



---

**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE MEDICINA  
GRADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA  
AÑO ACADÉMICO 2019/2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# La intervención cognitivo - conductual en TCA.

Una revisión sistemática de su  
efectividad basada en la evidencia.

PRESENTADO POR: Andrea Alonso del Río

TUTORIZADO POR: Álvaro Díez Revuelta  
Inés Fernández Linsenbarth

VALLADOLID, 6 DE JULIO DE 2020



# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
1.1 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	5
1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	7
1.3. COMORBILIDAD PSICOLÓGICA.....	8
1.4 FACTORES DE RIESGO.....	9
1.5 PREVENCIÓN.....	10
1.6 TRATAMIENTO.....	11
1.7 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DIRIGIDAS A LOS TCA.....	12
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>3.OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
4.1. BÚSQUEDA .....	15
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	15
4.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
4.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	16
<b>5. RESULTADOS:.....</b>	<b>18</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
6.1. SUBTIPOS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: TCC DE AUTOAYUDA.....	30
6.2. SUBTIPOS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: TCC GRUPALES .....	31
6.3. SUBTIPOS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: NUEVOS ENFOQUES.....	32
6.4. LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA .....	34
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>42</b>
ANEXO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V DE LOS TCA INCLUIDOS EN EL TRABAJO .....	42
ANEXO 2. PREVALENCIA DE LOS TCA (TABLA EXTENSA).....	46
ANEXO 3. CRITERIOS DE CALIDAD DE OXFORD ORIGINALES .....	47
ANEXO 4. SIGLAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS EN EL TRABAJO.....	48



## RESUMEN

La terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia de elección, desde la psicología, para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tales como la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TPA). Su integración en la intervención multidisciplinar es clave para la disminución de las conductas desadaptativas y la psicopatología asociada a estos trastornos, indispensable para que los pacientes adquieran hábitos dietéticos y parámetros nutricionales saludables. Sin embargo, los protocolos de TCC son muy heterogéneos entre sí y no todos los pacientes responden adecuadamente a la TCC, lo cual deriva en un alto número de recaídas. Los tipos de TCC incluyen intervenciones individuales o grupales, administración presencial o vía chat, incluso versiones autoguiadas. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática que incluya el actual estado del arte y la evidencia científica respecto a las TCC aplicadas a los TCA, y valorar la eficacia a medio-largo plazo de las TCC en la mejora de la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica de los TCA. Se realizó una búsqueda en Pubmed para artículos que fueran ensayos clínicos que incluyeran pacientes con AN, BN o TPA y en los que se aplicara una TCC. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la revisión final incluyó un total de 15 artículos científicos (ensayos clínicos). En términos generales, la TCC resultó ser eficaz en la mejora de la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica a medio-largo plazo. Los nuevos protocolos telemáticos ofrecen resultados más débiles que las tradicionales terapias presenciales, pero se muestran como buenas opciones para los pacientes que no pueden acceder a la TCC presencial tradicional y como parte de un tratamiento escalonado.

**Palabras clave de búsqueda:** anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, terapia cognitivo-conductual.



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Definición y criterios diagnósticos.

Los **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausales y que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracterizan por incluir pensamientos, sentimientos y acciones irracionales referidas al peso, la comida y la imagen corporal, los cuales se acompañan de alteraciones de la salud física y mental secundarias debidos, por una parte, a la malnutrición o a patrones dietéticos caóticos y, por otra, a vulnerabilidades biopsicológicas (1).

La actual guía clínica de referencia, el DSM-V, consultado en su versión en español (2), explica los TCA como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Dentro de los TCA, esta guía proporciona criterios diagnósticos para la **pica**, el **trastorno de rumiación**, el **trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos**, la **anorexia nerviosa**, la **bulimia nerviosa** y el **trastorno por atracón**.

Además de estas cinco categorías principales, el DSM-V incorpora la categoría de “**otros trastornos específicos de alimentación**”, en la que se incluyen las situaciones en las que la presentación no cumple los criterios para un TCA específico. Algunos ejemplos son la **anorexia nerviosa atípica**, la **bulimia nerviosa** y el **trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada**, el **trastorno por purgas** o el **síndrome de alimentación nocturna**. Si no se dispone de la información suficiente para hacer un diagnóstico específico o el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios de un TCA, la situación será catalogada como “**trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado**” (TANE).

Por último, El DSM-V también destaca que la **obesidad**, es el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. De este modo, no es considerada como un trastorno mental ya que existen multitud de factores propios del individuo que contribuyen a su desarrollo. En el presente trabajo se han incluido los tres principales y más frecuentes TCA que, de acuerdo al DSM-V (sus criterios diagnósticos pueden consultarse en el Anexo 1), se describen del siguiente modo:

***Anorexia nerviosa (AN):***

Este trastorno se diagnostica cuando existe una restricción energética que conduce a un peso significativamente bajo, la persona tiene un miedo intenso a engordar y la propia percepción de su peso o constitución está alterada, hay una influencia impropia de estos factores en su autoevaluación o no reconoce la gravedad del bajo peso corporal. Puede ser de tipo restrictivo o de tipo con atracones/purgas. En el primero, durante los últimos 3 meses no ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas, mientras que en el segundo sí (ver **Anexo 1**).

***Bulimia nerviosa (BN):***

Se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones (ingesta de alimentos, en un período de tiempo determinado, en cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas ingerirían, acompañada de una sensación de falta de control), conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para no aumentar de peso (provocación del vómito, uso de laxantes o diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo), con atracones y conductas compensatorias al menos 1 vez a la semana durante un período de 3 meses y en la que la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y peso corporal. Esta alteración no aparece sólo durante los episodios de la anorexia nerviosa (ver **Anexo 1**).

En la práctica clínica, estos dos primeros síndromes tienden a solaparse, de manera que muchos pacientes presentan una combinación de síntomas (3).

***Trastorno por atracón (TPA):***

Este último trastorno se caracteriza por la presencia de episodios de atracones recurrentes. Un episodio de atracón se caracteriza por la ingestión, en un período determinado, de una cantidad de alimentos muy superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias similares, acompañada de una sensación de falta de control. Se asocian al menos con tres o más de los hechos siguientes: comer muy rápido, hacerlo hasta sentirse desagradablemente lleno, comer sin hambre, comer por la vergüenza que se siente y/o sentirse a disgusto con uno mismo tras el episodio. Los atracones se producen al menos 1 por semana durante 3 meses y se acompaña de malestar intenso. No se asocian a un comportamiento compensatorio inapropiado y no se producen exclusivamente en el curso de la BN o AN (ver **Anexo 1**).

## 1.2. Epidemiología.

El estudio epidemiológico de los TCA ha sido difícil dado los cambios de criterios para su diagnóstico a lo largo del tiempo, así como la gran variabilidad según la muestra estudiada y los métodos de evaluación utilizados. Además, existe una tendencia de los pacientes a negar u ocultar su enfermedad y evitar la ayuda profesional.

### **Prevalencia:**

Actualmente, los trastornos alimentarios son la **tercera enfermedad crónica más común** entre los adolescentes (4). En una **revisión sistemática** (5) que incluyó 94 estudios **internacionales de 2000 a 2018** se obtuvieron los siguientes valores de prevalencia (Tabla 1 y Anexo 1):

Prevalencia puntual				
Género	TCA	AN	BN	TPA
Mujeres	5.7%	2.8% (0–4.8%)	1.5% (0–8.4%)	2.3% (0–9.8%)
Hombres	2.2%	0.3% (0–0.4%)	0.1% (0–1.3%)	0.3% (0–0.5%)

**Tabla 1.** Prevalencia puntual de TCA. (5). *Todos los valores corresponden a medias ponderadas (rangos). Una versión de la tabla ampliada puede consultarse en el Anexo X (5).*

Se observó un aumento de la prevalencia puntual a medida que avanzaba el estudio: la media ponderada aumentó de 3.5% para 2000–2006 a 4.9% para 2007–2012 y 7.8% para el período 2013–2018. En todos los TCA, los valores de prevalencia de por vida, en 12 meses y puntual, fueron **mayores en mujeres**. La revisión asegura una alta prevalencia entre los **adolescentes**, sin embargo, los datos en adultos son superiores debido, en parte, a la cronificación de los trastornos.

Usando sólo los **criterios del DSM-V**, otra revisión sistemática obtuvo valores de prevalencia puntual para la AN que iban del 0.67% al 1.2% en mujeres, y 0.1% en hombres. En cuanto a BN, la prevalencia puntual fue de 0,6% y la de TPA varió de 0.62% en mujeres a 3.6% con mujeres y hombres combinados (6).

En **España**, los datos informan de una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCA no específicos (7). Sin embargo, dada la heterogeneidad de los resultados y de las herramientas utilizadas para su evaluación, el autor sugiere interpretar los datos con cautela.

### ***Incidencia:***

La investigación sugiere que la **incidencia global** de los TCA se ha incrementado desde los años 50, probablemente como consecuencia de los patrones de belleza promovidos por la cultura occidental y su llegada a países no occidentales (8). La base de datos Global Health Data Exchange, obtuvo un valor, en 2017, de 9,58 millones. Los valores de incidencia **a nivel de la Unión Europea y España** fueron de 0,57 millones y 68.000, respectivamente (9). Cabe destacar que, tanto a nivel global, como a nivel europeo y español, el 85% de los casos totales corresponden a BN, del mismo modo que la tasa máxima ocurre en la edad de 15 a 24 años (9).

No se han encontrado datos de **incidencia de TPA**, ya que hasta hace poco **no era una categoría propia del DSM**. Sin embargo, es importante destacar que el trastorno alimentario no específico (categoría en la que antes se incluía) tendía a diagnosticarse con mayor frecuencia en entornos clínicos que cualquiera de los subtipos de trastorno alimentario DSM-IV (10) y para algunos autores era el TCA más frecuente (11). Herpertz-Dahlmann (4) estimó una incidencia de 70/100.000 para las mujeres y 10/100.000 para los hombres.

### ***Mortalidad:***

La **evolución a largo plazo** de los TCA varía desde la curación hasta la caquexia y la muerte prematura. Las **tasas de curación completa** no superan el 50-60%, con tendencia del 20-30% a cronificarse para AN y BN, y una remisión completa del 70% de los TPA (12). Las mayores tasas de mortalidad se encontraron en pacientes con AN (8,12) y se observó que en el 20% de las muertes son suicidios (13) por lo que la **ideación suicida** debe evaluarse cuidadosamente.

### **1.3. Comorbilidad psicológica.**

Las **alteraciones psicopatológicas** pueden ser una consecuencia de estados carenciales o de malnutrición, así como de una restricción alimentaria. Las más frecuentes son los síntomas depresivos, obsesivo-compulsivos, la hiperactividad, la conducta antisocial y los síndromes cerebrales orgánicos (14). En un gran estudio epidemiológico (n=10.000) (10) en adolescentes estadounidenses, el 11% de personas con AN, el 50% con BN y el 45% con TPA mostró **algún tipo de trastorno del estado de ánimo**, siendo el trastorno más frecuente la **depresión**.

En cuanto a **trastornos de ansiedad**, fueron más prevalentes en adolescentes con BN y TPA (66% y 65% respectivamente) respecto a AN (24%). En todos los grupos, el más frecuente fueron las **fobias específicas**, seguidas de ansiedad por separación, trastorno de estrés postraumático y fobia social en AN, BN y TPA, respectivamente.

## 1.4 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo para los TCA operan en muchos niveles diferentes y abarcan generaciones. Existe evidencia de que tanto los factores **biológicos-genéticos** como los **contextuales-ambientales** contribuyen al riesgo a sufrir alguna de estas enfermedades (15).

### ***Etapa vital de la adolescencia:***

Existe un acuerdo unánime de que en la **adolescencia** la persona sufre una gran variedad de cambios biológicos y es la etapa del desarrollo en la cual interactúan un gran número de factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (16).

### ***Aspectos psicosociales:***

En el mismo trabajo de Carretero García et al. (16), todos los grupos diagnósticos cursaron con dificultades en aspectos psicosociales tales como la **desconfianza interpersonal** y la **inseguridad social**, así como resultados significativos en las medidas de **miedo a la madurez** y **ascetismo**. Así mismo, la tendencia a la **impulsividad** fue más relevante en las formas purgativas y la tendencia al **perfeccionismo** se vinculó a los cuadros de mayor severidad clínica. Por otro lado, el estudio de Rosa Behar et al. de 2011 (17) mostró que una mayor alteración en la **consciencia interoceptiva** se relaciona con una mayor motivación por alcanzar la **delgadez**, **perfeccionismo** y conductas bulímicas, que evidenciaron una mayor **alteración de la imagen corporal**.

### ***Obesidad:***

La **obesidad, el sobrepeso o los problemas respecto al peso** en la infancia y la adolescencia, así como valores familiares que enfatizaron la forma física-corporal, fueron particularmente comunes en mujeres con BN (15). Su prevención es considerada ya una de las actuaciones sanitarias prioritarias (16). Sin embargo, las autoridades de salud pública deben identificar y revertir las políticas que promueven el **estigma basado en el peso**, al tiempo que aumentan el rigor científico en las políticas públicas relacionadas con la obesidad (18).

### ***Autoevaluación e insatisfacción de la imagen corporal:***

La **insatisfacción corporal** se ha identificado como uno de los factores que aumentan el riesgo de aparición de TCA y puede constituir, junto con la **restricción dietética**, una fase prodrómica en la evolución de los TCA (17). La **imagen corporal** y los factores relacionados con el peso son factores centrales de riesgo a nivel individual de los TCA (16), mientras que una mayor **autoestima** se relaciona con protección de los trastornos alimentarios (15).

### ***Contexto parental y de semejantes:***

Ciertos factores tales como TCA o enfermedad mental diagnosticada a los padres, o también el alto nivel de estrés materno prenatal pueden aumentar el riesgo de TCA en sus hijos. También las altas **expectativas de los padres** se han asociado con un mayor riesgo a sufrir TCA en su descendencia (15). Por último, el **entorno escolar** podría estar también implicado en la propagación de los TCA, quizás a través del aprendizaje social o las normas grupales (15).

### ***Contexto cultural:***

Otros factores que se identificaron como riesgo de TCA fueron la **presión sociocultural** percibida para alcanzar la delgadez y la **internalización del ideal estético de belleza** (17). Este ideal delgado se transmite entre los individuos, en parte, a través de las denominadas **fat talk** (19). Participar verbalmente en estas conversaciones es un predictor mucho más fuerte del deseo de delgadez, insatisfacción corporal y restricción dietética respecto a sólo escuchar (20). Dado que también se presentan en el ámbito educativo de forma inconsciente y con poca preocupación por parte de los educadores, se les recomendó dejar de participar en ellas y promover una imagen corporal positiva en los niños (21). Por otro lado, aunque el papel del **contexto cultural de la idealización delgada** es destacado, se ha criticado en cuanto a que puede contribuir a la percepción de que esta enfermedad es meramente autoinfligida y, por tanto, no merecedora de una consideración seria desde una perspectiva clínica-biológica (22).

### ***Factor genético:***

Está claro que la AN, la BN y el TPA se dan en familias y son heredables. Actualmente, es posible usar datos de todo el genoma para estimar directamente la **heredabilidad de los TCA** y se han arrojado estimaciones para AN, BN y TPA (23). Sin embargo, no podemos olvidar que los TCA surgen de las **complejas interacciones de genes y medio ambiente** (o experiencias). Es decir, no heredamos la enfermedad mental, sino que podemos heredar una vulnerabilidad a ella.

## **1.5 Prevención.**

Uno de los principales objetivos de las intervenciones preventivas y políticas es disminuir la exposición o atenuar el **impacto de los mensajes sobre el ideal delgado** (22). A este respecto, se han propuesto intervenciones que **mejoran la autoestima, estimulan la comunicación** y ayudan a las **adolescentes a apoyarse mutuamente** (17). Sin embargo, dado que abordar simultáneamente las necesidades de las personas con riesgo de sobrepeso y obesidad y de las personas con riesgo de TCA es posible (24), es necesario que las campañas de salud pública

abandonen el **enfoque estigmatizante como motivador del cambio**, ya que puede ser **particularmente dañino para la salud mental**, aumentando los riesgos de síntomas depresivos, ansiedad y promoviendo una baja autoestima, aislamiento social, estrés y uso de (18).

La **educación nutricional** también es de utilidad en la prevención primaria de los TCA y se debe realizar a **nivel escolar y familiar** (25). Debe ir encaminada a enseñar los aspectos positivos del ejercicio, alimentos y dieta equilibrada, así como fomentar una buena relación con la comida (26). Dado que la conducta alimentaria está determinada también por factores sociales, económicos, publicitarios y culturales, es relevante incluir **servicios de restauración colectiva y medios de comunicación** en el proceso de educación nutricional de la sociedad, facilitando una alimentación saludable fuera de casa y dando información honesta a los individuos (26).

## 1.6 Tratamiento

Los TCA requieren diferentes consideraciones terapéuticas y la individualización del tratamiento, haciendo indispensable **un enfoque multidisciplinar** especializado. En el **equipo** participan psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, endocrinos, dietistas, enfermeros y terapeutas ocupacionales. El psiquiatra es el responsable de establecer las líneas generales de tratamiento y coordinar el resto del equipo, mientras que los médicos especializados en nutrición o endocrino se encargan de supervisar y tratar las posibles complicaciones y los dietistas realizan la educación nutricional (12). Dicho grupo de trabajo propone comenzar con una **historia clínica** orientada tanto al diagnóstico específico de un TCA como a evaluar el estado nutricional del paciente y la presencia de síntomas que revelen organicidad del proceso o comorbilidad. De ese modo, podremos establecer los **objetivos del tratamiento**, ya que deben ser individualizados, realistas y adaptados al contexto y situación clínica del paciente.

Resulta especialmente relevante que en la **anamnesis** se indague en el comportamiento ante el acto de comer, la posibilidad de restricción alimentaria, su duración temporal, cantidad y calidad de alimentos ingeridos, así como en la existencia de cuadros de atracones, conductas purgativas y otros mecanismos compensatorios, siendo recomendable el contrastar la información que aporta el paciente con la que ofrezcan familiares y personas próximas al mismo (12).

Es necesario también realizar una **exploración física** que incluya medición del peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC), su relación respecto al peso ideal y su evolución en el tiempo. A través de esta exploración podemos detectar si hay un **estado carencial o de malnutrición**. Esto es de interés porque corregir estas condiciones va a revertir las alteraciones psicopatológicas derivadas de ellas, siendo imprescindible, en diagnósticos como la AN la normalización del peso y la nutrición para lograr una mejoría psicológica (14).

### **Plan nutricional:**

El objetivo principal del plan nutricional es realizar un consejo dietético individualizado que garantice un **adecuado estado nutricional**. Existen ciertas particularidades según el TCA y la situación clínica en que se encuentre el paciente, como el síndrome de realimentación en pacientes con desnutrición severa o la valoración de fármacos “antiobesidad” o la cirugía bariátrica en pacientes con TPA (12).

A largo plazo, también tiene el objetivo de **educar al paciente**, proporcionándole la información necesaria que le permita la **modificación de los hábitos alimentarios y el cese de las conductas purgantes y atracones**.

Según Gómez Candela et al. (12), la **educación nutricional** debe tener en cuenta el tipo de TCA, el patrón alimentario del paciente y sus conocimientos nutricionales:

- En AN, los objetivos serán mejorar la actitud y comportamiento en relación a la comida, aclarar mitos alimentarios y favorecer, con todos estos cambios, la recuperación del estado nutricional.
- En la BN los objetivos son, en primera instancia, conseguir una razonable organización de las comidas (con tiempos y horarios), evitando períodos largos de ayuno. Posteriormente se trabajará de forma gradual sobre la calidad de los alimentos, priorizando aquellos más saludables en la alimentación. Por último, se tratará el aspecto cuantitativo con el fin de alcanzar un equilibrio nutricional.
- En el TPA se educará para que el paciente haga una adecuada selección de alimentos, priorizando aquellos de menor densidad energética y que dan mayor saciedad, así como a conocer y controlar el tamaño de las raciones.

En muchos casos, esto **debe hacerse extensivo a las familias** para mejorar la eficacia de las intervenciones educativas. Es necesario lograr su colaboración evitando la sobreprotección y eliminando las exigencias excesivas (25).

## **1.7 Terapias cognitivo-conductuales dirigidas a los TCA**

La práctica de la terapia cognitivo conductual (TCC) combina técnicas conductuales y de reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar los esquemas disfuncionales que dan forma a la percepción de la realidad de los pacientes. En los TCA, la TCC se centra en restablecer el control sobre la ingesta dietética, la restricción calórica y las conductas compensatorias (vómitos, purgas, ejercicio), así como en cambiar patrones rígidos de pensamiento, mejorar la

autoestima y la identificación y expresión apropiada de sentimientos. De forma general, suele dividirse en 3 etapas: 1) técnicas básicas de autocontrol, motivación para cambiar, alimentación variada y tamaños de ración, 2) materiales psicoeducativos, reestructuración del pensamiento, técnicas para evitar los atracones, 3) preparación al paciente para el fin del tratamiento e información sobre el proceso de recuperación y recaída, tratando de reducir el riesgo de ésta.

Aunque la TCC es la terapia de elección en los TCA, muchas personas no responden de forma adecuada y son frecuentes las recaídas. Por ello, se han creado diversos protocolos, muchos de ellos con base en el manual de Fairburn (27) y su versión revisada (28). Así, existen, por un lado, intervenciones más amplias (29) que consideran, además de la psicopatología alimentaria, otros mecanismos de mantenimiento del TCA (perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia al estado de ánimo y dificultades interpersonales). Por otro lado, existen protocolos de TCC más concretos que se centran en la alimentación impulsiva, en reconocer el apetito, en generar una respuesta rápida para aumentar la efectividad o en los esquemas desadaptativos del paciente.

Por ejemplo, la **terapia de esquemas (TE)** tiene el objetivo de aumentar la conciencia de los esquemas desadaptativos y las experiencias tempranas a partir de las cuales se desarrollaron, para después tratarlos y reducir el impulso de conductas alimentarias desordenadas. Por otro lado, la **TCC centrada en el apetito (TCC-AP)** se basa en monitorizar el apetito y la saciedad en lugar de alimentos ingeridos, alentando a ignorar el apetito en los atracones y aprender a escuchar las señales de hambre y saciedad.

El formato más tradicional es la terapia individual y cara a cara con el terapeuta, pero existen otras modalidades tales como la TCC rápida o grupal. Por otro lado, un problema tradicional de la TCC es su dificultad de acceso, por razones de desplazamiento y/o económicos. El desarrollo de las nuevas tecnologías ha permitido el desarrollo de nuevos modelos de TCC más accesibles a toda clase de pacientes. De este modo, las TCC tradicionales se han intentado implementar completa o parcialmente a formatos telemáticos. En algunos casos, se aporta a los pacientes un manual de autoayuda guiada e incluso auto-aplicada, permitiendo el seguimiento y contacto directo o diferido con los terapeutas para resolver dudas y recibir apoyo.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la influencia de factores culturales y educacionales, las personas tienen creencias firmes en torno a la alimentación y el correcto tamaño del cuerpo. En el caso de las personas con TCA, estas creencias resultan excesivamente limitantes y ocasionan alteraciones en su comportamiento y pensamiento que han derivado en condiciones patológicas, ya sea desde el punto de vista nutricional (estados carenciales o de malnutrición) como de la psicopatología asociada (síndromes depresivos, conducta antisocial, ansiedad, etc.) Las alteraciones biológicas sistémicas que conllevan (hormonales, cardíacas, renales, óseas, etc.) son especialmente graves en las etapas de desarrollo, tanto en la infancia como en la adolescencia, períodos en los que los estudios epidemiológicos muestran un aumento de su prevalencia. Esta etapa de la vida es también clave para abordar de manera temprana la enfermedad desde un punto de vista médico y nutricional, y para reestructurar los patrones de conducta y cognitivos que subyacen a los TCA.

Todo ello requiere un abordaje multidisciplinar dirigido por un psiquiatra y/o psicólogo especialista en trastornos de la alimentación. En este equipo, la labor de un dietista nutricionista se hace altamente relevante, tanto para conseguir un correcto estado nutricional (especialmente en los pacientes más graves), como para aclarar conceptos en torno a la alimentación y conseguir la recuperación de unos hábitos saludables. Dado el arraigo de las creencias en estos pacientes, junto al nutricionista es esencial la presencia de un psicólogo que promueva la modificación cognitiva (abordando la excesiva preocupación por la alimentación y la autoimagen, autocrítica constante, etc.) y de los patrones conductuales, tratando de eliminar conductas anómalas como purgas, atracones o conductas antisociales.

Hay numerosos abordajes para la terapia cognitivo-conductual, desde el más tradicional enfocado en los pensamientos disfuncionales respecto a la alimentación, el peso y la forma del cuerpo, hasta otros enfoques más concretos centrados en la alimentación impulsiva o en los esquemas disfuncionales del paciente. Además, dado que una parte importante de las personas que pasan por un TCA no reciben tratamiento por falta de recursos o por miedo a acudir presencialmente a terapia y otra parte importante que sí recibe tratamiento lo abandona y acaba recayendo, en los últimos años se ha apostado por la inclusión de métodos de modificación de conducta basados en la tecnología virtual y telemática, cuya efectividad es aún discutida. Todo ello nos ha llevado a la necesidad de realizar una revisión sistemática de la eficacia de las más actuales técnicas de intervención cognitivo-conductual en TCA tal como a continuación se expone.

### 3.OBJETIVOS

#### ➤ General

1. Realizar una revisión sistemática con el objetivo de consultar el estado del arte y valorar la eficacia a medio-largo plazo de las TCC en la mejora de la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica de los TCA.

#### ➤ Específicos

1. Revisar y valorar la eficacia de las TCC basadas en nuevas tecnologías.
2. Revisar y valorar la utilidad de TCC específicas para ciertos síntomas del TCA.
3. Revisar y valorar la utilidad de un enfoque amplio de TCC que incluya otros factores de mantenimiento del TCA no relacionados con la alimentación.
4. Revisar y valorar la utilidad de una intervención enfocada en conseguir una respuesta rápida al tratamiento.

### 4. MÉTODOS

#### 4.1. Búsqueda

Se escogió **Pubmed** como motor de búsqueda principal para buscar artículos científicos. En primer lugar, se empleó el sistema de búsqueda basado en el tesauro médico MeSH (Medical Subject Headings) con el siguiente **algoritmo de búsqueda** que dio como resultado 425 artículos:

```
((("Anorexia Nervosa"[Mesh]) OR "Bulimia Nervosa"[Mesh]) OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh]) AND "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]
```

#### 4.2. Criterios de inclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión en la selección inicial de búsqueda: 1) fecha de publicación con una antigüedad **inferior a 10 años**, 2) estudio de tipo **ensayo clínico**, y 3) idioma inglés o español. De este modo, el número de artículos se redujo a un número de 159.

#### 4.3. Criterios de exclusión

En tercer lugar, se procedió a una revisión del **título y resumen** de cada trabajo. Se excluyeron aquellos estudios que: 1) se alejaban en exceso del objetivo principal del estudio, 2) evaluaban factores que funcionaban como predictores o moderadores de la eficacia del tratamiento y no

del tratamiento en sí, y 3) aquellos que comparaban varias terapias psicológicas diferentes de la cognitivo conductual. Adicionalmente, en esta primera lectura, nos aseguramos de que los estudios incluidos incluyeran pacientes con un diagnóstico clínico o subclínico de TCA y que se aplicara una TCC. Tras esta primera revisión quedaron un total de 25 estudios.

#### 4.4. Evaluación de la calidad

La calidad del diseño de cada ensayo clínico fue evaluada utilizando una modificación de los **Criterios de Oxford** (Ver Anexo 3 y Tabla 2). Esta **adaptación** fue necesaria a consecuencia de la propia naturaleza de la TCC, que imposibilita el empleo del doble ciego en su diseño. En la escala adaptada se sustituyó el ítem de doble ciego por un ítem de “no participación del terapeuta en la evaluación y el análisis post-tratamiento”, esto es, la aplicación de ciego simple a la evaluación del paciente tras el tratamiento (realizada por otro clínico distinto al que aplicó la TCC). Finalmente, la escala Oxford modificada valoró los siguientes puntos: 1) si había aleatorización, 2) si la aleatorización se hizo correctamente, 3) si hubo ciego simple en la evaluación y análisis post-tratamiento, 4) si el ciego se realizó correctamente y 5) si se explicaban en detalle las pérdidas y abandonos de sujetos. Puntuando cada criterio 1 punto, se excluyeron los trabajos con una **puntuación menor a 3**. Los resultados pueden consultarse en la tabla 2.

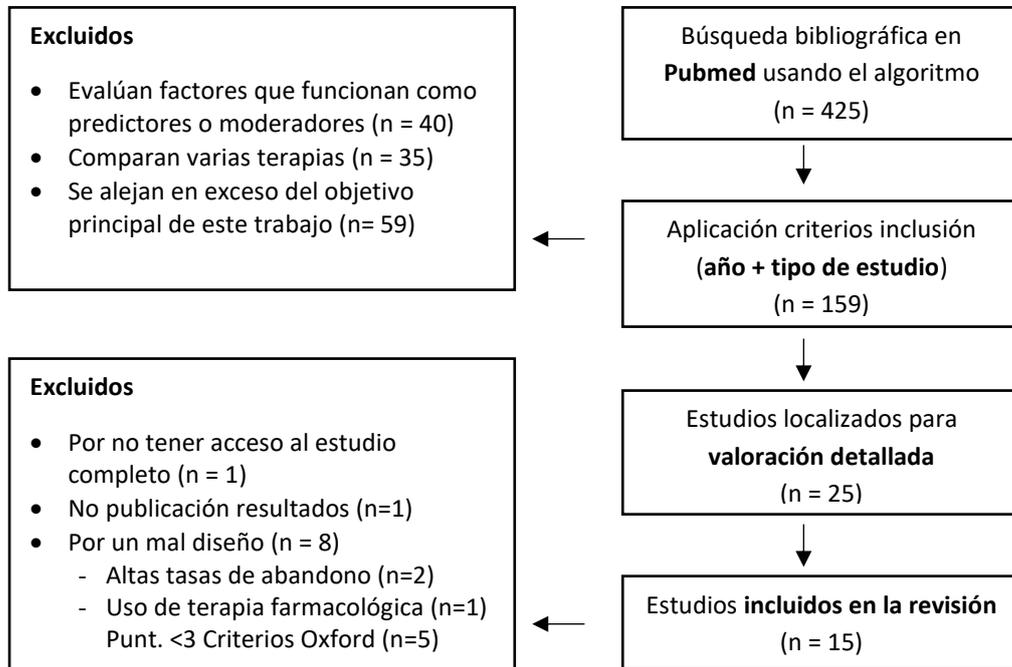
Numero de estudio	Aleatorización	Aleatorización descrita y apropiada	Simple ciego	Simple ciego apropiado	Descripción de retiros y abandonos	Punt. total
A1 (30)	1	1	0	0	1	3
A2 (31)	1	0	1	1	1	4
A3 (32)	1	1	1	1	1	5
A4 (33)	1	1	1	0	1	4
A5 (34)	1	1	1	1	1	5
A6 (35)	1	1	1	1	1	5
A7 (36)	1	0	1	1	1	4
A8 (37)	1	1	0	0	1	3
A9 (38)	1	1	0	0	1	3
A10 (39)	1	1	1	1	1	5
A11 (40)	1	0	1	0	1	3
A12 (41)	1	1	1	1	1	5
A13 (42)	1	1	1	1	1	5
A14 (43)	1	1	0	0	1	3
A15 (44)	1	1	1	0	0	3

**Tabla 2.** Resultados de la evaluación de calidad de los artículos científicos incluidos siguiendo el Cuestionario de calidad de Oxford modificado (45).

Otros criterios adicionales de inclusión fueron los siguientes:

1. Se incluyó un estudio que comparó TCC con tratamiento habitual, ya que era un tratamiento ambulatorio no específico y se consideró similar a una lista de espera.
2. Se incluyeron estudios que usaron **terapia farmacológica en combinación con TCC** sólo si ya se usaba de forma estable en los pacientes, y con la condición de no modificarla durante el período de estudio.

Con todo lo mencionado anteriormente, se excluyeron 9 artículos. Las razones fueron: no tener acceso al estudio completo (n = 1), no haber publicado aún los resultados (n=1) e incluir un mal diseño (n = 8). En este último grupo, n = 5 no alcanzaban la puntuación de 3 en los Criterios de Oxford, debido a que fueron estudios ambulatorios en los que se aplicó el tratamiento a toda la muestra (no hubo aleatorización ni ciego). Entre los restantes, n = 2 tuvieron altas tasas de abandono y n = 1 incluyó terapia farmacológica si no había respuesta con la terapia psicológica. Finalmente, y tras la aplicación de todos los criterios de inclusión y exclusión mencionados, quedaron un total de 15 artículos seleccionados (denominados A1 a A15). La Figura 1 describe de forma esquemática dicho proceso de selección para la revisión sistemática.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de artículos para la revisión sistemática

## 5. RESULTADOS:

Las medidas principales que evaluaron los trabajos fueron la puntuación **EDE-global**, la cual evalúa la patología alimentaria, sus **subescalas** (restricción dietética, preocupación por el comer, por el peso y por la forma del cuerpo) y los **episodios de atracones objetivos** (OBE, por sus siglas en inglés), expresados en nº de OBE o nº de días con OBE. Nos referiremos a ellos en su forma abreviada durante el texto. Las principales características y los resultados de los artículos incluidos en esta revisión sistemática se presentan en la Tabla 3.

Empezando por el enfoque de **TCC autoguiada**, definida así por la autonomía que tienen los participantes para trabajar con el material cuando quieran, fueron siete artículos científicos los que evaluaron su eficacia sobre determinadas medidas relacionadas con los TCA. Cinco de ellos utilizaron las nuevas tecnologías (TCCweb en la tabla y el texto), dando soporte terapéutico a los participantes a través de ellas, mientras que los otros dos artículos fueron más tradicionales y autónomos (TCCautoayuda en la tabla y el texto), ya que solo aportaron un manual y material para hacer autorregistros (sin apoyo terapéutico). En el **A1** (30) la TCC web consiguió, en pacientes con TPA, una reducción de atracones, patología alimentaria y síntomas depresivos, manteniéndose los efectos al año de seguimiento. Se dio, además, en la evaluación posterior al tratamiento, una recuperación (definida como menos de 4 atracones) del 48% de los participantes de TCC web, frente a solo una recuperación del 4% del grupo Control. Sólo se consiguió remisión (definida como 0 atracones) en el grupo de tratamiento, en un 15% de los participantes. Esto coincide con los resultados en el **A2** (31) en el que TCC web consigue, en pacientes con TPA, la reducción de atracones, de EDE-global y de alguna de sus subescalas (preocupación por la forma y el peso), así como de síntomas depresivos tras el tratamiento, manteniendo los resultados en el seguimiento a los 6 meses. Hubo un ligero aumento en el número de días con OBE en ambos grupos desde el final del tratamiento hasta el seguimiento de 1,5 años. Sin embargo, el número de días con OBE fue significativamente menor que los valores basales, con tasas de abstinencia del 44% en la condición TCC web, que es un resultado aceptable a largo plazo. Además, también se ve una mejora de la ansiedad, autoestima y calidad de vida. En el **A3** (32), la TCC web también consigue una mejora de la sintomatología del TCA, así como en todas las medidas secundarias (salud física y mental, autoestima, calidad de vida, insatisfacción corporal, funcionamiento social e IMC). Aunque se ven resultados en ambos grupos (tratamiento y control de pacientes en lista de espera), la TCC web se muestra superior en todo caso, siendo el grupo de TPA el que mayor mejora presenta.

Los mismos hallazgos se ven en el artículo **A11** (40), en el que la TCC web una reducción en la subescala bulimia EDI-2, impulso de delgadez, insatisfacción corporal, EDE-global y subescala de preocupación por la forma, nº OBE e IMC, así como una mejora en la percepción del hambre, la regulación de impulsos, la autoestima y la calidad de vida. Estos resultados se mantienen o mejoran en el seguimiento 6 meses después. Durante este tiempo, por razones éticas, el grupo Control recibió el tratamiento y se vio, de nuevo, como la TCC web provocaba mejora en síntomas bulímicos, impulso de delgadez, insatisfacción corporal, EDE-global y preocupación por la forma y percepción del hambre. La TCC web también se demostró eficaz para conseguir la abstinencia de OBE, con diferencias significativas (35% vs 8%) a los 6 meses, es decir, cuando el grupo de Internet había recibido el tratamiento y el grupo control no. Cuando ambos grupos habían recibido el tratamiento, no se vieron diferencias significativas entre ellos (35% vs 22%). No se encontró efecto en la psicopatología general.

Por último, en el trabajo **A15** (44), que incluye pacientes con BN, la TCC web se muestra superior a la lista de espera en reducción de EDE-global y sus subescalas, y número de OBE, así como en la mejora de depresión, ansiedad y calidad de vida. Este efecto se mantiene en el seguimiento a 3 y 6 meses. Cuando el grupo control de la lista de espera recibió más tarde la misma intervención, también mejoró en EDE-global, atracones y vómitos.

Estos resultados contrastan con aquellos de los trabajos **A12** (41) y **A13** (42), que utilizaron el enfoque de **TCC autoayuda sin apoyo terapéutico vía web** (TCCautoayuda en la tabla y el texto). Esta no mostró ventajas respecto a la atención habitual ambulatoria (41) y un placebo (42) como condiciones control. En el **A12** (41) ambos grupos consiguen una reducción significativa de OBE, así como la mejora de la patología alimentaria y de los síntomas depresivos. Sin embargo, ambos grupos no muestran diferencias significativas en cuanto a la remisión de atracones. La TCC autoayuda en estos estudios se mostró superior a la condición control sólo en la reducción de la frecuencia de OBE medido por EDE-Q (versión autoinforme) y no por EDE (entrevista). Por su parte, en el **A13** (42) se encontró una mejora de la patología alimentaria en todos los grupos, sin diferencia entre los diferentes tratamientos. En este caso, la TCC autoayuda solo consigue una reducción de OBE a los 6 meses que no se mantiene en el tiempo.

Otra modalidad telemática diferente a las anteriores fue la empleada en el trabajo **A5** (34), en el que se evaluó la eficacia, para pacientes con BN, de una **TCC mediante un grupo de chat moderado por un terapeuta** (llamada TCCchat en la Tabla 3) y se comparó con la TCC grupal tradicional cara a cara (TCCgrupal en la tabla). En este estudio, se vio que TCC mediante chat tenía una acción más lenta pero que, a largo plazo (12 meses), no había inferioridad respecto a

la modalidad presencial. Ambas consiguieron una reducción de OBE, de la patología alimentaria (puntuación EDE-global) y de la psicopatología general, así como una mejora de la calidad de vida. Consiguieron un aumento de la tasa de abstinencia post tratamiento y durante el seguimiento, aunque ocurrió solo para una minoría (14-30%). Este último dato contrasta con los resultados obtenidos en el artículo **A9** (38) donde la TCC grupal tradicional (TCCgrupal en la tabla) a corto plazo consiguió un considerable aumento de la tasa de abstinencia: del 1% pre-tto al 30% post-tto, alcanzando el 64% a los 4 años de seguimiento. En este mismo periodo, consiguió una reducción de OBE superior al 90%. Durante el tratamiento activo mejoró, por un lado, la patología alimentaria (frecuencia de OBE, preocupación por comer, por la forma y el peso) y, por otro, los síntomas depresivos.

Por su parte, en el trabajo **A10** (39), empleando otro tipo de diseño en el que se comparó las TCC tradicionales de tipo individual vs grupal en TPA, se demostró igualmente la similitud en la respuesta a largo plazo de TCC individual y TCC grupal, consiguiéndose reducir el número de OBE, el nivel de alimentación emocional, la angustia psicopatológica y los síntomas depresivos. Al final del tratamiento, el 51.4% de los pacientes con TCC individual y el 50% de los pacientes con TCC grupal obtuvieron una recuperación completa o un cambio de diagnóstico de TPA a TPA-subumbral, con una baja tasa de recaída en el seguimiento. En **A2** (31), que compara TCC autoguiada con sesiones individuales de TCC presencial, se consiguieron resultados similares. La TCC presencial consiguió una mayor reducción de la patología alimentaria (EDE-global), así como una abstinencia de 61% al finalizar el tratamiento. El número de días con OBE aumentó ligeramente en ambos grupos desde el final del tratamiento hasta el seguimiento de 1,5 años. Sin embargo, el número de días con OBE fue significativamente menor que los valores basales, con tasas de abstinencia del 47% en la TCC presencial.

Por último, nuestra revisión sistemática ha incluido otros protocolos de **TCC que incluyen innovaciones metodológicas** más específicas. En los trabajos **A7** (36) y **A8** (37) se compara la eficacia de una versión de TCC concreta (centrada en los aspectos del TCA) respecto a una versión de TCC amplia en la que al menos 1/3 de las sesiones se dedican a trabajar los problemas afectivos e interpersonales (ambas figuran con el nombre aquí descrito en la tabla). En el **A7** (36) los participantes tenían BN y trastorno límite de la personalidad (incluido subclínico). En este trabajo se observó una mejora de todos los síntomas en ambos grupos, con reducción de la puntuación EDE-global, síntomas depresivos e inestabilidad afectiva. De la misma manera, no se observaron diferencias significativas en la remisión de atracones y purgas entre grupos (52.4% de los que completaron TCC concreta y 58.8% de los que completaron TCC amplia). Aunque no hubo diferencias entre grupos, los análisis posteriores mostraron que los participantes con

síntomas más severos se beneficiaban más de TCC amplia, mientras que aquellos con síntomas más leves tenían más beneficio en TCC concreta. Esto contrasta con los resultados del **A8** (37), donde la TCC amplia no mostró ningún beneficio respecto a TCC concreta. No obstante, la población era diferente (AN-severa) y las condiciones también (ambiente hospitalario). Se consiguió una mejora de la patología alimentaria y psiquiátrica general que se mantuvo al año de seguimiento, así como un aumento del IMC medio de 14.3 a 18.9 en toda la muestra. Esto se correspondió con un 85% de la muestra entrando en rangos de IMC saludable.

Por otro lado, el trabajo **A4** (33) comparó 3 tipos de TCC (**tradicional, basada en esquemas y centrada en el apetito**), sin encontrar diferencias entre ellas en los resultados. Todas consiguieron un gran efecto en la reducción de OBE y otras variables secundarias (tales como las subescalas del EDE, la bulimia y el funcionamiento global), un efecto medio en el impulso de delgadez y un pequeño efecto en insatisfacción corporal y la frecuencia de purga.

Por último, el trabajo **A14** (43) estudió el efecto de **TCC enfocada en conseguir una respuesta rápida** (TCC-Respuesta rápida en la tabla) con el objetivo de incrementar el éxito del tratamiento. Se comparó con una condición de entrevista motivacional y el resultado fue que la primera era superior en cuanto a la tasa de respuesta rápida, reducción de la patología alimentaria y normalización de la alimentación, así como en la reducción de la sobrevaloración del peso y la forma y de la desregulación emocional. Sin embargo, ambas tuvieron los mismos resultados en cuanto a la tasa de remisión al final del tratamiento hospitalario (DH en la tabla), reducción de síntomas depresivos y de bulimia, impulso de delgadez e insatisfacción corporal.

Para finalizar, el **A6** (35) evalúa un protocolo de TCC modificada que se centra en la reducción de la conducta alimentaria impulsiva (**IMPULS** en la tabla), administrada en forma de sesiones grupales y siendo comparada con un grupo control que no recibe ninguna intervención. A priori, el grupo IMPULS y el grupo control consiguieron mejorar el número OBE sin diferencias tras el tratamiento. No obstante, el seguimiento muestra la desaparición de los efectos en el grupo Control y la superioridad de IMPULS mediante la reducción significativa y mantenida de OBE, así como la consecución de un cambio clínicamente relevante (definido como la reducción de mínimo el 50% de los atracones en las últimas 4 semanas) en el 61%, una tasa de abstinencia del 34% y una baja tasa de deterioro (15%). El grupo IMPULS mostró efectos más rápidos y duraderos en la patología alimentaria, así como de síntomas depresivos. Tuvo mejora en la puntuación de DEBQ debido a la reducción de la alimentación emocional, ítem para el que fue diseñado específicamente este protocolo.

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A1. Wagner et al., 2016 (30)	<p>(n = 139)</p> <p>TCCweb (n = 69) Control: lista espera (n = 70)</p> <p>TPA</p> <p>96,4% mujeres Edad media 35,1 años</p>	<p>TCCweb: terapia basada en internet, guiada con contacto intensivo, basada en escritura estructurada, diarios, planes semanales y psicoeducación.</p>	<p>Medida 1ª: nº OBE (EDE-Q)</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes y comportamientos: restricción, preocupación al comer / por el peso / por la forma (EDE-Q)</li> <li>• Psicopatología: depresión (BDI) y ansiedad (SCL-90-R)</li> <li>• Peso corporal, altura, IMC</li> </ul> <p>Análisis: TCCweb vs Control. Incluye longitudinal 3, 6 y 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↓ nº OBE</li> <li>○ ↓ todos resultados de PA</li> <li>○ 48% recuperación atracones, 15% remisión</li> <li>○ ↓ peso pero no efecto en IMC</li> <li>○ ↓ síntomas depresivos</li> <li>○ Mantenimiento del efecto hasta 1 año</li> </ul>
A2. De Zwann et al., 2017 (31)	<p>(n = 178)</p> <p>TCCpresencial (n = 89) TCCweb (n = 89)</p> <p>TPA diagnosticado o subsindrómico.</p> <p>87,6% mujeres, edad media 43,2 años</p>	<p>20 sesiones individuales de TCC presenciales de 50 minutos cada una</p> <p>○</p> <p>11 módulos de Internet con contactos semanales por correo electrónico</p>	<p>Medida 1ª: diferencia nº días con OBE al inicio y al final del tto (EDE-I)</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción, preocupación al comer / por el peso / por la forma (EDE-I)</li> <li>• Depresión (BDI-II) y ansiedad generalizada o fobias (SCID-I/P)</li> <li>• Autoestima (RSES)</li> <li>• Calidad de vida (IWQOL-LITE, CIA)</li> <li>• IMC</li> </ul> <p>Análisis: TCCpresencial vs TCCweb. Incluye longitudinal 6 y 18 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ TCCpresencial &gt; TCCweb: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en la reducción de días OBE</li> <li>– en abstinencia post-tto (61% VS 36%) y a los 6m (58% VS 38%)</li> <li>– en ↓ EDE-global y subescalas (preocupación al comer / por el peso / por la forma)</li> </ul> </li> <li>○ A los 18 meses, TCCweb no era inferior en reducción días OBE.</li> <li>○ No hubo diferencias en síntomas depresivos, ansiedad, autoestima y calidad de vida (valores mejoraron en ambos grupos)</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A3. ter Huurne et al., 2015 (32)	<p>(n = 214)</p> <p>TCCweb (n = 108) Control: Lista de espera (n = 106).</p> <p>BN: (n = 44) TPA: (n = 85) TANE: (n = 85)</p> <p>Todas mujeres Edad media 39 años</p>	<p>TCCweb: programa estructurado de 2 partes con mínimo 21 momentos de contacto y 10 tareas dentro de una app segura.</p>	<p>Medida 1ª: psicopatología del TCA (EDE-Q); EDE-global y subescalas de restricción, preocupación al comer / por el peso / por la forma</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción corporal (BAT)</li> <li>• Salud física (MAP-HSS) y mental (DASS)</li> <li>• Autoestima (RSES)</li> <li>• Calidad de vida (EQ-5D VAS)</li> <li>• Funcionamiento social (MATE-ICN)</li> <li>• IMC</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post TTO vs Control. Incluye análisis por tipo de TCA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambos grupos mejoraron con el tiempo</li> <li>○ TCCweb &gt; Control: <ul style="list-style-type: none"> <li>– en preocupación por alimentación, forma y peso.</li> <li>– en insatisfacción corporal, salud física y mental, autoestima, funcionamiento social</li> </ul> </li> <li>○ Aunque los 3 subgrupos de TCA mejoraron en sintomatología para TTO y control, sólo el subgrupo TPA mostró un efecto intergrupar significativo.</li> </ul>
A4. McIntosh et al., 2016 (33)	<p>(n = 112)</p> <p>TCC (n = 38) TE (n = 38) TCC-A (n= 36)</p> <p>BN y TPA</p> <p>Mujeres, edad media 35.3 años</p>	<p>6+6 meses en sesiones semanales y mensuales</p> <p>TCC tradicional</p> <p>Terapia de esquemas (TE)</p> <p>TCC basada en el apetito (TCC-A)</p>	<p>Medida 1ª: frecuencia atracones (EDE-12)</p> <p>Medidas 2ªs y 3ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia purga y restricción (EDE-12)</li> <li>• Patrón alimentación y preocupación al comer / por el peso / por la forma (EDE-12)</li> <li>• Peso y forma</li> <li>• Delgadez, IC y bulimia (EDI-2)</li> <li>• Psicopatología y depresión (SCL-90-R)</li> <li>• Evaluación global del funcionamiento (DSM-IV)</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post en todos grupos. Incluye longitudinal 12 m y análisis por tipo TCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sin diferencias entre los 3 grupos</li> <li>○ Gran efecto en frecuencia de atracones y la mayoría de las variables secundarias</li> <li>○ Efecto medio para delgadez</li> <li>○ Efecto pequeño en IC y frecuencia purga</li> <li>○ TPA presentó mayor mejora en la frecuencia de atracones desde el inicio hasta el final del tto, pero a los 12m de seguimiento el efecto se igualó para BN</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A5. Zerwas et al., 2017 (34)	<p>(n = 149)</p> <p>TCCchat (n = 98) TCCgrupala (n = 98)</p> <p>BN</p> <p>98 % mujeres, edad media 28 años</p>	<p>16 sesiones grupales (3-5 pacientes) de TCC de 90' durante 20 semanas (12 semanales seguidas de 4 sesiones quincenales.</p> <p>El contenido y la duración fueron equivalentes, solo cambió el método de administración (grupo de chat en línea o cara a cara)</p>	<p>Medida 1ª: abstinencia de atracones y purgas (EDE)</p> <p>Medidas 2ªs y 3ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de atracones y purgas (EDE)</li> <li>• Puntuación global de EDE</li> <li>• Trastorno depresivo mayor o de ansiedad (SCID-I/P)</li> <li>• Depresión y gravedad ansiedad (BDI; BAI)</li> <li>• Calidad de vida (EDQOL; SF-6D)</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post TCCweb VS TCCpresencial. Incluye longitudinal 3, 6 y 12m.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Final de tto: mejores resultados de TCC presencial en abstinencia y frecuencia de atracones y purgas.</li> <li>○ 12 meses seguimiento: sin diferencias entre grupos en medidas 1ª y 2ªs</li> <li>○ En ambos grupos se consiguió: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ abstinencia</li> <li>• Mejora severidad de síntomas, comorbilidad y calidad de vida</li> </ul> </li> </ul>
A6. Schag et al., 2019 (35)	<p>(n = 80)</p> <p>IMPULS (n = 41) Control (n = 39)</p> <p>TPA</p> <p>83.7% mujeres, edad media 40.3 años</p>	<p>IMPULS: 8 sesiones grupales (4-6 pacientes) de 90'. Es TCC modificada que se centra en reducción de conducta alimentaria impulsiva.</p> <p>Control: no recibieron tto ni estaban lista espera. Se les pidió que observaran atracones y otras conductas impulsivas y rellenaran un cuestionario semanal.</p>	<p>Medida 1ª: OBE</p> <p>Medidas 2ªs y 3ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia OBE, tasa abstinencia, cambios clínicos relevantes, tasa deterioro (EDE)</li> <li>• Preocupación por comer / peso / forma (EDE)</li> <li>• Patología alimentaria (EDE-Q; DEBQ)</li> <li>• Depresión (BDI)</li> <li>• Impulsividad general (BIS-15; BIS/BAS)</li> <li>• Adicción (YFAS; FCQT-SV)</li> <li>• IMC</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post TTO vs Control. Incluye longitudinal 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al final del tto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora IMPULS en medidas 2ª y 3ª: puntuación total EDE, EDE-Q y DEBQ, y síntomas depresivos</li> </ul> </li> <li>○ En seguimiento, mejora IMPULS en medida 1ª, 2ªs y 3ªs de tasa abstinencia y ↓ tasa deterioro</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A7. Thompson-Brenner et al., 2016 (36)	<p>(n = 50)</p> <p>TCCamplia (n = 25) TCCconcreta (n = 25)</p> <p>BN y TLP clínico o subclínico</p> <p>Mujeres, edad media 25.63 años</p>	<p>Dos versiones de TCC mejorada, con sesión preparatoria de 90' y 20 sesiones de 50'.</p> <p>TCCconcreta: sólo trata aspectos TCA</p> <p>TCCamplia: incluye intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima o dificultades interpersonales</p>	<p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OBEs y purgas</li> <li>• EDE global</li> <li>• Síntomas depresivos (BDI)</li> <li>• Gravedad problemas afectivos e interpersonales (DIB-R)</li> <li>• Patología de la personalidad (DAPP-BQ)</li> <li>• Peso</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post en ambos TTOs. Incluye longitudinal 6 meses. Incluye análisis por subgrupos según nivel de problemas afectivos/interpersonales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Final de tto: remisión OBE y purga 55% de todos los que completaron el tto.</li> <li>○ Mejora síntomas con el tiempo y cambios significativos en inicio-fin tto e inicio-seguimiento.</li> <li>○ Sin diferencias en EDE global, depresión o inestabilidad afectiva entre grupos.</li> <li>○ Para la remisión atracones y EDE-G: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TCCamplia beneficia a aquellos con síntomas de TLP más severos</li> <li>• TCCconcreta beneficia a aquellos con síntomas de TLP más leves</li> </ul> </li> </ul>
A8. Dalle Grave et al., 2013 (37)	<p>(n = 80)</p> <p>TCCconcreta (n = 42) TCCamplia, (n = 38)</p> <p>AN-S</p> <p>97.5% mujeres, edad media 23.4 años</p>	<p>Dos versiones de TCC mejorada derivadas del protocolo ambulatorio.</p> <p>TCCconcreta: psicopatología TCA</p> <p>TCCamplia: incluye intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima o dificultades interpersonales</p>	<p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características del TCA (EDE)</li> <li>• Purgas y frecuencia</li> <li>• Psicopatología general (BSI; SCID)</li> <li>• IMC</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post en ambos TTOs. Incluye longitudinal 6 y 12 meses. Incluye análisis por subgrupos según nivel de problemas afectivos/interpersonales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No hubo diferencias entre los dos programas en ningún parámetro</li> <li>○ ↑ IMC: &gt; 85% lograron IMC saludable</li> <li>○ ↓ peso a 6 meses, pero luego se estabilizó</li> <li>○ Mejora PA y psiquiátrica general</li> <li>○ TCC amplia no demostró ningún beneficio frente a TCC concreta</li> <li>○ Mantenimiento durante 1 año</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A9. Fischer et al., 2014 (38)	<p>(n = 41)</p> <p>TCCgrupal (n = 20)</p> <p>Control: Lista espera (n = 21)</p> <p>TPA</p> <p>88% mujeres, edad media 45.6 años</p>	<p>8 sesiones grupales semanales de 90' + 5 sesiones de refuerzo 90' durante 12 meses</p> <p>Abordan los desencadenantes de los atracones y el desarrollo de estrategias individuales</p>	<p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número OBE (EDE-Q)</li> <li>• Restricción, preocupación al comer / por el peso / por la forma (EDE-Q)</li> <li>• Atracones semanales (cuestionario propio)</li> <li>• IMC</li> <li>• Trastornos mentales (DIPS). Depresión, afecto negativo y ansiedad (BDI; BAI)</li> <li>• Satisfacción vital (FLZ) y autoeficacia (SWE)</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post grupo TTO. Incluye longitudinal 3, 6, 12 meses y 4 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↑ tasa abstinencia</li> <li>○ ↓ OBE entre pre-tto y seguimiento</li> <li>○ Durante el tto activo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ atracones autoinformados</li> <li>• ↓ preocupación al comer / por el peso / por la forma y síntomas depresivos</li> <li>• ↑ restricción dietética</li> </ul> </li> <li>○ No hubo deterioro en el seguimiento. Se redujo la preocupación (comer / peso / forma)</li> </ul>
A10. Ricca et al., 2010 (39)	<p>(n = 144)</p> <p>TCCindividual (n = 72)</p> <p>Edad media 46.5 años, 86% mujeres.</p> <p>TCCgrupal: (n = 72)</p> <p>Edad media 47.4 años, 90% mujeres.</p> <p>TPA (incluido subumbral)</p>	<p>Ambas tienen 3 fases y están basadas en el manual de Fairburn para TPA.</p> <p>TCC individual:</p> <p>22 sesiones individuales de 50' cada una, durante 24 semanas</p> <p>TCCgrupal:</p> <p>20 sesiones grupales de 60' cada una, durante 22 semanas</p>	<p>Medidas de patología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº OBE sem (EDE; DSM-IV) y gravedad (BES)</li> <li>• IMC</li> <li>• Actitud / conducta alimentaria (EDE-Q)</li> <li>• Alimentación emocional (EES)</li> <li>• Comorbilidad psiquiátrica (SCID-I/P)</li> <li>• Depresión y ansiedad (BDI; STAI); Angustia psicopatológica (SCL-90-R)</li> </ul> <p>Medidas de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación al finalizar tto y a los 3 años</li> <li>• Resistencia al tratamiento y recaídas</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Cambio de diagnóstico del TCA</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post entre los dos grupos y dentro de cada grupo. Incluye longitudinal 3 años y análisis por tipo de TPA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Final de tto: TCCi más efectivo en ↓ patología alimentaria y EDE global</li> <li>○ Seguimiento a largo plazo: TCCindividual respuesta similar a TCCgrupal en todas medidas de resultados</li> <li>○ Ambos grupos consiguieron: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ angustia psicopatológica y síntomas depresivos</li> <li>• ↓ alimentación emocional, frecuencia de atracones e IMC</li> </ul> </li> <li>○ Aprox. 50% recuperación completa o cambio de TPA a TPA-S en 2 grupos</li> <li>○ No hubo ≠ en TPA y TPA-S en probabilidad de recuperación</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A11. Carrard et al., 2011 (40)	<p>(n= 74)</p> <p>TCCweb (n=37); Control: Lista de espera (n =37)</p> <p>TPA</p> <p>Mujeres, edad media 36 años</p>	<p>TCCweb: 11 módulos con técnicas habituales de TCC y autoayuda. Contenido teórico y ejercicios. Incluye contacto semanal por correo electrónico para recibir apoyo y resolver preguntas.</p>	<p>Medida 1ª: subescala de bulimia EDI-2</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EDE-Q global y subescalas EDE-Q y EDI-2</li> <li>• Nº OBE, abstinencia</li> <li>• Restricción alimentaria y percepción de hambre y saciedad (TFEQ)</li> <li>• Psicopatología general (BDI-II; SCL-90-R)</li> <li>• Calidad vida (IWQOL-LITE) e IMC</li> <li>• Autoestima (RSES)</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post entre ambos grupos. Incluye longitudinal 6 y 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejora en TCCweb vs Control en medidas 1ª y 2ªs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ bulimia, EDE-Q global y nº OBE</li> <li>• ↓ impulso por delgadez, IC y preocupación por la forma</li> <li>• Conciencia interoceptiva, percepción hambre y regulación de impulsos</li> <li>• Autoestima, calidad de vida e IMC</li> </ul> </li> <li>○ Los resultados se sostienen tras 6 meses de seguimiento.</li> </ul>
A12. M. Grilo, et al., 2014a (41)	<p>(n = 48)</p> <p>TCCautoayuda (n = 24) Atención habitual (n= 24)</p> <p>TPA</p> <p>79% mujeres, edad media 45,8 años</p>	<p>TCCautoayuda: se entrega un manual de autoayuda basado en TCC + autoregistro.</p> <p>Atención habitual: intervenciones no específicas de atención primaria con independencia del equipo investigador.</p>	<p>Medida 1ª: abstinencia o frecuencia OBE (EDE; EDE-Q)</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PA (EDE y EDE-Q global)</li> <li>• Síntomas depresivos (BDI)</li> <li>• Peso y altura</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post TCCautoayuda vs Atención habitual. Incluye análisis longitudinal mes a mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambos grupos consiguieron: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ↓ atracones</li> <li>– Mejora PA</li> <li>– ↓ síntomas depresivos</li> </ul> </li> <li>○ Sin diferencias entre grupos en post-tto en tasas remisión</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A13. M. Grilo, et al., 2014b (42)	<p>(n = 104)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sibutramina (n=26)</li> <li>2. Placebo (n= 27)</li> <li>3. TCC autoayuda + sibutramina (n= 26)</li> <li>4. TCC autoayuda + placebo (n =25)</li> </ol> <p>TPA con obesidad, 73% mujeres, edad media 43.9 años</p>	<p>TCCautoayuda: se proporciona un manual de autoayuda basado en TCC + autoregistro</p> <p>Fármaco anti-obesidad Sibutramina a dosis de 15 mg/día para la pérdida de peso.</p>	<p>Medida 1ª: abstinencia atracones (EDE; EDE-Q) y % de pérdida de peso</p> <p>Medidas 2ªs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PA (EDE y EDE-Q global)</li> <li>○ Síntomas depresivos (BDI)</li> <li>○ Peso y altura</li> </ul> <p>Análisis: mejora pre-post en los 4 grupos. Incluye análisis de evolución longitudinal mes a mes y seguimiento a 6 y 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tasas de remisión no difirieron entre tratamientos</li> <li>○ Grupo TCCautoayuda &lt; frecuencia atracones sólo a los 6 meses</li> <li>○ Hubo pérdida de peso significativa en el grupo Sibutramina, pero se recuperó después del tratamiento</li> <li>○ Mejora PA sin diferencias entre ttos</li> </ul>
A14. Macdonald, 2016 (43)	<p>(n = 44)</p> <p>TCC-Respuesta rápida (n = 23)</p> <p>Entrevista motivacional (n = 21)</p> <p>BN</p>	<p>Se mantuvo el tratamiento hospitalario y, a mayores, 4 sesiones de:</p> <p>TCC-RR: fomenta la respuesta rápida. Incluye psicoeducación, estrategias conductuales, construcción autoeficacia y eficacia</p> <p>Entrevista motivacional: intervenciones específicas y colaborativas para aumentar su motivación al cambio.</p>	<p>Medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Preocupación peso y forma (EDE; EDE-Q)</li> <li>● Sobrevaloración peso y forma (WISE-Q)</li> <li>● IC, bulimia y conductas delgadez (EDI)</li> <li>● Autoeficacia y motivación (RMQ)</li> <li>● Impulsos alimentarios (EDUBS)</li> <li>● Disregulación emocional (DERS)</li> <li>● Síntomas depresivos (BDI-II)</li> <li>● Autoestima (RSES)</li> </ul> <p>Análisis: mejora respondedores rápida vs no rápidos; mejora TCC vs EM; Incluye longitudinal 6 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ TCC-RR &gt; que EM en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● tasa respuesta rápida al tto DH</li> <li>● ↓ PA (&lt; atracones/vómitos/laxantes y alimentación más normalizada) en primeras 4 semanas de DH</li> <li>● mejora sobrevaloración peso y forma</li> <li>● mejora disregulación emocional</li> </ul> </li> <li>○ TCC-RR logró respuesta rápida al tratamiento hospitalario</li> </ul>

Autores y año	Muestra y grupos	Tratamiento	Variables, herramientas y análisis	Resultados principales
A15. Sánchez-Ortiz et al., 2011 (44)	(n = 76)  TCCweb (n = 38) Control: Lista espera (n = 38)  BN  Estudiantes, 98.7% mujeres, edad media 23.9 años	TCCweb: 3 meses de sesiones online de 45' con tareas y herramientas de autoevaluación. Apoyo terapéutico por correo.  Control: lista de espera 3 meses y tto demorado de TCCweb de 3 meses	Medidas 1ª: frecuencia atracones y vómitos (EDE) y EDE-global.  Medidas 2ªs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción, preocupación al comer / por el peso / por la forma (subescala EDE)</li> <li>• Remisión atracones/vómitos/purgas</li> <li>• Ansiedad y depresión (HADS)</li> <li>• Calidad de vida (WHOQOL-BREF)</li> </ul> Análisis: mejora pre-post TTO vs Control. Incluye longitudinal 3 y 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ TCC &gt; a Control para todas las medidas al finalizar el tto y durante seguimiento</li> <li>○ A los 3 meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control mostró mejora solo en PA</li> <li>• TCC mejoró PA, medidas afectivas y calidad de vida.</li> </ul> </li> <li>○ A los 6 meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control mejoró al aplicar el tto, pero con resultados más pobres que TCC.</li> <li>• TCC mantuvo o mejoró resultados</li> </ul> </li> </ul>

**Tabla 3.** Principales resultados de los artículos revisados.

**AN:** anorexia nerviosa; **AN-S:** anorexia nerviosa severa; **BAI:** Beck Anxiety Inventory. **BAT:** Body Attitude Test; **BDI:** Beck Depression Inventory; **BES:** Binge Eating Scale; **BIS/BAS:** Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System questionnaire; **BIS-15:** Barrat Impulsiveness Scale, short version; **BN:** bulimia nerviosa; **BSI:** Brief Symptom Inventory; **CIA:** Clinical Impairment Assessment; **DAPP-BQ:** Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; **DASS:** Depression Anxiety Stress Scale; **DEBQ:** Dutch Eating Behaviour Questionnaire; **DEERS:** Difficulties in Emotion Regulation Scale; **DIB-R:** Diagnostic Interview for Borderlines-Revised; **DIPS:** Diagnostisches Interview für psychische Störungen (Entrevista diagnóstica para trastornos mentales); **DIPS-K:** Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes (Entrevista diagnóstica para trastornos mentales en el niño); **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; **EDE:** *Eating Disorder Examination*; **EDE-Q:** Eating Disorder Examination Questionnaire; **EDI:** Eating Disorder Inventory; **EDQOL:** Eating Disorders Quality of Life Questionnaire; **EDUBS:** Eating Disorder Urges and Behaviours Scale; **EES:** Emotional Eating Scale; **EM:** Entrevista Motivacional; **EQ-SD-VAS:** EuroQol Visual Analogue Scale; **FCQT-SV:** Food Craving Questionnaire Trait, short version; **FLZ:** Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Cuestionario de satisfacción con la vida); **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale; **IC:** insatisfacción corporal. **IMC:** índice de masa corporal; **IWQOL-LITE:** Impact of Weight on Quality of Life-Lite; **MAP-HSS:** Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale; **MATE-ICN:** Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - International Classification of Functioning Disability and Health; **OBE:** episodios de atracones objetivos. **PA:** psicopatología alimentaria. **RMQ:** Readiness and Motivation Questionnaire; **RSES:** Rosenberg Self-esteem Scale; **SCID-I / P:** Structured clinical interview for DSM-IV-tr axis i disorders, research version, patient edition; **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-Revised; **SF-6D:** Short-Form Six-Dimension; **SF-12:** 12 Item Short-Form Health Survey; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory; **SWE:** Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (Escala general de autoeficacia); **TANE:** trastorno alimentario no especificado; **TCC:** terapia cognitivo conductual; **TCC-A:** terapia basada en el apetito; **TCC-RR:** TCC respuesta rápida; **TE:** terapia de esquemas; **TFEQ:** Three-Factor Eating Questionnaire; **TLP:** trastorno límite de la personalidad; **TPA:** trastorno por atracón; **TPA-S:** trastorno por atracón subclínico; **WAI:** Working Alliance Inventory; **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life scale brief versioón; **WISE-Q:** Weight Influenced Self-Esteem Questionnaire; **YFAS:** Yale Food Addiction Scale;

## 6. DISCUSIÓN

La intervención cognitivo conductual es eficaz en la reducción de la patología alimentaria y en la mejora de la comorbilidad psiquiátrica en los TCA, tal como hemos encontrado en la mayoría de los trabajos, con la excepción de los estudios **A12** (41) y **A13** (42), en los que la TCC de autoayuda pura no supuso ninguna ventaja frente a una intervención habitual ambulatoria o un placebo, respectivamente.

### 6.1. Subtipos de terapia cognitivo conductual: TCC de autoayuda.

Entre los artículos revisados, siete de ellos realizan TCC autoguiada (identificada como TCCweb y TCCautoayuda en la tabla y el texto). Ambas intervenciones aportan a los participantes material para trabajar y para que hagan autorregistros, dándoles así flexibilidad y autonomía para realizarlos o no. La TCCweb cuenta con módulos online a los que los participantes acceden y, además, tiene un apoyo terapéutico vía correo electrónico, con el objetivo de resolver dudas y enviar los registros, mientras que la definida como TCCautoayuda es de corte más tradicional sin seguimiento a través de nuevas tecnologías, ya que se limita a la entrega de un manual y el material para el autorregistro. Esta diferencia se ha encontrado especialmente relevante en la efectividad del tratamiento, pues los dos trabajos que utilizaron la intervención sin apoyo terapéutico no obtuvieron resultados positivos, mientras que el resto sí. Dicho de otra manera, la aplicación de TCC vía telemática resultó eficaz en aquellos protocolos que incluyeron apoyo terapéutico vía online.

Esto lo podemos ver en el trabajo **A3** (32), donde la TCC demuestra su eficacia frente a un grupo control en la mejora de la patología alimentaria, así como en la insatisfacción corporal, la salud mental, la autoestima y el funcionamiento social. En este trabajo se incluyeron pacientes con BN, TPA y trastorno alimentario no especificado y, aunque todos experimentaron mejora, fue mayor en aquellos con TPA. De la misma forma, el estudio **A11** (40) tiene hallazgos similares en pacientes con TPA, incluyendo mejora en otras medidas como la conciencia interoceptiva, la percepción del hambre y la saciedad o la calidad de vida. Estos resultados se mantuvieron tras 6 meses de seguimiento.

De la misma forma, en pacientes con BN, el trabajo **A15** (44) demostró la superioridad de TCC autoayuda frente a un grupo control en todas las medidas, incluso en el seguimiento de 6 meses, cuando el grupo Control ya había recibido el tratamiento demorado. Esto sugiere que aplicar TCC de forma temprana puede ser más eficaz. Por otro lado, **A2** (31) demostró la eficacia de la TCC web, así como el mantenimiento de los resultados a largo plazo. No obstante, la modalidad

presencial se mostró superior a la web en la reducción de días con OBE, en la mejora de la patología alimentaria y en la tasa de abstinencia conseguida al finalizar el tratamiento (las diferencias desaparecieron en el seguimiento, en este caso de 18 meses).

En este mismo sentido, en el trabajo **A1** (30), que aplicó TCC web, la mejora de la patología alimentaria y los síntomas depresivos también se mantuvo a largo plazo (1 año de seguimiento). Todo esto nos lleva a concluir que la TCC web mejora la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica en TCA, manteniéndose los efectos a medio-largo plazo.

Sin embargo, los resultados cambian cuando la TCC es puramente de autoayuda, es decir, se entrega un manual y registros para cumplimentar, pero no hay apoyo terapéutico. Se han incluido dos trabajos que incluyen esta intervención y, además, tienen la particularidad de realizarse en entornos de atención primaria y con pacientes étnicamente diversos. En este caso (41), la TCC no presenta ninguna ventaja respecto a un servicio ambulatorio habitual, ya que aunque este método produce una tendencia de mejora (mes a mes), esta no es suficiente para una marcada diferencia al final del tto con respecto al grupo control de ayuda habitual. Estos hallazgos junto con los resultados de un cuestionario de conocimiento que se pasó a los participantes y obtuvo resultados modestos, sugieren que es probable que se necesite orientación del médico para mejorar el conocimiento y/o el uso de la TCC. Este mismo resultado se corresponde con aquellos del trabajo **A13** (42), donde se consigue una reducción de la frecuencia de OBE a los 6 meses, pero no post tratamiento ni a los 12 meses. Es decir, el efecto es muy débil y no se mantiene a largo plazo. Sabiendo que las variables demográficas no predijeron ni moderaron los principales resultados clínicos obtenidos, los resultados sugieren, por un lado, que los resultados logrados en entornos especializados no son escalables a la atención primaria y, por otro lado, la necesidad de futuros estudios con mayor poder estadístico para estudiar los métodos de TCC autoayuda.

## 6.2. Subtipos de terapia cognitivo conductual: TCC grupales

Otra metodología que hemos encontrado en nuestra revisión es la de aplicación de TCC grupal, tanto en versión online como presencial. En las sesiones grupales evaluadas en el trabajo **A5** (34) se demostró la inferioridad de la modalidad web en los resultados de abstinencia y frecuencia de atracones y purgas en pacientes con BN. Sin embargo, las diferencias entre ambas modalidades desaparecieron a los 12 meses de seguimiento. Esto sugiere que, aunque el cambio sea más lento, las sesiones grupales vía chat son eficaces a largo plazo. Esto refuerza nuestra conclusión de que las modalidades de TCC online, tanto individuales como grupales, son efectivas, aunque inferiores a las alternativas tradicionales presenciales. Por ello, su valor puede

residir en una modalidad de tratamiento para pacientes que de otro modo no podrían acceder al tratamiento cara a cara o como un paso intermedio en un sistema de tratamiento escalonado.

En cuanto a sesiones grupales presenciales, los resultados son similares. El trabajo **A9** (38) aplicó una intervención de TCCgrupal tradicional a corto plazo, es decir, se realizaron menos sesiones de las protocolarias (8 sesiones + 5 de refuerzo) y consiguió una mejora notable en la patología alimentaria y síntomas depresivos, que se mantuvieron o mejoraron durante el seguimiento de 4 años. No obstante, se debe tener en cuenta que una parte sustancial de los participantes utilizó otros servicios de salud adicionales en ese período. El trabajo **A6** (35) (terapia IMPULS en la tabla 3) aplicó el mismo número de sesiones grupales, pero con un enfoque de TCC centrado en la alimentación impulsiva. Al finalizar el tratamiento, el grupo IMPULS mostró mejoras en la patología alimentaria y los síntomas depresivos, pero no tuvo efecto en la reducción de atracones en comparación con el grupo Control que no recibió la intervención. Sin embargo, en el seguimiento se produce la reducción de atracones, lo que sugiere que, aunque se produzcan cambios cognitivos se puede necesitar más tiempo para modificar las conductas asociadas al TCA. A pesar de la mejora del comportamiento alimentario impulsivo observada, no se consiguió la reducción de la impulsividad general, lo que indica que esta medida es un rasgo relativamente estable que es difícil de cambiar con una intervención a corto plazo.

Por otro lado, el estudio **A10** (39) se ajustó más al protocolo rutinario, aplicando sesiones de TCC tradicional grupales (20 sesiones) e individuales (22 sesiones). Ambas consiguieron una mejora de la patología alimentaria y de la comorbilidad psiquiátrica, pero la TCC individual fue superior a la TCC grupal en la reducción del número de OBE al final del tratamiento. En cambio, al final del tratamiento el porcentaje de pacientes que obtuvieron una recuperación completa o cambio de diagnóstico de TPA a TPA-subumbral fue similar en ambas y a los 3 años de seguimiento el porcentaje de pacientes que seguían con el diagnóstico de TPA era similar. Esto sugiere que el cambio en la terapia grupal es más lento respecto a la individual, pero no menos eficaz.

### 6.3. Subtipos de terapia cognitivo conductual: nuevos enfoques

Los trabajos presentados a continuación aplican terapias individuales y presenciales, pero presentan enfoques más novedosos. En el trabajo **A4** (33) se comparó la TCC individual tradicional con la terapia basada en esquemas y la TCC basada en el apetito, obteniendo una mejora notable en la patología alimentaria en los tres grupos. La igualdad de resultados supone nuevas estrategias de tratamiento que tanto pacientes como terapeutas pueden preferir, ya que se alejan de la actuación o supervisión tradicional.

Dos de los trabajos revisados utilizan el protocolo de TCC mejorada (41)(37), en el cual se incluyen mejoras para el tratamiento de los TCA. Este protocolo incluye dos versiones: la TCC concreta, centrada en aspectos del TCA y la TCC amplia, la cual incluye trabajo de intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales. En este sentido, en el trabajo **A7** (36) ambos grupos de tratamiento mejoraron la patología alimentaria, los síntomas depresivos y la inestabilidad afectiva, pero cuando se analizaron los resultados entre subgrupos de gravedad se vio que aquellos participantes con síntomas leves de TLP tuvieron mayor beneficio de la TCC concreta, mientras que aquellos con síntomas más severos se beneficiaron más de la TCC amplia. Esto confirma la interferencia de ciertos síntomas como la intolerancia al estado de ánimo o los problemas interpersonales en el éxito del tratamiento en pacientes con BN y la ventaja de estos protocolos específicos en estos pacientes.

Por el contrario, en el trabajo **A8** (37) la TCC amplia no mostró beneficio respecto a TCC concreta. No obstante, no utilizaron los mismos criterios para establecer la gravedad de síntomas afectivos / interpersonales para realizar los subgrupos, sino que los síntomas principales fueron evaluados por un terapeuta en una entrevista. Otras explicaciones posibles pueden ser que en pacientes con bajo peso grave no influyan tanto los mecanismos específicos de la TCC amplia o que esas dificultades no se vean en el ambiente hospitalario (tienen poco contacto con otras personas, no hay obligaciones que perpetúen el perfeccionismo...). Aunque no se ha podido demostrar la superioridad frente a otras terapias, dados los buenos resultados y la aceptación de TCC-mejorada de ambulatorio vista en otros estudios (46)(47)(48)(49), esta intervención puede servir para pasar de la terapia hospitalaria a la ambulatoria sin cambiar la forma de tratamiento.

También en un entorno hospitalario, pero con pacientes con BN, se desarrolla el trabajo **A14** (43), en el que se evaluó un protocolo de TCC enfocado en conseguir una respuesta rápida (TCC-Respuesta Rápida), definida como la reducción de tres o más atracones y/o vómitos y/o episodios laxantes en las primeras 4 semanas, al tratamiento hospitalario. Efectivamente, en el grupo de TCC-RR se consiguió una tasa de respuesta rápida elevada y, debido a que los respondedores rápidos y no rápidos no difirieron en ninguna variable de estudio al inicio del estudio, se confirma su eficacia en generar una respuesta rápida. Sorprendentemente, esta breve intervención de TCC-RR también tuvo efectos en la mejora de la patología alimentaria, sobrevaloración del peso y la forma, y en la desregulación emocional. Aunque la TCC-RR no mejoró los impulsos de la patología alimentaria ni los niveles de psicopatología general, el grupo RR tuvo una mayor capacidad para controlar esos comportamientos. Por ello, la TCC-RR puede ser de utilidad como terapia complementaria a la TCC tradicional, ya que potencia la respuesta.

## 6.4. Limitaciones y propuestas de mejora

En la revisión hemos encontrado las siguientes limitaciones:

- La mayoría de los artículos se realizaron con un gran porcentaje o la totalidad de los participantes mujeres. Además, los participantes suelen tener alto nivel educativo. Por otro lado, la edad va desde los 26 hasta los 49 años, dejando tanto el rango inferior como el superior sin estudiar.
- En varios artículos no se conseguía la muestra necesaria, teniendo muestras pequeñas/medias con baja potencia estadística.
- La mayoría de los trabajos no tenían un seguimiento a largo plazo.

Por ello, proponemos como propuestas de mejora que 1) se incluyan hombres, de diverso nivel educativo y edad joven (<26 años) y anciana (>50 años); 2) se incrementen las muestras de estudios; y 3) se alarguen los períodos de seguimiento al año e, idealmente, a períodos superiores.

## 7. CONCLUSIONES

- La **TCC** es eficaz en la mejora de la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica, manteniéndose los **efectos a medio-largo plazo**.
- Las **TCC basadas en nuevas tecnologías** son eficaces cuando existe orientación especializada, aunque el cambio es más lento respecto a la opción presencial.
- Enfoques concretos como la **terapia de esquemas**, la **TCC centrada en el apetito** o la **TCC centrada en la alimentación impulsiva** tienen un gran efecto en la patología alimentaria.
- El enfoque de **TCC amplia** presenta un beneficio en pacientes con sintomatología de trastorno límite de la personalidad y BN en ambiente ambulatorio, pero no supone ninguna ventaja en pacientes severos hospitalizados.
- La **TCC de respuesta rápida** es eficaz en conseguir una tasa de respuesta rápida elevada que beneficia el efecto tratamiento hospitalario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Guarín M; GRJ. Trastornos de la conducta alimentaria. In: Gómez Restrepo, Carlos. *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª ed. Bogotá, etc.: Médica Panamericana; 2008.
2. American Psychiatry Association. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. In: American Psychiatry Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª ed . 2014.
3. Black, Donald W. *Introducción a la psiquiatría*. Madrid : Panamericana. 5ª ed. 2012. [cited 29 Mar 2020]
4. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2015 [Consulted Dec 20, 2020]; 24(1):177–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
5. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2019 [Consulted Feb 20, 2020]; 109(5):1402–13. Available from: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
6. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* [Internet]. 2017 [Consulted Dec 28, 2019]; 5: 56. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
7. Moreno Redondo FJ. Prevalencia de TCA en España: necesidad de revisión. Summary of presentation of the Iberoamerican Congress of Nutrition. In *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2019 July 3-5; Pamplona; 23(Supl. 1): 130 - 131; Available from: <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891>
8. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2012 [Consulted Dec 28, 2019]; 14(4):406–14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-012-0282-y>
9. Global Health Data Exchange. *Global Health Data Exchange* [Internet]. 2017 [Consulted 2020 Mar 19]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

10. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 [Consulted 2020 Feb 21]; 68(7):714–23. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107211>
11. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [Consulted 2020 Feb 21];3(5):3–10. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002646>
12. Gómez Candela C, Milla Palma S, Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Martín Matía P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [Consulted 2020 Apr 19]; 35:489–94. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000200489](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200489)
13. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 [Consulted 2020 Apr 7]; 68(7):724–31. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107207>
14. Toro Trallero J, Castro Fornieles J. Consecuencias psicopatológicas de la malnutrición. In: Miján de la torre A. (editor). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. Glosa; 2004.
15. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2016 [Consulted 2019 Dec 28]; 29(6):340-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662598/>
16. Carretero García A, Sánchez Planell L, Rusiñol Estragués J, Raich Escursell RM., Sánchez Carracedo D. Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud* [Internet]. 2009 [Consulted 2019 Dic 28]; 20(2):145–57. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

17. Rosa Behar A, Cabrera Enrique V, Carolina Vargas F. Body dissatisfaction in eating disorders: A comparative study. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* [Internet]. 2011 [Consulted 2020 Jan 26]; 49(1):26–36. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/288126706\\_Body\\_dissatisfaction\\_in\\_eating\\_disorders\\_A\\_comparative\\_study](https://www.researchgate.net/publication/288126706_Body_dissatisfaction_in_eating_disorders_A_comparative_study)
18. Rubino, F., Puhl, R.M. Cummings DE et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* [Internet]. 2020 [Consulted 2020 Mar 19]; **26**, 485–97. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
19. Cruwys T, Leverington CT, Sheldon AM, Hons B. An Experimental Investigation of the Consequences and Social Functions of Fat Talk in Friendship Groups. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2016 [Consulted 2020 Mar 19]; 49:84–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22446>
20. Lin L, Soby M. Is listening to fat talk the same as participating in fat talk? *Eat Disord J* [Internet]. 2016 [Consulted 2020 Mar 21]; 25(2):165–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2016.1255106>
21. Lombardi K, Beatty S, Devine A, Wallace R, Costello L. Fat talk : Influences on body image in childcare. *Health Promot J Austr* [Internet]. 2019 [Consulted 2020 Mar 21]; 31(2):224–31. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpja.272>
22. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. *Am Psychol* [Internet]. 2007 [Consulted 2020 Feb 21]; 62(3):181–98. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.62.3.181>
23. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am.* [Internet]. 2019 [Consulted 2020 May 15]; 42(1):59–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X18311547>
24. Neumark-sztainer D. Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *Int J Eat Disord* [Internet]. 2005 [Consulted 2020 Mar 15]; 38:220–227. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20181>
25. Pérez García AM, Miján de la torre A. Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. In: Miján de la torre A. (editor). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria.* Ed. Glosa; 2004.
26. Bolaños Ríos P. La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de

- la conducta alimentaria. *Trast Cond Alim* [Internet]. 2009 [Consulted 2020 Apr 5]; 10:1069–86. Available from: [http://www.tcsevilla.com/archivos/educacion\\_nutricional\\_en\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.tcsevilla.com/archivos/educacion_nutricional_en_trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf)
27. Fairburn CG. *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York, Guilford Press, 1993.
  28. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press; 2008.
  29. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* [Internet]. 2003 [Consulted Jun 24]; 41(5):509–28. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796702000888>
  30. Wagner B, Nagl M, Dölemeyer R, Klinitzke G, Steinig J, Hilbert A, et al. Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Treatment Program for Binge-Eating Disorder. *Behav Ther* [Internet]. 2016 [Consulted Jun 24]; 47(4):500–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.01.006>
  31. De Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Svaldi J, Friederich HC, Schmidt F, et al. Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients: The INTERBED randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 [Consulted Jun 15]; 74(10):987–95. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2017.2150>
  32. Huurne ED, Haan HA De, Postel MG, Palen J Van Der. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial *J Med Internet Res* [Internet]. 2015 [Consulted Jun 25]; 17(6):e152. Available from: <http://www.jmir.org/2015/6/e152/>
  33. McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD, Frampton CMA, McKenzie JM, Latner JD, et al. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016 [Consulted Jun 25]; 240:412–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>

34. Zerwas SC, Watson HJ, Hofmeier SM, Levine MD, Hamer RM, Crosby RD, et al. CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2017 [Consulted Jun 25]; 86(1):47–53. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/449025>
35. Schag K, Rennhak SK, Leehr EJ, Skoda EM, Becker S, Bethge W, et al. IMPULS: Impulsivity-focused group intervention to reduce binge eating episodes in patients with binge eating disorder—a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2019 [Consulted Jun 25]; 88(3):141–53. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/499696>
36. Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, Satir DA, Richards LK, Pratt EM, et al. Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2016 [Consulted Jun 25]; 49(1):36–49. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22468>
37. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn G. C. Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2013 [Consulted Jun 25]; 82:390–8. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/350058>
38. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. Behaviour Research and Therapy Short-term Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: Long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther* [Internet]. 2014 [Consulted Jun 25]; 58:36–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.007>
39. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite* [Internet]. 2010 [Consulted Jun 25]; 55(3):656–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.019>
40. Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Golay A, Van der Linden M. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behav Res Ther* [Internet]. 2011 [Consulted Jun 25]; 49(8):482–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.004>
41. M. Grilo C, A. White M, Gueorguieva R, D. Barnes R, M. Masheb R. Self-help for Binge

- Eating Disorder in Primary Care: A Randomized Controlled Trial with Ethnically and Racially Diverse Obese Patients. *Behav Res Ther.* [Internet] 2013 [Consulted Jun 25]; 51(12). Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796713001770>
42. Grilo CM, Masheb RM, Marney AW, Gueorguieva R, Barnes RD, Walsh TB, et al. Treatment of Binge Eating Disorder in Racially and Ethnically Diverse Obese Patients in Primary Care: Randomized Placebo Controlled Clinical Trial of Self-Help and Medication. *Behav Res Ther.* [Internet]. 2014 [Consulted Jun 25]; 0:1–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796714000564>
  43. MacDonald ED. Rapid response to day hospital treatment in bulimia nervosa and purging disorder: a randomized controlled trial of an intervention to facilitate early behaviour change [Doctor] [Internet]. Toronto: Ryerson University; 2016 [Consulted Jun 25]; Available from: <https://doi.org/10.1037/ccp0000221>
  44. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Stahl D, House J, Startup H, Treasure J, et al. A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychol Med* [Internet]. 2011 [Consulted Jun 25]; 41:407–17. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291710000711/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291710000711/type/journal_article)
  45. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials* [Internet] 1996 [Consulted Jun 25]; 17(1):1–12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0197245695001344>
  46. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM et al. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011 [Consulted Jun 25]; 166(3):311–9. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
  47. Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2011 [Consulted Jun 25]; 49(4):219–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>
  48. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for

adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behav Res Ther* [Internet]. 2013 [Consulted Jun 25]; 51(1):R9–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>

49. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behav Res Ther* [Internet]. 2013 [Consulted Jun 25]; 51(1):R2–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>

## ANEXOS

### ANEXO 1. Criterios diagnósticos del DSM-V de los TCA incluidos en el trabajo

#### ***Criterios diagnósticos de AN***

**Criterio 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. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

**Criterio B.** Miedo intenso a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

**Criterio C.** Alteración de la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las 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 (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- |   |  |
|---|--|
| - Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$      | - Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$ |
| - Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$ | - Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$   |

## ***Criterios diagnósticos de BN***

**Criterio A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

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

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

**Criterio C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

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

**Criterio E.** La alteración no se produce solo 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 período 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 período continuado.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- 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.

### ***Criterios diagnósticos de TPA***

**Criterio A:** episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

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

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

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

**Criterio C:** malestar intenso respecto a los atracones.

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

**Criterio E:** el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

*Especificar si:*

En **remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En **remisión total**: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 atracones a la semana.

## ANEXO 2. Prevalencia de los TCA (Tabla extensa)

Género	TCA	AN	BN	TPA
<b>Prevalencia de por vida</b>				
Mujeres	8.4%	1.4% (0.1–3.6%)	1.9% (0.3–4.6%)	2.8% (0.6–5.8%)
Hombres	2.2%	0.2% (0–0.3%)	0.6% (0.1–1.3%)	1.0% (0.3–2.0%)
<b>Prevalencia en 12 meses</b>				
Mujeres	2.2%	0.05% (0–0.8%)	0.7% (0.3–2.2%)	1.4% (0.5–3%)
Hombres	0.7%	0.1% (0–0.2%)	0.4% (0–1.1%)	0.6% (0–1.2%)
<b>Prevalencia puntual</b>				
Mujeres	5.7%	2.8% (0–4.8%)	1.5% (0–8.4%)	2.3% (0–9.8%)
Hombres	2.2%	0.3% (0–0.4%)	0.1% (0–1.3%)	0.3% (0–0.5%)
Período 2000-2006	3.5%	-	-	-
Período 2007-2012	4.9%	-	-	-
Período 2013-2018	7.8%	-	-	-

**Anexo 2.** Prevalencia TCA. (5). *Todos los valores corresponden a medias ponderadas*

## ANEXO 3. Criterios de calidad de Oxford originales

### Oxford Quality Scoring System

---

1. Was the study described as random? (

- Yes (+1)
- No (0)

2. Was the randomization scheme described and appropriate?

- Yes (+1)
- No (-1)

3. Was the study described as double-blind?

- Yes (+1)
- No (0)

4. Was the method of double blinding appropriate?

- Yes (+1)
- No (-1)

11 Were both the patient and the assessor appropriately blinded?

5. Was there a description of dropouts and withdrawals?

- Yes (+1)
- No (0)

≤2 points

Low range of quality score

≥3 points

High range of quality score

## ANEXO 4. Siglas y acrónimos utilizados en el trabajo

<b>AN:</b> anorexia nerviosa	<b>EDUBS:</b> Eating Disorder Urges and Behaviours Scale
<b>AN-S:</b> anorexia nerviosa severa	<b>EES:</b> Emotional Eating Scale
<b>BAI:</b> Beck Anxiety Inventory	<b>EM:</b> Entrevista Motivacional
<b>BAT:</b> Body Attitude Test	<b>EQ-SD-VAS:</b> EuroQol Visual Analogue Scale
<b>BDI:</b> Beck Depression Inventory	<b>FCQT-SV:</b> Food Craving Questionnaire Trait, short version
<b>BES:</b> Binge Eating Scale	<b>FLZ:</b> Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Cuestionario de satisfacción con la vida)
<b>BIS/BAS:</b> Behavioral Inhibition System / Behavioral Activation System questionnaire	<b>HADS:</b> Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>BIS-15:</b> Barrat Impulsiveness Scale, short version	<b>IC:</b> insatisfacción corporal
<b>BN:</b> bulimia nerviosa	<b>IMC:</b> índice de masa corporal
<b>BSI:</b> Brief Symptom Inventory	<b>IWQOL-LITE:</b> Impact of Weight on Quality of Life-Lite
<b>CIA:</b> Clinical Impairment Assessment	<b>MAP-HSS:</b> Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale
<b>DAPP-BQ:</b> Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire	<b>MATE-ICN:</b> Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - International Classification of Functioning Disability and Health.
<b>DASS:</b> Depression Anxiety Stress Scale	<b>OBE:</b> episodios de atracones objetivos.
<b>DEBQ:</b> Dutch Eating Behaviour Questionnaire	<b>PA:</b> psicopatología alimentaria.
<b>DERS:</b> Difficulties in Emotion Regulation Scale	<b>RMQ:</b> Readiness and Motivation Questionnaire
<b>DIB-R:</b> Diagnostic Interview for Borderlines - Revised	<b>RSES:</b> Rosenberg Self-esteem Scale;
<b>DIPS:</b> Diagnostisches Interview für psychische Störungen (Entrevista diagnóstica para trastornos mentales)	<b>SCID-I / P:</b> Structured Clinical Interview for DSM-V axis I / patient edition
<b>DIPS-K:</b> Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes (Entrevista diagnóstica para trastornos mentales en el niño).	<b>SCL-90-R:</b> Symptom Checklist-90-Revised
<b>DSM:</b> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	<b>SF-12:</b> 12 Item Short-Form Health Survey
<b>EDE:</b> Eating Disorder Examination	<b>SF-6D:</b> Short-Form Six-Dimension
<b>EDE-Q:</b> Eating Disorder Examination Questionnaire	<b>STAI:</b> State-Trait Anxiety Inventory;
<b>EDI:</b> Eating Disorder Inventory	<b>SWE:</b> Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (Escala general de autoeficacia)
<b>EDQOL:</b> Eating Disorders Quality of Life Questionnaire	<b>TANE:</b> trastorno alimentario no especificado

**TCC:** terapia cognitivo conductual  
**TCC-A:** terapia basada en el apetito.  
**TCC-RR:** TCC respuesta rápida  
**TE:** terapia de esquemas  
**TFEQ:** Three-Factor Eating Questionnaire  
**TLP:** trastorno límite de la personalidad  
**TPA:** trastorno por atracón

**TPA-S:** trastorno por atracón subclínico  
**WAI:** Working Alliance Inventory  
**WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life scale brief version  
**WISE-Q:** Weight Influenced Self-Esteem Questionnaire  
**YFAS:** Yale Food Addiction Scale