatoriedad propias de la vida). Además, se sugiere también la necesidad de que sea la paciente quien elija, en último término, continuar la terapia como una opción más en su vida y la posibilidad, como personas adultas que somos, de interrumpir la misma si considera en un momento dado que ya no le es útil.

Reseñar que, en lo referente al contexto de relación interpersonal, y a lo largo de todo el proceso terapéutico, se observa con atención las conductas clínicamente relevantes que van surgiendo en cada sesión. Como se ha señalado anteriormente, estas conductas son relevantes por cuanto que están relacionadas funcionalmente con los problemas que la paciente tiene en su vida cotidiana. Frente a las CCR1 que van apareciendo (incluimos en este grupo las interpretaciones desadaptativas sobre la conducta y sus causas) se aplica, con la máxima naturalidad que permita una conversación en el contexto clínico, tanto procedimientos de *extinción* (p.ej. atendiendo a lo que el cliente explica sin manifestar sorpresa,

asombro o impresión alguna) como de *castigo*, en sus dos vertientes positiva y negativa (p.ej. interrupción de su discurso o retirada de atención, respectivamente). También hay que hablar de las conductas, de carácter positivo, observadas en la sesión clínica (CCR2) y que hay que reforzar para aumentar en frecuencia, intensidad y duración. Además, el hecho de abarcar el máximo número de ellas, podría contribuir a garantizar, con mayor probabilidad, la generalización a su vida diaria. Por tanto, los objetivos específicos durante el proceso terapéutico en las siguientes sesiones clínicas serían:

- Manifestar una mayor expresión emocional y exteriorización de sentimientos.
- Mostrar interés genuino en la conversación por relaciones sociales y sentimentales.
- Aumentar repertorio de conductas sociales positivas, contacto ocular, contacto físico, saludo y despedida, etc.
- Adoptar una postura más relajada durante la sesión.
- Tomar la iniciativa en decisiones relacionadas con su tratamiento: horarios, temporalización, etc.
- Saber qué le ha pasado y qué le está pasando en su vida.
- Exponer lo que le gusta y lo que no le gusta con naturalidad.
- Expresar lo que quiere en determinados momentos.
- Exponerse a sus recuerdos, pensamientos y sentimientos aversivos sin evitarlos.
- Elegir sus propios objetivos vitales.
- Continuar y adherirse a la terapia.

Por otro lado, también se ha tenido presente a lo largo del desarrollo de la terapia la regla sugerida por FAP de evocar conductas clínicamente relevantes. Así, por ejemplo, se ha alterando el curso habitual de las sesiones clínicas iniciales al incorporar a las mismas algún componente nuevo y comprometido para la paciente. En este caso, aprovechando que el coterapeuta (en prácticas) es desconocido para la cliente y del sexo contrario, se le ha encargado la evaluación, aplicando diversas pruebas (STAI, BDI, MCMI-III). Se permite así una construcción terapéutica, más significativa por facilitar la expresión de las CCR que por la información psicométrica en sí misma. Era de esperar, por tanto, que durante los períodos de evaluación aparecieran CCR1 como evitación del contacto ocular, ausencia de preguntas o dudas y excesiva rapidez en la realización de las pruebas. Dichas conductas serían acordes al patrón evitativo y estarían funcionalmente relacionadas con los problemas que tiene en su vida a distintos niveles. También es importante señalar la adecuación de depositar sobre la paciente la relativa responsabilidad de tomar sus propias decisiones (CCR2) en todo aquello concerniente a su proceso terapéutico (p.ej, la temporalización de las sesiones, los horarios, los propios objetivos vitales, etc.), evitando instrucciones directivas que sólo alejan a Irene del contacto directo con las consecuencias naturales y reafirman su personalidad dependiente (sumisión, docilidad y obediencia al terapeuta) y patrón evitativo. Dos dimensiones en las que lo característico es eludir o evadirse de la responsabilidad y huir de la incertidumbre que genera la novedad. Se pretende, por tanto, promover el desarrollo de la iniciativa y la autonomía.

De ahí que el horizonte del tratamiento sea el objetivo vital de Irene y los límites de la intervención están condicionados por los valores de la paciente, sin imponer nuestra ética ni hacer valoraciones personales al respecto; al contrario, se

trataría de profundizar en las barreras que impiden a la paciente alcanzar ese horizonte tan lleno de sentido para su vida. En este caso en particular, la clarificación de valores durante la cuarta sesión, llevan a la paciente a manifestar reiteradamente que quiere seguir siendo anoréxica, pero sin poner en riesgo su vida. Ante esta manifestación tan singular, se podría caer en el error de querer convencerla, cambiar la vida de la paciente, sus valores y sus metas. Estas pretensiones fortalecerían además el contexto de tener razones para hacer las cosas, frente al mero hecho de elegir la vida que quiere, simplemente porque sí. Sin embargo, hay que respetar absolutamente esta elección dejando que sea ella quien escoja la dirección que quiere tomar. De lo contrario, estaríamos haciendo más de lo mismo que han ofrecido otros profesionales en estos 20 años de trayectoria de Irene con el diagnóstico: intentar extirpar la patología alimentaria. Así que, por ejemplo, se le pregunta:

T: - *¿Cuál es tu objetivo en la vida?*

P: - *Mi objetivo es sobrevivir.*

T: - *Por tanto, todo lo que sea “no sobrevivir” no nos vale. ¿Puedes vivir con 15kg. más, siendo anoréxica y sin perder la jubilación?.*

Tomada esta ruta terapéutica, en las siguientes sesiones, cuando se trata de abordar la experiencia de evitación emocional que caracteriza a este caso en toda su extensión, es muy útil valerse del uso de metáforas personalizadas que ayuden a la paciente a caer en la cuenta de la problemática que está viviendo. Por ejemplo, la paciente llega a manifestar insistentemente su miedo a mejorar y que, consecuentemente, aumentara su interés por el ocio, los amigos, la pareja, el trabajo, etc., ya que formaba parte de la realidad para la que no se veía preparada.

Para ello, el terapeuta le refleja esta experiencia mediante una metáfora muy significativa que ayudará a la cliente a visualizar la realidad de su evitación:

T: - *“Esa es tu verdadera anorexia: que no comes vida por si te encuentras algo que no puedes comer”*.

Igualmente, dar sentido a su lucha por llevar una vida normal o afrontar las demandas sociales sin éxito, con el resultado de mayor cantidad de sufrimiento, se le transmite en una metáfora sobre jugadas de ajedrez. A diferencia de la metáfora del ajedrez detallada en Wilson y Luciano, (2002) dirigida a minar el *contexto de literalidad* del lenguaje, ésta otra se ha personalizado para facilitar que la paciente caiga en la cuenta de que su manera de funcionar en la vida no le permite gestionar la experiencia, debido principalmente a su rigidez estratégica. Así, se traslada la responsabilidad que tiene la paciente sobre su vida y se proporciona creatividad al desaliento de todo este tiempo:

T: - *“En el tablero de la vida, independientemente de los movimientos de tu oponente, tú siempre has respondido con la misma jugada, de manera rígida e inflexible. Así, que las situaciones siempre te han desbordado y te han ganado la partida”*.

Como la hipótesis central que barajamos en el caso es la existencia de un patrón de evitación experiencial, que se extiende a distintos ámbitos de su funcionamiento interpersonal y cognitivo, uno de los objetivos específicos en la intervención funcional es alterar el contexto de literalidad o fusión cognitiva que sostiene al TEE (además de otros contextos verbales señalados en la introducción). La paciente, a la hora de explicar tanto sus ingresos hospitalarios como al hablar de su trastorno, ciclo patológico, barreras, lucha permanente y cuestionamiento

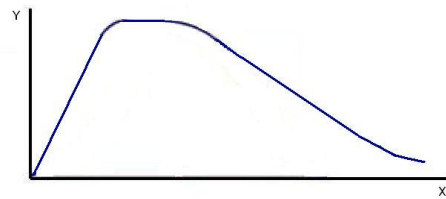
personal, apela casi siempre a pensamientos y sentimientos como factores causales de su sufrimiento psicológico (p.ej. *“me doy cuenta de que he perdido mi vida”*, *“los demás de mi edad sí han hecho lo que yo no”*, *“yo no sé lo que es el amor o tener pareja”*, *“no conecto con nadie”*, *“soy insensible”*, *“genero rechazo en los demás”*, *“ya lo he intentado antes y no me ha salido”*, *“no me soporto a mí misma por esto”*, etc.). Además, referente a las técnicas de intervención por las que ha pasado con otros profesionales, la paciente añade que le es imposible cambiar las cadenas de pensamientos, sentimientos, etc., en relación a la comida, como por ejemplo: *“si engordo dejo de ser anoréxica”*, luego *“si engordo dejo de ser jubilada”*, por tanto *“si engordo tengo que trabajar”* y *“si tengo que dar clases me muero”*. La idea que se le intenta transmitir es diferente: ésta es una cadena más entre tantas. Se le invita a que se quede, de todo lo que ha aprendido en los diferentes tratamientos, con aquello que le haya dado resultado hasta el momento presente. Y a partir de aquí, se continúa trabajando en consulta con Irene la alteración del *contexto de literalidad* expuesto en la introducción, restando a los eventos privados la entidad causal atribuida sobre su comportamiento y consolidando el *YO* (entendido como un escenario, dimensión o contexto psicológico donde se proyectan los acontecimientos mentales), frente al *CONTENIDO* fluctuante de ese *yo*, es decir, los pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc. En consecuencia, se sugiere a la cliente que los eventos privados no van a cambiar, que van a seguir estando ahí, porque esa es la naturaleza inquieta de nuestra mente. Y se introduce la siguiente metáfora:

T: - *“Los pensamientos, sentimientos y emociones son como si de un amigo fumeta se tratara. Que puede tener muy buenas intenciones,*

dándote consejos o ayudándote a tomar una decisión, pero que no se ajustan a la realidad”.

Así, se abre la posibilidad también de abordar la presencia de ansiedad que acompaña a dichos pensamientos, que antes no soportaba y le causan sufrimiento. Frente a este malestar despliega todo un conjunto de estrategias para evitarlo y estar más tranquila, como por ejemplo: restringir la cantidad de comida, comprobar el peso de ésta en gramos o pesarse todos los días varias veces. Ante este tipo de tesituras, como en otras de carácter similar, se procede a aplicar psicoeducación sobre la trayectoria ascendente que sigue la ansiedad desde su inicio hasta que, tocado techo, comienza a descender. Para ello, por ejemplo, se hace uso de una pizarra en la que se dibuja la evolución de la

ansiedad (a la derecha) donde aparecen dos variables. En el eje X se situaría el tiempo en segundos o minutos, mientras que en el eje Y quedaría situada la unidad subjetiva de



ansiedad (USA). De tal manera que la progresión de la ansiedad al inicio es bastante pronunciada hasta tocar techo, momento en el que se mantiene estable durante un lapso de tiempo más o menos prolongado, a partir del cual comienza a descender lenta y paulatinamente hasta niveles muy bajos de USA. De esta manera, se fomentaría la exposición a los eventos privados que generan malestar en la paciente, al tiempo que se compromete a caminar en dirección a sus valores. Además, esto implica en la existencia de la paciente atender áreas que enuncia como de lo poco que le motiva en la vida: sus *sobrinos*, a los que quiere “*con locura*”, en palabras de Irene. También manifiesta predilección por la *ropa*, vestir bien e ir elegante, centrarse en sus clases que recibe de *danza del vientre*, su gusto

por la *lectura*, su inquietud por *aprender* nuevas cosas, o incluso, alguna salida puntual con un *amigo* suyo con el que queda, exclusivamente para hablar. Sobre este último dato y el relativo a la danza del vientre hay que puntualizar, como se señaló en la introducción del caso, que se tratan de objetivos programados y alcanzados en los reiterados ingresos en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña (ITA). Sin embargo, su participación en éstos es de carácter pasivo, evitando el contacto o el compromiso social más allá de la mera actividad como medida terapéutica. Destacar igualmente, que su actitud frente a estas salidas fuera de casa es de control absoluto, hasta el extremo de planificar el itinerario geográfico a seguir para llegar a esos lugares (utilizando siempre el mismo), o de no comer bajo ningún concepto con nadie. Los elementos apuntados, son factores de protección importantes que se introducen en el desarrollo del tratamiento, tratando de fomentar su activación y compromiso activo por ellos, además, de minar el *contexto de dar razones* o tener razones para hacer ciertas cosas. Se trabaja aquí el concepto de elegir cómo quiere hacer su vida, sin razones ni justificaciones a los demás por ello, puesto que ya es una mujer adulta. Es una manera de poner a Irene en contacto con sus necesidades vitales presentes y con las contingencias naturales de hacer lo que quiere, minimizando su regulación *pliance* del comportamiento (por las contingencias que proveen los demás).

8. EVALUACIÓN DEL PROGRESO

La entrevista clínica en sesión ha sido el instrumento principal para llevar a cabo la evaluación de las mejorías. En primer lugar, cabe destacar la aparición más frecuente de conductas clínicamente relevantes tipo 2 (CCR2), objetivos que se han reforzado a lo largo de las diferentes sesiones clínicas, aumentando con ello la

frecuencia tanto de expresiones emocionales espontáneas como su referencia a objetivos vitales, experimentando también una reestructuración del problema que le proporciona una visión ajustada a la realidad. Así, la interpretación que la cliente realiza de su situación es entendida como una forma de evitar enfrentarse a la novedad, consiguiendo la protección de los suyos (su familia), eludiendo las responsabilidades sociales y laborales, etc., pero todo ello al coste de no madurar y no ir en la dirección de lo que realmente quiere en su vida. Por tanto, entre las CCR2 que surgen en la sesión y van apareciendo con mayor frecuencia son:

- Se muestra interesada por conocer el motivo de su comportamiento y es consciente del riesgo que conlleva su conducta. P. ej. *“por qué pongo en peligro mi vida si sé para lo que me sirve en la vida el trastorno”*.
- Describe episodios positivos de su vida. Habla de sus sobrinos con mucho entusiasmo y satisfacción.
- Manifiesta que su objetivo es sobrevivir.
- Se expresa emocionalmente, manifestando preocupación y miedo cuando se entera de que será ingresada en ITA. P. ej. *“tengo miedo al ingreso, cuando llego a la puerta me vengo abajo”, “temo el recibimiento de las otras niñas”, “temo la reacción de rechazo de los otros profesionales”, “me muero de la vergüenza por ver a los profesionales (la última vez los dejé tirados)”*.
- Toma la decisión de ingresarse, describiéndola como una forma de empezar a mejorar, más que como una manera de justificar su “enfermedad”.

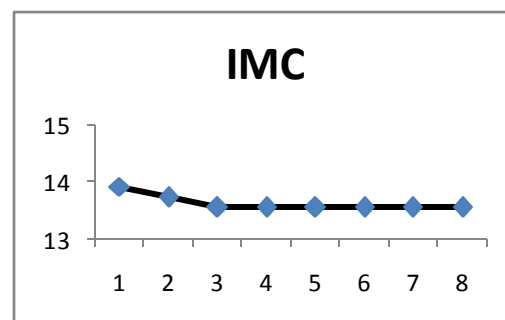
- Manifiesta interés y mayor compromiso en sus actividades de ocio. Dice que le gusta comprarse ropa y que le gustaría participar en una exhibición en público sobre danza del vientre.
- Explica adecuadamente su comportamiento evitativo. Por ejemplo, dice: *“es mi manera de no sufrir, pero también de no disfrutar”*, *“...me autoengaño de esta manera, ¿me puedo autoengañar para el lado contrario?”*.
- Hace una interpretación correcta y adaptativa de su problemática alimentaria. Por ejemplo, describe que: *“lo de la comida me sirve para evitar las cosas”*.
- Expresa mayor sensibilidad familiar. Se muestra preocupada porque hagan a su madre responsable de su situación de salud (cuando al principio se mostraba indolente e indiferente).
- Manifiesta su intención de comer fuera por primera vez. Dice que su amigo la ha invitado y que le gustaría ir.
- Muestra más espontaneidad en el desarrollo de las sesiones. Se muestra más relajada (sonríe con mayor frecuencia).
- Mantiene mayor contacto físico con el terapeuta tanto en los saludos como en las despedidas y aumenta la frecuencia de contacto ocular en las conversaciones.
- Manifiesta mayor interés por establecer relaciones de pareja. Por ejemplo dice: *“Quisiera tener pareja”*, *“¿Cómo se consigue eso?”*.
- Habla de *la libertad* como otro de sus objetivos vitales.

Como se señaló al hablar de la FAP, estas conductas que se dan en la sesión están funcionalmente relacionadas con otras de mayor calado en la vida diaria de la

paciente. Por tanto, el funcionamiento generalizado a nivel interpersonal y social también ha experimentado un cambio significativo. Entre los cambios positivos que se han producido en este sentido están:

- Sale por primera vez, acompañada por su amigo, a comer fuera.
- Por primera vez se sube en el autobús con su amigo para desplazarse hasta el parque. Posteriormente, toma la iniciativa para subirse sola en el autobús en otras ocasiones.
- Pasea por la calle con su amigo, por otros itinerarios diferentes a los habituales de Irene. Más espontánea, menos normatividad y control.
- Se muestra asertiva por primera vez, diciendo que NO a su amigo cuando no le apetece, por tanto, más sensible a sus necesidades.

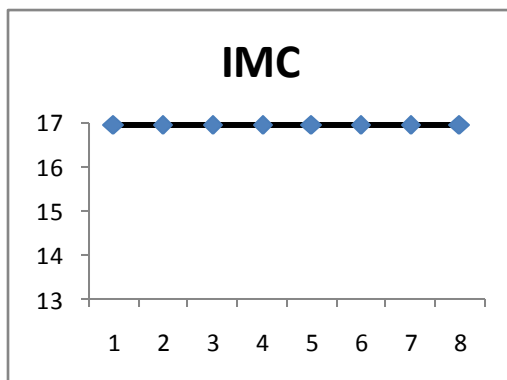
En relación a los cambios experimentados en torno a su anorexia nerviosa, hay que puntualizar que la paciente comenzó la terapia con un IMC de 13,92 (con 37 kg.), (ver gráfica de la derecha) con un progresivo descenso del mismo hasta un IMC de 13,55 (36 kg.) durante las tres primeras sesiones. Se produjo una estabilización en el peso entre la cuarta y



la octava sesión, momento en el que por motivos de ingreso hospitalario se interrumpió la terapia. Consideramos que dicha estabilización del peso, podría atribuirse a la reestructuración del problema y a un cambio de perspectiva en la visión de su problemática. Se enfocó el internamiento como una oportunidad para comenzar de cero y clarificar sus valores. Durante dicho internamiento, la paciente realizó dos llamadas telefónicas al terapeuta para informar sobre su evolución, obtenidas gracias al programa de economía de fichas que se viene desarrollando en

dicho hospital. Esta iniciativa de Irene es muy significativa, ya que confirma el mantenimiento de una buena relación terapéutica y la disposición de la cliente por adherirse al tratamiento.

Después de tres meses en ITA, el día 3 de marzo retoma la terapia con un IMC de 16,94 (45 kg.), (ver gráfica de abajo), peso que ha logrado mantener estable durante los siguientes tres meses de intervención en consulta. Este último dato es



bastante relevante si tenemos en cuenta que la tónica, en este sentido, ha sido de un progresivo descenso en el peso hasta niveles alarmantes después de cada ingreso. También hay que señalar una disminución de las conductas de medición

que la paciente refería al inicio de la terapia. Por tanto, a los objetivos de la vida diaria cubiertos y detallados más atrás, se podrían sumar estos otros:

- Una disminución de las conductas de medición y control de calorías.
- Un mantenimiento y estabilización del peso recuperado en ITA, por el momento, hasta finales del mes de mayo.

9. CONSIDERACIONES Y DIFICULTADES IMPLICADAS.

Es evidente que las dificultades encontradas en el caso no pasan desapercibidas. La primera de ellas surgió levemente al hablar de la madre, factor adicional relevante desde el inicio del síndrome anoréxico y, por tanto, objetivo de intervención familiar en los distintos tratamientos implementados durante todo este tiempo. El estilo educativo sobreprotector del hogar, liderado por la figura materna,

ha parecido extenderse en el tiempo en forma de comportamientos reiterativos de supervisión para que su hija tomara alimentos, con acompañamiento y seguimiento cercano del desarrollo de las distintas terapias y comprobación explícita de las mejorías en Irene, mediante repetidas consultas a los profesionales. Es decir, la madre ha tenido serias dificultades para mantener los objetivos familiares y mantenerse al margen de todo el desarrollo terapéutico. Este repertorio de comportamientos sobreprotectores mostrados por la madre, habría podido contribuir, en alguna medida, al mantenimiento general del patrón evitativo de Irene y, en consecuencia, a la persistencia en la restricción de alimentos.

Como se señaló en un apartado anterior, otra de las dificultades añadidas al tratamiento terapéutico es la larga trayectoria de convivencia con el diagnóstico de AN. Desde bien pronto, la paciente comenzó su paso por los diferentes recursos terapéuticos disponibles para la AN, participado en talleres, cursos y terapias de grupo de manera prolija, tratada tanto por psiquiatras como psicólogos de los servicios públicos y privados (de distintas orientaciones psicológicas) e igualmente en lo referente al ingreso en distintos hospitales (cuando su vida corría peligro por el bajo IMC y deterioro de sus constantes vitales). Por tanto, es esperable que el conocimiento que Irene tendría tanto de las características de la AN como de sus posibles tratamientos, sería amplio y detallado. Esto haría que la implantación de la intervención se vea limitada por la posible familiaridad que encuentre en determinados abordajes terapéuticos dentro de la sesión clínica, dificultando con ello la motivación por el cambio. Por otro lado, también contribuiría a que la paciente manifieste apatía y desmotivación hacia el tratamiento que complicaría aún más la adherencia a la terapia.

Otras circunstancias que han podido dificultar la incorporación fluida de Irene a una vida social funcional ha sido la pobre red social que tiene. A parte de su familia no ha mantenido amigos/as de la infancia, adolescencia y periodo de universidad, argumentando que ya están todas casadas y que, por tanto, no comparte cosas en común. Además, tampoco cuenta con un trabajo remunerado. Por tanto, esta situación sociolaboral priva a Irene de una gran cantidad de reforzadores sociales a los que tendría acceso de otra manera y podría llegar a favorecer el trabajo terapéutico en relación a su estilo esquizoide-avoidante de funcionar en la vida.

También hay que destacar, como factor contaminante de la intervención, la interrupción del tratamiento en la 8ª sesión (fecha el 24 de noviembre de 2010), a finales del mes de noviembre, motivado por el ingreso urgente que la familia había solicitado (en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña, ITA) meses antes de comenzar la terapia en consulta. Dicho internamiento se prolongó durante los siguientes tres meses, retomando la terapia el día 3 de marzo de 2011. Esta ruptura supondría no solo un cambio de paradigma en la intervención o manera de trabajar, diametralmente opuesta, sino una renovación y actualización del ciclo patológico. Tras el ingreso la paciente había recuperado en torno a 10 kg. de peso, recuperación que siempre experimentó después de cada internamiento y que iba seguida por una pérdida rápida y progresiva del mismo. La novedad aquí, como se anotó en el apartado relativo al tratamiento, es el mantenimiento de este peso desde el reinicio de la terapia en consulta hasta finales del mes de mayo. Sin embargo, esta mejoría experimentada en términos de mantenimiento del peso, en realidad, no se podría atribuir estricta y necesariamente al tratamiento aplicado en consulta, ya que cabe la

posibilidad de que durante su ingreso en ITA se haya incorporado algún nuevo componente terapéutico que incida en este dato.

Por otro lado, hay que resaltar la complicación añadida al presente estudio, relacionada con la demora y pérdida de continuidad en el tratamiento, derivada de la interrupción terapéutica señalada en el párrafo anterior. Ésta, ha repercutido en la dificultad tanto para concluir la terapia en el tiempo límite para llevar a cabo el presente estudio, como para llevar a término un seguimiento más o menos prolongado en el tiempo y, si fuera el caso, cerrar definitivamente el proceso psicoterapéutico. Por tanto, las conclusiones extraídas del estudio deben ser tomadas en cuenta con relativa prudencia.

10. RECOMENDACIONES PARA CLÍNICOS Y ESTUDIANTES.

Con las limitaciones que supone la no conclusión de una terapia psicológica y la ausencia de un mínimo seguimiento posterior, nos atrevemos a exponer prudentemente las conclusiones extraídas, hasta el momento, en relación a un tratamiento psicológico íntegro dirigido por valores personales, a una relación terapéutica centrada en el cliente y la necesidad de introducir la novedad en diagnósticos de larga trayectoria.

En el estudio de caso presentado se han incorporado diversos componentes que consideramos acordes a una intervención funcional, donde tienen cabida estrategias de intervención propias de las terapias de tercera generación. La idea principal ha sido presentar la viabilidad de un tratamiento contextual orientado al funcionamiento íntegro de la persona en sus diferentes ámbitos interpersonal,

cognitivo y psicodinámico. Como se ha podido comprobar, **el eje central** de la intervención no ha sido el abordaje sintomatológico de la anorexia nerviosa, propio de las terapias convencionales. Por el contrario, se ha presentado a ésta como una manifestación objetiva de un comportamiento desadaptativo a nivel global, donde el elemento nuclear radica en proporcionar un nuevo sentido vital al paciente, ajustado en todo caso a los valores que son significativos para éste. De ahí, la importancia de ayudar a que el paciente descubra por sí mismo la realidad de su problemática y facilitar con ello el *insight* apropiado para su activación personal y motivación por el cambio. Esto implica necesariamente que el terapeuta se alíe con los propios objetivos del paciente.

Por otro lado, hay que destacar la importancia del establecimiento de una buena relación terapéutica basada en los principios humanistas de empatía, aceptación incondicional, congruencia y autenticidad, que facilite la creación expresa de un espacio interpersonal verdaderamente terapéutico. En este contexto clínico, el cliente tiene en su vida un espacio donde poder manifestar de manera segura y autónoma sus inquietudes vitales o valores, y una oportunidad de crecimiento personal que no ha tenido a lo largo de su vida.

Pero estas consideraciones señaladas más atrás se hayan sujetas, más que en ningún otro caso, a la necesidad imperiosa de ofrecer a la cliente una nueva oportunidad, diferente al resto de las ofrecidas hasta el momento por otros profesionales. La innovación terapéutica en el caso de Irene, con una trayectoria de diagnóstico de anorexia nerviosa de poco más de 20 años, es absolutamente crucial tanto para la adherencia al tratamiento como para su cierre y seguimiento posterior. No es probable esperar que la aplicación de terapias o técnicas conocidas por la paciente, despierten la curiosidad necesaria para producir algún cambio. De ahí que

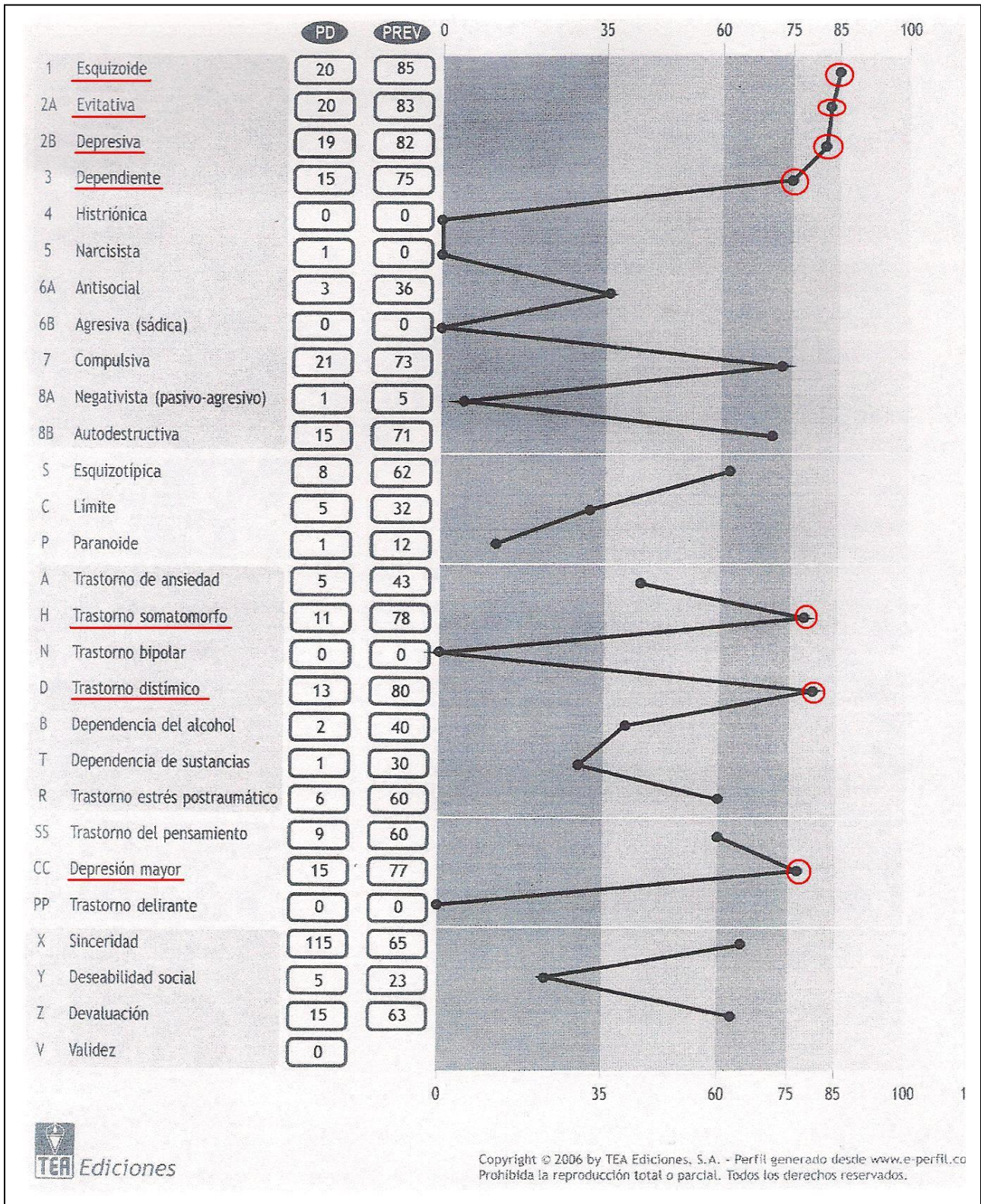
el posicionamiento lineal del terapeuta en relación al objetivo de la cliente (de querer seguir siendo anoréxica), no sea una pretensión ilegítima o ambigua desde el punto de vista terapéutico. Aquí lo importante, es que no exista un riesgo vital adicional por asumir el rol que desea y que la paciente experimente un cambio de perspectiva asociado a su problemática existencial, una reestructuración cognitiva (“cognitiva” como mundo observable por la paciente, según Pérez Álvarez, 1996) y la posibilidad de producirse algún mínimo cambio en su vida, con el derecho vital añadido de actualizar su valores cuando lo desee, como elección personal.

ANEXO 1***Tabla con las Escalas del MCMI-III.***

Patrones clínicos de la personalidad	
1	Esquizoide
2A	Evitativo
2B	Deprevivo
3	Dependiente
4	Histriónico
5	Narcisista
6A	Antisocial
6B	Agresivo (sádico)
7	Compulsivo
8A	Negativista (pasivo-agresivo)
8B	Autodestructivo
Patología grave de la personalidad	
S	Esquizopático
C	Límite
P	Paranoide
Síndromes clínicos	
A	Trastorno de ansiedad
H	Trastorno somatomorfo
N	Trastorno bipolar
D	Trastorno distímico
B	Dependencia del alcohol
T	Dependencia de sustancias
R	Trastorno de estrés postraumático
Síndromes clínicos graves	
SS	Trastorno del pensamiento
CC	Depresión mayor
PP	Trastorno delirante
Índices modificadores	
X	Sinceridad
Y	Deseabilidad social
Z	Devaluación
V	Validez

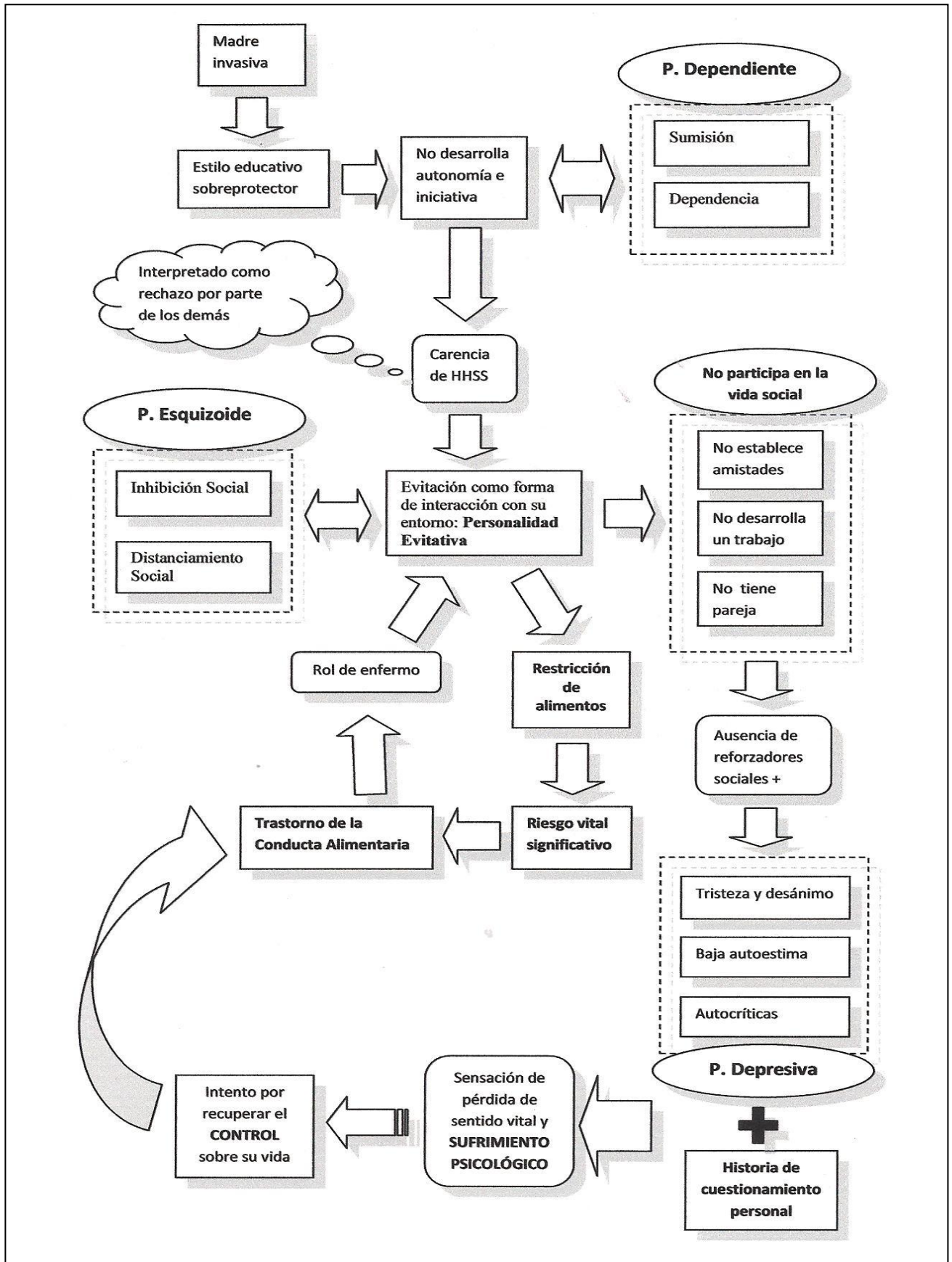
ANEXO 2

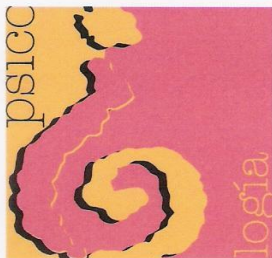
Perfil obtenido en el MCMI-III.



ANEXO 3

Diagrama sobre Hipótesis del problema



ANEXO 4***Consentimiento Informado***

eugenia m. pozo
colegiado nº RO 04723

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **IRENE (nombre ficticio por confidencialidad)**

Con DNI **XXXXXXXXXX**

He sido informado/a por EUGENIA M^a POZO PÉREZ con DNI 75236281S, psicólogo del Gabinete de Psicología Eugenia M. Pozo, de forma precisa y suficiente sobre el objetivo del estudio de caso que se va a realizar.

- El estudio de caso será realizado por JUAN JOSÉ GARCÍA FERNÁNDEZ, alumno en prácticas de Master Oficial de la Facultad de Psicología. La información que se maneje será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito.

Comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria.

Nombre del participante:

IRENE

Firma:

En Almería, a 27 de Oct de 2010

t. 950 08 22 00
t. 622 40 45 49
eugeniapozo@cop.es

avda. federico g^a lorca, 102 - 7^o a
04005 almería

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207.
- Carrascoso López, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.
- Carrascoso López, F. J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 347-368.
- Carrillo, M. V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2, 120-141.
- Fuentes, J. B., Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17(3), 422-429.
- 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.

- Galán Rodríguez, A., Blanco Picabia, A. y Pérez San Gregorio, M. A. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de psicología*, 16(2), 157-166.
- García Palacios, A. (2008). Un programa de tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad: La Terapia Dialéctico Comportamental. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1(2).
- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M., Sass, L. A & Cangas, A. J. (2008). The Role of Superstition in Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15(3), 227-237.
- García Montes, J. M., Luciano Soriano, M. C., Hernández López, M. y Zaldívar Basurto, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Kanter, J. W., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2011). *Activación Conductual. Refuerzos positivos ante la depresión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008). *FAP. Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- López Seco, F., González Molinero, J. L., Tárrega Esteller, B. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: uso del Mini-Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario. *Psiquis*, 24(5), 236-244.

- Luciano, C., Hayes, S. C., (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 109-157.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Martín Murcia, F. M., Cangas Díaz, A. J., Pozo Pérez, E. M., Martínez Sánchez, M., López Pérez, M. (2009). Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21(1), 33-38.
- Martín Murcia, F. M., Motos Alarcos, A. Del Águila Martín, E.(2001). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente*, 5(1).
- Martín Murcia, F. M., Cangas Díaz, A. J., Pozo Pérez, E. M., Martínez Sánchez, M., López Pérez, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Psicología Conductual*, 16(2), 189-205.
- Martín Murcia, F. M. (2002). Trastornos de la Conducta Alimentaria. A. J. Cangas, A. L. Maldonado y M. López (eds.), *Manual de Psicología Clínica y General, Vol.II*, Granada: Alboran Editores.
- Martín Murcia, F. M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 104-115.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

-
- Millon, T., Davis, R., Millon, C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual MCMI-III*. Madrid: TEA ediciones.
- Paul, R. H., Marx, B. P. & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Peláez, M. A., Labrador Encinas, F. J., y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M., Escobar Jiménez, L. Castro de Haro, A. L. (2005). Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de Salud, análisis de su situación evolutiva y su relación con variables personales y familiares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 18-27.
- Rogers, C. R. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Toro, J., Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wilson, K. G., Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

