



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**APLICACIÓN Y EFICACIA DE LAS TERAPIAS DE TERCERA  
GENERACION EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Autor: Cristina Nieto Martínez**

**Director: Robin Rica Mora**

**Madrid**

**Abril, 18**

## Indice

1. Las Terapias de Segunda Generación	1
1.1. Terapia Cognitivo-Conductual en Trastornos de la Conducta Alimentaria	1
1.2. Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada en Trastornos de la Conducta Alimentaria	3
2. Las Terapias de Tercera Generación	5
2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso en Trastornos de la Conducta Alimentaria	7
2.2. Terapia Dialéctica-Comportamental en Trastornos de la Conducta Alimentaria	14
3. Discusión	17
4. Bibliografía	23

## Agradecimientos

Me gustaría agradecer en especial a mi madre, ya que durante estos meses me ha estado apoyando y ayudando en todo momento.

# **Aplicación y eficacia de las Terapias de Tercera Generación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

## **1. Las Terapias de Segunda Generación**

Las Terapias de Segunda Generación, también conocidas como la “segunda ola” de las Terapias Cognitivo-Conductuales (i.e., CBT en sus siglas en inglés), surgen en la década de los 60, primero con Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva (i.e., TRE) y después con Aaron Beck y su Terapia Cognitiva. Existen tres tipos de terapias cognitivo-conductuales. En primer lugar, se encuentran las terapias de reestructuración cognitiva, englobadas por la TRE, el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia cognitiva. El segundo tipo tiene que ver con las terapias de habilidades de afrontamiento, centradas en el entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y la inoculación del estrés. El último tipo hace referencia a las terapias de solución de problemas (Becoña & Oblitas, 1997 citado en Obando & Parrado, 2015).

Desde la perspectiva de la CBT, se considera que los eventos cognitivos son la principal causa de la conducta y, por tanto, la causa de los problemas psicológicos. Por ello, el objetivo de estas terapias se centra en modificar, eliminar o reducir los eventos negativos internos de la persona, es decir, el principal cambio debería ser sobre el pensamiento para conseguir la alteración de la conducta (Pérez, 2006; Mañas, 2012).

### **1.1. Terapia cognitivo-conductual en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La CBT es un tipo de terapia que ha demostrado su utilidad en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (i.e., TCA). Desde esta perspectiva, el abordaje hace hincapié sobre aquellos aspectos cognitivos y conductuales que mantienen el trastorno. La identificación y alteración del pensamiento disfuncional, la conducta manifiesta y las respuestas emocionales, son usadas en la CBT para ayudar a los pacientes a superar sus problemas (Galsworthy-Francis & Allan, 2016). En los casos de patología

de la conducta alimentaria en concreto, el énfasis se centra en las distorsiones cognitivas que una persona con TCA tiene respecto a la imagen y el peso corporal (Rutzstein, 2009).

El tratamiento de la CBT que presenta los mejores resultados para los TCA fue el presentado por Fairburn en el año 1985 para la Bulimia Nerviosa (i.e., BN). Dicho tratamiento consta de un protocolo de intervención estructurado, ambulatorio, con tiempo limitado y centrado en el presente y futuro. La eficacia de este tratamiento ha sido demostrada en numerosos estudios (Wilson, 2005; Fairburn, 1985 citado en Ekstrand & Roca, 2011; Lewandowski, L.M.; Gebing, T; Anthony, J. & O'Brien, W., 1997 citados en Rutzstein, 2009). Sin embargo, el abordaje cognitivo-conductual para la Anorexia Nerviosa (i.e, AN) arroja menos resultados, ya que han sido pocos los estudios realizados para determinar su eficacia. Aun así, las características y el funcionamiento que presenta la CBT han resultado ser adecuados para el tratamiento de personas con AN (Galsworthy-Francis & Allan, 2016). Esta escasez de estudios es debida a las grandes complicaciones que presentan las personas con este tipo de trastorno. En muchos casos los pacientes necesitan internamiento, no suelen aceptar ser tratados, y además la incidencia de la AN es menor que la de los casos de BN (Rutzstein, 2009).

A nivel general, son varias las investigaciones donde la aplicación de la CBT sobre pacientes con TCA ha resultado ser útil. En estos estudios las muestras estaban compuestas exclusivamente por mujeres con TCA. El tratamiento estaba formado por entre 15 y 20 sesiones y dependiendo del caso unas eran aplicadas de forma ambulatoria y otras llevadas a cabo en el ámbito hospitalario. La duración oscilaba entre los 5 y 12 meses de tratamiento, con un seguimiento posterior de al menos 24 meses (Heliodoro-Marco, García-Palacios, Navarro & Botella, 2012; Sysko & Hildebrandt, 2009; Ekstrand & Roca, 2011; Calvo, 1983).

Los resultados obtenidos en las investigaciones fueron que los pacientes obtuvieron una disminución en los síntomas del trastorno alimentario (e.g., normalización del índice de masa corporal, uso de laxantes y diuréticos), mejorando sus relaciones sociales, sus periodos menstruales y sus problemas de estreñimiento (Heliodoro-Marco et al. 2012; Sysko & Hildebrandt, 2009; Ekstrand & Roca, 2011; Calvo, 1983). Cabe destacar en uno de los casos que la primera terapia aplicada sobre una paciente con AN fue la Terapia Dialéctico Conductual. Sin embargo, los resultados obtenidos respecto a la patología alimentaria no fueron satisfactorios por lo que posteriormente se decidió aplicar la CBT

sobre esa misma paciente, consiguiendo una disminución del patrón restrictivo de la AN (Heliodoro-Marco et al. 2012).

A pesar de los resultados obtenidos y de la consideración de que la CBT es la más efectiva para abordar los TCA, su eficacia no deja de ser limitada. Por ejemplo, de los pacientes con BN tratados con CBT, al menos un 50% permanecen con atracones y conductas purgativas, sin obtener remisiones completas y duraderas. A raíz de estos resultados, Fairburn y sus colaboradores, en el año 2003, deciden llevar a cabo una reformulación de esta terapia con el objetivo de obtener resultados más satisfactorios en el tratamiento de estos trastornos (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Wilson, Fairburn & Agras, 1997 citado en Safer, Telch & Agras, 2001).

## **1.2. Terapia cognitivo-conductual mejorada en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Como se ha mencionado anteriormente, la CBT es el tratamiento de elección para el abordaje de los TCA. No obstante, su eficacia resulta limitada ya que sólo la mitad de los pacientes muestran una remisión completa y estable en el tiempo (Fairburn et al., 2003). Debido a estas limitaciones, Fairburn y su equipo (2003) llevaron a cabo una reformulación del modelo teórico sobre el que se sustentaba el tratamiento. De este modo los autores introducen una serie de factores de mantenimiento del trastorno extensivos a todos los tipos de TCA.

Esta reformulación del modelo se conoce como CBT mejorada, derivada de una perspectiva transdiagnóstica de los TCA. Desde esta perspectiva se agrupa a todos los TCA en un único espectro y no como trastornos separados, dando mucha más importancia a las similitudes entre los trastornos que a las diferencias. La idea principal que sostiene esta reformulación del modelo es realizar un cambio cognitivo y llevar a cabo un tratamiento mucho más personalizado para cada paciente (Rutzstein, 2009).

La CBT mejorada consta a su vez de dos versiones, la versión *Focalizada* y la versión *Amplia*. La primera, está centrada en el principal problema del trastorno alimentario, mientras que la segunda incluye además aspectos adicionales como el

perfeccionismo clínico, las dificultades interpersonales y la baja autoestima (Rutzstein, 2009).

Autores como Ekstrand y Roca (2011) han desarrollado de forma detallada en qué consiste el tratamiento de la CBT mejorada en la versión focalizada, siendo esta la versión más utilizada en el ámbito clínico. Aplicada a nivel individual, la CBT mejorada está compuesta por 20 sesiones bisemanales de 50 minutos, distribuidas en 4 etapas a lo largo de 5 meses de duración. En caso de que la persona presente un índice de masa corporal (i.e., IMC) inferior a  $17,5 \text{ kg/m}^2$  el protocolo contempla una duración total de 40 sesiones. A partir de la octava o novena sesión, la frecuencia de sesiones se reduce a una vez por semana, hasta las tres últimas sesiones que tienen una frecuencia quincenal.

Una vez acabadas las cuatro etapas, se establece una sesión de revisión a los 5 meses después de la finalización del tratamiento. Durante la sesión de revisión se determina el seguimiento del plan de mantenimiento y el plan a seguir a largo plazo (Ekstrand & Roca, 2011).

Dado el corto recorrido empírico de la CBT mejorada, son escasos aún los estudios que avalan su eficacia (Karbasi, 2010). Sin embargo, ha demostrado ser eficaz en pacientes con BN, mientras que para aquellos con AN los resultados de eficacia aún están por determinar (Fairburn & Harrison, 2003). En este sentido, los tratamientos para la AN siempre son más limitados, ya que es un trastorno de difícil abordaje terapéutico (Karbasi, 2010).

A diferencia de la CBT clásica para los TCA, que hace especial énfasis en el uso de los registros de pensamiento y de la reestructuración cognitiva (Rutzstein, 2009) la CBT mejorada propone una nueva reformulación del modelo. De este modo, la inclusión desde la CBT mejorada de aspectos como el miedo a ganar peso o el perfeccionismo como factores transversales a todos los TCA, resulta prometedora incluso para los pacientes con AN (Wilson, 2005).

## **2. Las Terapias de Tercera Generación**

Las Terapias de Tercera Generación, también conocidas como la Tercera Ola de las terapias cognitivo-conductuales, surgen en las últimas décadas desde una tradición puramente conductual. En este tipo de terapia el contexto cobra especial relevancia, al igual que las funciones de los fenómenos psicológicos (Pérez, 2006). Las principales características de estas terapias son que no se centran únicamente en cambios de primer orden, si no que tienen un enfoque mucho más contextualista. Desde esta perspectiva, las estrategias de cambio utilizadas son experimentales y amplían y modifican el objetivo que se va a cambiar o tratar (Mañas, 2012). A su vez, están muy centradas en la flexibilidad y complejidad del ser humano, poniendo su foco de atención en el cambio de la función del pensamiento y no tanto en su contenido (Obando & Parrado, 2015).

Desde la Terapia de Tercera Generación se pretende realizar una reformulación y síntesis de las generaciones previas, para una mejora en los resultados y una mejor comprensión, tanto de los trastornos como de su abordaje terapéutico (Mañas, 2012). Dentro de este grupo de terapias se integran la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia Integral de Pareja, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual (Obando & Parrado, 2015; Martín-Murcia, Nieto & Ruiz 2012). Dada la limitación del presente documento y la particular extensión de su uso en clínica, esta revisión se centrará únicamente en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (i.e., ACT en sus siglas en inglés) (Hayes, 2004) se asienta sobre la base del Contextualismo Funcional y en la Teoría del Marco Relacional. Integra una ciencia básica, una perspectiva desde el aprendizaje y un comportamiento teórico, haciendo hincapié en una aceptación y atención plena en situaciones que no pueden ser cambiadas (Berman, Boutelle & Crow, 2009). ACT se ha mostrado efectiva en alteraciones del estado de ánimo, cuadros de ansiedad, trastornos de personalidad, dolor crónico, problemas de pareja (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002), depresión (Zettle & Rains, 1989 citado en Berman et al., 2009), y psicosis (Bach & Hayes, 2002). Esta terapia se distingue de otros modelos en que no reconoce que los eventos mentales como los pensamientos y emociones puedan ser los causantes de un comportamiento problemático. Por lo tanto, es importante hacer ver al cliente/paciente



que tratar de modificar o controlar dichos eventos no es algo factible, por lo que la aceptación de las dificultades es clave para su mejora (Martin-Murcia, Cangas & Pardo, 2011). Para ello, ACT se vale del uso de metáforas y ejercicios experienciales que ayuden al cliente/paciente a que aprenda de su propia experiencia (Orsillo & Batten, 2002).

Por otro lado, la Terapia Dialéctica Comportamental (i.e., DBT en sus siglas en inglés) introducida por Linehan en el año 1993, tiene como finalidad el reconocimiento y validación de la vulnerabilidad emocional de los pacientes a partir de un enfoque cognitivo-conductual (Navarro, Jorquera, García-Palacios & Botella, 2010; García-Palacios, 2006). A su vez, aporta habilidades para el manejo de las emociones y de la impulsividad, así como la flexibilización de los patrones cognitivos, por lo que consigue mejorar el estilo de vida del paciente (García-Palacios, 2006). Ha sido adaptada para varias poblaciones desde adolescentes hasta personas mayores y su trabajo se lleva a cabo tanto en pacientes hospitalizados como en el manejo de casos de forma ambulatoria (Kröger, Schweiger, Sipos, Kliem, Arnold, Schnert & Reinecjer, 2010).

En un principio Linehan desarrolla la DBT para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (i.e., BPD en sus siglas en inglés), llegando a considerarse la terapia para la regulación emocional con mayor validación empírica (Safer et al., 2001). El principal objetivo que tiene la DBT sobre los trastornos de la personalidad graves es reducir las conductas suicidas y parasuicidas (García-Palacios, Navarro, Guillén, Marco & Botella, 2010). Sin embargo, esta terapia ha sido adaptada también para el tratamiento de otro tipo de trastornos. Estas adaptaciones han permitido llevar a cabo tratamientos para la reducción de conductas agresivas en ámbitos de violencia doméstica (Fruzzeti & Levensky, 2000 citado en García-Palacios, 2006), para la depresión (Lynch, 2000 citado en García-Palacios, 2006), para el tratamiento de adolescentes con personalidad límite (Rathus & Miller, 2000 citado en García-Palacios, 2006) y para el trastorno por atracción (Telch, Agras & Linehan, 2001 citado en García-Palacios, 2006).

## **2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha sido aplicada en varias ocasiones a los TCA, habiéndose desarrollado incluso un manual de autoayuda para la AN basado en el tratamiento de ACT (Heffner & Eifert, 2004 citado en Berman et al., 2009). Aunque es cierto que los tratamientos para la AN son escasos a nivel general debido a las grandes dificultades en su abordaje clínico (Martín-Murcia et al., 2011), las terapias de tercera generación como ACT (Hayes, 2004) han ido adquiriendo un mayor grado de aceptación en este campo (Martín-Murcia et al., 2011). A pesar de ello, en algunas ocasiones a la hora de tratar la AN, son incorporadas algunas técnicas conductuales a los componentes de ACT (e.g., técnicas de relajación) (Heffner et al., 2002; Wilson & Roberts, 2002).

Son varios los autores que sugieren que esta terapia es beneficiosa para los trastornos alimentarios (Heffner et al., 2002; Orsillo & Batten, 2002; Berman et al., 2009; Martín-Murcia et al., 2011; Wilson & Roberts, 2002; Juarascio, Shaw, Forman, Timko, Herbert, Butryn & Lowe, 2013). A su vez, una serie de estudios piloto basados en el enfoque conductual sobre la aceptación en los TCA, han mostrado su posible utilidad en el tratamiento de esta patología (Anderson & Simmons, 2008; Kristeller, Baer, & Quillian-Wolever, 2006; Safer, Telch, & Chen, 2009; Wade, Treasure, & Schmidt, 2011; Wildes & Marcus, 2010 citados en Juarascio et al., 2013). En esta línea, se pueden encontrar varios manuales sobre los tratamientos de ACT para TCA (Eifert & Timko, 2012; Heffner & Eifert, 2004; Pearson, Heffner, & Follette, 2010; Sandoz, Wilson, & Dufrene, 2011 citados en Juarascio et al., 2013), aunque si es cierto que la eficacia de estos tratamientos aún no ha sido probada (Juarascio et al., 2013).

El principal origen de los problemas en la mayoría de las personas según ACT reside en el fenómeno de la evitación experiencial. Esta tiene lugar cuando la persona no quiere permanecer en contacto con sus eventos privados (i.e., pensamientos, sentimientos o recuerdos). Por tanto, trata de cambiar la forma y la frecuencia con la que aparecen esas experiencias y aquellos contextos que las provocan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996 citado en Orsillo & Batten, 2002). Dada la dificultad a la hora de conocer las emociones en las personas con TCA, el trabajo en reconocimiento emocional y

habilidades de identificación desde la perspectiva de ACT resulta prometedor (Juarascio et al., 2013).

Con respecto a esto último, en los casos de AN el foco de actuación de ACT no estaría tan dirigido a disminuir la evitación experiencial como hacia los continuos intentos de control que son característicos de las personas con este tipo de trastorno (Orsillo & Batten, 2002; García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004). Tratar de controlar el mundo interno de uno mismo es casi imposible, e intentar ejercer ese control de forma tan extrema como la que se aprecia en los TCA puede llevar a restricciones en el estilo de vida, pérdida de relaciones importantes e incluso la muerte (e.g., Purdon, 1999; Wegner, 1994 citado en Orsillo & Batten, 2002). La auto-inanición en estos casos es usada como forma de control de esos eventos internos ansiógenos (Bruch, 1962).

Desde la perspectiva de ACT, los continuos intentos de control suponen uno de los principales problemas en el tratamiento de las personas con TCA. Esta necesidad de control puede deberse, por ejemplo, a que nuestras experiencias internas no se expresan al exterior y puede parecer que hay personas que pueden controlar sus pensamientos y otras que no. Esto supone un problema, ya que puede generar una serie de creencias en las personas acerca de que no están adaptadas o que no funcionan correctamente, debido a que no son capaces de controlar su mundo interno (Orsillo & Batten, 2002). Por otro lado, más concretamente en casos de TCA, se da una visión del control como forma de éxito. El estar delgado es una forma de éxito en nuestra cultura (Owen & Laurel-Seller, 2000 citado en Orsillo & Batten, 2002), al contrario de lo que ocurre con el sobrepeso que genera rechazo a nivel social (Tiggemann & Anesbury, 2000 citado en Orsillo & Batten, 2002).

Además del problema del control tan característico de los TCA, desde ACT se hace un especial hincapié en el trabajo con valores (Orsillo & Batten, 2002; Wilson & Roberts, 2002). El trastorno es vivido por las personas como una parte fundamental del yo que no se percibe como negativa, sino todo lo contrario (Schmidt & Treasure, 2006 citado en Juarascio et al., 2013). Es precisamente este aspecto egosintónico de la enfermedad el que dificulta la conciencia del problema. Por tanto, durante la terapia es importante que el paciente pueda aprender a conocerse a sí mismo, es decir, que conecte con su “yo observador”, ya que el terapeuta de ACT busca que éste sea capaz de integrar una serie de valores en su vida que vayan más allá de la imagen corporal y de la estética (Juarascio

et al., 2013). La metáfora de la meditación del funeral (Heffner et al., 2002) por ejemplo, puede ayudar al paciente a entrar en contacto con los valores de su vida desde esta perspectiva (Orsillo & Batten, 2002; García et al., 2004).

El terapeuta de ACT tiene un papel fundamental en el tratamiento de la AN, ya que no solo trata de mostrar a la persona lo que no está funcionando de las estrategias que utiliza para reducir el peso, si no que a su vez, la ayuda a que señale cuáles son sus objetivos principales (e.g., eliminar algunos pensamientos o inseguridades), que métodos serían los adecuados para abordar estos objetivos (e.g., hablar con uno mismo vs. inanición) y por último a evaluar cómo han sido de efectivas estas estrategias (Hayes et al., 1999 citado en Orsillo & Batten 2002).

El terapeuta busca a través de generar un estado de desesperanza creativa, que la persona sea consciente de que las estrategias o esfuerzos de cambio que ha llevado hasta ahora para solucionar su problema no han producido los resultados deseados. Es en este punto, cuando va a ser posible que la persona encuentre distintas alternativas que le permitan enfrentarse al problema desde una nueva óptica (Barraca, 2007; García et al., 2004). Es importante generar ese estado de desesperanza creativa en personas con AN que hayan verbalizado la necesidad de control que tienen sobre sus eventos privados. En este tipo de casos, el individuo podría ver que no es posible llevar a cabo ese control, y a partir de ahí se daría la posibilidad de generar un cambio (Orsillo & Batten, 2002).

Otro aspecto importante en el tratamiento tiene que ver con el uso de las metáforas por parte de los terapeutas de ACT. Su uso durante la terapia resulta fundamental ya que permite a la persona aprender de su propia experiencia y poder distinguir entre la experiencia interna del propio sujeto y su yo (Heffner et al., 2002; Orsillo & Batten, 2002; Wilson & Roberts, 2002; Juarascio et al., 2013; García et al., 2004).

Son varias las metáforas utilizadas para trabajar los componentes clave de ACT. En primer lugar, para tratar de incorporar los valores a la vida de la persona, son usadas varias metáforas, como por ejemplo, la metáfora de la dirección de los valores en un mapa, en la que se usa un mapa donde aparecen distintas direcciones en la vida de la persona (Heffner et al., 2002); la metáfora del conductor del autobús permite que se establezca la dirección de los valores (Heffner et al., 2002); y la ya mencionada metáfora

de la meditación del funeral, también utilizada para generar la “desesperanza creativa” (Heffner et al., 2002; García et al., 2004; Orsillo & Batten, 2002).

Por otro lado, para trabajar con la persona con el “yo como contexto”, se utilizan la metáfora de desfile de pensamiento, que trata de distinguir entre el pensamiento como proceso y el contenido del pensamiento (Orsillo & Batten, 2002; Heffner et al., 2002); y la metáfora del tablero de ajedrez, cuyo objetivo es separar los eventos privados del paciente de su propia experiencia (Orsillo & Batten, 2002; Heffner et al., 2002).

De manera más concreta, la metáfora de la trampa de los dedos chinos se utiliza para ilustrar el problema del control, altamente frecuente en los casos de AN. Con ella se trata de expresar lo beneficioso que es aceptar el propio cuerpo y lo difícil de controlar una situación (Eifert & Heffner 2003; Orsillo & Batten, 2002). Lo que busca demostrar Heffner et al. (2002) con esta metáfora, es que cuanto más uno se “pelea” intentando escapar, más atrapado se encuentra.

La eficacia del uso de estas metáforas se puede ver reflejada en un caso de una paciente de 15 años con AN, donde se aplican una serie de metáforas (e.g., tablero de ajedrez, desfile de pensamiento, conductor del autobús, etc.). Los síntomas empezaron a remitir a partir de la décima sesión y las ganancias en el tratamiento se mantuvieron en las sesiones de seguimiento mensuales (Heffner et al., 2002).

A continuación, se presentan los problemas relacionados con la AN, que serán tratados posteriormente a través de ACT. Por un lado, se hará hincapié en los problemas relacionados con la incapacidad de control y en todo aquello que tenga que ver con la interferencia en la capacidad del paciente para perseguir sus valores (Wilson & Roberts, 2002).

Por otro lado, parte del tratamiento pone su foco de atención en tres aspectos de los eventos privados relacionados con el TCA. En primer lugar, el problema relacionado con la regulación del peso y los eventos privados asociados a este (Wilson & Roberts, 2002). Es muy importante hacer una evaluación y una exhaustiva recopilación de información sobre la preocupación respecto al peso, el peso ideal y el peso desde el inicio de la adolescencia (Wilson & Roberts, 2002). A su vez, hay que tener en cuenta si ha existido algún cambio en el peso que tuviera que ver con algún momento clave en la vida de la persona (Foreyt & Mikhail, 1997 citado en Wilson & Roberts, 2002). Por otro lado, se

encuentran los aspectos relacionados con la imagen corporal (e.g., alteración de la percepción de la forma y peso corporal), los sentimientos y las actitudes hacia el propio cuerpo. El nivel de alteración de la imagen corporal podría permitir predecir la recaída después del tratamiento, por lo que sería necesario tenerlo en cuenta antes de dar comienzo a la terapia (Wilson & Roberts, 2002). Por último, se encuentran los aspectos relacionados con las habilidades sociales. Algunos autores encuentran que las personas con AN tienen altas tasas de timidez, así como problemas para relacionarse con sus iguales o incluso falta de amistades desde la infancia (Crisp, Hsu, Harding & Hatshorn, 1980 citado en Wilson & Roberts, 2002). La inhibición social será por tanto otro de los objetivos en el tratamiento (Wilson & Roberts, 2002).

Estos problemas se trabajan a través de las diferentes fases del tratamiento de ACT para AN. En primer lugar, se establecen los objetivos psicoeducativos sobre la AN y el enfoque de ACT. Posteriormente, se forman los objetivos sobre la dieta como estrategia de control y el control como problema. Durante la tercera fase se enseña a la persona las habilidades de mindfulness para que pueda tolerar los eventos negativos internos, mientras que, por otro lado, se trabaja la aceptación y la exposición. En una quinta fase se enseña al paciente a identificar sus valores de vida y por último se realiza una última sesión de cierre (Berman et al, 2009).

A través de cuatro componentes característicos de ACT, que son, los valores; la exposición; la defusión; y el empoderamiento, se trabajaran todas las fases mencionadas anteriormente, excepto la relacionada con los objetivos psicoeducativos (Wilson & Roberts, 2002).

Atendiendo al componente de los valores, es importante explicar al paciente durante el tratamiento que la intervención va a estar dirigida en función de sus propios valores. Una persona con AN puede tener sus valores tapados, por lo que uno de los objetivos del tratamiento es hacer que la persona pueda tener claro los valores que tiene y la dirección de estos. El uso de metáforas como el mapa de valores o el acertijo sirven como ayuda para dar con los valores del paciente (Wilson & Roberts, 2002).

Por otro lado, el componente de la exposición hace referencia a la falta de flexibilidad de respuesta ante los pensamientos y sentimientos negativos que una persona tiene sobre su peso o imagen corporal. Este es, según ACT, uno de los principales problemas por lo que durante el tratamiento el principal objetivo no sería eliminar estos

pensamientos insanos, sino aumentar el abanico de respuestas del paciente. No se busca por tanto eliminar la AN, es decir, eliminar el pensamiento de estar gordos, si no ampliar ese pensamiento con otros (Wilson & Roberts, 2002).

Durante las terapias algunos pacientes verbalizaban que habían tratado de “eliminar” los pensamientos desadaptativos que tenían sobre su cuerpo. Esta situación, permite al terapeuta mostrar a sus pacientes que no es posible eliminar ese tipo de pensamientos (Juarascio et al., 2013). El pensamiento de “no puedo soportar estar gordo”, no implica necesariamente que uno tenga que hacer todo lo posible para no estarlo, por lo que es importante ayudar al paciente a crear respuestas flexibles sobre el contenido evitado (Juarascio et al., 2013). Juarascio et al. (2013) llegaron a la conclusión de que un mayor trabajo en defusión permitiría aumentar la flexibilidad del paciente respecto a los sentimientos y pensamientos desagradables, y así prevenir las recaídas.

La defusión implica que la persona sepa diferenciar entre su propio yo y sus eventos privados. A su vez, es importante que aprenda a diferenciar entre sus actos y sus pensamientos, ya que no todo lo que uno piensa tiene que convertirse en una acción (Wilson & Roberts, 2002).

Por último, para el empoderamiento es muy importante que el terapeuta de ACT acentúe todas las aportaciones del cliente durante el proceso del tratamiento. Los comentarios del paciente sobre la dirección y el ritmo del tratamiento deben ser reconocidos por el terapeuta (Wilson & Roberts, 2002). A su vez, la alianza en el trabajo supone un factor de éxito en el tratamiento (Martin, Garske & Davis, 2000 citado en Wilson & Roberts, 2002), por lo que durante el proceso de tratamiento es preferible evitar patrones autoritarios, sobre todo a la hora de trabajar con adolescentes (Wilson & Roberts, 2002).

Con todo, han sido varias las investigaciones que han mostrado la eficacia de ACT sobre la patología de la conducta alimentaria (Berman et al. 2009; Martin-Murcia et al., 2011; Wilson & Roberts, 2002; Juarascio et al., 2013; Heffner et al., 2002), la mayoría con muestras formadas por mujeres con AN (Berman et al. 2009; Martin-Murcia et al., 2011; Wilson & Roberts, 2002), y en menor medida con pacientes con BN (Juarascio et al., 2013). En cuanto a las edades de los participantes, el rango era amplio, oscilando

entre los 15 hasta los 56 años (Berman et al. 2009; Martin-Murcia et al., 2011; Wilson & Roberts, 2002; Juarascio et al., 2013; Heffner et al., 2002).

En los casos de AN, el tratamiento estuvo guiado por el manual sobre ACT para AN (Heffner & Eifert, 2004 citado en Berman et al., 2009). El tratamiento llevado a cabo en estos estudios estuvo dividido en tres partes (i.e., inicio, post-tratamiento y seguimiento). En las investigaciones el número de sesiones oscilaba entre 17 y 20 sesiones individuales con una duración de 9 a 12 meses de tratamiento. Por último, una vez finalizado el tratamiento se llevó a cabo el seguimiento a los 12 meses en cada uno de los estudios (Berman et al. 2009; Martin-Murcia et al., 2011; Wilson & Roberts, 2002; Juarascio et al., 2013; Heffner et al., 2002).

Los resultados a los que se llegó en dichas investigaciones fueron prometedores. Un 66% de los pacientes consiguió mejoras respecto a su patología alimentaria tras la aplicación de ACT. En primer lugar, hubo una disminución de los pensamientos sobre la delgadez y los sentimientos de ineficacia, recuperando a su vez los periodos menstruales (Heffner et al., 2002). Por otro lado, hubo una recuperación de peso significativa en los pacientes (Berman et al. 2009), consiguiendo una alimentación estable y sin presencia de atracones (Martín-Murcia et al., 2011). Por último, los problemas familiares disminuyeron (Martín-Murcia et al., 2011) e incluso se redujo la tasa de rehospitalización los meses siguientes al alta (Juarascio et al., 2013).

Dado el componente egosintónico de los TCA y su complejidad, es una patología con una alta tasa de abandono (Juarascio et al., 2013). La falta de motivación y todo lo que conlleva la recuperación de un trastorno (i.e., hacer frente a experiencias angustiosas, el miedo subyacente...) puede suponer que estas personas abandonen los procesos terapéuticos antes de su finalización. Sin embargo, ACT se ha mostrado eficaz a la hora de trabajar con las barreras de la recuperación, ya que su enfoque está muy centrado en la aceptación de experiencias internas negativas (Juarascio et al., 2013).

Independientemente de que se haya demostrado la eficacia de ACT en TCA, continúa siendo necesario seguir llevando a cabo investigaciones sobre la eficacia que tiene esta terapia en este tipo de patologías (Berman et al. 2009). Sin embargo, en los casos donde se ha llevado a cabo una combinación entre ACT y otras técnicas durante el tratamiento de los TCA, ha resultado ser más eficiente aquellas situaciones donde ACT se ha combinado sólo con técnicas analíticas funcionales (Martín-Murcia et al., 2011), a



diferencia de los casos donde se ha incorporado más de una técnica, por ejemplo, en las situaciones donde se ha mezclado el apoyo de los padres y las técnicas cognitivo-conductuales, junto con ACT (Heffner et al., 2002).

## **2.2. Terapia Dialéctico-Conductual en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La literatura sobre la eficacia en la Terapia Dialéctica-Comportamental (i.e., DBT) resulta novedosa cuando tiene que ver con la comorbilidad entre Trastornos Límite de la Personalidad (i.e., BPD) y TCA (García-Palacios et al., 2010). Sin embargo, son ya varios los estudios que han mostrado la eficacia de esta terapia sobre estos trastornos (Navarro et al., 2010; García-Palacios et al., 2010; Heliodoro- Marco et al., 2012; Kröger et al., 2010). Las personas que son diagnosticadas con algún TCA en comorbilidad con algún trastorno de la personalidad son más propensas a presentar episodios de vómitos autoprovocados, atracones, síntomas ansiosos-depresivos, dificultad para la integración social y una mayor tasa de intentos de suicidio. En este sentido, para García-Palacios et al. (2010) el trastorno alimentario es una expresión de los problemas en la regulación del afecto propios del BPD (García-Palacios et al., 2010). Todas estas dificultades son abordadas desde la DBT, ya que ésta trabaja aportando habilidades para el manejo de la impulsividad y de las emociones (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Matsunaga, Kiriike, Nagata & Yamagami, 1998; Steiger & Stotland, 1996 citados en García-Palacios et al., 2010). El tratamiento de la DBT es usado indistintamente tanto para casos de AN y BPD como para casos de BN y BPD, y está compuesto por una combinación de terapias individuales y grupales.

En la terapia individual se establecen una serie de metas que se jerarquizan en función de la importancia que tenga cada una para el paciente. Toda la información que aporta el paciente es recogida en un diario (i.e. diario DBT) y a partir de ahí se establecen los temas que van a ser tratados durante la terapia. Son varias las estrategias utilizadas para disminuir las conductas desadaptadas, entre ellas la revisión del diario de la DBT en cada una de las sesiones y un análisis conductual de la situación asociada a la jerarquía de metas del tratamiento. A su vez, se lleva a cabo un entrenamiento en solución de

problemas, la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y el uso de las técnicas aprendidas en la terapia grupal. Además, se pueden usar las consultas telefónicas si fuese necesario durante el proceso terapéutico (García-Palacios et al., 2010).

Por otro lado, la terapia grupal consta de un módulo inicial y cuatro módulos de entrenamiento en habilidades (Heliodoro- Marco et al., 2012), con un total de 24 sesiones (García-Palacios et al., 2010). El módulo inicial tiene que ver con la orientación al tratamiento y consta de tres sesiones en las cuales se lleva a cabo un entrenamiento en mindfulness. El segundo módulo consta de 14 sesiones sobre el entrenamiento en técnicas de regulación emocional, mientras que el tercer módulo consta de dos sesiones centradas en el entrenamiento de técnicas de tolerancia al malestar. El último módulo, de 4 sesiones, se orienta hacia el entrenamiento en técnicas de eficacia interpersonal (Heliodoro-Marco et al., 2012).

Los estudios de investigación sobre DBT en TCA han estado compuestos por muestras de mujeres con diagnóstico doble de AN y BPD. La duración de los protocolos de tratamiento de DBT aplicados oscilaba entre los 3 y 14 meses de tratamiento, 8 de los cuales fueron dirigidos a la aplicación de la CBT mejorada para la AN. Tras la finalización del tratamiento se llevó a cabo un seguimiento cuya duración oscilaba entre los 15 y 24 meses (Heliodoro- Marco et al., 2012; Kröger et al., 2010).

Los resultados a los que llegaron estos estudios fueron en primer lugar, que la DBT consiguió cambios en el estilo de vida de las participantes. A su vez, consiguió eliminar los problemas relacionados con el BPD, como las conductas suicidas y parasuicidas, el abuso de sustancias y el abuso de medicación. Por otro lado, respecto a la AN la DBT consiguió eliminar tanto los síntomas impulsivos como el abuso de laxantes y diuréticos. Sin embargo, esta terapia no fue capaz de eliminar el patrón restrictivo de la AN. El 44% de las mujeres pasaron a tener diagnóstico de BN durante el seguimiento y el IMC de las participantes no obtuvo mejoría, llegando incluso en algunos casos a disminuir. Ante esta situación fue aplicada la CBT mejorada a los problemas de AN, permitiendo que el patrón restrictivo se normalizase, alcanzando un peso equilibrado e incluso dejando de ser necesario el tratamiento farmacológico (Heliodoro-Marco et al., 2012; Kröger et al., 2010).

La DBT por sí sola no es lo suficientemente eficaz a la hora de eliminar los síntomas de la AN (e.g. restricción alimentaria), ya que es una terapia que no hace

hincapié en la patología específica de los trastornos alimentarios (García-Palacios et al., 2010). Por lo tanto, la DBT para el tratamiento de la AN ha de complementarse con técnicas cognitivo-conductuales específicas (García-Palacios et al., 2010). Algunos autores, como Kröger et al. (2010) expresan que, para una mejora en los resultados de las personas con AN a largo plazo, sería importante establecer una duración óptima del tratamiento. A su vez, llevar a cabo intervenciones en pareja o en familia también facilitaría la recuperación del paciente.

De igual modo, la DBT ha sido aplicada en casos de BN y BPD siguiendo el mismo funcionamiento que el que se lleva a cabo en AN y BPD, pero centrando los objetivos del tratamiento en la reducción de los episodios de atracones y el uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso (Navarro et al., 2010).

Los estudios estaban compuestos por una serie de mujeres diagnosticadas con BN y BPD. La duración de estos estudios oscilaba entre los 3 y 12 meses de tratamiento, a su vez tras la finalización del tratamiento se llevó a cabo un seguimiento cuya duración oscilaba entre los 6 y 15 meses. Algunos pacientes durante el seguimiento recibieron psicoterapia (i.e., terapia cognitivo-conductual, 52,4%; terapia psicodinámica-interpersonal, 28,6%).

Navarro et al. (2010) detallan un protocolo de tratamiento de DBT para BN y BPD estructurado en cuatro fases. En primer lugar, en el pretratamiento se establece la relación terapéutica. A continuación, en la primera fase se definen las metas principales del tratamiento a través de la terapia de grupo e individual. En la segunda fase, se aborda la presencia de estrés postraumático, dada la alta frecuencia de hechos traumáticos en la historia de vida de las personas con este tipo de patologías. Por último, en la tercera fase del tratamiento el paciente empieza a perseguir metas vitales realistas (Navarro et al., 2010).

Los resultados obtenidos tras la aplicación de la DBT fueron satisfactorios en todos los casos de BN (Navarro et al., 2010; García-Palacios et al., 2010; Kröger et al., 2010) excepto en uno (Safer et al., 2001). Por otro lado, en los casos de BPD se obtuvieron resultados satisfactorios en todos excepto en uno de ellos, dato que resulta llamativo ya que la DBT es el tratamiento de elección para personas con BPD (Kröger et al., 2010).

En los casos en los que el resultado fue positivo se eliminaron los atracones, las conductas purgativas, el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo, las conductas autolesivas y los vómitos. A su vez, hubo una disminución de los ingresos hospitalarios y se consiguió una mejora en la actividad general de las personas. Todos estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento. Un 53,8% de los pacientes con BN dejó de cumplir los criterios diagnósticos. A su vez, tras la aplicación del tratamiento en estos casos se pudo observar una disminución de los síntomas asociados a trastornos del estado de ánimo, presentes en el 58,3% de los pacientes con BN (Kröger et al., 2010).

A pesar de la evidencia sobre la efectividad de la DBT sobre los TCA, la frecuente comorbilidad de éstos con trastornos de la personalidad (Heliodoro-Marco et al., 2012) genera controversia acerca de cuál debe ser el abordaje más adecuado en estos casos, ya que la DBT es para alguna patología del carácter, un tratamiento de elección (e.g. BPD).

En este sentido, algunos autores proponen que en aquellos casos donde exista un diagnóstico único de TCA, habría que hacer hincapié sobre los componentes centrales de la psicopatología del trastorno alimentario, mientras que cuando exista comorbilidad entre TCA y BPD habría que hacer hincapié sobre los componentes básicos de la regulación emocional (Fairburn, Cooper, O'Connor, Bohn, Hawker, Wales & Palmer, 2009; Murphy et al., 2010 citado en Heliodoro-Marco et al., 2012). Por último, autores como Heliodoro-Marco et al. (2012), afirman que una integración entre la CBT y DBT podría ser beneficioso para aquellos pacientes que presentan AN y BPD.

### **3. Discusión**

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las posibles diferencias existentes en la eficacia de las Terapias Cognitivo-Conductuales (i.e., Segunda Generación) en comparación con los abordajes correspondientes a las Terapias de Tercera Generación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En concreto, de entre las distintas aproximaciones terapéuticas de las terapias de Tercera Generación, la revisión se ha centrado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (i.e., ACT) y la Terapia Dialéctica-Comportamental (i.e., DBT).

Atendiendo a los estudios analizados, cabría hacer referencia al tamaño de las muestras, siendo en todos los casos muy reducida. Esto puede deberse a que casi todas las muestras utilizadas en los estudios son clínicas, y, por tanto, existen mayores dificultades a la hora de acceder a ellas. Asimismo, en los estudios analizados sobre TCA, los pacientes con los que se trabaja son mujeres, excepto en uno de los casos donde la muestra analizada eran varones (Galsworthy-Francis & Allan, 2016) y otro caso donde la muestra estaba formada por un grupo de personas en el cual no se especifica el género (Juarascio et al., 2013).

La prevalencia de TCA en cuanto al sexo varía significativamente. Algunos estudios afirman que la prevalencia de TCA en población femenina oscila entre un 7,1%, y un 16,3%, a diferencia de los varones que se encuentra entre un 1,1% y un 0,4% (Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol & Ferrer, 2002; Rivas, Bersabé & Castro, 2001; Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004). Por tanto, la evaluación y el tipo de tratamiento llevado a cabo en los TCA está mucho más centrado en las mujeres, llegando a considerarse una patología propia del género femenino. Por tanto, tiene sentido que la muestra encontrada en los estudios sea mayoritariamente femenina. Esto es debido a que existe una clara diferencia en cuanto a la visión que tienen hombres y mujeres respecto a la imagen corporal. Sin embargo, aunque la proporción de varones es menor en TCA, no quiere decir que no existan casos de hombres con esta patología; por lo que cabría preguntarse si es adecuada la evaluación llevada a cabo para aproximarnos a la realidad de los TCA en los varones.

Una diferencia sustancial entre la Terapia Cognitivo-Conductual (i.e., CBT) y las Terapias de Tercera Generación, tiene que ver con que el principal objetivo de las mencionadas en primer lugar hace referencia a la modificación y eliminación de los eventos negativos internos de la persona. Las Terapias de Tercera Generación, en cambio, buscan generar una mayor flexibilidad y un cambio en la función del pensamiento. Aun así, existen diferencias dentro de las propias Terapias de 3ª Generación. Por una parte, ACT, es una terapia que focaliza su actuación en hacer ver al paciente que el control de los eventos internos no es posible, por lo que busca una aceptación de las dificultades. El enfoque llevado a cabo en DBT, por otro lado, tiene como finalidad el reconocimiento y validación de la vulnerabilidad emocional, aportando

habilidades que permitan un mejor manejo de las emociones y la impulsividad (Navarro et al., 2010; García-Palacios, 2006).

Además, respecto a las terapias de ACT y DBT, cabe señalar que el tipo de abordaje terapéutico es directivo en ambas, ya que éstas proceden de una orientación conductual. Sin embargo, hay ocasiones donde el terapeuta puede dejar de ser directivo y, por tanto, es el paciente quien tendrá un papel mucho más activo durante la terapia.

La CBT por su parte, está ampliamente reconocida en su eficacia y es utilizada en todo tipo de trastornos, mostrándose útil en un primer momento para el tratamiento de los TCA. Sin embargo, las investigaciones han mostrado que la sintomatología del trastorno alimentario no remitía totalmente con el uso de esta terapia. Ante esta situación se planteó la necesidad de llevar a cabo una reformulación de la CBT aplicada a los casos de TCA con el objetivo de mejorar la eficacia en estos trastornos.

Es tal la complicación que suponen estos trastornos, que al aplicar el protocolo de DBT es necesario ampliar la intervención incluyendo la CBT mejorada para conseguir la remisión de los síntomas de la AN, ya que por sí sola la DBT no consigue la eficacia suficiente sobre este trastorno. Esta dificultad en el tratamiento de la AN puede relacionarse con la escasez de tratamientos existentes para esta patología. Desde hace décadas se describe la aparición de este trastorno y son muchas las escuelas que han tratado los síntomas de la AN. Sin embargo, los porcentajes de remisión total en estos casos son escasos, por lo que se resulta imprescindible la continuidad de la labor investigadora, tanto a nivel teórico y conceptual como a nivel de intervención (Martin-Murcia et al., 2011; Rutzstein, 2009; Heffner et al., 2002; Wilson & Roberts, 2002).

La escasez de tratamientos para AN también se ve reflejada en el número de publicaciones sobre la aplicación de DBT en TCA, ya que hasta ahora la mayoría de los estudios hacían referencia a su aplicación en BN. La DBT es una terapia que fue creada en un primer momento para tratar los aspectos nucleares del BPD, en particular la impulsividad y la regulación emocional. En el tratamiento de la AN y la BN, el protocolo de intervención de la DBT es el mismo con independencia de la patología. Sin embargo, los resultados obtenidos en DBT con la AN no son concluyentes. Por el contrario, aplicada a la BN la DBT sí arroja resultados positivos.

Los estudios aseguran que la tasa de comorbilidad entre la BN y el BPD oscila entre el 24 % y 44% de los casos (Dolan et al., 1994 citado en Echeburúa & Marañón, 2001; Gargallo, Fernández & Raich, 2002), lo cual supone un problema añadido al ya existente. La DBT ha resultado ser una terapia eficaz, ya que hace hincapié sobre la impulsividad y la regulación emocional, sin duda algo esencial a la hora de tratar y conseguir resultados satisfactorios tanto en BN como en BPD. Como se ha mencionado anteriormente, la DBT no aporta resultados eficaces en el tratamiento de la AN. Sin embargo, si atendemos al tipo de AN, la aproximación de la DBT podría ser distinta. En primer lugar, respecto a la AN del tipo de atracones/purgas (DSM-V), al tener un componente alto de impulsividad, la DBT podría resultar eficaz. Al igual que ocurre con la BN, este tipo de AN también presenta altas tasas de comorbilidad con el BPD. Sin embargo, cabría preguntarse si tras la aplicación de la DBT, las personas con AN del tipo de atracones/purgas mejorarían y quedarían asintomáticas o si por el contrario únicamente dejarían de tener síntomas compulsivos, siendo necesaria la posterior aplicación de la CBT mejorada para tratar la restricción alimentaria y recuperar el peso. La AN de tipo restrictivo (DSM-V) está caracterizada por presentar síntomas obsesivos, por lo que en estos casos la comorbilidad es mayor con los trastornos de la personalidad tipo C, como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad. Esta relación entre los cuadros compulsivo-purgativos y el BPD, por un lado, y entre los perfiles restrictivos y la obsesividad por otro, podría relacionarse con la baja tasa de eficacia observada en la aplicación de la DBT a la AN.

Atendiendo a ACT, cabe destacar la ausencia de estudios aplicados para BN. Todos los estudios encontrados sobre ACT y TCA, están centrados en la AN, lo que resulta llamativo dada la cantidad de complicaciones que presenta este trastorno y su baja prevalencia. Aun así, ha sido posible aplicar esta terapia en pacientes con AN. Una de las respuestas ante esta situación podría estar centrada en que parte de los estudios encontrados se han llevado a cabo en entornos de hospitalización, en los cuales es más frecuente encontrar pacientes con AN. Llegados a este punto, cabría preguntarse cómo es posible que una terapia que ha sido estudiada en repetidas ocasiones y que resulta ser eficaz para AN, no se ha aplicado en pacientes con BN.

Tras este análisis exhaustivo sobre la eficacia y la forma de aplicación de las diferentes terapias sobre los TCA, cabe hacer referencia a un aspecto fundamental en el tratamiento de las personas con este tipo de patología y el cual no parece estar presente

durante el proceso terapéutico descrito en la ACT, DBT y CBT. En ninguna de las terapias mencionadas se hace hincapié en el componente familiar vinculado a estos trastornos. Cuando aparece un TCA no sólo sufre el paciente, sino también su familia. Por tanto, la familia tiene un papel fundamental tanto en el proceso de la enfermedad, como durante la recuperación. El problema se encuentra en que, trabajando de forma individual, no se promueve la importancia del acompañamiento familiar, y no se hace referencia al contexto de la persona enferma, sino que se centran únicamente en el individuo.

Los TCA son patologías de gran complejidad y gravedad, y están caracterizados por tener una etiología multifactorial. Es por esto, por lo que resulta llamativo que el tipo de intervención llevado a cabo en todos los abordajes descritos se realice de forma individual o grupal. Además, las terapias grupales son llevadas a cabo en contextos artificiales que han sido creados por el propio sistema sanitario, por lo que en ningún momento la persona se encuentra en contacto con su contexto real.

Desde el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (Pérez, 2004; Gifre & Esteban, 2012), se hace referencia al contexto de la persona. En primer lugar, se tiene en cuenta el contexto más cercano, como puede ser la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., llegando hasta contextos que influyen de forma más indirecta sobre la persona, como puede ser todo lo relacionado con el *exosistema* y el *macrosistema* (i.e., la familia extensa, comunidad de vecinos, ley sanitaria, sistemas judiciales...) (Pérez, 2004; Gifre & Esteban, 2012).

ACT es una terapia que está asentada sobre el Contextualismo Funcional, aunque centrándose únicamente en el propio individuo y en su historia, sin hacer referencia al contexto de la persona desde una perspectiva mucho más amplia. En este caso, se habla de cómo la cultura puede estar afectando al individuo, pasando directamente al individuo como tal, sin tener en cuenta otros aspectos del contexto que también pueden estar influyendo en la persona y en su enfermedad. Entendiendo este aspecto desde una perspectiva ecológica, se pasa de lo macrosistémico al individuo como sistema, obviando el exosistema, *mesosistema* y *microsistema* de la propia persona.

En los TCA, resulta imprescindible atender al contexto de las personas y conocer de qué forma está influyendo sobre ellas. Por ello resulta llamativo que ninguna de las tres terapias mencionadas en el trabajo haga hincapié sobre este aspecto, lo que podría



llegar a influir sobre la eficacia que han demostrado estas terapias sobre estos trastornos. Por tanto, introducir una mayor presencia familiar durante el proceso terapéutico en personas con TCA, resulta esencial para la recuperación del individuo.

Para concluir, cabría hacer un comentario final respecto a la eficacia que han demostrado las terapias de segunda y tercera generación sobre los TCA. En primer lugar, la CBT mejorada ha evidenciado ser una terapia eficaz para el tratamiento tanto de la AN como de la BN. Aunque se haya introducido una nueva generación de terapias, las terapias de segunda generación continúan siendo las que mayor efectividad han demostrado en el tratamiento de los TCA. Por otro lado, respecto a las terapias de tercera generación, éstas han supuesto una nueva forma de tratamiento para muchos trastornos, en concreto para los TCA, y aunque su aplicación es relativamente reciente, los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

Tanto ACT como DBT, han demostrado ser un tipo de terapia que incluso sin hacer hincapié de forma directa sobre la patología alimentaria como tal, han conseguido obtener resultados de eficacia tanto en la AN como en la BN. Sin embargo, se considera necesario continuar la investigación, ya que hoy en día sigue sin haber certeza de que la DBT resulte ser una terapia útil para la AN. Del mismo modo ocurre con ACT y la BN, debido a la escasez de estudios, se desconoce si realmente podría resultar eficaz su aplicación.

#### 4. Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-V. Estados Unidos.
- Bach, P. & Hayes, SC. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Ballester, D., De Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas españolas de Psiquiatría*, 30(4), 207-212.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Aplicación en el contexto clínico y Áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N. & Crow, S. J. (2009). A case series investigating Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 426-434.
- Bruch, MD. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2).
- Calvo, R. (1983). La Terapia de Conducta en el tratamiento de la anorexia nerviosa. ¿Eficaz o peligrosa? *Estudios de psicología*, 13, 30-37.
- Echeburúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la Conducta Alimentaria con los Trastornos de Personalidad. *Psicología conductual*, 9, 513-525.
- Eifert, GH. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.

- Ekstrand, AC. & Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Fairburn, CG., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, CG. & Harrison, PJ. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361,407-416.
- Fairburn, CG., Cooper, Z. Doll, HA., O’Connor, ME., Bohn, K., Hawker, DM., Wales, JA. & Palmer, RL. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for patients with Eating Disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Galsworthy-Francis, L. & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *RET, Revista de toxicomanías*, 76, 25-71.
- García, JM., Luciano, MC., Hernández, M. & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- García-Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 255-271.
- García-Palacios A., Navarro, MV., Guillén, V., Marco, H. & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico-Comportamental en personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad y Bulimia Nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 197-216.
- Gargallo, M., Fernández, F. & Raich RM. (2002). Bulimia nerviosa y Trastorno de la Personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349.
- Gifre, M. & Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.

- Hayes, SC. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Heffner M., Sperry J., Eifert GH. & Detweiler M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236.
- Heliodoro-Marco, J., García-Palacios, A., Navarro, MV. & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: Un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI, (2), 121-127.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, EM., Timko, CA., Herbert, JD., Butryn, ML., & Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: clinical applications of a group treatment. *Journal of contextual behavioral science*, 2(3-4), 85-94.
- Karbasi, AL. (2010). Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-E) for Eating Disorders: Case Study of a Client with Anorexia Nervosa. *Clinical Case Studies*, 9(3), 225-240.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T. & Reinecker, H. (2010). Dialectical behavior therapy and an added cognitive *behavioural* treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 381-388.
- Mañas, I. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: La Tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de psicología*, 40,26-34.
- Martín-Murcia, F., Nieto, L. & Ruíz, J. (2012). Principios básicos de las terapias de tercera generación aplicados al tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario resistentes. *XIII Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/233951801>

- Martín-Murcia, F., Cangas, A.J. & Pardo, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and Obsessive Personality Disorder using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198-209.
- Navarro, MV., Jorquera, M., García Palacios, A., & Botella, C. (2010). Terapia Dialéctica Comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 61-74.
- Obando, LC. & Parrado, FE. (2015). Aproximaciones Conductuales de Primera, Segunda y Tercera Generación frente a un caso de Ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51-61.
- Orsillo, SM. & Batten, SV. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 253-259.
- Pérez, M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera Generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 159-172.
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del *Modelo Ecológico* de Bronfenbrenner. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
- Rivas, T., Bersabé, R. & Castro, S. (2001). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud mental*, 24(2).
- Safer DL., Telch CF. & Agras WS. (2001). Dialectical Behavior Therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Sysko, R. & Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 89-100.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, GL., Franco, K. & Mancilla, JM. (2004). Presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Wilson, GT. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.