

Intervenciones basadas en terapias de tercera generación en trastornos de la conducta alimentaria

Maria Dolores Agulleiro Cánovas

Universidad a Distancia de Madrid

Trabajo final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Director académico: José Ignacio Baile Ayensa

Modalidad de revisión sistemática

Curso 2019/2020

Número total de palabras: 9953

Número total de palabras sin incluir referencias: 8570



## Resumen

En los últimos años ha crecido el interés por conocer si las terapias de tercera generación pueden ser una opción eficaz en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, interés debido en parte, a las limitaciones en la mejoría y remisión de estos trastornos con las terapias validadas hasta la actualidad. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre la evidencia de la eficacia que existe hasta la actualidad de este tipo de terapias para los trastornos de la conducta alimentaria. En concreto se han investigado las siguientes intervenciones: terapia de aceptación y compromiso, terapia dialéctica comportamental, terapia centrada en la compasión e intervenciones basadas en mindfulness. Para localizar los estudios a analizar se hizo una búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas seleccionando aquellos artículos de investigaciones empíricas con un diseño de ensayo controlado aleatorizado, ensayo no controlado o estudio piloto en los que se hubiera aplicado una de las terapias mencionadas a una muestra de población clínica con diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria. Se encontraron y analizaron un total de 19 artículos. Según los resultados la eficacia de estas terapias aún no cuenta con una alta y rigurosa evidencia, pero se muestran una opción prometedora ya que son superiores a la condición de lista de espera y parecen ser un complemento que mejora los tratamientos habituales. Una mayor investigación con estudios controlados aleatorizados es necesaria.

*Palabras clave:* Trastornos conducta alimentaria, Mindfulness, Aceptación, Terapias tercera generación, Tratamiento

**Contenido**

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Método.....	12
Protocolo de revisión .....	12
Criterios de selección.....	12
Fuentes de información.....	14
Búsqueda.....	15
Selección de publicaciones.....	16
Análisis de datos.....	18
Resultados .....	18
Tipo de diseño.....	18
Tipo de trastorno y de intervención .....	19
Muestra .....	21
Metodología de las intervenciones .....	24
Objetivo y resultados .....	27
Riesgo de sesgos.....	32
Discusión.....	32
Conclusiones .....	36
Referencias.....	37

Intervenciones basadas en terapias de tercera generación en  
trastornos de la conducta alimentaria

**Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son uno de los problemas de salud que más interés genera en el ámbito de la psicología clínica y de la salud desde el pasado siglo XX en las sociedades occidentales por su elevada incidencia y complejidad. En el apartado *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos* de la quinta y última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se indican los criterios diagnósticos para los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (APA, 2014). Se produce así una reclasificación de este tipo de trastornos respecto a su versión antecesora, el DSM-IV-TR, dotando al trastorno por atracón de entidad propia. Los tres trastornos con mayor relevancia clínica y sobre los que versa la gran mayoría de la literatura científica en TCA son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. A continuación, se expone una pincelada de las características más importantes de cada trastorno:

*Anorexia nerviosa (AN)*

Los tres aspectos básicos que se pueden observar son: miedo intenso a engordar o al aumento de peso, la ingesta calórica se restringe de forma persistente y la percepción que muestra la persona sobre su peso y su constitución física está altamente alterada (APA, 2014). La ingesta de alimentos se restringe de forma severa, además es selectiva, excluyendo los alimentos que la persona considera que provocan un aumento de peso (Fairburn & Harrison, 2003). Dicha restricción suele conducir a que la persona presente un peso anormalmente bajo, por debajo de su Índice de Masa Corporal (IMC) según su altura y edad. Como características de personalidad

frecuentes se encuentra el perfeccionismo, excesiva responsabilidad, alta necesidad de aprobación y sentimiento de una pobre autoeficacia (Vargas, 2013).

#### *Bulimia nerviosa (BN)*

Se presentan atracones recurrentes durante los que se ingieren un claro exceso de alimentos, que se acompañan de la sensación de una pérdida de control sobre la conducta de la ingesta y tras los cuales se dan comportamientos compensatorios inapropiados o purgas siendo el vómito el más frecuente; además, como en la AN, la importancia que se le da al peso y a la constitución corporal es excesiva en cuanto al autoestima y autoevaluación (APA, 2014). En la bulimia no suele haber infrapeso, sino que las personas suelen presentar normopeso o incluso sobrepeso, lo que a veces dificulta que el entorno del paciente detecte que hay un problema.

#### *Trastorno por atracón (TA)*

Se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de atracones con la sensación asociada de pérdida de control sobre dicha ingesta, así como presencia de malestar al respecto y a diferencia de la bulimia, no aparecen tras estos episodios conductas para compensar dichas ingestas excesivas (García-Palacios, 2014). Baile (2014) indica la elevada relación de este trastorno con la obesidad y sobrepeso, ya que los atracones recurrentes en ausencia de compensación propician el incremento de peso, siendo casos de peor pronóstico la presencia comórbida de este trastorno junto con obesidad.

El reconocimiento del trastorno por atracón implica un cambio significativo en la práctica diagnóstica clínica. Como señala García-Palacios (2014) aproximadamente el 50% de los casos de TCA quedaba diagnosticado como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCNAE) siguiendo el sistema clasificatorio del DSM-IV-TR. Con la nueva propuesta clasificatoria del DSM-5 se reduce el porcentaje de TCNAE del 52.7% al 25.1% lo cual es una mejora, aunque un

éxito parcial ya que aún un 25% sigue recibiendo el diagnóstico de TCNAE, el cual aún es un porcentaje reseñable (Fairburn & Cooper, 2011).

### **Tratamientos e intervenciones en TCA**

En general se acepta que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicológica que presenta más evidencia científica para el tratamiento de los TCA (Bayón-Pérez & Bonan, 2012), aunque el grado en que se han investigado los distintos trastornos es desigual, siendo la BN el más investigado (Saldaña, 2001). Siguiendo a Brown y Keel (2012) las intervenciones psicológicas con mayor evidencia según el trastorno son las siguientes:

- Anorexia nerviosa: ningún tratamiento ha demostrado superioridad en personas adultas, mientras que en adolescentes lo ha hecho la terapia familiar.
- Bulimia nerviosa: la TCC es un tratamiento bien establecido.
- Trastorno por atracón: tanto la TCC como la terapia interpersonal han demostrado eficacia.

Saldaña (2001) resalta que si bien estas intervenciones consiguen reducir significativamente la sintomatología clínica en los TCA, un número importante de personas afectadas por estos trastornos recibe un pobre o ningún beneficio de estos tratamientos y muchas otras personas recaen mientras se realiza el seguimiento; por lo que esta autora plantea como relevante, entre otros aspectos, que las investigaciones destinen recursos a buscar intervenciones alternativas que, por sí mismas o en conjunto con las que ya se conocen, aumenten la eficacia. En esta línea también Brown y Keel (2012) resaltan la necesidad de seguir investigando sobre tratamientos psicosociales para personas adultas con AN, de refinar las intervenciones en BN por la baja tasa de remisiones (alrededor del 40% con TCC) así como también para el TA, por la inconsistencia en los resultados de las investigaciones en cuanto a las tasas de remisión. Todo ello

lleva a concluir la necesidad de investigar otros enfoques terapéuticos para este tipo de trastornos cuya incidencia y prevalencia siguen aumentando.

### **Intervenciones basadas en terapias de tercera generación**

En los últimos veinte años el enfoque cognitivo-conductual está evolucionado hacia lo que se conocen como terapias de tercera generación (TTG) o la tercera ola de terapias, entendiendo que la primera generación es la terapia sólo conductual y la segunda generación la terapia cognitivo-conductual propiamente dicha. En esta tercera ola se le da especial importancia a contextualizar la experiencia del individuo. Este conjunto de terapias muestra unas características en común:

Ningún factor une estos nuevos métodos, pero todos se han aventurado en áreas tradicionalmente menos empíricas de la intervención y el análisis clínico, enfatizando temas como la aceptación, la atención plena, la defusión cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y la relación. Sus métodos son a menudo más experienciales que didácticos; sus filosofías subyacentes son más contextualistas que mecanicistas. (Hayes, 2004, p.2)

Las técnicas utilizadas por las TTG son más experimentales por parte de los pacientes, son más indirectas, no priorizan cambiar la vivencia privada de la persona para que cambie su conducta, sino que a través de diferentes técnicas se intenta que la persona vea que ese control sobre sus eventos privados es parte del problema (Mañas, 2007). Sin duda las TTG se alzan como una opción a tener en cuenta con intención de mejorar la eficacia en los tratamientos de los TCA. Existen numerosas investigaciones sobre la eficacia de las TTG principalmente en depresión y ansiedad, pero la eficacia de estas terapias en los TCA es menos clara en consonancia con un menor número de investigaciones, las cuales de momento sugieren que la terapia dialéctica-comportamental y las

intervenciones basadas en mindfulness son potencialmente efectivas en TA y BN (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley & Brennan, 2017). Son varias las técnicas, programas y protocolos terapéuticos que se consideran que forman parte de esta tercera ola de terapias, algunos con más recorrido y otros más recientes. Para la presente investigación se propone considerar las intervenciones que estén basadas en las siguientes terapias:

*Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*

Hayes, Strosahl y Wilson (2014) exponen los dos procesos clave desde la ACT para entender el sufrimiento humano:

- **Fusión cognitiva:** cuando la persona cree de forma firme y literal el contenido de sus pensamientos y cogniciones y se fusiona con ellos, lo que le impide distinguirlos de su consciencia, lo que hace probable que siga los mandatos que se transmiten socialmente a través del lenguaje, lo que es ‘correcto’, a pesar de que ello traiga consecuencias negativas en su vida.
- **Evitación experiencial:** consecuencia de la fusión a través de la cual se intentan suprimir, controlar o eliminar las vivencias o experiencias que puedan resultar angustiosas con la probable consecuencia a largo plazo de que esas situaciones se multipliquen y aumenten los pensamientos y sentimientos a evitar, así como su intensidad.

La ACT, aunque forma parte de la TCC, da un nuevo enfoque sin tratar de cambiar o reducir las cogniciones y sensaciones molestas al mismo tiempo que intenta cambiar su función y generar una flexibilidad psicológica que ayude a regular el comportamiento (Marco, Quiles & Quiles, 2018). Algunas de las estrategias utilizadas son la psicoeducación, exposición, solución de problemas, etc. y como recursos se utilizan metáforas, técnicas de defusión cognitiva y



mindfulness, intentando abordar la parte aversiva de las vivencias con atención plena, aceptación y desde el descentramiento (Bayón-Pérez & Bonan, 2012).

Las personas con un TCA a menudo se fusionan con una descripción de sí mismos determinada en gran medida por su imagen corporal (Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling, 2020), están hiperfocalizadas en su cuerpo y utilizan la ingesta o restricción de alimentos como un medio para evitar sentimientos negativos como rechazo, imperfección o fracaso (Hayes & Pankey, 2002).

#### *Intervenciones basadas en mindfulness (MBI)*

Conjunto de intervenciones en las que el principal mecanismo de acción es la conciencia del momento presente; se utilizan técnicas como la meditación, el escáner corporal y ejercicios de atención plena mientras que se propone abordar los propios pensamientos desde un no juicio, dejándolos pasar en vez de tomar el contenido de los mismos como algo literal (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley & Brennan, 2017).

Existen diferentes programas estructurados basados en mindfulness, de los que se pasan a comentar dos de ellos:

- Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT): programa de entrenamiento en meditación y terapia cognitiva durante ocho semanas, que promueve practicar el “descentramiento” de los pensamientos negativos sin cambiar su contenido con el fin de reducir la reactividad emocional (Bayón-Pérez & Bonan, 2012).
- Entrenamiento en comer consciente (MB-EAT): Kristeller y Hallet (1999) adaptaron el programa MBSR (Reducción de estrés basada en la conciencia plena) de Jon Kabat-Zinn de forma específica para el TA compartiendo el objetivo ya comentado del mindfulness,

pero a través de meditaciones más específicas centradas en el peso, la imagen corporal, el hambre y la saciedad.

### *Terapia dialéctica comportamental (DBT)*

Desarrollada por Linehan (1993) originalmente para personas con trastorno límite de la personalidad que se provocan autolesiones, aborda los déficits en la regulación de emociones intensas y desbordantes. McKay, Wood y Brantley (2017) exponen las cuatro habilidades que se entrenan a través de la DBT:

- Tolerancia al malestar: enfrentarse de forma eficaz a vivencias dolorosas y circunstancias adversas mediante la resiliencia y amortiguación de sus consecuencias.
- Mindfulness: capacidad para mantener la atención en el momento presente desfocalizando la atención de lo negativo del pasado o lo amenazante del futuro.
- Regulación emocional: reconocer las emociones con claridad, regulándolas sin reaccionar de un modo destructivo.
- Eficacia interpersonal: asertividad para la mejora de relaciones a través del respeto, la negociación y el establecimiento de límites.

Desde la DBT, los comportamientos disfuncionales asociados a los TCA como purgas, atracones, etc. se interpretan como un intento de regular emociones indeseadas (Navarro et al., 2018). Hasta la fecha se ha adaptado la DBT para pacientes con TA y con BN, combinando la terapia individual con el formato grupal que de forma estándar se realiza durante 20 semanas en sesiones semanales de dos horas y en el que se entrenan la tolerancia al malestar, el mindfulness y la regulación emocional (Bayón-Pérez & Bonan, 2012).

*Terapia centrada en la compasión (CFT)*

Gilbert (2015) desarrolló un modelo multimodal de terapia que integra tanto intervenciones cognitivo-conductuales como de otras terapias, algunas de las herramientas utilizadas son: la relación terapéutica, diálogo socrático, mindfulness, mentalización o escritura expresiva entre otras muchas; fue desarrollada específicamente para problemas complejos de salud mental que suelen ir acompañados de sentimientos de alta vergüenza y autocrítica, no propone evitar o alejar el dolor que provocan estos sentimientos sino abordarlo de formas compasivas.

Las recientes investigaciones en neurofisiología de la emoción apuntan a la existencia de tres sistemas de regulación emocional: sistema de detección y protección de amenazas, sistema de motivación y acción y el sistema de satisfacción y seguridad (Depue, 2005). Se cree que en las personas con alta vergüenza y autocrítica, la interacción entre estos sistemas es desequilibrada, existiendo una mayor sensibilidad e hiperactividad en el sistema de detección y protección de amenazas resultándoles difícil sentirse seguras de sí mismas y en las relaciones interpersonales, al mismo tiempo que el sistema de satisfacción y seguridad, clave para poder regular el primero, no está lo suficientemente accesible; por lo que la CFT se centra especialmente en desarrollar durante la terapia el sistema de satisfacción y seguridad (Gilbert, 2010).

Para ello es clave el desarrollo de la autocompasión, siendo Neff (2003) pionera en la investigación de este concepto en la psicología occidental, la cual señala que está formada por tres componentes que se relacionan entre sí y que pueden entrenarse:

- Bondad con uno mismo: tratarse con comprensión y cuidado en vez de con un juicio autocrítico
- Humanidad compartida: sentimiento de que otras personas también padecen sufrimientos similares

- Mindfulness: consciencia de los propios sentimientos y pensamientos, sin evitar su experiencia, pero al mismo tiempo tomando distancia de ellos para no sobre-identificarse con los mismos.

Es frecuente que las personas que sufren de TCA experimenten altos niveles de miedo a la crítica y al rechazo por parte de otras personas (amenaza externa), así como una elevada autocrítica acompañada de sentimientos de inferioridad, de ser un fracaso o alguien con muchos defectos (amenaza interna) (Gale, 2014), así mismo se ha observado que la autocrítica es un fuerte predictor independiente de síntomas en un TCA (Fenning et al., 2008), por lo que la CFT se alza como una intervención prometedora en este tipo de trastornos que puede mejorar los resultados de los tratamientos y complementarlos (Goss & Allan, 2014).

### **Objetivo e hipótesis**

Como señala Perestelo-Pérez (2013) para establecer el objetivo en una revisión sistemática es necesario plantear una pregunta de investigación clara, para ello se ha seguido el formato PICOS (P:participants; I:interventions; C:comparisons; O:outcomes; S:study design) que consta de los siguientes componentes:

*Participantes:* individuos con diagnóstico clínico de TCA.

*Intervención:* ACT, DBT, MBI y CFT.

*Comparador:* no se establece ningún comparador concreto.

*Resultados:* eficacia o efectividad de las intervenciones.

*Diseño del estudio:* estudios empíricos.

¿En personas diagnosticadas con un TCA se muestran eficaces o efectivas las citadas intervenciones basadas en terapias de tercera generación?

El objetivo de esta investigación es realizar una revisión sistemática de la literatura científica respecto a la evidencia existente hasta la actualidad de la eficacia de las TTG presentadas cuando se incluyen en el tratamiento de personas diagnosticadas con TCA, planteándose como hipótesis que mejoran los resultados de las intervenciones habituales.

### **Método**

En este punto se pasa a describir de forma detallada la metodología seguida a lo largo de la elaboración de la presente búsqueda sistemática de literatura.

#### **Protocolo de revisión**

Si bien existen revisiones en el ámbito anglosajón de años anteriores que también se plantearon cual es la eficacia de este tipo de intervenciones en los TCA, con la presente revisión sistemática se espera aportar en español un estado de mayor actualidad de la cuestión, incluyendo investigaciones muy actuales como un ensayo de este mismo año 2020, así como tres estudios realizados con muestras clínicas españolas.

#### **Criterios de selección**

Las características de los criterios de selección se establecieron teniendo en cuenta el objetivo de la investigación. Atendiendo a que se investiga la eficacia de un tipo de intervención para un tipo de trastornos se consideran relevantes los siguientes aspectos:

- Muestras de los estudios formadas por población clínica, descartando individuos que presenten algún tipo de sintomatología comúnmente asociada a los TCA, pero sin un diagnóstico del mismo (por ejemplo, obesidad o sobrepeso, imagen corporal pobre...). Se

aceptan individuos con comorbilidad con otros trastornos, así como con diagnóstico de TCANE, ambas condiciones son altamente frecuentes en la realidad de la práctica clínica.

- Diseños de investigación empírica que proporcionen evidencia sobre la eficacia. Aunque lo ideal sería incluir únicamente estudios con la más alta evidencia como los ensayos controlados aleatorizados (ECA), la investigación de la relación entre TCA y TTG es tan reciente y los ECA requieren recursos y un exigente trabajo de investigación, que el número de este tipo de ensayos es realmente muy reducido. Por ello se aceptan también ensayos no controlados y estudios piloto, aunque su nivel de evidencia sea menor, pero se descartan estudios de series de casos y estudios de caso único para intentar mantener una exigencia moderada del nivel de evidencia.
- Aplicación de alguna de las TTG presentadas anteriormente: terapia centrada en la compasión, intervenciones basadas en mindfulness, terapia de aceptación y compromiso y terapia dialéctica comportamental. Se acepta si se han aplicado de forma aislada o junto a otra intervención, opción que suele ser la habitual.
- El idioma de publicación se restringe al inglés y español. Al presentar un pequeño volumen de investigación es necesario contemplar el inglés, como idioma mayoritario en la ciencia, para obtener resultados y se incluye el español, aumentando así la probabilidad de encontrar alguna investigación realizada con muestra española.

En la siguiente tabla se sintetizan los criterios de inclusión y exclusión que han guiado la toma de decisiones a la hora de incluir o descartar un estudio para ser analizado en la revisión.

Tabla 1

*Criterios de selección y exclusión*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Muestra de personas con diagnóstico de TCA	Muestra de población no clínica
ECA, ensayo no controlado, estudio piloto	Estudios de caso único, estudios de series de casos
Intervención: ACT, DBT, CFT, MBI	
Publicados en inglés o español	

*Nota:* TCA = trastorno de la conducta alimentaria; ECA=ensayo controlado aleatorizado; ACT= terapia de aceptación y compromiso; DBT= terapia dialéctica comportamental; CFT= terapia centrada en la compasión; MBI= intervenciones basadas en mindfulness

**Fuentes de información**

La búsqueda se realizó durante los meses de marzo y abril de 2020, principalmente, en bases de datos electrónicas las cuales pasan a describirse a continuación. La fecha de la última búsqueda realizada fue el 18 de abril de 2020.

*ProQuest:* plataforma que cuenta con un metabuscador que agrupa múltiples bases de datos electrónicas de diferentes temáticas. El área temática ‘*Salud y medicina*’ incluye un grupo de doce bases de datos entre las que se incluyen APA PsycInfo® y Psychology Database.

*Web of Science (WOS):* plataforma con una amplia colección de diferentes recursos, entre ellos bases de datos bibliográficas, citas y referencias de publicaciones científicas destacando la base de datos MEDLINE® en el campo de ciencias de la salud.

*Dialnet:* portal de referencia en el acceso a literatura científica de ámbito hispano.

*PubPsych:* de acceso libre y especializada en psicología, indexa diferentes bases de datos intentando dar mayor visibilidad a la literatura científica europea, pero incluyendo igualmente contenido internacional.

El acceso a ProQuest y WOS se hizo a través del portal de la Biblioteca Hipatia de la UDIMA, suscrita a ambas plataformas, lo que a priori garantiza un amplio acceso a los estudios en texto completo. El acceso a Dialnet y PubPsych se realizó directamente a través de su página web.

## **Búsqueda**

### *Palabras clave*

Con la intención de optimizar la precisión de la búsqueda se establecieron las siguientes palabras clave mediante el tesoro APA PsycINFO® 2019 Thesaurus: “Acceptance and Commitment Therapy”, “Dialectical Behaviour Therapy”, “Compassion-Focused Therapy”, “Mindfulness-Based Interventions” y “Eating Disorders”. Se combinó la palabra clave “Eating Disorders” con el resto de palabras clave utilizando el operador booleano AND estableciéndose los siguientes parámetros de búsqueda:

- I. “Acceptance and Commitment Therapy” AND “Eating Disorders”
- II. “Dialectical Behaviour Therapy” AND “Eating Disorders”
- III. “Compassion-Focused Therapy” AND “Eating Disorders”
- IV. “Mindfulness-Based Interventions” AND “Eating Disorders”

A continuación, se detalla la estrategia de búsqueda y la acotación de los resultados anterior al proceso de selección de publicaciones:

- La introducción de las palabras clave no se restringió a ningún campo de información en concreto, excepto en la WOS que se asociaron al campo Tema.
- No se restringió la búsqueda por año de publicación, ya que las terapias de tercera generación son un tratamiento psicológico novedoso con un recorrido más bien breve en la literatura científica.



- Los idiomas seleccionados fueron inglés y español
- En cuanto al tipo de documento, con la intención de minimizar el ruido documental y de potenciar resultados que incluyeran estudios con un componente experimental, se filtraron los resultados a documentos catalogados como artículos, descartando en principio de esta forma otro tipo de documentos como tesis, revisiones o capítulos de libro.

En la siguiente tabla se muestran el número de resultados obtenidos en cada base de datos, según el parámetro introducido y habiendo seguido la estrategia de búsqueda descrita anteriormente.

Tabla 2

*Número de registros encontrados en las bases de datos*

Parámetro	Número de registros			
	ProQuest	WOS	Dialnet	PubPsych
I	422	40	3	19
II	229	15	1	34
III	92	18	7	8
IV	221	30	28	18

*Nota:* WOS = Web of Science; I = “Acceptance and Commitment Therapy” AND “Eating Disorders”; II = “Dialectical Behaviour Therapy” AND “Eating Disorders”; III = “Compassion-Focused Therapy” AND “Eating Disorders”; IV = “Mindfulness-Based Interventions” AND “Eating Disorders”.

### **Selección de publicaciones**

Siguiendo la estrategia de búsqueda descrita anteriormente se obtuvieron 1185 resultados del conjunto de todas las bases de datos consultadas. En el siguiente paso se criban estas publicaciones eliminando los resultados duplicados y las publicaciones que no ponen en relación los TCA con las TTG descritas. Para ello se leyó el título de las mismas y si sólo con ello no era suficiente para determinar la relación de ambas variables, pasó a leerse también el resumen. Las

publicaciones cribadas se consultan a texto completo para tomar la decisión de incluirlas o excluirlas de la revisión, quedando finalmente 19 publicaciones incluidas en la misma. En la siguiente figura se muestra el flujo de decisiones seguidas hasta llegar a las publicaciones seleccionadas.

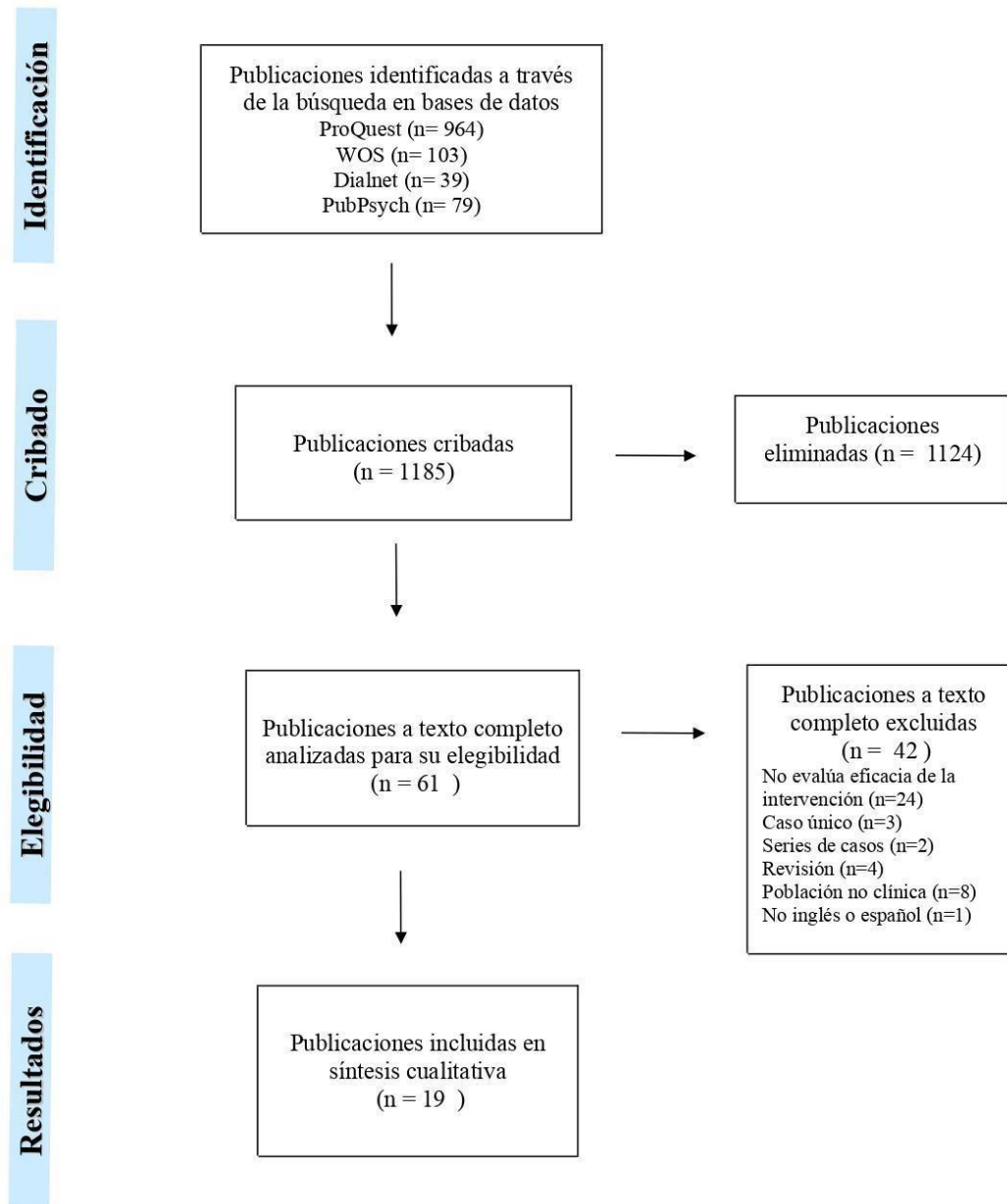


Figura 1. Diagrama de flujo resumiendo los distintos pasos llevados a cabo basado en el modelo Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y grupo PRISMA (2009).

### **Análisis de datos**

Las publicaciones incluidas en la revisión sistemática se leyeron de forma detallada para extraer la información respecto a las siguientes variables:

- Tipo de diseño experimental
- Características de la muestra: tamaño, sexo y edad, diagnósticos y tratamiento recibido.
- Objetivo y/o propósito de la investigación
- Tipo de intervención aplicada y metodología de la misma
- Características de la condición de comparación
- Resultados más reseñables en cuanto a la eficacia o efectividad de la intervención

### **Resultados**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir del análisis de las 19 publicaciones seleccionadas. Para facilitar su comprensión se muestran en figuras y tablas que relacionan diferentes variables.

#### **Tipo de diseño**

En la siguiente tabla se recogen todos los estudios seleccionados según su diseño experimental, ocho de ellos son ensayos controlados aleatorizados, seis son ensayos no controlados y cinco son estudios piloto. Dos de los estudios piloto cuentan con grupo de control.

Tabla 3

*Tipo de diseño empírico de las investigaciones*

<b>Número total de artículos seleccionados: 19</b>		
<b>Tipo de diseño experimental (número de artículos)</b>		
Ensayo controlado aleatorizado (8)	Ensayo no controlado (6)	Estudio piloto (5)
Coubasson, Nishikawa & Dixon (2012)	Kröger et al. (2010)	Baer, Fischer & Huss (2005)
Masson, von Ranson, Wallace & Safer (2013)	Klein, Skinner, & Hawley (2012)	Juarascio et al. (2013)
Kristeller, Wolever & Sheets (2013)	Woolhouse, Knowles & Crafti (2012)	Marco, Quiles & Quiles (2018)
Kelly & Carter (2014)	Lynch et al. (2013)	Navarro-Haro et al. (2018)
Kelly, Wisniewski, Martin- Wagar & Hoffman (2016)	Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren (2014)	Horcajo, Quiles & Quiles (2019)
Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren, & Ghaderi (2016)	Gale, Gilbert, Read & Goss (2014)	
Rahmani, Omid, Asemi & Akbari (2018)		
Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling (2020)		

**Tipo de trastorno y de intervención**

En la siguiente figura puede apreciarse que más de la mitad de los estudios se han realizado con población transdiagnóstica, es decir, que participaron sujetos con diferentes diagnósticos de algún TCA, incluido el TCANE en 7 de esas 12 publicaciones. El trastorno más investigado de forma individual fue el TA con cinco estudios y el que menos la BN con ninguno.

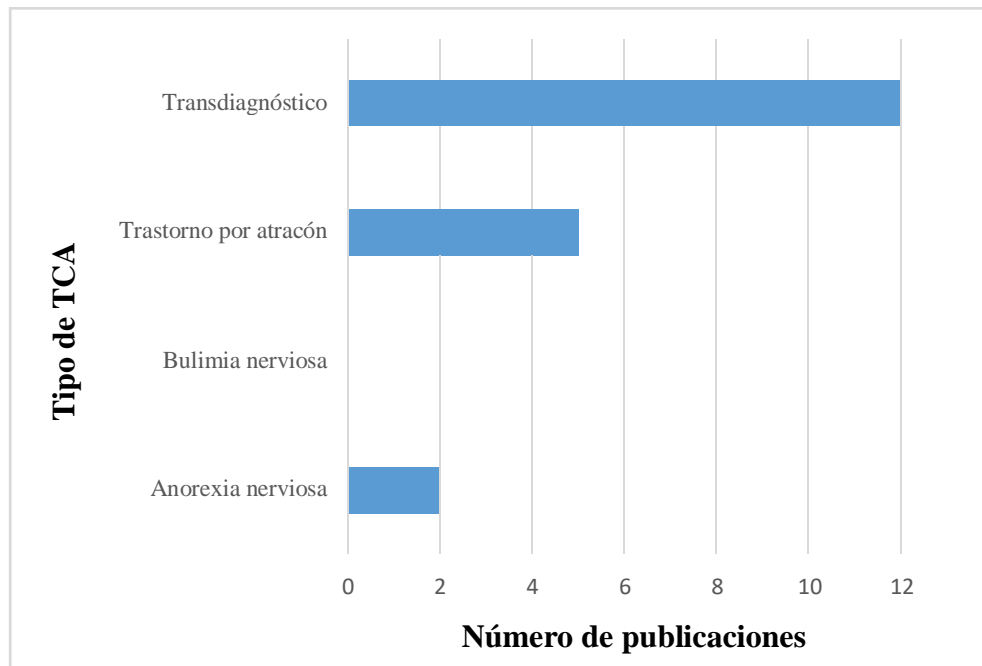


Figura 2. Número de publicaciones incluidas en la revisión según el tipo de trastorno.

La DBT es el tipo de intervención que cuenta con más estudios, un total de ocho, el doble que el resto de intervenciones, siendo la MBI la intervención menos investigada en TCA.

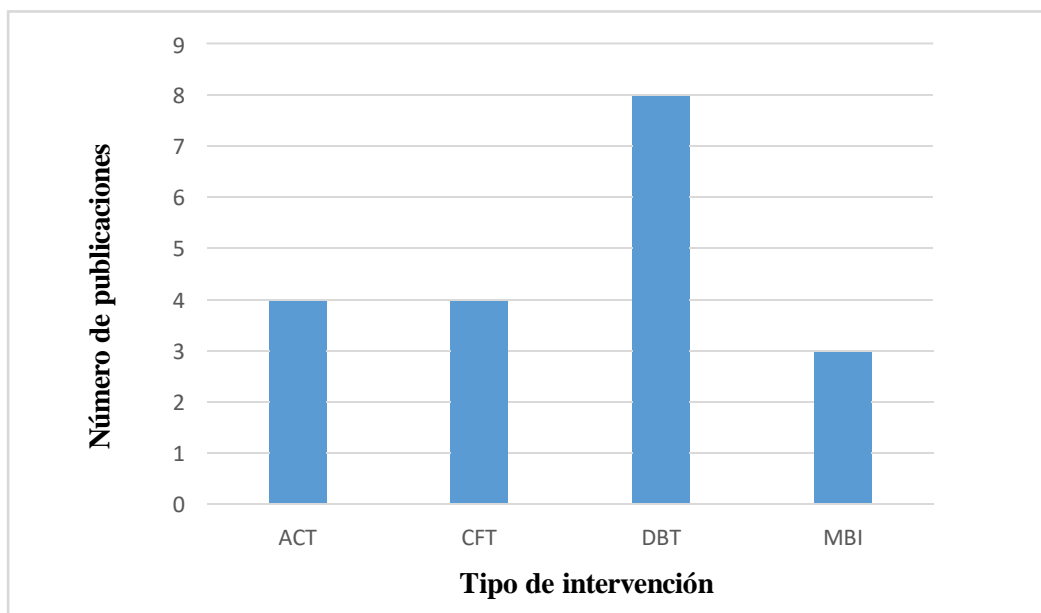


Figura 3. Número de publicaciones según el tipo de intervención

## Muestra

La gran mayoría de sujetos participantes son mujeres adultas, siendo doce los estudios en los que la muestra está formada sólo por mujeres y sólo tres estudios que incluyen algún sujeto en edad adolescente. El tamaño de las muestras es muy variable, pudiendo ir desde sólo 10 sujetos en un estudio piloto a 150 en un ensayo controlado aleatorizado. La comorbilidad con otros trastornos es común, así como que hayan recibido o estén recibiendo en la actualidad tratamiento psicológico para el TCA.

Tabla 4  
*Muestra de las investigaciones*

Publicación	Tamaño	Sexo	Edad	Diagnóstico	Otras características
Kelly & Carter (2014)	41	34 mujeres 7 hombres	>18 años Media= 45	TA	Sin tratamiento previo excepto para un participante
Gale, Gilbert, Read & Goss (2014)	99	95 mujeres 4 hombres	17 – 62 años Media= 28	19.2% AN 26.3% BN 54.5% TCANE	
Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman (2016)	22	22 mujeres	>18 años	30% AN 15% BN 20% TA 35% TCNAE	Tratamiento ambulatorio
Horcajo, Quiles & Quiles (2019)	10	10 mujeres	Media= 20.2	70% AN 10% BN 20% TCANE	Pacientes en centro de día especializado en TCA

(Continúa en siguiente página)

Tabla 4 (continúa)

<b>Publicación</b>	<b>Tamaño</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Otras características</b>
Marco, Quiles & Quiles (2018)	14	13 chicas 1 chico	Media= 17.9	57.1% AN 14.3% BN 7.1% TA 21.4% TCANE	Pacientes en centro de día especializado en TCA. Alta comorbilidad.
Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren, & Ghaderi (2016)	43	42 mujeres 1 hombre	Media= 25.7	AN o AN parcial (mínimo dos criterios DSM-IV-TR)	Tratamiento entre 9 y 12 semanas en unidad hospitalaria especializada.
Juarascio et al. (2013)	140	140 mujeres	18 – 55 años Media= 26.74	47% AN 53% BN	En tratamiento residencial. Alta comorbilidad
Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling (2020)	99	99 mujeres	16 – 47 años	36.4% AN 27.3% BN 13.1% TA 16.2% Purgas 7.1% TCANE	Tratamiento previo para TCA. Síntomas residuales.
Lynch et al. (2013)	47	45 mujeres 2 hombres	Media= 29.65	AN restrictiva	En tratamiento hospitalario integral residencial
Rahmani, Omid, Asemi & Akbari (2018)	60	60 mujeres	>18 años Media= 29.66	TA y obesidad o sobrepeso	

(Continúa en siguiente página)

Tabla 4 (continúa)

Publicación	Tamaño	Sexo	Edad	Diagnóstico	Otras características
Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren (2014)	65	65 mujeres	>18 años Media= 23.4	33.8% AN 66.2% BN	
Courbasson, Nishikawa & Dixon (2012)	21	21 mujeres	>18 años Media= 32.53	AN, BN y TA	Comorbilidad con trastorno por uso de sustancias
Klein, Skinner, & Hawley (2012)	10	10 mujeres	Media=39.6	80% TA total o parcial 20% BN	
Kröger et al. (2010)	24	24 mujeres	>18 años Media=31.1	37.5% AN 62.5% BN	Comorbilidad con TLP. Sin respuesta a tratamiento previo para TCA.
Masson, von Ranson, Wallace & Safer (2013)	60	53 mujeres 7 hombres	Media=42.8	TA	
Navarro-Haro et al. (2018)	118	118 mujeres	>18 años Media=27.37	25.7% AN 20% BN 54.2% TCANE	Pacientes de clínica especializada, 15% tratamiento previo. Comorbilidad con TLP.
Baer, Fischer & Huss (2005)	10	10 mujeres	23-65 años	TA	Sin tratamiento actual
Kristeller, Wolever & Sheets (2013)	150	132 mujeres 18 hombres	20-74 años Media= 46.55	TA total o parcial con sobrepeso u obesidad	Sin tratamiento actual
Woolhouse, Knowles & Crafti (2012)	33	33 mujeres	18-52 años Media=32.2	31% BN 50% TA 19% TCANE	

*Nota:* AN= Anorexia nerviosa; BN= Bulimia nerviosa; TA= Trastorno por atracón; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria; DSM-IV-TR= Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV- TR; TLP= Trastorno de la personalidad límite



### Metodología de las intervenciones

Las intervenciones de las diferentes TTG son grupales en 17 estudios y en formato de autoayuda en los otros dos. En tres estudios se combina el formato grupal con un número variable de sesiones individuales. En los estudios con grupo de control se compara con el tratamiento habitual y/o la lista de espera y cuando no existe grupo de control se realizan medidas pre-test y post-test y en siete estudios se incluye alguna medida de seguimiento una vez finalizada la intervención.

Tabla 5  
*Método y condición de comparación*

<b>Publicación</b>	<b>Trastorno</b>	<b>Terapia</b>	<b>Método</b>	<b>Comparación</b>
Kelly & Carter (2014)	TA	CFT autoayuda n=15	Programa de autoayuda de tres semanas. Componente común: planificación de alimentos	TCC autoayuda n=13 LE n=13
Gale, Gilbert, Read & Goss (2014)	AN/BN/TCANE	CFT n=99	CFT + TAU	Medidas repetidas en cinco puntos temporales
Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman (2016)	AN/BN/TA/TCANE	CFT n=11	12 sesiones semanales grupales de CFT+ TAU ambulatorio	TAU ambulatorio n= 11
Horcajo, Quiles & Quiles (2019)	AN/BN/TCANE	CFT n=10	10 sesiones grupales semanales	Medidas pre-test y post-test n=10
Marco, Quiles & Quiles (2018)	TA/BN/TA/TCANE	ACT n=14	10 sesiones grupales semanales	Medidas pre-test y post-test n=10

(Continúa en siguiente página)

Tabla 5 (continúa)

Publicación	Trastorno	Terapia	Método	Comparación
Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren & Ghaderi (2016)	AN	ACT n= 24	19 sesiones grupales	TAU n=19
Juarascio et al. (2013)	AN/BN	ACT n=66	8 sesiones grupales de ACT + TAU	TAU n=74
Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling (2020)	AN/BN/TA/ Purgas/TCANE	ACT n=52	12 sesiones grupales de ACT semanales de 120 minutos + 2 sesiones individuales	TAU n=47
Lynch et al. (2013)	AN restrictiva	DBT - aceptación radical n=47	Sesiones grupales durante 8 semanas	Medidas pre-test y post-test n=34
Rahmani, Omidi, Asemi & Akbari (2018)	TA	DBT n=30	20 sesiones grupales de 120 minutos	LE n=30
Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren (2014)	AN/BN	DBT n=65	Sesiones grupales de 120 minutos + TAU	Medidas pre-test y post-test
Courbasson, Nishikawa & Dixon (2012)	AN/BN/TA	DBT n=13	Sesión grupal semanal de 120 minutos + sesión individual de 60 minutos + consultas telefónicas durante un año	TAU n=8
Klein, Skinner, & Hawley (2012)	BN/TA	DBT n= 10	16 sesiones grupales de 120 minutos	Medidas pre-test y post-test n=5

(Continúa en siguiente página)

Tabla 5 (continúa)

Publicación	Trastorno	Terapia	Método	Comparación
Kröger et al. (2010)	AN/BN	DBT n=24	Programa grupal adaptado de DBT junto a TCC hospitalario durante 3 meses	Medidas repetidas (pre-test, post-test, 15 meses)
Masson, von Ranson, Wallace & Safer (2013)	TA	DBT autoayuda n=30	Programa de autoayuda con soporte telefónico de 16 semanas	LE n=30
Navarro-Haro et al. (2018)	TA/BN/TCANE	DBT n=71	Programa con terapia individual, sesiones grupales y soporte telefónico durante 6 meses.	TAU N=47
Baer, Fischer & Huss (2005)	TA	MBI n=10	Programa grupal adaptado a 10 semanas	Medidas pre-test y post-test n=6
Kristeller, Wolever & Sheets (2013)	TA	MBI n=50	Programa MB-EAT grupal de 12 sesiones de 90 minutos	TCC psicoeducativa n=48 LE n=42
Woolhouse, Knowles & Crafti (2012)	BN/TA/TCANE	MBI n=33	Programa Mindful MEG de sesiones grupales de 3 horas durante 10 semanas + sesión de seguimiento a los 3 meses	Medidas repetidas n=30 (Pre, post y seguimiento 3 meses)

*Nota:* AN= Anorexia nerviosa; BN= Bulimia nerviosa; TA= Trastorno por atracón; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; ACT= terapia de aceptación y compromiso; DBT= terapia dialéctica comportamental; CFT= terapia centrada en la compasión; MBI= intervenciones basadas en mindfulness; TAU= Tratamiento habitual; TCC= Terapia cognitivo-conductual; LE= Lista de espera; MB-EAT= Entrenamiento en comer consciente; Mindful MEG= Grupo moderado de alimentación consciente.

**Objetivo y resultados**

Tabla 6

*Objetivo y principales resultados de los estudios*

<b>Publicación</b>	<b>Terapia</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Kelly & Carter (2014)	CFT	Comparar un programa de CFT con TCC para TA, ambos en formato de autoayuda.	CFT y TCC redujeron los episodios de atracón significativamente respecto a la lista de espera. La CFT mejoró las puntuaciones en EDE-Q y en autocompasión respecto a las condiciones TCC y lista de espera. El nivel de miedo a la compasión modula la eficacia de la CFT.
Gale, Gilbert, Read & Goss (2014)	CFT	Explorar el resultado de introducir la CFT en un programa de tratamiento estándar para personas con TCA con la hipótesis de que la CFT mejora la sintomatología del TCA.	Mejoras clínicas confiables y significativas, destacando la BN como el trastorno con una recuperación mayor del 73% respecto a la AN con el 21% y TCANE con el 30%.
Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman (2016)	CFT	Examinar la eficacia preliminar de la CFT y su aceptabilidad y viabilidad como complemento del TAU ambulatorio para TCA.	La condición CFT + TAU ambulatorio generó mejoras mayores que el TAU en las puntuaciones de vergüenza, autocompasión, miedo a la compasión y patología del trastorno alimentario. Alta adherencia y aceptación de la intervención CFT por parte de los pacientes.
Horcajo, Quiles & Quiles (2019)	CFT	Aplicar un programa de intervención basado en la CFT en un grupo de pacientes con un diagnóstico de TCA y analizar si se producía una mejora clínica.	Aumento de autoestima, mejora en actitudes alimentarias, en la percepción de la imagen corporal y en el nivel de autocompasión. Diferencias no significativas en ansiedad y depresión y atención plena, aunque con mejoras en las puntuaciones.

(Continúa en siguiente página)

Tabla 6 (continúa)

Publicación	Terapia	Objetivo	Resultados
Marco, Quiles & Quiles (2018)	ACT	Desarrollar, aplicar y evaluar un programa de intervención basado en la ACT en un grupo de pacientes con un TCA	Mejora significativa en imagen corporal con menor evitación corporal, en la percepción de calidad de vida en cuanto a salud física, en la conciencia emocional con un notable aumento de la identificación de emociones y de la atención plena, mejora la ansiedad, aunque la depresión se mantiene y no hay diferencias significativas en cuanto a la aceptación y evitación experiencial
Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren & Ghaderi (2016)	ACT	Comparar 19 sesiones de ACT junto con TAU con respecto a la recuperación y el riesgo de recaída hasta cinco años para pacientes con AN.	No hay diferencias significativas en cuanto a la recuperación y la recaída entre ambos grupos. Mejoras significativas en el aumento de peso y en la reducción de la sintomatología en ambos grupos.
Juarascio et al. (2013)	ACT	Evaluar si la ACT + TAU produce mayor reducción de patología alimentaria y reduce la probabilidad de recaída que el TAU solo.	La condición ACT+TAU muestra una mejora ligeramente superior respecto al TAU tendiendo a una menor patología alimentaria, así como a una menor tasa de rehospitalización a los seis meses.
Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling (2020)	ACT	Comparar intervención grupal en ACT con TAU para pacientes con síntomas residuales de TCA y problemas con la imagen corporal	La condición ACT mostró una reducción significativamente mayor en los síntomas del TCA y los problemas de imagen corporal y recibió menos atención especializada en TCA que los pacientes en TAU durante el seguimiento.
Lynch et al. (2013)	DBT	Proporcionar evidencia preliminar de la efectividad de la DBT - aceptación radical dirigida al sobrecontrol para la AN restrictiva	35% en remisión completa y el 55% en remisión parcial. Aumento significativo del IMC. Mejoras significativas en la psicopatología alimentaria, la calidad de vida y reducción de la angustia psicológica.

(Continúa en siguiente página)

Tabla 6 (continúa)

Publicación	Terapia	Objetivo	Resultados
Rahmani, Omid, Asemi & Akbari (2018)	DBT	Determinar la eficacia de la DBT en el TA, las dificultades en la regulación emocional y el IMC en pacientes con TA y sobrepeso	Para la condición DBT se produjo una reducción significativa en el IMC, reducción significativa de los episodios de atracones y mejoras significativas en las puntuaciones para la regulación emocional respecto al grupo control.
Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren (2014)	DBT	Determinar un programa ambulatorio de DBT junto al tratamiento estándar de TCC sería suficiente para producir cambios positivos en la regulación emocional en AN y BN.	Mejora significativa en la capacidad de regulación emocional según resultados de DERS (control de impulsos, conductas dirigidas a objetivos y aceptación emocional, sin cambios para la identificación de emociones). Cambios significativos en el aumento del IMC, en la reducción de atracones, purgas, restricciones, ejercicio excesivo y cogniciones disfuncionales según resultados del EDE-Q.
Courbasson, Nishikawa & Dixon (2012)	DBT	Investigar la eficacia preliminar de la DBT adaptada a pacientes con TCA comórbido con trastorno por uso de sustancias.	Tasa de abandono del 80% en la condición TAU frente al 13% en DBT que impidió la comparación entre grupos. En la condición DBT se observa reducción significativa de atracones, conductas bulímicas y restricciones que se mantienen a los 3 y 6 meses de seguimiento, así como mejora significativa en regulación emocional.
Klein, Skinner & Hawley (2012)	DBT	Evaluar la viabilidad y el efecto de un programa grupal de DBT en un contexto comunitario	Reducción significativa en la frecuencia de atracones y cambios significativos en el perfeccionismo y sentimiento de ineficacia. Diferencias no significativas en el ansia de delgadez e insatisfacción corporal.

(Continúa en siguiente página)

Tabla 6 (continúa)

Publicación	Terapia	Objetivo	Resultados
Kröger et al. (2010)	DBT	Investigar la eficacia preliminar de un programa DBT de 3 meses adaptado a un entorno hospitalario en mujeres con un TCA y TLP.	Tasa de recuperación del 33% en AN y del 54% en BN. El IMC para AN no aumenta significativamente, pero mejora en el seguimiento. Los atracones en BN se reducen significativamente. Mejora de la psicopatología general sólo en BN.
Masson, von Ranson, Wallace & Safer (2013)	DBT	Examinar la efectividad de un programa de DBT de auto-ayuda para TA.	Reducción significativa de los atracones para la condición DBT respecto a la condición LE, así como tasas significativamente mayores de abstinencia de atracones A los seis meses de seguimiento, mejora significativa de la calidad de vida y reducción de la psicopatología para DBT, aunque las tasas de abstinencia de atracones disminuyen.
Navarro-Haro et al. (2018)	DBT	Evaluar la efectividad de la DBT estándar, en comparación con TAU para la comorbilidad de TCA y TLP en un entorno naturalista.	Mayor disminución para DBT en comportamientos disfuncionales para regular las emociones, autolesiones no suicidas y síntomas depresivos, así como un aumento en reevaluación cognitiva y funcionamiento global. DBT y TAU mostraron mejoras similares en intentos de suicidio, atracones, purgas y restricción, hospitalizaciones, afecto negativo y positivo y supresión expresiva.
Baer, Fischer & Huss (2005)	MBI	Examina la aplicación de MBI al TA, con la hipótesis de que el entrenamiento en atención plena puede influir en los atracones en ausencia de otras intervenciones orientadas al cambio.	Mejoras sustanciales en los síntomas, incluida la frecuencia de atracones y las preocupaciones relacionadas con los atracones. Resultados contradictorios para los atracones subjetivos, que aumentan. No mejora la percepción de peso y forma.

(Continúa en siguiente página)

Tabla 6 (continúa)

Publicación	Terapia	Objetivo	Resultados
Kristeller, Wolever & Sheets (2013)	MBI	Explorar la eficacia del programa MB-EAT en comparación con la TCC-psicoeducativa y LE para el TA	Mejoras en las condiciones MB-EAT y TCC en cuanto a número de atracones por día y medidas de depresión, pero sin diferencias significativas entre ellas. A los 4 meses el 95% de participantes en MB-EAT no cumplió con los criterios del TA frente al 76% de la condición TCC-psicoeducativa. El grado de práctica regular fue un predictor de mejora para la frecuencia de atracones y pérdida de peso.
Woolhouse, Knowles & Crafti (2012)	MBI	Investigar la efectividad de un programa combinado de terapia grupal de mindfulness y TCC	Reducciones significativas en medidas estandarizadas para atracones, dietas e insatisfacción de la imagen corporal, con todas las reducciones mantenidas en el seguimiento. El porcentaje de participantes que informan de atracones al menos dos veces a la semana o más bajó del 80% antes del programa hasta el 14% a los 3 meses de seguimiento

*Nota:* AN= Anorexia nerviosa; BN= Bulimia nerviosa; TA= Trastorno por atracón; TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TCA= Trastorno de conducta alimentaria; TLP= Trastorno de la personalidad limite; ACT= terapia de aceptación y compromiso; DBT= terapia dialéctica comportamental; CFT= terapia centrada en la compasión; MBI= intervenciones basadas en mindfulness; TAU= Tratamiento habitual; TCC= Terapia cognitivo-conductual; LE= Lista de espera; MB-EAT= Entrenamiento en comer consciente; IMC= Índice de masa corporal; EDE-Q= Cuestionario para el trastorno de la conducta alimentaria; DERS= Escala de dificultades en la regulación emocional.



**Riesgo de sesgos**

A continuación, pasan a comentarse limitaciones metodológicas de las publicaciones seleccionadas que son posibles fuentes de sesgos a tener en cuenta al interpretar los resultados de las mismas. En 11 de los 19 estudios se cuenta con muestras pequeñas de menos de 60 sujetos, contando varias con sólo 10 participantes, así mismo sólo en 10 estudios existe grupo control de comparación y en 8 de esas 10 investigaciones se da aleatorización. Estas cuestiones se ven influidas por el diseño empírico previo, pero afectan al grado de generalización de los resultados. Sólo 6 estudios realizan algún seguimiento tras la intervención, por lo que se cuenta con poca información de la estabilidad de los cambios apreciados. La mayoría de muestras son transdiagnósticas lo que dificulta generalizar los resultados a cada TCA específico y muchas de ellas presentan alta comorbilidad con otros trastornos graves. Sólo en 5 estudios se aplica alguna de las TTG a solas, lo más frecuente es que se apliquen como un complemento al tratamiento habitual, lo que dificulta conocer el efecto de estas terapias como componente aislado.

**Discusión**

El objetivo de la presente revisión fue realizar una búsqueda sistemática de la literatura científica sobre cuatro intervenciones, consideradas parte de la tercera ola de terapias, aplicadas a los TCA y valorar de forma crítica y cualitativa la eficacia de las mismas según los resultados de las investigaciones incluidas en la revisión.

*Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*

Cuatro estudios investigan la eficacia de la ACT, dos ECA y dos estudios piloto. Tres de los estudios muestran mejoras significativas en la reducción de sintomatología asociada al TCA siendo uno de ellos un ECA que aplica la ACT de forma aislada en comparación con el TAU (Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling, 2020), lo que indicaría una superioridad de la ACT

respecto al TAU, interpretación a tomar con cautela ya que la muestra de sujetos ya había recibido tratamiento previo para el TCA y presentaba síntomas residuales pero persistentes. En el resto de estudios se aplica la ACT al mismo tiempo que el TAU y Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren y Ghaderi (2016) en su ECA concluyen que el añadir la ACT al TAU no mejora significativamente los resultados respecto al TAU a solas, al menos para la AN. Tres de las investigaciones realizaron seguimiento, en dos de ellas la condición que incluye la ACT apunta a menor necesidad de asistencia especializada tras la intervención respecto al TAU solo.

#### *Terapia centrada en la compasión (CFT)*

También cuatro estudios investigan la CFT, se cuenta con dos ECA, aunque hay que resaltar que el tamaño de la muestra en ambos es muy pequeño (11 y 15 sujetos para la condición con CFT). Kelly y Carter (2014) encuentran en su ECA que la CFT mejora las puntuaciones en el EDE-Q y en autocompasión, resultados que se repiten en el otro ECA (Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman, 2016). Las cuatro investigaciones muestran mejorías tras la CFT para diferentes aspectos asociados a los TCA como autoestima, vergüenza, imagen corporal y reducción de atracones, pero sólo en dos de ellas estas mejorías se comparan con una condición control. Además, en tres estudios se aplica la CFT al mismo tiempo que el TAU. En el estudio restante se aplica la CFT en formato autoayuda, pero la planificación alimentaria es un punto en común con el grupo control que recibe TAU, por lo que parece que la CFT es un tipo de terapia que puede mejorar los tratamientos habituales, resultado que coincide con la conclusión de Goss y Allan (2014) que consideran la CFT una intervención prometedora que puede mejorar los resultados de los tratamientos para los TCA y complementarlos. Un aspecto interesante es que el nivel de miedo que se tenga a desarrollar compasión modula la eficacia de la CFT (Kelly & Carter, 2014), de

confirmarse este resultado en más investigaciones, permitiría diseñar mejores intervenciones en CFT.

#### *Terapia dialéctica comportamental (DBT)*

Es la TTG más investigada con ocho estudios, tres de ellos son ECA. El resultado con mayor consistencia es la reducción significativa de atracones en todas las investigaciones que incluyen en la muestra el diagnóstico de BN y/o TA. Este aspecto toma sentido si se tiene en cuenta que el entrenamiento en regulación emocional es uno de los aspectos centrales de la DBT y que los atracones y purgas consiguen disminuir el sufrimiento y distrés (Bañón- Perez & Bonan, 2012), es decir, tienen una función reguladora, aunque ésta sea desadaptativa, por lo que aprender nuevas formas de regular las emociones displacenteras, disminuiría la necesidad de recurrir a los atracones. En cuanto a la AN se observa un incremento significativo del IMC (Lynch et al., 2013; Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren, 2014) aunque los resultados de Kröger et al. (2010) lo contradicen encontrando que el IMC sólo mejora ligeramente en el seguimiento. Las tasas de remisión para la AN son en cambio consistentes situándose en torno al 35%. La DBT se muestra superior a la lista de espera (Masson, von Ranson, Wallace & Safer, 2013; Rahmani, Omid, Asemi & Akbari, 2018), mientras que Courbasson, Nishikawa y Dixon, (2012) investigaron su eficacia respecto al TAU, pero la alta tasa de abandono en esta condición no permitió la comparación, aunque es interesante apuntar que el abandono para DBT fue un 67% menor, lo que indica una mayor adherencia al tratamiento.

#### *Intervenciones basadas en mindfulness (MBI)*

Sólo tres investigaciones de las seleccionadas investigan esta terapia, contando con un único ECA. En las tres investigaciones se constatan mejoras en la frecuencia de atracones y otros aspectos como la imagen corporal, preocupaciones y depresión, pero sólo Woolhouse, Knowles y

Crafti (2012) encuentran estas mejoras significativas. Al comparar MBI con la terapia cognitivo-conductual ninguna se muestra superior, pero ambas mejoran la sintomatología, con un mantenimiento mayor para la condición MBI en el seguimiento (Kristeller, Wolever & Sheets, 2013). La AN no ha sido investigada por ninguno de los estudios.

Volviendo al objetivo e hipótesis planteadas puede afirmarse que, si bien la evidencia de las TTG para los TCA hasta ahora es más bien escasa, los resultados son prometedores y este tipo de terapias aplicadas junto a otros tratamientos más investigados para los TCA pueden ser un componente eficaz en la mejora de diferentes aspectos de estos trastornos, necesidad ya expuesta por Saldaña (2001) y otros autores. Los resultados de los estudios muestran mejora en regulación emocional, reducción de atracones y/o purgas, mayor satisfacción con la imagen corporal, restablecimiento del IMC, disminución de cogniciones disfuncionales o mejora en actitudes alimentarias, confirmándose así la hipótesis planteada. Aunque, con la evidencia encontrada en la revisión no es posible afirmar que las TTG son eficaces para los TCA, sino que es posible que sean eficaces, por lo que una mayor investigación es necesaria.

Una de las limitaciones de la presente revisión sería el no haber complementado el análisis cualitativo de los resultados con un análisis cuantitativo mediante un meta-análisis, metodología que aporta información útil y precisa en cuanto al efecto de un tratamiento (Ferreria, Urrútia & Alonso-Coello, 2011). Otro aspecto sería que no se haya realizado la búsqueda en un número suficiente de bases de datos y esto haya limitado el número de estudios a los que se ha llegado, especialmente por los pocos ECA encontrados. Finalmente, los criterios de inclusión de los estudios han favorecido la heterogeneidad de los mismos, lo que dificulta el análisis de los resultados, con un gran número de muestras transdiagnósticas y combinaciones de TTG con otros

tratamientos lo que dificulta llegar a conclusiones sobre qué intervenciones son efectivas para qué trastornos.

Como líneas de investigación futuras se propone mayor investigación de la eficacia de las TTG en población adolescente, ya que los TCA tienden a iniciarse durante esta etapa de edad y si las TTG se muestran como una opción que mejora los resultados de los tratamientos, este rango de la población podría beneficiarse de una menor tasa de recaídas. También se necesitan más ECA, ya que este tipo de diseño es necesario para poder atribuir las mejoras observadas a la intervención realizada. Y siguiendo en esta línea sería muy interesante aumentar la especificidad de las investigaciones en cuanto al tipo de TCA y el tipo de intervención, comparando las TTG no sólo con el TAU sino también entre ellas mismas para poder optimizar la elección de técnicas efectivas concretas para cada trastorno.

### **Conclusiones**

Por último, se señalan brevemente las conclusiones que se pueden extraer del trabajo realizado:

- Las TTG se alzan como una opción posiblemente eficaz en los tratamientos de los TCA, muestran su superioridad respecto a la lista de espera y parecen que, al aplicarlas en combinación con los tratamientos habituales, mejoran los resultados para diferentes parámetros asociados a la sintomatología de estos trastornos.
- Para poder avanzar en determinar la eficacia de las TTG es necesaria más investigación, concretamente más ECA que permitan atribuir las mejorías observadas a la intervención realizada y determinar si su efectividad es mayor como complemento de otro tratamiento o como componente aislado, así también como investigar con mayor especificidad cada tipo de terapia para cada trastorno.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- \*Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 281-300. doi:10.1007/s10942-005-0015-9
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: Reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica De Chile*, 142(1), 128-129. doi:10.4067/S0034-98872014000100022
- Bayón-Pérez, C. & Bonan, V. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En M. T., Miró & V., Simón, *Mindfulness en la práctica clínica*, pp. 209-240. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- \*Ben-Porath, D. D., Federici, A., Wisniewski, L. & Warren, M. (2014). Dialectical behavior therapy: Does it bring about improvements in affect regulation in individuals with eating disorders? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(4), 245-251. doi:10.1007/s10879-014-9271-2
- Brown, T. A. & Keel, P. K. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 2012(6), 33-61. doi:10.4137/SART.S7864
- \*Courbasson, C., Nishikawa, Y. & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434-449. doi:10.1002/cpp.748
- Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005) A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-350. doi:10.1017/S0140525X05000063

- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(01), 8–10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762–765. doi: 10.1002/eat.20573
- Ferreira González, I., Urrútia, G. & Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Bases conceptuales e interpretación. *Revista Española De Cardiología*, 64(8), 688-696. doi: 10.1016/j.recesp.2011.03.02
- \*Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L. & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155-166. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.01.002
- \*Gale, C., Gilbert, P., Read, N. & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12. doi:10.1002/cpp.1806
- García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (110), 70-74
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97–112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: características distintivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Goss, K. & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77. doi:10.1111/bjc.12039
- Hayes, S. C. & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 243-247. doi:10.1016/S1077-7229(02)80055-4
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3 +
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- \*Horcajo, L., Quiles, Y. & Quiles, M. J. (2019). Aplicación de la terapia centrada en la compasión en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 27(2), 295-309.
- \*Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M. & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. doi:10.1177/0145445513478633
- \*Kelly, A. C. & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 285-303. doi: 10.1111/papt.12044
- \*Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. & Hoffman, E. (2016). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-487. doi:10.1002/cpp.2018



- \*Klein, A. S., Skinner, J. B. & Hawley, K. M. (2012). Adapted Group-Based dialectical behaviour therapy for binge eating in a practicing clinic: Clinical outcomes and attrition. *European Eating Disorders Review*, 20(3), e148-e153. doi:10.1002/erv.2165
- Kristeller, J. L. & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–363. doi: 10.1177/135910539900400305
- \*Kristeller, J., Wolever, R. Q., Wolever, R. Q., Sheets, V. & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297. doi:10.1007/s12671-012-0179-1
- \*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. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.04.001
- 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, 125–140. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.005
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- \*Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13(1), 293-293. doi:10.1186/1471-244X-13-293

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34.
- \*Marco, M., Quiles, M. J. & Quiles, Y. (2018). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Informació Psicològica*, (116), 18-31.
- \*Masson, P. C., von Ranson, K. M., Wallace, L. M. & Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 723-728. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.001
- Mckay, M., Wood, J. & Brantley, J. (2017) *Manual práctico de terapia dialectico conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- \*Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Heliodoro Marco, Jorquera, M. & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating Disorders Comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42 (5), 636-649. doi: 10.1007/s10608-018-9906-9
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward one-self. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032
- \*Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S. & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of acceptance and commitment therapy for anorexia nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 16(1), 272. doi:10.1186/s12888-016-0975-6

- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70007-3
- \*Rahmani, M., Omid, A., Asemi, Z. & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health and Prevention*, 9, 13-18. doi: 10.1016/j.mhp.2017.11.002
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381- 392.
- Vargas, M.J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70 (607), 475 - 482.
- \*Woolhouse, H., Knowles, A. & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating Disorders*, 20(4), 321-339. doi:10.1080/10640266.2012.691791