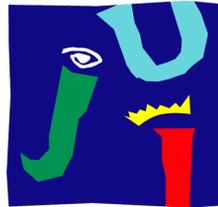


**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**Revisión sistemática de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento de los  
trastornos alimentarios**

**Autora:** Andrea García De Vicente

**DNI:** 44893016Y

**Filiación:** Universitat Jaume I

**Tutora:** Berenice Serrano Zárate

Curso 2019-2020

Convocatoria Julio 2020

## Tabla de contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<i>Los trastornos alimentarios.....</i>	<i>5</i>
Anorexia nerviosa.....	7
Bulimia nerviosa.....	10
Trastorno por atracón.....	14
<i>El tratamiento de los trastornos alimentarios .....</i>	<i>16</i>
La terapia cognitivo-conductual.....	16
Terapia dialéctico comportamental.....	17
<i>¿Por qué la DBT es una opción conveniente? .....</i>	<i>20</i>
Justificación.....	21
<i>Pregunta de investigación .....</i>	<i>21</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>22</i>
Objetivo general .....	22
Objetivos específicos.....	22
<b>Método .....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>25</b>
<i>Descripción de los estudios .....</i>	<i>26</i>
<i>Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con trastorno alimentario comórbido con trastorno límite de la personalidad .....</i>	<i>35</i>

<i>Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con bulimia nerviosa</i>	35
<i>Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con anorexia nerviosa</i>	36
<i>Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con trastorno por atracón</i>	36
<i>Resultados generales</i>	37
<b>Discusión y conclusiones</b>	<b>37</b>
<i>Limitaciones</i>	38
<i>Recomendaciones</i>	39
<b>Referencias</b>	<b>41</b>
<b>Anexos</b>	<b>1</b>

## **Resumen**

El aumento de los trastornos alimentarios a lo largo de los años es un problema que viene despertando el interés de los profesionales desde hace décadas. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la terapia por excelencia en este campo. Sin embargo, las tasas de remisión derivadas de la misma siguen siendo insuficientes. Con el surgimiento de las terapias de tercera generación aparece la terapia dialéctico comportamental (DBT) demostrando grandes efectos en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, uno de los más complicados. Por ello, en la presente revisión sistemática que abarca los últimos 20 años, se pretende comprobar la eficacia de la DBT en el tratamiento de los mismos mediante la revisión de once estudios de diferente tipo en los distintos trastornos más predominantes: anorexia, bulimia y trastorno por atracón. Los resultados se observan prometedores, pero limitados en sus conclusiones debido a la falta de estandarización en la medición de la sintomatología, así como también la escasez de muestra y la variedad en las modalidades de estudios analizados.

Palabras clave: trastornos alimentarios; terapia dialéctico comportamental; anorexia; bulimia; trastorno por atracón.

## **Abstract**

The increase of eating disorders over the years is a problem that has been attracting the interest of professionals for decades. Cognitive behavioral therapy (CBT) is the therapy by choice in this field. However, the remission rates derived from it are still insufficient. With the emergence of third-generation therapies, behavioral dialectical therapy (DBT) appears, demonstrating great effects in the treatment of borderline personality disorder, one of the most complicated ones. Therefore, in the present systematic review covering

the last 20 years, the aim is to verify the efficacy of DBT in treating them by reviewing eleven studies of different types in the most prevalent disorders: anorexia, bulimia, and binge eating disorder. The results are promising, but limited in their conclusions due to the lack of standardization in the measurement of symptoms, as well as the lack of sample and the variety in the study modalities analyzed.

Key words: eating disorders, dialectical behavioral therapy; anorexia; bulimia; binge eating disorder.

## **Introducción**

### **Los trastornos alimentarios**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos que abarcan todos aquellos que están relacionados con la comida y/o el acto de comer. En esta revisión, los objetivos centrales van a ser la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), así como la relación de estos con uno de los enfoques actualmente vigentes para su tratamiento clínico.

El manual de diagnóstico por referencia para los trastornos mentales es el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el cual sitúa dentro del conjunto de trastornos alimentarios otros como el trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de alimentos, además de aquellos trastornos alimentarios no especificados (TCANE).

Actualmente, los TCA son de gran importancia en la clínica psicológica, ya que son uno de los grupos de trastornos que más pacientes abarcan convirtiéndose así, en un problema de salud pública (Méndez et al., 2004). Son trastornos muy complejos a nivel afectivo, cognitivo y comportamental, que comparten la alteración e insatisfacción de la imagen corporal como eje central, especialmente en la bulimia (Fernández-Aranda et al., 1999).

Son varios los estudios científicos (Grupo ALBOR-COHS., 2012; López et al., 2015; Raich, 2017) que respaldan la idea de que su prevalencia han aumentado con el paso de los años, debido especialmente a la gran importancia que se da actualmente al aspecto físico, la sobreestimación de la idea de delgadez y la presión asociada a la belleza y a la perfección. Según (Raich, 2017), resultan más frecuentes en las sociedades desarrolladas con sobreabundancia de comida, así como también parece que a medida que aumenta el nivel de vida también aumenta la prevalencia de los mismos.

Actualmente, se considera que entre un 1 y un 2% de las mujeres adolescentes y jóvenes de los países occidentales, están afectadas por la anorexia nerviosa, pero con un alto índice de mortalidad; de un 3 a un 5% aproximadamente por la bulimia nerviosa y alrededor de un 3-4% por el trastorno por atracón (Errandonea, 2012; Grupo ALBORCOHS., 2012; Martínez et al., 2003).

La anorexia y la bulimia especialmente son trastornos que se diagnostican muy habitualmente en mujeres, generalmente jóvenes (Martínez et al., 2003). Sin embargo, se conoce que cada vez son mayores los números de casos asociados al género masculino (Martínez-González & De Irala, 2003).

La evolución y curso de los trastornos alimentarios puede ser muy variable, lo más frecuente es que sea un curso crónico que sigue la regla de “los tercios”. Esta regla se refiere a que un tercio de los pacientes logra la remisión total, otro tercio la parcial y el último tercio, se cronificaría (Martín, 2003). Esto explicaría que en la denominada “recaída” pudiera diagnosticarse un trastorno del mismo grupo, pero con distintas representaciones clínicas menos puras, lo que podría denominarse también “síndromes parciales” (Botella et al., 2017, p.29) o no especificados (Fairburn & Cooper, 2011).

El grupo de trastornos alimentarios es un conjunto entre el que existe mucha comorbilidad y similitud entre los mismos. Como bien defiende Botella, Baños, & Nebot, (2017), lo habitual en la práctica clínica es que no todos los pacientes sean puros (p. 26), lo que puede dificultar el diagnóstico y tratamiento en algún momento.

Finalmente, hoy en día la imagen corporal, la belleza y todo lo relacionado con el aspecto físico se observa y tiene en gran relevancia (Espina et al., 2001; Treasure, 2012). Es por ello, que existen muchas patologías menos graves y más frecuentes en la población general que pueden dificultar el diagnóstico y dar lugar a confusión.

Por todo ello, a continuación, se van a abordar los dos trastornos alimentarios principales para que el lector conozca en exactitud sus características clínicas y pueda diferenciarlos.

### *Anorexia nerviosa*

La anorexia nerviosa (AN) fue el primero de los que se identificó del grupo. Esto ocurrió al rededor de los años 70, con criterios diagnósticos específicos. Es un trastorno que básicamente se caracteriza por la insatisfacción con la figura y el peso corporal de forma desproporcionada, así como también con el control de la ingesta y el miedo irracional a ganar peso (Davidovic et al., 2018).

Las pacientes con anorexia, se caracterizan por un peso muy por debajo de lo considerado normal según su edad, sexo y características corporales. El IMC es uno de los métodos utilizados para evaluar el peso corporal de una persona en relación a su altura y características físicas. Además, “es un buen indicador del estado nutricional de un individuo” (Raich, 2017, p. 73). El IMC se calcula dividiendo el peso corporal en kilogramos por la talla al cuadrado en centímetros. El resultado obtenido, si es menor de 17 es indicador de posible AN. Los resultados entre 18 y 25 serían adecuados y los superiores indicarían obesidad y/o sobrepeso, dependiendo de los números (Martín, 2003). Este es uno de los criterios de evaluación utilizados para medir la gravedad del estado de las pacientes.

Sin embargo, este criterio no es suficiente para establecer el diagnóstico, sino que debe ir acompañado, además, de una insatisfacción corporal, un control excesivo sobre la ingesta calórica, una restricción alimentaria excesiva u otras conductas compensatorias no saludables, como son el uso de laxantes y/o purgas, como bien se observa en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Las purgas son generalmente entendidas como el uso del vómito auto-provocado con el objetivo de recudir el malestar emocional provocado por el atracón previo. Sin embargo, podemos utilizar el término también para el uso de diuréticos o medicamentos mal utilizados. Es decir, este término se utiliza como sinónimo a cualquier acto de eliminar o vaciar el organismo de comida previamente ingerida de forma no natural u orgánica (Errandonea, 2012). Finalmente, todos estos síntomas no deben poder ser explicados mejor debido a alguna otra enfermedad médica, aunque sus síntomas o señales coincidan.

Según Raich (2017), la AN aparece más frecuentemente en adolescentes jóvenes, alrededor de los 15 años, aunque también puede aparecer en edades inferiores y superiores. Es una de las enfermedades con mayor tasa de mortalidad, alrededor del 9% (p. 13).

A continuación, en la tabla 1 se pueden observar los criterios diagnósticos de la anorexia en el DSM-5, los cuales son de preciso cumplimiento para establecer el diagnóstico formal.

**Tabla 1**

*Criterios DSM-5 para anorexia nerviosa*

<b>Anorexia nerviosa</b>
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o</p>

falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso actual.

Especificar si:

- Tipo restrictivo

Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito, laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- Tipo con atracones/purgas

Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

- En remisión parcial

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la auto-percepción del peso y la constitución).

- En remisión total

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar gravedad actual:

- Leve IMC > 17 kg/m<sup>2</sup>
- Moderado IMC 16 – 16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave IMC 15 – 15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extremo IMD <15 kg/m<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nota. Obtenido de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Como se observa, en el DSM-5 se debe tener en cuenta para el diagnóstico el nivel de gravedad que el profesional asocia a la persona en relación con su peso corporal. Esto va a determinar, en parte, la severidad en las medidas que se tomen para el tratamiento.

Por último, sería conveniente también hablar de las consecuencias que tiene padecer esta enfermedad durante un periodo relativamente largo de tiempo. Según Baile y González (2014), podemos encontrar entre ellas las siguientes: hipotermia, amenorrea (pérdida periodo menstrual), hipotensión, bradicardia, anemia, insuficiencia renal, debilidad muscular, trastornos en los niveles hormonales, colon irritable, erosión esmalte dental, sequedad piel, pérdida cabello y lanugo, entre otros (p. 12-13).

Generalmente, estas últimas suelen desaparecer con la remisión del trastorno, es decir, cuando los síntomas del trastorno alimentario dejan de estar presentes. Con el tiempo, el organismo vuelve a recuperar su estado habitual en un cierto periodo de tiempo (Salvatierra, 1999), aunque también resulta posible que esto nunca llegue a ocurrir.

### ***Bulimia nerviosa***

La bulimia nerviosa (BN) siempre se ha asociado con episodios de atracones, que posteriormente son compensados con purgas de cualquier tipo, vómitos auto-inducidos y laxantes, entre otras conductas compensatorias. Se caracteriza también por un miedo atroz al aumento de peso y una preocupación exagerada por el aspecto físico, características que son aspectos centrales de ambos trastornos.

Mientras que en la AN el “control” se establece por medio de la restricción calórica y el ejercicio excesivo, en la bulimia se controla y/o compensa a través de las

purgas y vómitos auto-inducidos (Grupo ALBOR-COHS., 2012). Cabe recalcar que existe la posibilidad de presentar todas estas conductas en ambos trastornos.

En ambos casos, el eje central es el malestar emocional que el individuo siente y su motivación principal para actuar. Sin embargo, como resulta evidente en todos los trastornos, esta conducta no es la adecuada para frenarlo, sino que actúa como un refuerzo positivo, que hace aumente la probabilidad de realizar la conducta (Solís, 2004). Esto quiere decir que, el hecho de que después de un atracón el individuo realice una purga para calmar su malestar emocional y quedarse más tranquilo y lo consiga, provoca que esta conducta sea más probable que se repita en el futuro y termine cronificándose.

Así como en la AN lo frecuente es que las pacientes presenten un bajo peso muy evidente, en la BN las pacientes es habitual que tengan un peso normal e incluso es posible que presenten sobrepeso. Según Raich (2017), en la BN la edad de inicio es mayor que en la AN, alrededor de los 17 años. El motivo principal de esto puede deberse a que la BN pasa mucho más desapercibida, ya que la oscilación de peso es mucho menos visible y el comportamiento suele realizarse de forma disimulada.

A continuación, se presentan en la tabla 2 los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el manual DSM-5, con el objetivo de mostrar aquellos criterios clínicos necesarios y suficientes para el diagnóstico claro y específico de la bulimia nerviosa.

## **Tabla 2**

### *Criterios DSM-5 para bulimia nerviosa*

<p><b>Bulimia nerviosa</b></p>
--------------------------------

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por</p>
---

los dos hechos siguientes:

- a. Ingestión, en un periodo determinado (ej.: dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
- b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (ej.: sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como vómito auto-inducido, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

- En remisión total:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar gravedad actual:

- Leve:

Promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- Moderado:

Promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- Grave:

Promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- Extremo:

Promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

<sup>2</sup> Nota. Obtenido de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Como puede observarse, también resulta necesario definir la gravedad del trastorno de BN. Esta se debe especificar según el promedio de purgas ejecutadas por el individuo en cuestión en un periodo de una semana. Este criterio no estaba disponible ni era necesario en manuales diagnósticos de trastornos mentales (DSM) previos.

Generalmente, se entiende que la AN conlleva mayor gravedad que la BN. Sin embargo, según Baile y González (2014), esta última tiene graves consecuencias como pueden ser: dilatación gástrica, dolor estómago, dilatación de las glándulas salivares, erosión esmalte dental, heridas en los nudillos, retención líquidos, estreñimiento, problemas menstruales, envejecimiento prematuro, trastornos metabólicos y úlceras en la boca, entre otros (p. 11-12).

En ambos trastornos, se da por sentado que existe un empeoramiento de la salud física, pero también lo existe de la salud psicosocial de las pacientes (Castejón & Berengüi, 2019; Fernández-Aranda et al., 1999), ya que finalmente el peso y la figura corporal terminan abarcando todas las áreas de su vida hasta convertirse en su motivo único y central.

Por ello, es importante realizar un abordaje necesario, suficiente y óptimo para este tipo de trastornos, que permita una remisión total de sus síntomas y que dote a las pacientes de una vida saludable y feliz.

### *Trastorno por atracón*

El trastorno por atracón (TA) se caracteriza por el hecho de realizar atracones o, lo que es lo mismo, consumos desproporcionados de comida, en un corto periodo de tiempo sin que estos vayan seguidos de conductas compensatorias, como pueden ser las purgas, de forma que este trastorno también está asociado con la obesidad (Treasure, 2012).

En el TA el atracón va asociado con pérdida de control de la ingesta seguido de un malestar emocional muy grande. Para que esto pueda diagnosticarse como TA tiene que ocurrir al menos dos veces a la semana en un periodo igual o superior a seis meses. Lo que los diferencia de las personas con obesidad es un “sobre evaluación del figura y el peso, cuya intensidad es similar a la observada en la BN” (Wilson et al., 2007).

A continuación, se muestra la tabla 3 que resume los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-5 para el diagnóstico del TA.

**Tabla 3**

*Criterios DSM-5 para trastorno por atracón*

<p><b>Trastorno por Atracón</b></p> <p>A. Episodios recurrentes de atracones. Se caracteriza por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Ingestión, en un periodo determinado (ej. dentro de un periodo de 2h) de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo similar y circunstancias</li></ul>
--

parecidas.

- b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- a. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- c. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- d. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- e. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o AN.

Especificar si:

- Remisión parcial:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el TA, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.

- Remisión total:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el TA, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: 1-3 atracones/semana
- Moderado 4-7 atracones/semana
- Grave: 8-13 atracones/semana
- Extremo: 14 o más atracones/semana

<sup>3</sup> Nota. Obtenido de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

En versiones anteriores de manuales de diagnóstico previos (DSM), el TA se encontraba dentro de los trastornos alimentarios no especificados. Esto puede ser debido a que los síntomas del TA son muy similares a los de la BN, sin que el primero tenga conductas compensatorias que impiden o dificultan el aumento de peso ni una distorsión muy elevada de la imagen corporal.

## **El tratamiento de los trastornos alimentarios**

### ***La terapia cognitivo-conductual.***

Son muchas las aproximaciones que se han realizado al tratamiento de los trastornos alimentarios a lo largo de la historia de los mismos, dependiendo de los factores influyentes en los que se centre la aproximación, los cuales pueden ser biológicos, sociales, familiares o culturales. El más destacado y con mayor evidencia científica es la terapia cognitivo-conductual (TCC) que muestra una efectividad de remisión total del 40% con la BN, mientras que la terapia familiar resulta especialmente útil en la AN. En el caso del TA también ha resultado útil hasta el momento el uso de la TCC ( Treasure, 2012; Treasure & Russell, 2011; Wilson et al., 2007).

Entre los tratamientos conductuales encontramos aquellos procedimientos que tienen que ver con el “manejo de las contingencias para conseguir el aumento de peso e ingestas” (Martín, 2003, p.326). La TCC destaca principalmente por tratar de reemplazar aquellos pensamientos distorsionados mediante técnicas que consigan mejorar las conductas, en este caso, desadaptativas para las pacientes. Sin embargo, según Marco (2004), aunque la TCC se ha mostrado como la más efectiva para la BN reduciendo los síntomas principales y en comparación con otras terapias como la farmacológica, no parece ser la opción elegida en casos con psicopatología más grave asociada como auto-lesiones, tentativas de suicidio o episodios psicóticos, entre otros (p. 39).

Sin embargo, comprobar la eficacia de estos tratamientos para estos trastornos específicos resulta muy complicado, debido a la complejidad de los mismos, así como también de los problemas médicos asociados y de la gran cantidad de tiempo que requiere conseguir una remisión total de sus síntomas (Wilson et al., 2007). Por ello, en este caso nos vamos a centrar en analizar la eficacia de uno de los abordajes con mayor repercusión en la actualidad: La terapia dialéctico-comportamental.

### *Terapia dialéctico comportamental.*

La terapia de conducta es la que tiene mayor apoyo empírico hoy en día, especialmente cuando se trata de problemas emocionales (Sandín et al., 2012). Es por ello que es la más utilizada en la clínica actual y la que más evidencia científica ha aportado hasta el momento.

Pertenece a la corriente conductual, pero dentro de ella hay muchas técnicas y terapias diversas que comparten algunos rasgos comunes. En la presente revisión, se va

a explicar y analizar concretamente la terapia dialéctica-conductual (TDC), denominada originalmente *dialectical behavioral therapy* (DBT).

La DBT es una terapia que nació en el año 1993 de manos de Marsha Linehan. Fue originalmente una terapia creada para el tratamiento del trastorno de la personalidad límite, ya que sus pacientes presentaban graves problemas de regulación emocional, así como también conductas auto-lesivas y suicidas muy frecuentes (Bohus et al., 2000).

El objetivo principal es, por tanto, la enseñanza de técnicas de regulación emocional para la mejoría de los síntomas ya que, según Crespo (2015) “la desregulación emocional es la batería que alimenta la impulsividad y turbulencia interpersonal” (p. 104).

La DBT es una terapia que no es exclusivamente conductual, sino que combina elementos cognitivo conductuales con técnicas de validación y con el *mindfulness* (Vásquez-Dextre, 2016). Se engloba concretamente dentro de las terapias de tercera generación, que incluyen también la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de activación conductual, la psicoterapia analítica funcional, la terapia conductual integrada en la pareja, la terapia de reducción de estrés basada en el *mindfulness* y la terapia cognitiva basada en el *mindfulness*.

Las llamadas terapias de tercera generación son terapias que continúan unidas a las terapias cognitivo-conductuales, pero superando sus limitaciones. Lo especialmente relevante de estas terapias es que surgieron para ser sensibles al contexto, es decir, tratan de ser flexibles y no solo a “eliminar problemas claramente definidos” (Moreno, 2012, p. 3). Su objetivo es principalmente la aceptación psicológica, al igual que es la base fundamental de la DBT. Hasta 2004 no se conocieron ampliamente, pero realmente su inicio ronda alrededor de los años 90.

La diferencia que supone la DBT con respecto al resto de terapias conductuales, es el cambio de foco hacia la aceptación y la validación de los propios pacientes con sus emociones (Bohus et al., 2000), no sólo en el cambio de conducta con el objetivo de obtener un resultado diferente.

Esto supone un gran cambio ya que, según Navarro et al. (2010), Linehan propone un cambio de enfoque. En el trastorno límite de la personalidad (TLP) los pacientes se encuentran en ese estado debido a que su ambiente ha sido invalidante hasta el momento, cosa que ha favorecido el desarrollo del trastorno. Así pues, si la terapia se convierte en un lugar de aceptación y validación (p. 63), supondrá el mejor y único camino a la “curación”.

Son varios los autores y autoras que han demostrado su eficacia a lo largo de los años (Bohus et al., 2000; Fleischhaker et al., 2011; Neacsiu et al., 2014) en poblaciones adultas y adolescentes. Su alta eficacia con el TLP dada su baja tasa de abandonos y mejoría de sus pacientes ha provocado que muchos investigadores pongan interés en ella para el tratamiento de otros trastornos con escasos resultados positivos con otros tratamientos y con dificultades en la regulación de sus emociones (Neacsiu et al., 2014).

La DBT tiene una estructura básica muy clara, para la cual, cada forma de la misma, tiene un objetivo particular. Además, en este formato de terapia se otorga mucha importancia a la relación terapéutica para conseguir el éxito de la misma. La estructura se basa en una parte de terapia individual, otra parte grupal y otra también individual, pero de contacto telefónico. La parte grupal serviría para el entrenamiento en habilidades y la individual para el fortalecimiento de la motivación, trabajar otros problemas y observar las habilidades que se requiere trabajar (Bohus et al., 2000).

La desregulación emocional es un factor central en muchos trastornos, como pueden ser los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad, los trastornos

psicóticos, la esquizofrenia, los alimentarios y los de consumo de sustancias (Neacsiu et al., 2014, p.496). Se considera que la DBT es una terapia que podría favorecer a los pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario, ya que en ellos uno de los problemas de base es la dificultad y/o imposibilidad de manejarse de forma adecuada con los afectos negativos (Crespo, 2015), desencadenando de esta forma reacciones desadaptativas ante estos, cuyo resultado es la psicopatología alimentaria.

### **¿Por qué la DBT es una opción conveniente?**

Está demostrado que los trastornos alimentarios tienen una alta comorbilidad con otros trastornos como pueden ser la depresión y aquellos relacionados con la ansiedad (Carolina & Janet, 2011, p.91). Parecen ser más una consecuencia que una causa de los mismos, ya que son los patrones de comportamiento que se adquieren los que provocan que estos mecanismos se cronifiquen sin tener un final, sino más bien retroalimentándose.

Por otro lado, el TLP es un trastorno que engloba a las “personalidades emocionalmente inestables” (Vásquez-Dextre, 2016) y cuyas características principales son la inestabilidad emocional, las conductas impulsivas que conllevan autolesiones y tentativas suicidas. Estos pacientes son los que mayor tasa de abandono presentan y los más difíciles de tratar debido a ello y a la sintomatología que los caracteriza.

Aunque en un inicio los TCA no tienen la misma intensidad emocional que el TLP, a la larga sí que pueden acercarse bastante a su elevada afección emocional y gravedad para la supervivencia de la persona. De hecho, según Navarro et al. (2010), el TLP presenta una alta comorbilidad con ellos, especialmente con la bulimia nerviosa.

Son varios los investigadores (Botella et al., 2017; Crespo, 2015), que entienden la BN como una manifestación de la desregulación emocional dentro del TLP. Por ello,

según esta visión, la DBT sí resultaría útil para el tratamiento de los trastornos alimentarios, en específico para la bulimia.

### *Justificación*

La necesidad de esta revisión radica principalmente en el hecho de que todas las terapias previamente utilizadas para el tratamiento de los trastornos alimentarios habían resultado eficaces en un corto plazo, pero insuficientes a la larga (Linardon et al., 2017; Marco, 2004; Wilson et al., 2007). Entre ellas se encontraba la TCC. Esto era debido a que el objetivo de ellas era únicamente el cambio de la conducta, pero le falta profundizar y validar al paciente, aspectos que sí aporta la DBT.

Por otro lado, cabe comentar que la eficacia de la DBT ha quedado ampliamente demostrada en el trastorno límite de la personalidad (Bohus et al., 2000; Fleischhaker et al., 2011; Neacsiu et al., 2014), ya que fue creada especialmente para ese trastorno. Sin embargo, dado puede resultar muy útil para muchos otros trastornos (Neacsiu et al., 2014), es importante investigarlo.

### **Pregunta de investigación**

En esta investigación resulta necesario responder a una serie de preguntas que tienen que ver con la eficacia de la DBT tratando algunos problemas de trastornos alimentarios, especialmente anorexia, bulimia y trastorno por atracón, o bien, algunos de sus síntomas. Entre esto puede ser la disminución de atracones o purgas, o bien, disminución de la emocionalidad negativa.

Por tanto, nos interesa conocer si, **¿es eficaz el uso de la DBT en el tratamiento de los TCA, anorexia, bulimia y trastorno por atracón, en una población femenina adolescente o adulta ya diagnosticada?**

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia de la DBT en el tratamiento de la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón.

### ***Objetivos específicos***

1. Identificar si existe una reducción significativa de los atracones y purgas.
2. Identificar si mejora el peso inicial e IMC de las pacientes.
3. Identificar si disminuye el comer emocional.
4. Identificar si mejora la autopercepción negativa.
5. Identificar si mejora el funcionamiento social general.
6. Identificar si se consigue la remisión parcial o total de los síntomas.

## **Método**

Se llevó a cabo la búsqueda de artículos relacionados con los trastornos alimentarios, anorexia, bulimia y trastorno por atracón, relacionados además con la terapia dialéctica comportamental. La revisión bibliográfica de la información encontrada se realizó durante los meses de enero a junio de 2020.

El periodo de búsqueda de los artículos incluía los últimos 20 años, es decir, desde 2000 a 2020. Las búsquedas se realizaron en *Google Scholar* y las bases de datos PubMed, PsycNET, Dialnet, Scopus, ScienceDirect y, en el catálogo de la Biblioteca virtual de la Universidad Jaume I (UJI).

El propósito fue recoger información suficiente para poder discernir si, en realidad, es útil la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento de los

trastornos alimentarios o bien para el tratamiento de algunos de sus síntomas más predominantes.

### **Criterios de inclusión**

1. Artículos de investigación de caso único, ensayos clínicos controlados y también estudios aleatorizados y con grupo control.
2. Siendo que el grupo predominante de población con TCA son mujeres situadas en el rango de edad de la adolescencia o primera adultez, ha sido este el grupo poblacional elegido en la revisión.
3. En cuanto a los idiomas seleccionados para la revisión de los artículos obtenidos de la búsqueda de información, se incluyeron resultados en español e inglés, debido a la posibilidad de comprensión de los investigadores, en este caso.
4. La calidad o no de los estudios encontrados, se determinaba en parte al hecho de haberlos obtenido de fuentes fiables de información, así como también que se trataran en mayor medida de lo posible de estudios aleatorizados y que contaran grupos control. Sin embargo, esto no ha sido siempre posible y, por ello, también se han incluido en la muestra estudios de caso, revisiones sistemáticas y ensayos controlados, obtenidos siempre de bases de datos fiables.

### **Criterios de exclusión**

1. No concordancia de temática, como pueden ser en este caso que se trataran otros trastornos de la conducta alimentaria, no siendo estos anorexia, bulimia nerviosa o trastorno por atracón, o bien alguno de sus síntomas principales.
2. También se descartaron artículos que debido a idioma no fueran compatibles con los intereses de la investigación.

3. También, se descartaron aquellos que debido a la falta de calidad o rigor científico no cumplieran con los estándares mínimos establecidos para la revisión, es decir, que no fueran sacadas de fuentes fiables de información, que no realizaran evaluaciones post y pre tratamiento o que no contaran con análisis estadísticos.

## Procedimiento

El protocolo de revisión en el que esta revisión se ha basado en este caso es el protocolo PRISMA, utilizado para las revisiones sistemáticas y los meta-análisis. Este consta de una lista de veintisiete ítems que una revisión sistemática de calidad ha de cumplir (Liberati et al., 2009). Se han seguido todas las directrices del mismo exceptuando el esquema de diagrama de flujo por preferencia personal. El acceso a la mayor parte de los recursos no encontrados “en abierto” ha sido posible gracias a la red privada virtual (VPN) de la Universidad Jaume I.

Los descriptores que se utilizaron fueron: anorexia, bulimia, trastornos alimentarios, terapias de tercera generación, *eating disorders*, *treatment*, *dialectical behavior therapy*, DBT.

Las combinaciones utilizadas fueron “*eating disorders* OR *anorexia* OR *bulimia* OR *binge eating disorder* AND *treatment* OR DBT”, “*dialectical behavior therapy* OR DBT”, “*eating disorders* AND DBT” y “*treatment* OR DBT AND *eating disorders*”. En castellano se utilizaron las siguientes: “trastornos alimentarios AND TCD”, “bulimia OR anorexia OR trastorno atracón AND tratamiento” y “bulimia OR anorexia OR trastorno atracón AND TDC”

Los rubros de búsqueda que se utilizaron en la selección de los estudios fueron la lectura del título, de su resumen y, posteriormente, de su contenido completo. Con

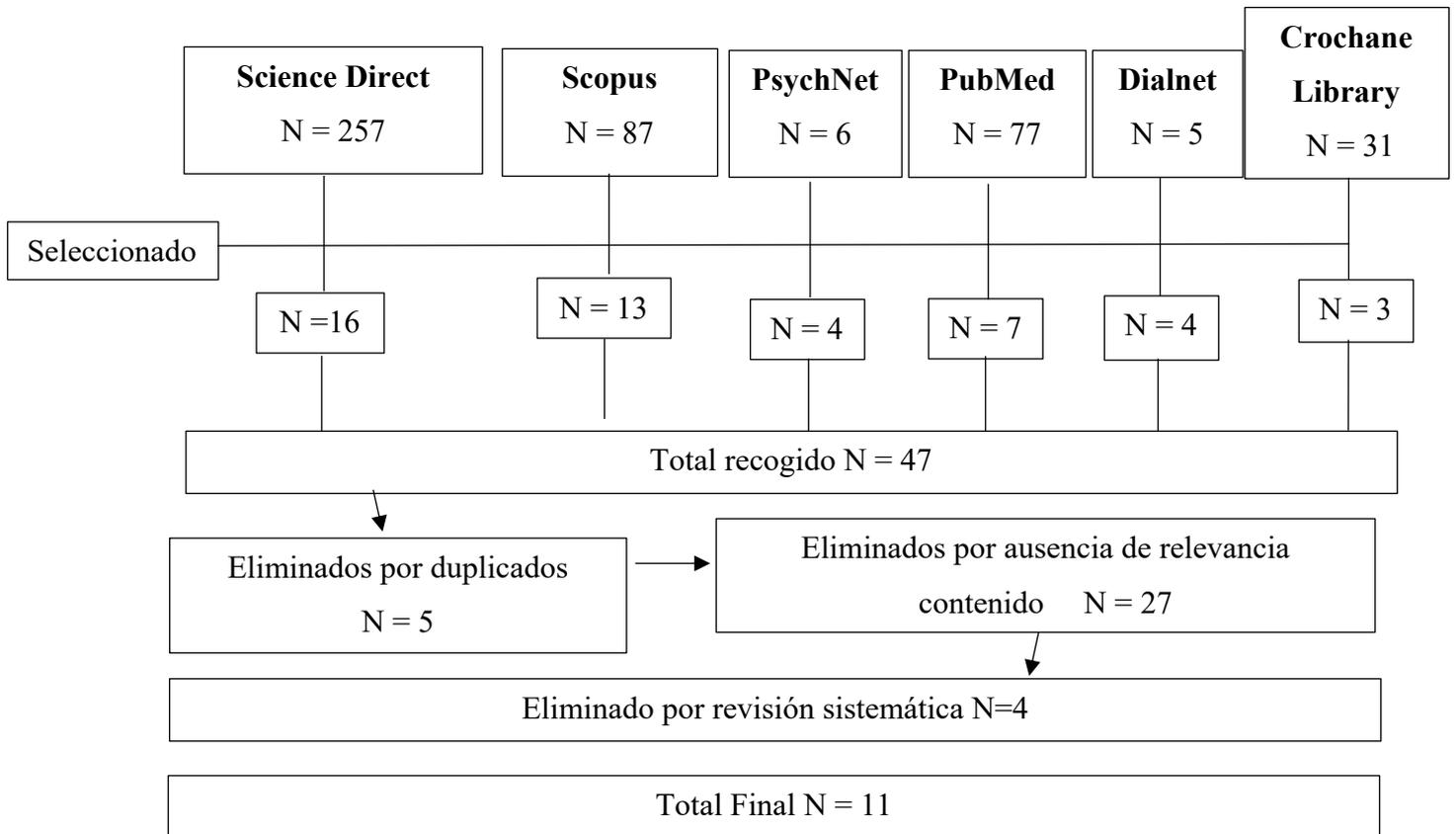
este protocolo, se asegura la recogida de la mayor cantidad de estudios y su adecuación al contenido de la revisión.

### **Resultados**

Para la revisión de estudios y la obtención de resultados de la presente revisión, se ha contado finalmente con un número final de 11 estudios revisados, de los cuales siete son estudios de caso, tres son ensayos clínicos aleatorizados y uno es un ensayo clínico controlado.

Seguidamente, se va a exponer en forma de diagrama de flujo (Figura 1) las bases de datos desde las cuales se ha obtenido la información y su correspondiente selección siguiendo una serie de pasos.

Se puede observar que, en el recuento de estudios utilizados para la revisión, contamos con cinco estudios de caso, tres ensayos aleatorios con grupo control y otros tres ensayos controlados. Además, del total de estudios, cuatro de ellos estudian el efecto de la DBT en relación con algún TCA unido a el TLP. Otros cuatro estudian el efecto de la DBT en la BN, tres en la AN y dos en el TA.

**Figura 1***Diagrama de flujo de selección artículos de revisión***Descripción de los estudios**

Un primer estudio se trata de un ensayo clínico controlado que pretende mostrar la eficacia preliminar de la DBT en una mujer con un trastorno alimentario junto con un TLP (Navarro et al., 2010). Se trata realmente de un estudio de caso, ya que la paciente es una mujer con trastorno de BN junto con TLP en desarrollo de 20 años de edad. Este estudio cuenta con diferentes momentos de evaluación a la paciente: pre, post y a los seis meses de finalizar el tratamiento, por lo que los datos están correctamente recogidos para poder realizar una adecuada comparación. La paciente recibe seis meses de terapia DBT individual y grupal con formato estándar de la misma. Por todo ello, los resultados del estudio muestran una reducción en el número de vómitos, atracones y consumo de tóxicos, conductas sexuales de riesgo,

así como también una mejoría en el funcionamiento global y el paso de síntomas graves a moderados. En el seguimiento a los seis meses se observan reducciones significativas en las escalas de depresión, ansiedad, ira y comer emocional aumentando las de resiliencia, afecto positivo y calidad de vida. Todos estos resultados parecen prometedores para la utilización de la DBT en casos similares, ya que ha permitido disminuir la sintomatología más grave asociada con ambos trastornos. Sin embargo, en este estudio la población es muy específica y, aunque parece que está relacionada, habría que replicar el estudio con una población más amplia para conocer realmente su efectividad.

Seguidamente, una serie de ocho estudios de caso pretende mostrar la eficacia de la BDT en un conjunto de mujeres con TCA y TLP (Chen et al., 2008). En este caso, la población son mujeres con diagnóstico de trastorno por atracón (5/8) o bulimia nerviosa (3/8), junto con TLP. El estudio cuenta con evaluación pre y post tratamiento, así como también evaluación a los seis meses. Los aspectos medidos en las intervenciones fueron tentativas de suicidio, atracones, autolesiones, comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios y funcionamiento social. En todos ellos, se observó una mejoría significativa que se mantuvo en la evaluación a los seis meses. En este caso, la duración del tratamiento fue de seis meses lo que resultó insuficiente para los pacientes según declaraciones posteriores. En conclusión, parece eficiente el uso de este tratamiento para los trastornos alimentarios. Sin embargo, las muestras son pequeñas y se trata de estudios de caso no de ensayos aleatorizados, lo que dificulta establecer resultados científicamente válidos.

En el siguiente se analizan dos estudios de caso que comentan sus resultados por separado (Chen et al., 2015). El primero de ellos se trata de un conjunto de seis

mujeres adultas con diagnóstico de AN tratadas con DBT estándar. Los resultados obtenidos de esta serie de casos son positivos, pero moderados, ya que el IMC aumenta en las pacientes. Además, tienen una baja tasa de abandono (1/6) y se observan mejoras en las medidas con respecto al inicio del tratamiento. Sin embargo, no cuenta con medidas de seguimiento post-tratamiento ni con una gran muestra para evaluar por lo que este estudio se sugiere prometedor, pero la necesidad de mayor investigación al respecto. Por otro lado, está la segunda serie de casos referida en el mismo estudio (Chen et al., 2015). Esta cuenta con una muestra de nueve mujeres con AN o trastorno alimentario no especificado, pero con síntomas de anorexia. Este grupo de pacientes fueron tratadas con DBT estándar, además de un módulo de habilidades para el sobre-control de emociones y conductas desarrollado por Lynch et al. (2008, citado en Chen et al, 2015). En este caso, la tasa de abandono también es baja y muchos de los pacientes consideran recomendable el tratamiento. En cuanto a los resultados se observa una mejora en el IMC de las participantes comparando la línea base con el post-tratamiento, que se mantiene a los 6 y 12 meses. También mejoran las puntuaciones en las medidas de trastornos alimentarios con historia de atracones y conductas compensatorias, mantenido a los 6 meses, pero no a los 12. En cuanto a la menstruación, ninguna de las pacientes la tenía de forma regular y, al finalizar el tratamiento, únicamente dos la recuperaron. Los comportamientos relacionados con TCA mejoraron al finalizar el tratamiento, con mantenimiento de la abstinencia de estos comportamientos en ambos seguimientos de tres de las participantes. Finalmente, el funcionamiento global medido mejoró en 3/9 participantes, se mantuvo en 4 y empeoró en una. Esto mejoró en los seguimientos, siendo finalmente 5/9 las que mejoraron, 1/9 las que se mantuvieron y 2/9 las que empeoraron. En conclusión, parece que los resultados son

muy limitados debido a la cantidad de muestra y la ausencia de estudios aleatorizados, pero se recomienda añadir las habilidades para abordar las emociones y comportamientos sobre-controlados a la DBT estándar.

Seguidamente, el cuarto, es un estudio con una muestra de 24 mujeres con TLP, de las cuales nueve están diagnosticadas con AN y 15 con BN comórbidas y ninguna de ellas ha respondido previamente bien a ningún tratamiento (Kröger et al., 2010). Este estudio cuenta con evaluación pre y post tratamiento, así como también seguimiento a los 15 meses. En este caso el tratamiento consistía en la DBT estándar con duración de tres meses añadiendo a ella un módulo para individuos con TCA comórbido. Este consistía en monitorización diaria, pesaje semanal y educación sobre el peso y el hecho de comer en formato grupal. Los resultados positivos del estudio son la baja tasa de abandono, 3/8 mujeres con AN se recuperaron, el resto pasaron a BN excepto una que se mantuvo con diagnóstico de AN, 7/13 pacientes con BN dejaron de cumplir los criterios para la misma y cinco dejaron de tener episodios de atracones. En el post-tratamiento no hubo un cambio significativo en el IMC de las pacientes con anorexia, pero sí lo hubo en el seguimiento. En las pacientes con BN hubo cambios significativos en las medias del inventario de trastornos alimentarios, mantenido en el seguimiento. En cuanto al funcionamiento global y psicopatología principal ocurrió lo mismo, hubo una mejoría mayor en BN, pero las pacientes con AN también mostraron mejoría en el seguimiento. Los resultados referidos a los trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, también se redujeron. En este estudio se asume que, dados los resultados, el programa de DBT adaptado para TCA sería más conveniente para las personas con diagnóstico de BN, ya que las tasas de remisión son superiores a tratamientos por separado para ambos trastornos y en los casos de AN, aunque hay

mejoría, la mayoría de pacientes pasan a cumplir diagnóstico de BN e incluso una de ellas se mantiene con AN. Esto puede ser debido a la breve duración del tratamiento. En conclusión, los resultados son, en general, positivos, pero las muestras son pequeñas y hay algunos factores no evaluados, por lo que los resultados son limitadamente generalizables.

El quinto estudio es un programa de DBT para personas con TCA y TLP comórbido (Palmer et al., 2003). El estudio cuenta con un módulo especial, añadido a la DBT estándar, para personas con TCA que se basa principalmente en las habilidades para manejar los problemas con el peso y el hecho de comer. El programa cuenta con una duración entre 6-18 meses, con una muestra de siete mujeres con intentos de autolesión y diagnóstico de bulimia nerviosa, trastorno por atracón o TCA no especificado. Algo a destacar del estudio es que las medidas pre y post tratamiento son limitadas debido a la escasa participación de los sujetos, pero. Sin embargo, sí se cuenta con un seguimiento a los 18 meses que contempla los datos de ingresos hospitalarios y autolesiones, además la tasa de abandono es mínima. Los resultados muestran una mejoría considerable, habiéndose reducido las autolesiones y los síntomas relacionados con TCA. En conclusión, parece una terapia adecuada para el tratamiento de estos trastornos, pero el estudio cuenta con dos grandes limitaciones: la ausencia de grupo control y la ausencia de medidas objetivas.

Seguidamente, se muestran los resultados del sexto estudio que aplica DBT a una mujer con BN en 20 sesiones (Safer et al., 2001). Este es un estudio de caso que se basa principalmente en tener las habilidades necesarias para la regulación emocional que reemplace los comportamientos relacionados con los TCA. En este caso la muestra es una mujer de 36 años que no ha respondido bien a otros

tratamientos previos y tiene una historia de atracones y purgas, unido a síntomas depresivos que empeoran la situación pero que nunca han cumplido criterios para depresión mayor (DM). Durante un periodo de dos años es tratada, pero esto no mejora sus síntomas de TCA, aunque sí los depresivos. El estudio cuenta con una evaluación al inicio y final del tratamiento, así como con un seguimiento a los tres y seis meses posteriores a la finalización del mismo. Todas estas evaluaciones muestran un declive muy relevante en las purgas y atracones que parece mantenerse a lo largo de 20 semanas, su peso mejora significativamente y declara estar contenta con las habilidades que el programa le ha dado para manejarse en las situaciones difíciles. En el seguimiento de los seis meses refiere dos atracones y dos purgas desde el final del tratamiento. Las conclusiones del presente estudio defienden que se trata de un caso positivo para el futuro desarrollo de un tratamiento de regulación emocional centrado en la BN. Sin embargo, un estudio aleatorizado sería necesario para ver si los resultados se replican y pudieran generalizarse.

El séptimo estudio es el más antiguo de todos, con una muestra de 11 mujeres diagnosticadas con trastorno por atracón (Telch et al., 2000). Se trata de un estudio no controlado que mide el peso, estado de ánimo y regulación emocional antes y después del tratamiento. Además, tiene un seguimiento a los tres y a los seis meses, cuenta con una tasa nula de abandono y unos buenos resultados. El objetivo principal de este estudio era eliminar los síntomas del trastorno de atracón (TA) consiguiendo unas buenas habilidades para la regulación emocional. La DBT utilizada fue la estándar grupal. Los resultados muestran una disminución en los episodios de atracones, disminuye también el comer emocional y la preocupación por la figura y el peso. De la misma manera, las escalas que miden el EA también mejoraron sus puntuaciones significativamente. Durante el seguimiento, 1/11 no lo

realizó, 8/10 mujeres ya no cumplían criterios de TA, y, de las dos restantes con episodios de atracones, una de ellas dejó de cumplir criterios de TA. Además, 8/10 mantuvieron la utilización de las herramientas aprendidas los seis meses de seguimiento. En conclusión, aunque los resultados son prometedores, todavía no son generalizables debido no solo al pequeño tamaño de la muestra sino también al tipo de estudio. Sin embargo, este resulta un buen paso para considerar la regulación del afecto negativo en los trastornos alimentarios, en este caso el trastorno por atracón.

El octavo estudio a comentar utiliza la DBT para el tratamiento de la BN en una muestra de 31 mujeres (Safer et al., 2001). Este estudio cuenta con asignación aleatoria y grupo control, así como con una duración de 20 semanas de tratamiento con DBT estándar utilizado para eliminar la frecuencia de atracones y purgas mediante la regulación emocional. Cuenta con evaluación pre y post tratamiento, una tasa de abandono pequeña ( $N = 3$ ). Los resultados a las 20 semanas muestran una reducción de atracones y purgas. En el grupo que recibe tratamiento de DBT, cuatro participantes son abstinentes de estas conductas y cinco han reducido significativamente la frecuencia de los mismos, mientras que otros cinco seguían cumpliendo criterios. Por otro lado, en el grupo control no hay abstinentes y en dos personas la frecuencia de purgas y atracones es menor. Finalmente, parece positivo el efecto de este tratamiento en la reducción de síntomas, pero las diferencias no son estadísticamente significativas entre los dos grupos. Esto puede ser debido al pequeño tamaño de la muestra o la falta de más grupos control, así como también definir las características particulares de los pacientes a los que sí les ha sido efectivo el tratamiento.

Otro de los estudios, el noveno, analiza el efecto de la DBT en el trastorno por atracón en una muestra de 44 mujeres (Telch et al., 2001). Este estudio, al igual que

el anterior, cuenta con asignación aleatoria, grupo control y evaluación pre y post tratamiento. Sin embargo, este también cuenta con seguimiento a los tres y seis meses, una vez terminado el tratamiento. Además, la tasa de abandono en este es relativamente elevada, siendo esta de 10 personas las que no completaron el tratamiento. De los restantes (N = 18), se observó un 89% de abstinencia en purgas y atracones del grupo que recibió DBT mientras un 12.5% en el grupo control. A los tres meses un 67% se mantenían abstinentes y a los 6 meses un 56%. Por tanto, los resultados muestran que es más efectivo el uso de la DBT para eliminar los atracones, así como el comer emocional ante situaciones negativas, pero no se saben concretamente cuáles son los mecanismos exactos que provocan estos cambios. Sin embargo, este estudio también tiene limitaciones, ya que solo se puede concluir que la DBT es efectiva en comparación a no dar ningún tratamiento, además la muestra es pequeña y poco representativa debido al género y la alta edad de las participantes, con una media 50 años.

El décimo, es un estudio piloto que trata de evaluar la eficacia de la DBT en una muestra de adolescentes con BN, intentos previos de suicidio y autolesiones (Fischer & Peterson, 2015). La muestra de este estudio son 10 participantes, de los cuales tres abandonaron el mismo antes de completarlo. Los siete restantes completaron un programa de seis meses con un seguimiento a los seis meses, una vez finalizado. Los resultados muestran una disminución en puntuaciones de TCA, síntomas de los mismos como los atracones y las purgas, así como de las autolesiones, incluso en el seguimiento a los seis meses. Además, 6/7 de los participantes fueron abstinentes en el factor de autolesiones en la evaluación post tratamiento y cinco lo mantuvieron en el seguimiento; 4/7 participantes no tuvieron ningún episodio de atracón ni en el post tratamiento ni en el seguimiento y los que

sí, redujeron la frecuencia de los mismos. Finalmente, 3/7 participante dejaron de cumplir criterios para BN. Aparentemente, los resultados muestran que la DBT sería útil en estos casos. Sin embargo, la muestra es pequeña y el estudio no cuenta con grupo control, lo que hace sus resultados difícilmente generalizables.

El último estudio revisado se trata de una serie de 12 estudios de caso de mujeres adolescentes con AN y BN (Salbach-Andrae et al., 2008). Todos recibieron 25 semanas de sesión doble grupal e individual de DBT. Los familiares también estaban involucrados en el tratamiento y el estudio contaba con medias pre y post tratamiento. Los resultados muestran que de las seis pacientes con AN antes del tratamiento, solo una continuó cumpliendo los criterios una vez finalizado. De las seis pacientes con BN, tres seguían cumpliendo criterios, otras dos pasaron a tener diagnóstico de TCA no especificado y una abandonó el programa. Seguidamente, para las pacientes con AN aumentó el IMC significativamente, se redujo la frecuencia de vómitos y de atracones en toda la muestra, así como también la restricción alimentaria. En conclusión, se observan disminuciones en los comportamientos relacionados con AN y BN, siendo mayor la efectividad del tratamiento en las pacientes con AN. Esto podría explicarse por la severidad del trastorno, es decir, por sus trastornos comórbidos. Mientras que las pacientes remitentes solo mostraban distimia propia del trastorno, las no-remitentes tenían diagnósticos asociados como TLP, depresión mayor, personalidad histriónica o trastorno de pánico. Sin embargo, quizá, esto podría solucionarse con un tratamiento más largo. Por último, resulta importante comentar las limitaciones que el estudio tiene como puede ser la falta de seguimiento de la muestra, el pequeño tamaño de la muestra, la ausencia de grupo control y la variabilidad en la severidad de los síntomas según el caso.

En el Anexo 1 se incluye una tabla resumen en que se muestra toda la información característica y previamente redactada de los artículos incluidos en la revisión sistemática de literatura acerca de la DBT para el tratamiento de los trastornos alimentarios anorexia, bulimia y trastorno por atracón.

### **Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con trastorno alimentario comórbido con trastorno límite de la personalidad**

De los estudios que comprueban la eficacia de la DBT en pacientes con trastorno alimentario comórbido con TLP (Chen et al., 2008; Kröger et al., 2010; Navarro et al., 2010; Palmer et al., 2003), muestran una reducción significativa del estado de ánimo deprimido, la ansiedad los síntomas de TCA y las autolesiones, mejorando además el funcionamiento social. Dos de ellos son estudios de casos y los otros dos son estudios controlados, teniendo todos ellos seguimiento a los 6, 15 y 18 meses. Uno de ellos evalúa la eficacia para la AN y la BN concluyendo que es más efectivo en el segundo de los casos.

### **Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con bulimia nerviosa**

Por otro lado, están los estudios que analizan la eficacia de la DBT únicamente en el caso de pacientes diagnosticadas con BN (Fischer & Peterson, 2015; D. L. Safer et al., 2001; Salbach-Andrae et al., 2008). Todos ellos muestran disminución en el estado de ánimo negativo, disminución de los síntomas de TCA y una estabilización del peso y el IMC. Tres de ellos son estudios de caso y uno de ellos es de asignación aleatoria con grupo control. Este último sería el único en el cual los resultados serían generalizables. Sin embargo, el gran inconveniente de todos ellos es su número reducido de muestra.

### **Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con anorexia nerviosa**

Seguidamente, de los estudios que analizan la eficacia de la DBT en la AN (Chen et al., 2015; Salbach-Andrae et al., 2008). De ellos, todos son estudios de caso que demuestran la disminución de síntomas de TCA como atracones y purgas, así como también la estabilización del peso y del IMC. Estos tres estudios son los que menor eficacia demuestran con sus resultados debido a que la remisión de los síntomas no se mantiene durante el seguimiento. Por ello, quizá se podría concluir con que la DBT es menos eficaz para la AN que para el resto de trastornos alimentarios. Sin embargo, las muestras pequeñas y el tipo de estudios siguen haciendo poco generalizables sus resultados.

### **Eficacia de la terapia dialéctica-comportamental en pacientes con trastorno por atracón**

Por último, se analizan los resultados de los estudios que estudian la eficacia de la DBT para el trastorno por atracón (Telch et al., 2000; 2001). En sus resultados se encuentra también una reducción de sintomatología propia, es decir, atracones, así como disminución de estado de ánimo negativo y una estabilización del peso y el IMC. Se trata de dos estudios, uno de ellos controlado y el otro con asignación aleatoria y grupo control. Ambos muestran resultados positivos, pero con falta de muestra.

## **Resultados generales**

En general, se puede decir que los resultados obtenidos son positivos, pero no por ello generalizables. Es decir, como se puede ver, en todos los estudios se observa una reducción significativa de la sintomatología asociada a los TCA. Sin embargo, debido a que no todos ellos son estudios aleatorizados y con grupo control, no se podría concluir con que la DBT es absolutamente eficaz para el tratamiento de los trastornos alimentarios. Aparentemente, esta resulta más útil en los casos de BN y TA que en los casos de AN. Parece resolver los problemas principalmente asociados con la desregulación emocional y la falta de comprensión que sienten este tipo de pacientes. Así como también parece especialmente útil en aquellos estudios con muestra con sintomatología de auto-lesiones, conductas impulsivas y tentativas de suicidio.

Es por ello que se podría concluir, respondiendo a la pregunta de investigación correspondiente a la presente revisión, que la DBT sí resulta eficaz para el tratamiento de los TCA, especialmente BN y TA en población femenina adulta y adolescente. Sin embargo, esta afirmación queda pendiente de respaldo científico siendo necesaria futura investigación al respecto con estudios con muestras grandes y aleatorizadas.

## **Discusión y conclusiones**

Debido a las limitaciones que se han observado a lo largo del tiempo en el uso de distintos abordajes en el tratamiento de los trastornos alimentarios, las terapias de tercera generación, especialmente la terapia dialéctico-comportamental, han recibido mayor atención por parte de los profesionales. El objetivo de estos no ha sido otro que intentar adaptarlas para utilizarlas en trastornos cuyas tasas de remisión no eran suficientes, o bien, quedaban aspectos por abordar que estas sí trabajaban. Sin embargo, su eficacia es prácticamente un misterio.

Esto último no es debido a que no haya otros estudios o revisiones que analicen la eficacia de la DBT para los trastornos alimentarios, sino que estas otras revisiones de literatura acerca de la misma temática (Bankoff et al., 2012; Crespo Ramos, 2015; Lenz et al., 2014; Reilly et al., 2020) concluyen prácticamente lo mismo que se concluye en este trabajo. Esto se caracteriza principalmente por la falta de investigación científicamente rigurosa al respecto de estos grupos de pacientes y esta terapia. No se trata de que no haya habido rigor científico por parte de los investigadores, sino que de que estos no hayan podido contar con la cantidad de muestra suficiente.

Por ello, se puede decir que sí se puede dar respuesta a la pregunta de investigación, diciendo que la terapia DBT es potencialmente eficaz para el tratamiento de los trastornos alimentarios, especialmente bulimia y trastorno por atracón en población femenina diagnosticada. Esto se observa con la reducción de sintomatología, es decir, la disminución de atracones y purgas, sí se ha podido observar en los estudios, así como también el restablecimiento del peso corporal y el IMC, unido a la disminución del comer emocional gracias al tratamiento, la mejora de la autopercepción negativa, la mejora en el funcionamiento social general y, por tanto, la remisión parcial o total de los síntomas asociados a los TCA estudiados en cada caso.

Sin embargo, aunque todo esto es aparentemente positivo. Como se comentaba previamente no está exento de críticas y/o limitaciones que no suponen una sorpresa para nadie.

### **Limitaciones**

Los estudios evalúan generalmente cada uno los factores comentados de alguna forma. Sin embargo, la mayoría cuentan con muestras muy pequeñas, siendo algunos de

ellos estudios de caso único. Los que cuentan con muestras ligeramente superiores, no todos tienen asignación aleatoria y grupos controles y comparativos que permitan una mayor generalización de los resultados. Todo esto, por tanto, no hace más que dificultar la aplicabilidad de este tipo de terapias a este grupo de pacientes en particular.

El hecho de que no haya una estandarización en las medidas de evaluación de la sintomatología también puede considerarse una limitación, ya que no permite una equidad en la comparación de los resultados.

Es posible que otra de las limitaciones del presente estudio sea también el acceso restringido de algunas publicaciones que, bien no están en abierto para el público general, o bien no están disponibles para la universidad Jaume I en particular. Con ello se dificulta la labor de búsqueda y obtención de artículos susceptibles de análisis para la presente revisión.

Finalmente, otra de las posibles limitaciones podría ser la imposibilidad de comprensión de otros idiomas distintos del inglés y el español, ya que quizá esto podría haber dado acceso a otros estudios interesantes.

## **Recomendaciones**

Con el objetivo de mejorar, sería necesario un mayor número de inversión en este tipo de estudios aleatorizados en las nuevas terapias, ya que estas pueden resultar muy útiles para aquellos trastornos para los que inicialmente no han sido creadas. Además, sería necesario también investigar acerca de ¿por qué resulta más eficaz para la BN y el TA que para la AN?, siendo que su sintomatología tampoco es tan dispar. Seguidamente, siendo que el número de población masculina en esta área va en aumento, también resultaría recomendable abordarlo en ella. Por último, convendría establecer un protocolo estandarizado que permitiera a todos los investigadores tener un

sistema de evaluación común para evaluar la eficacia de los tratamientos en estos trastornos.

Como se puede observar, son muchas las dudas que surgen y quedan por resolver a consecuencia de este estudio. Es limitada la investigación de calidad en el campo de los trastornos alimentarios, pero no por ello no necesaria.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2014). Tratando... anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas. Recursos Terapéuticos. *Pirámide*.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2014). Tratando... bulimia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas. Recursos Terapéuticos. *Pirámide*.  
[http://ccuc.cbuc.cat/record=b6220482~S23\\*cat](http://ccuc.cbuc.cat/record=b6220482~S23*cat)
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196-215. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder. A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 875-887.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00103-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00103-5)
- Botella, C., Baños, R., & Nebot, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios*. [Tesis Doctoral, Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.]  
[https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405337/2017\\_Tesis\\_Nebot\\_Ibanez\\_Sara.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405337/2017_Tesis_Nebot_Ibanez_Sara.pdf?sequence=1)
- Castejón, M. Á., & Berengüi, R. (2019). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 36(1), 64-73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>

- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders, 41*(6), 505-512. <https://doi.org/10.1002/eat.20522>
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa - A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(1), 123-132. <https://doi.org/10.1002/eat.22360>
- Crespo Ramos, G. (2015). Terapia Dialéctica Conductual y Trastornos Alimentarios: Revisión Sistemática de Literatura. *Revista de Psicología GEPU, 6*(2), 103-111. <https://search.proquest.com/docview/1950390222?accountid=43860>
- Davidovic, M., Karjalainen, L., Starck, G., Wentz, E., Björnsdotter, M., & Olausson, H. (2018). Abnormal brain processing of gentle touch in anorexia nervosa. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 281*, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2018.08.007>
- Errandonea, I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*(2), 165-171. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70294-8](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70294-8)
- Espina, A., Ortego, M. A., De Alda, Í. O., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema, 13*(4), 533-538.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry, 198*(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(5), 419-428. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00027-6)

- Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. En *Psychotherapy*. 52(1),78-92. Educational Publishing Foundation.  
<https://doi.org/10.1037/a0036065>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3.  
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Grupo ALBOR-COHS. División de formación. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En *Manual de Referencia del Curso Máster en Psicología, especialidad en Psicología Clínica y de la salud* .Madrid-Bilbao.  
<http://psicosanse.es/wp-content/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour 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(4), 381-388.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 92(1), 26-35. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA

statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58(July), 125-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005>

López, C. C., Raimann, T. X., & Gaete P., M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 24-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.003>

López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)

Marco Salvador, J. H. (2004). Tratamiento de los Trastornos Alimentarios: eficacia diferencial de la Terapia Cognitivo Comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con Tecnicas de Realidad Virtual. [Tesis Doctoral, Universitat Jaume I]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/10511%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extt es?codigo=103561%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=103561&orden=1&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=103561&orden=2&info=link>

Martín Murcia, F. M. (2003). Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria Trastornos de la conducta alimentaria. En A. Cangas, L. A. Maldonado, & M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General* (pp. 320-

336).

- Martínez-González, M. A., & de Irala, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta sanitaria*, *17*(5), 347-350. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71768-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71768-3)
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., & Morote, R. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, *21*(2), 1-36.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2004). Los trastornos de la conducta alimentaria Eating. *Boletín Médico del Hospital Infantil México*, *65*, 579-592.
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, *12*(1), 1-18.
- Navarro, M. V., 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.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)*.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder. Description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(3), 281-286. <https://doi.org/10.1002/eat.10141>
- Raich, R. M. (2017). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. En *Pirámide*.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Reilly, E. E., Orloff, N. C., Luo, T., Berner, L. A., Brown, T. A., Claudat, K., Kaye, W. H., & Anderson, L. K. (2020). Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. *Eating Disorders*, 28(2), 122-141.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1743098>

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Safer, Debra L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 101-106. <https://doi.org/10.1002/eat.1059>

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415-425.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.001>

Salvatierra, V. (1999). Ginecología Amenorrea secundaria funcional: importancia de la anorexia nerviosa. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 42(6), 438-446.

<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-ginecologia-amenorrea-secundaria-funcional-importancia-13009661>

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.

Solís, J. A. (2004). *La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa*. <http://psicopediahoy.com/etiologia-anorexia-y-bulimia-nerviosa/>

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group Dialectical Behavior Therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy, 31*(3), 569-582. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80031-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80031-3)
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 69, Número 6, pp. 1061-1065). [https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0\\_5192](https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_5192)
- Treasure, J. (2012). Eating disorders. *Medicine, 40*(11), 607-612. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.08.005>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatria, 79*(2), 108. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i2.2834>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 199-216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

## Anexos

### Anexo 1

Tabla resumen estudios revisados

	Cita	Caract. Muestra	Objetivo	Duración	Follow-up	Tipo Estudio	Resultados	Eficacia
1. Terapia Dialéctica Comportamental En Un Caso Con Rasgos De Personalidad Límite Y Trastorno De La Conducta Alimentaria	Navarro et al. (2010)	Mujer con TCA. <b>N = 1</b>	Mostrar eficacia preliminar de DBT para una mujer joven con TCA y con rasgos TLP.	Seis meses	Seis meses	Ensayo clínico controlado, pero estudio de caso	Mejoría funcionamiento global Mejoría síntomas graves Elimina abuso de tóxicos, atracones, vómitos y conductas sexuales de riesgo	Sí, mejoría
2. Dialectical Behavior Therapy for Clients with Binge- Eating Disorder or Bulimia Nervosa and Borderline Personality Disorder	Chen et al. (2008)	Ocho mujeres con TA, Bulimia o TLP (tres BN y cinco TA y TLP) <b>N = 8</b>	Mostrar el efecto de la DBT en mujeres con TCA y TLP	Seis meses	Seis meses	Estudios de caso	Mejoría en todos los factores evaluados: intentos de suicidio y autolesiones, atracones y purga y funcionamiento social.	Sí, pero la muestra es pequeña y no un ensayo clínico aleatorizado
3. Adapting Dialectical Behavior Therapy For Outpatient Adult Anorexia Nervosa—A Pilot Study	Chen et al. (2015)	<b>Estudio 1:</b> Seis mujeres adultas con AN <b>N = 6</b>	Informar de dos series de casos con AN adulto	4-24 meses	No	Estudios de caso	Eficacia preliminar debido al aumento del IMC	Sí, pero muestra pequeña

		<b>Estudio 2:</b> Nueve mujeres con AN o TCA no especificado, pero con síntomas de AN <b>N = 9</b>	Informar dos series de casos para pacientes con AN.	4-12 meses	6 y 12 meses	Estudios de caso	Mejoría en IMC y síntomas de TCA, estos últimos no mantenidos a los 12 meses; 2/8 reanudaron la menstruación; 3/9 mejoraron comportamientos relacionados TCA. Mejoría funcionamiento general 5/9.	Sí, recomiendan añadir habilidades para abordar las emociones y los comportamientos controlados a la DBT
4. DBT and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with BED and AN or BN who failed to respond to previous treatments.	Kröger et al. (2010)	Veinticuatro mujeres de las cuales todas tienen TLP (9 de ellas con AN y 15 con BN) <b>N = 24</b>	Comprobar si la DBT mejora las quejas relacionadas con el trastorno en pacientes con TLP y TCA	Tres meses	15 meses	Ensayo clínico controlado	Remisión de un 54% para BN y 33% para AN. Reducción frec. Atracciones, Más efectivo para BN que para AN.	Sí, el tratamiento DBT potencialmente eficaz, pero necesita futuras investigaciones.
5. A Dialectical Behavior Therapy Program for People with an Eating Disorder and Borderline Personality Disorder—Description and Outcome	Palmer et al. (2003)	Mujeres con TCA y TLP con autolesiones <b>(N=7)</b>	Describir y evaluar un programa de DBT en personas con TCA y TLP	6-18 meses	18 meses	Estudio de casos	Reducción en autolesiones y síntomas de TCA	Sí mejoría, pero no grupo control y falta medidas objetivas

6. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Bulimia: A Case Report	Safer et al. (2001)	Mujer de 36 años con BN <b>N = 1</b>	Evaluar la efectividad de la DBT para la BN en una mujer adulta	Seis meses	Tres y seis meses	Estudio de caso	Disminución atracones y purgas	Sí mejoría, pero comprobar con mayor muestra y grupo control
7. Group Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder: A Preliminary, Uncontrolled Trial	Telch et al. (2000)	Once mujeres de 18-65 años con TA <b>N = 11</b>	evaluación inicial de cómo enseñar habilidades de regulación emocional mejora TA	Veinte sesiones	Tres y seis meses	Estudio no controlado	Disminución atracones 82%, preocupación por el peso y la figura. Se mantuvo en el seguimiento.	Sí, pero hacer estudio con grupo control, más muestra y no solo mujeres
8. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa	Safer et al. (2001)	Treinta y un mujeres con BN <b>N = 31</b>	Examinar los efectos de la DBT en BN	Veinte semanas	No	Asignación Aleatoria y Grupo Control	Descenso significativo de los atracones y las purgas con el grupo control	Sí, pero tamaño pequeño de muestra
9. Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder	Telch et al. (2001)	Cuarenta y cuatro mujeres con TA <b>N = 44</b>	Examinar DBT para Tr. Atracón	Veinte semanas	Seis meses	Asignación Aleatoria y Grupo Control	Descenso de atracones y sintomatología relacionada	Sí pero requiere futura investigación
10. Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Binge Eating, Purging, Suicidal Behavior, and NNSI: A Pilot	Fischer et al. (2015)	Diez pacientes mujeres <b>N = 10</b>	Evaluar la eficacia de DBT con adolescentes con BN	Seis meses	Seis meses	Estudio piloto	Disminuciones significativas en atracones, purgas y síntomas cognitivos de BN / EDNOS en	Sí, pero al ser un estudio piloto requiere replicarlo con las condiciones

Study							el transcurso del estudio; 3/7 no volvían a cumplir criterios de TCA a los seis meses.	pertinentes.
<p>11. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series</p>	<p>Salbach-Andrae et al. (2008)</p>	<p>Doce pacientes con AN y BN <b>N = 12</b></p>	<p>Describir una serie de casos de adolescentes con BN y AN tratados con DBT</p>	<p>Veinticinco semanas de tratamiento, dos sesiones por semana</p>	<p>-</p>	<p>Estudio de casos</p>	<p>Mejoría en síntomas, pero no remisión total en todos los casos</p>	<p>Requiere estudios aleatorizados</p>