

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



EFECTO DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en
Psicología

Stephanie Adriana Borjas Molina

20170196

Yanired Diana Jacinto Pecho

20163201

Asesor

Zoila Magaly Flores Giles

Lima – Perú
Marzo de 2024



Effect of dialectical behavioral therapy on eating disorders

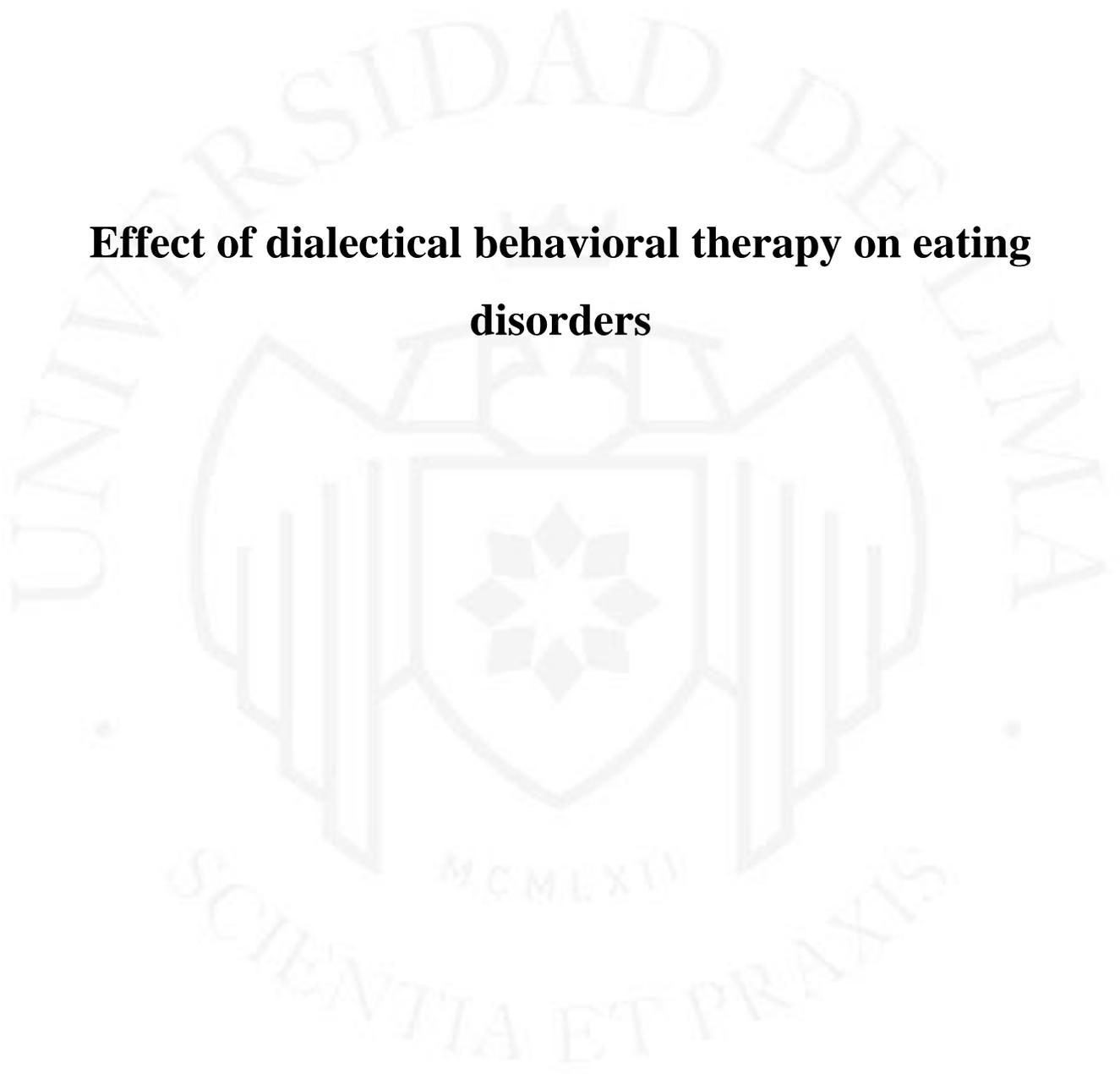


TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO.....	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis de los estudios seleccionados.....	8
Tabla 2 Análisis del proceso de intervención, instrumentos de medición y resultados....	9



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de Flujo7



Efecto de la terapia dialéctica conductual en los trastornos de conducta alimentaria

Stephanie Adriana Borjas Molina¹, Yanired Diana Jacinto Pecho²

20170196@aloe.ulima.edu.pe¹, 20163201@aloe.ulima.edu.pe²

Universidad de Lima

Resumen: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los últimos años han cobrado mayor relevancia dada su creciente reporte de casos y dificultad en la atención. La sintomatología de dichas patologías no logran ser abordadas de manera efectiva, por lo que existe una necesidad de buscar nuevas alternativas de tratamiento, siendo la terapia dialéctica conductual (TDC) una opción tentativa gracias a los resultados que trae consigo. Por ello, el objetivo de la presente revisión es determinar el efecto de la TDC en el tratamiento de los TCA, específicamente, de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Se empleó las bases de datos: Web of Science, EBSCOhost, Scopus, a partir de los lineamientos PRISMA, obteniendo diez artículos científicos que cumplían con los criterios de elegibilidad. Se encontró la TDC y sus adaptaciones, tuvieron resultados significativos en la reducción de los síntomas relacionados a los TCA revisados y estos permanecieron en el tiempo incluso después del alta. Se concluye que la TDC es un tratamiento prometedor en el abordaje de la sintomatología de los TCA. No obstante, es relevante que se realicen más investigaciones en el contexto nacional para así generar resultados que permitan mejorar la intervención.

Palabras clave: trastorno conducta alimentaria, terapia dialéctica conductual, síntomas, tratamiento

Abstract: In recent years, eating disorders (EDs) have gained greater significance due to their increasing incidence and difficulty in treatment. The symptomatology of these disorders often cannot be effectively addressed, leading to a need for new treatment alternatives. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has emerged as a promising option due to the results it brings. Therefore, the objective of this review is to determine the effect of DBT in the treatment of EDs, specifically anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. We searched the databases: Web of Science, EBSCOhost, Scopus, following PRISMA guidelines, resulting in the selection of ten scientific articles that met the eligibility criteria. It was found that DBT and its adaptations had significant results in reducing symptoms related to the reviewed EDs, and these improvements persisted over time even after discharge. It is concluded that DBT is a promising treatment in addressing the symptomatology of EDs. However, further research in the national context is relevant to generate results that improve intervention.

Keywords: eating disorder, dialectical behavior therapy, symptoms, treatment

Introducción

En los últimos años los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han adquirido una mayor relevancia en los servicios sociales y sanitarios, debido a su envergadura y dificultad para determinar tanto el diagnóstico como el tratamiento necesario para el paciente (Frieiro et al., 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) indica que en el 2019 alrededor de 14 millones de personas padecieron de algún TCA, de los cuales 3 millones eran menores. Se sabe que la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) suelen emerger, frecuentemente, en adolescentes y adultos tempranos (OMS, 2021). No obstante, son trastornos que se distribuyen en distintos países sin discriminar su etnia, cultura o grupo socioeconómico. En China, la prevalencia de la AN es del 1.5%, BN del 2.98% y Trastorno por atracón (TA) del 3.58%; por el contrario, en Reino Unido la AN atañe entre un 8% a un 10% de la población, mientras que en África la prevalencia de la enfermedad es menor a un 0.1%, BN con un 0.87%, TA de un 4.45%, la validez de los datos descritos deben ser interpretados de acuerdo al contexto cultural, ya que, por ejemplo, en el continente asiático el índice de masa corporal es de las más bajas lo cual depende de la característica transcultural (Arija-Val et al., 2022).

En el Perú, 2918 menores de edad, en promedio, son diagnosticadas cada año con algún TCA en centros del Ministerio de Salud y/o del Seguro Social de Salud, lo cual representa el 62% total de casos atendidos en los establecimientos (Ciriaco, 2023). En los últimos cinco años, se contempla un

aumento del 300% en los TCA a nivel nacional. Durante el período de enero a agosto del 2023, se han reportado 4319 casos, de los cuales 290 representan a menores de 12 años. Análogamente, en 2022 se registró un total de 6352 casos, en 2021 fueron 6807; en 2020 se obtuvo la cifra de 3986 y en 2019 fue de 3438 (Ciriaco, 2023). Es a partir de estos datos estadísticos que surge la necesidad de insertar a la población mencionada en un tratamiento psicoterapéutico pertinente y con un mayor efecto, debido a que los adolescentes y adultos jóvenes tienen entre 17 a 18 veces más probabilidades de fallecer por los TCA tras el desarrollo de problemas médicos o suicidio (Arnold et al., 2023; OMS, 2022).

El Ministerio de Salud (MINSU, 2022) refiere que la tendencia de trastornos de conducta alimentaria atañe al 6% de adolescentes en el Perú, en su mayoría en la población femenina. Para los trastornos como AN, BN y TA se presentan más en zonas urbanas que en las rurales. A su vez, en un reporte dado por Seguro Social de Salud (Essalud, 2022), la entidad señala la obligatoriedad de trabajar con un equipo multidisciplinario para el desarrollo óptimo de tratamiento, siendo uno de ellos los psicólogos y psicoterapeutas, además de contar con el apoyo familiar, lo cual es un factor esencial para su proceso de superación.

A esto, se suma que el presupuesto anual de salud mental asignado es limitado. En 2019, se adjudicó, aproximadamente, 21 mil millones de soles a la salud, empero solo el 1.5% (318 millones) fue asignado a la salud mental. Pese a la existencia

de programas como el “Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013 – 2030” la cual abarca que los países miembros de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) deben promover la SM y el bienestar, prevenir problemas, elaborar estrategias efectivas acorde al contexto y garantizar una asistencia universal, la Defensoría del Pueblo refiere que 8 de cada 10 peruanos no reciben un tratamiento pertinente, por lo que el presupuesto establecido no considera la atención de las de psicopatologías como un problema que debe priorizarse (Defensoría del Pueblo, 2020; OPS, 2023).

Lamentablemente la difusión, a través de múltiples redes sociales y comunidades en línea han propagado conductas perjudiciales para la salud (Au y Cosh, 2022). En Perú, el Ministerio de Salud (2020) ha reportado a un grupo de individuos inescrupulosos quienes ofrecen la sibutramina como anoréxico o inhibidor de ingesta de alimentos para bajar de peso; generando consecuencias negativas en la salud física de los consumidores, predominantemente, en adolescentes quienes han experimentado enfermedades tales como paros cardíacos, derrames cerebrales, entre otros. Este fenómeno destaca la importancia de abordar los TCA de manera crítica en las redes sociales, ya que si bien existen diversos motivos del porqué de su uso, algunos pacientes lo emplean para buscar validación de su experiencia, ayuda externa a su tratamiento e incluso un tratamiento gratuito en las mismas (Au y Cosh, 2022).

Asimismo, se han comenzado a realizar capacitaciones dentro de los centros hospitalarios en el Perú sobre la terapia dialéctica conductual también conocida como TDC o DBT, tratamiento perteneciente a las terapias de tercera generación. Ello con el propósito de aumentar la efectividad en las dificultades que le aquejan a los pacientes. Hoy en día, uno de los pocos centros nacionales y de Latinoamérica que práctica los módulos completos del programa es el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, la cual incluye la terapia individual, grupal, coaching telefónico y equipo de consultoría, para consultantes con diagnóstico de Trastorno de límite de la personalidad, y aquellos que presentan dicho diagnóstico con comorbilidades, siendo una de ellas los TCA. La elevada demanda que ha traído consigo este servicio ha permitido reducir los casos reportados en el departamento de Emergencia gracias a las teleconsultas de 24 horas (MINSa, 2022).

Los TCA, principalmente, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA), serán objeto de estudio en la presente revisión. Determinadas psicopatologías presentan ciertas características tales como dificultades en la percepción y la regulación adecuada de las emociones, la identidad y las dificultades en la

interacción social. Sin embargo, estos aspectos no logran ser abordados de forma adecuada por las corrientes terapéuticas de la segunda ola, por lo que, la TDC se muestra como un alternativa de intervención que ofrece estrategias adecuadas para tratar estos aspectos (Burger et al., 2021; Isakson et al., 2021). Watson y Bulik (2013) señalan que muchas de las terapias ofrecidas en la actualidad para tratar los TCA se enfocan solo en reducir los síntomas; sin embargo, no logran abarcar lo esencial que sería la psicopatología en sí misma.

Según, la American Psychiatric Association (APA, 2013), La AN es un trastorno caracterizado por la restricción de la ingesta de alimentos la cual conduce a una reducción de peso corporal significativa, en comparación a la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. A su vez, se compone por el miedo intenso a engordar y alteraciones en la percepción del propio peso o nulo reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal presente. Esta patología se divide en dos subtipos: tipo restrictivo y tipo con atracones o purgas (provocarse el vómito, uso de laxantes, entre otros), la diferencia radica en que en la primera, la persona no presenta episodios constantes de atracones o purgas, mientras que en la segunda, ha desarrollado dichas conductas frecuentemente (APA, 2013; Somé y Jáuregui-Lobera, 2023). Al igual que los pacientes con AN, los de BN poseen una autoevaluación indebida del peso y estructura corporal; en suma de episodios frecuentes de atracones caracterizados por la elevada ingesta de alimentos, superior al promedio, en un período de tiempo específico y una sensación de pérdida de control, además de conductas compensatorias producidas al menos una vez por semana durante tres meses, en la cual se especifica si es remisión parcial o total, además de indicar el nivel de gravedad actual (leve, moderada, grave o extrema). En contraste, las personas con TA poseen los mismos episodios y características de los de BN con la diferencia de estos no se asocian con un comportamiento compensatorio, sino a tres o más hechos tales como: ingerir rápidamente, sensación desagradable de estar lleno, comer solo y cuando no hay hambre, y sentimiento de disgusto a sí mismo (APA, 2013; Hübel et al., 2021).

La etiología de los TCA posee influencias multifactoriales, también conocida como modelo biopsicosocial, debido a la interacción de factores psicológicos, socioculturales y biológicos. En primer lugar, los factores psicológicos implican los bajos niveles de autoconcepto, autoestima y la insatisfacción de la imagen corporal. En segundo lugar, los factores socioculturales, aluden a la constante comparación con los pares, presión social, estereotipos corporales y la escasa ayuda social (Au y Cosh, 2022; Loria et al., 2023). A la par de la influencia de las redes sociales, particularmente, los sitios web y comunidades en línea promueven

prácticas nocivas para la salud con la finalidad de “perder peso”, estos son considerados factores predisponentes en un TCA (Au y Cosh, 2022; Haynos et al., 2016). Por último, dentro del factor biológico, se sabe que tener antecedentes familiares con algún tipo de TCA puede desencadenar en uno igual o similar como, por ejemplo, una AN, se estima que entre el 48% y el 78% de los casos diagnosticados de AN pueden atribuirse a un factor genético (Arija-Vals et al., 2022; Baker et al., 2017; EsSalud, 2022). A la vez, si en el período prenatal, la madre ha padecido de alguna enfermedad infecciosa o diabetes gestacional, este influye en la expresión genética del menor (Arija-Vals et al., 2022). En relación a ello, Arija-Vals et al. (2022) señalan necesario clarificar la interacción de los factores mencionados anteriormente, puesto que es crucial para plantear estrategias preventivas y de intervención.

En cuanto a la definición de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), en el estudio de De la Vega y Montalvo (2020) y Gilmartin y Valladares (2019) se señala que esta es un tratamiento que se desarrolló específicamente para tratar sintomatología relacionada con el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Es así que la TDC tiene el mérito de ser el primer tratamiento con resultados en este trastorno de personalidad. Sin embargo, tal como lo señalan Rozakou-Soumalia et al. (2021) actualmente se utiliza en otras patologías. Dentro de las cuales se encuentran la bulimia nerviosa, considerada como un trastorno caracterizado por presentar conductas poco controladas. Asimismo, según Linehan (2015), fundadora de la TDC, indica que esta intervención ha obtenido resultados eficaces en los tratamientos de patologías como TA (como se cita en Gilmartin y Valladares, 2019). En general, Linehan (1993, 2015) señala que la TDC puede ser considerado un tratamiento eficaz para trastornos con dificultad en el control de impulsos, desregulación emocional e inestabilidad emocional, lo que se conoce como un estilo de afrontamiento “infra controlado” (como se cita en Gilmartin y Valladares, 2019).

Asimismo, a partir del estudio de Tan et al. (2022) se puede conocer las diferentes intervenciones utilizadas en la TDC. En primer lugar, se encuentra la terapia individual, que tiene como objetivo incrementar la motivación hacia el cambio en el consultante. Asimismo, permite estructurar el tratamiento a seguir y los factores del ambiente que actuarán como soporte para el consultante. En segundo lugar, se tiene el grupo de habilidades TDC, en el que se enseñan estrategias para gestionar las emociones de forma efectiva. Generalmente está dirigido por dos terapeutas formados en TDC, dentro de estas clases se abarcan cuatro módulos los cuales son atención plena o mindfulness, tolerancia al malestar, habilidades de

regulación emocional y habilidades de efectividad interpersonal. En tercer lugar, se emplea el coaching telefónico, el cual facilita la generalización del uso de las habilidades a diferentes contextos. Estas llamadas se realizan fuera del espacio de terapia individual. Y por último, un terapeuta formado en TDC cuenta con un equipo de consulta, en el cual el equipo busca mejorar las capacidades del terapeuta y motivarlo frente a casos complejos y/o con múltiples dificultades.

Dentro de la TDC, se encuentran diferentes adaptaciones, dentro de las cuales a partir de lo planteado por Thomas R. Lynch, en el 2013, se encuentra la Terapia Dialéctica conductual radicalmente abierta (TDC RA) la cual tiene como característica principal tener un enfoque transdiagnóstico, ya que la intervención se centra en lograr mayor flexibilidad, apertura y conexión (Sains-Maza, 2022). Esta es una adaptación de la TDC para aquellos trastornos que se caracterizan por presentar un exceso en cuanto al control inhibitorio o también conocido como sobre control desadaptativo (OC). Esto vendría a ser lo opuesto al descontrol impulsivo y la desregulación emocional que atiende la TDC estándar. En ese sentido, TDC RA se reconoce como una psicoterapia transdiagnóstica, puesto que plantea un factor en común el cual es el exceso de control (EC). Este factor estaría en diferentes trastornos psicopatológicos dentro de los cuales se resalta la anorexia nerviosa (De la Vega y Montalvo, 2020; Gilmartin y Valladares, 2019). Es en ese sentido, que la TDC RA tiene como objetivo disminuir el exceso de control (EC) de la anorexia nerviosa y en consecuencia, reducir el aislamiento emocional y trata de cambiarlo incidiendo en la señalización social y la activación del sistema neurobiológico de seguridad interpersonal (De la Vega y Montalvo, 2020; Isaksson et al. 2021).

La forma en la cual se aplica la TDC RA es similar a la TDC estándar, lo cual incluye las sesiones semanales de terapia individual de una hora, clases de entrenamiento en habilidades cada semana, coaching telefónico y reuniones de equipo con el terapeuta. Ya que se sabe que el objetivo principal de la TDC RA es reducir el sobrecontrol conductual, primero se realiza la orientación y compromiso con esta terapia, este proceso comprende 4 pasos los cuales son escuchar la historia del consultante, identificar metas de manera personalizada, explicar la justificación terapéutica y por último, determinar la voluntad y compromiso con el tratamiento. En este tratamiento, es importante que los terapeutas identifiquen objetivos en el consultante que no están únicamente relacionados con los alimentos, peso, forma del cuerpo o cualquier problema al tratar la anorexia nerviosa. Estos se encuentran organizados por importancia. El primero de ellos es reducir las

conductas que atentan contra la vida. En segundo lugar, reparar las rupturas de alianzas y por último, reducir las conductas desadaptativas de sobrecontrol. En adición, a diferencia de la TDC estándar, la TDC RA prioriza atender las rupturas de alianzas por sobre las conductas que atentan con la terapia. Esta es una diferencia importante entre la TDC estándar y TDC RA (Lynch et al., 2013).

Asimismo, al igual que en la TDC estándar, el objetivo de mejorar las capacidades en TDC RA se realiza a través de las clases de entrenamiento en habilidades. Es así que contiene los siguientes módulos, el primero es atención plena o mindfulness, en el que se aborda el sobrecontrol de una manera diferente, ya que se coloca interés en tratar los problemas relacionados al cumplimiento rígido de las normas, necesidades extremas de obtener una estructura y deseos de no querer cometer errores. En segundo lugar, se tiene el módulo de efectividad interpersonal, dentro del cual también hay modificaciones. Por ejemplo, en juegos de roles, los moderadores deben estar atentos para bloquear intentos de algunos consultantes de querer demostrar que son mejores que el resto. Asimismo, se debe alentar a los pacientes con EC a aumentar sus habilidades interpersonales junto con habilidades de apertura radical (Lynch et al., 2013).

El tercer módulo es el de regulación emocional, en el cual se resalta que los pacientes con EC tienen menores probabilidades de manifestar conductas emocionalmente desreguladas. Por lo que, las habilidades de regulación van dirigidas hacia las tendencias del EC de enmascarar emociones internas y promover las ventajas de expresar emociones de forma efectiva. En cuarto lugar, se encuentra el módulo de tolerancia al estrés. Debido a que los pacientes con EC suelen mostrar menos conductas impulsivas, se requiere menos de habilidad para sobrevivir a las crisis. Es por ello que solo se le dedica una semana a aprender estas habilidades, las cuales son habilidades de auto consuelo y aceptación radical (Lynch et al., 2013).

Finalmente, se tiene el módulo de apertura radical el cual comprende 8 lecciones separadas impartidas en 8 semanas por lo general. Cabe resaltar que este módulo es exclusivo de la TDC RA. De forma conceptual se entiende la apertura radical como la voluntad de renunciar a creencias o ideas ya concebidas acerca de cómo tendría que ser el mundo para adaptarse a un contexto de constante cambio. La práctica de la apertura radical implica tres componentes centrales, el primero es el poder reconocer o tener consciencia de aquellos estímulos del ambiente que son inesperados o incongruentes. En segundo lugar, está la auto indagación sobre las respuestas automáticas o habituales y los impulsos de acción que tienen como base las emociones secundarias como por ejemplo el evitar, aceptar, regular, etc. Y por último se encuentra el responder

con flexibilidad a la retroalimentación comportándose de una manera que sea genuinamente efectiva en el momento y tenga en cuenta las necesidades de los demás. Es importante destacar que la apertura radical difiere de la aceptación radical, la cual es una habilidad central en la educación estándar (Lynch et al., 2013).

Por otro lado, la adaptación de la TDC en pacientes con TA (TDC-TA) guarda similitudes con la TDC estándar. Uno de los autores que realizó esta adaptación fue Telch et al., (2000), quienes mencionan que dicho proceso terapéutico implica sesiones introductorias que deben explicar la relevancia del compromiso y participación de los consultantes, así como la instrucción de tres módulos de habilidades (mindfulness, regulación emocional y tolerancia a la angustia). Un año después los mismos investigadores, Telch et al. (2001), elaboraron una nueva propuesta de adaptación, la cual tiene como objetivo reemplazar los episodios de atracón como una manera de afrontar aspectos negativos a través de la enseñanza de habilidades adaptativas que promuevan la regulación emocional; siendo estas la atención plena, regulación emocional y tolerancia a la angustia. Además, de nuevamente incluir sesiones introductorias que justifiquen el porqué del tratamiento, desarrollar un plan individual para continuar con la modificación del comportamiento, sesiones grupales, supervisión y equipo de consultantes. Asimismo, la adaptación elaborada por Safer et al. (2009) de TDC-TA se centra en identificar, comprender y modificar las conductas problema vinculados a la alimentación y regulación emocional, a partir de un análisis en cadena sobre comportamientos que interfieren con la intervención tales como: la ingesta compulsiva, comer sin prestar atención y/o rendirse antes del consumo impulsivo. A través de la participación de grupo de habilidades, herramientas de autorregistro y un grupo de consultantes. Ello con el fin de disminuir los síntomas asociados al trastorno (como se cita en Blood et al., 2020).

Al igual que la AN y el TA, a lo largo de la literatura se han encontrado adaptaciones de la TDC para pacientes con bulimia nerviosa. Una de ellas es la adaptación realizada por Safer et al. (2001) en la cual se considera la desregulación emocional como la dificultad principal dentro de la BN, siendo así que las conductas de atracón y purga se convierten en una forma de intentar modificar o gestionar emociones desagradables. Es por ello que esta adaptación se basó en sesiones individuales en las que solo se enseñan habilidades de regulación emocional tomando en cuenta el manual elaborado por Linehan. Otra adaptación realizada es la terapia dialéctica conductual centrada en el apetito (TDC-CA), adaptada por Hill et al., (2011). Este propone que las dificultades en la regulación de emociones y

las señales del apetito promueven el desarrollo y mantenimiento de síntomas bulímicos; por ende, plantean tres objetivos. El primero, es fomentar conciencia de las emociones y necesidades tanto físicas como psicológicas de alimentarse. El segundo, reemplazar las conductas purgativas y de atracón mediante la puesta en práctica de habilidades adaptativas. Por último, utilizar sensaciones de hambre y saciedad para decidir cuándo y cuánto ingerir. Para el correcto abordaje de dicha adaptación se debe realizar dos entrenamientos: conciencia en el apetito y habilidades de regulación emocional. El primero, conlleva a comprender y atender las señales de hambre y saciedad del paciente con BN, puesto que la falta del mismo puede conllevar a ciclos maladaptativos que resultan en episodios de atracón seguidos de comportamientos compensatorios. El segundo, se asemeja al entrenamiento en habilidades de la TDC estándar, debido a que las personas con atracones carecen de habilidades para regular de manera adaptativa las emociones, por lo que llevan a cabo el consumo excesivo de comida para desviar la atención de emociones que le resultan desagradables al consultante.

En relación con la aplicación de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de los TCA, se ha encontrado lo siguiente: En la investigación de Brown et al., (2020) refiere que el uso del TDC estándar en pacientes con AN permitió evidenciar una mejora significativamente durante el período de hospitalización parcial; no obstante, esta no se mantuvo posterior al alta. Por el contrario, los participantes con BN presentaron una mejoría significativa y más consistente, durante y después del alta, lo cual indicaría una solidez a largo plazo del tratamiento. Se ha determinado que en general, los desórdenes alimenticios tienen la dimensión emocional como un factor importante en el tratamiento. En ese sentido, la bulimia nerviosa se relaciona con los rasgos de desregulación emocional, por lo que se entiende que la TDC estándar haya tenido efectos positivos, ya que esta se enfoca en tratar la sintomatología tomando en cuenta la mejora de la regulación de las emociones a comparación de la anorexia nerviosa la cual presenta más bien rasgos de sobrecontrol (Lynch et al., 2013; Rozakou-Soumalia et al., 2021).

De igual manera, Lammers et al., (2022) denota que la TDC es un tratamiento relevante para abordar la BN y el TA; en relación a este último, él empleó la TDC adaptada a TA por los autores Telch et al. (2001). A partir de lo cual, realiza un estudio cuasialeatorio de efectividad basándose en ello, desarrollando una comparación de la TDC y la Terapia cognitiva conductual intensiva (TCC-IA+) y ambulatoria en pacientes con TA. En general, se concluyó resultados similares; la TDC tuvo resultados clínicamente significativos, puesto

que conducía a una mejoría más sólida, por lo que el autor lo considera como un tratamiento sobresaliente. A comparación de la TCC-IA + la permitió reducir los síntomas en un período a corto plazo, empero hubo mayor tendencia a la recaída.

En los estudios de Baudinet et al. (2020) y de Isaksson et al. (2021) se destacó la presencia del rasgo de sobrecontrol como el síntoma predominante, a tomar en cuenta en pacientes con AN. Debido a que, el control excesivo de los pacientes se manifiestan a través de la baja apertura, tolerancia hacia la incertidumbre, inflexibilidad cognitiva, inhibición general de la expresión emocional y poca conexión social. En ese sentido; ambos estudios aplicaron una variación de la DBT en sus muestras, conocida como Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta (DBT-RA), ya que esta variación tiene como principal objetivo mejorar la expresión emocional y la flexibilidad cognitiva. Aspectos que ayudarían a reducir el sobrecontrol en estos pacientes. A la par, los estudios en mención determinaron que el aplicar DBT-RA en pacientes con anorexia nerviosa genera cambios favorables tales como una mejora en cuanto a la gestión emocional y mayor expresión emocional, lo cual conlleva a una mejora en las relaciones interpersonales de los participantes del estudio. Finalmente, se observaron mejoras en la calidad de vida en general (Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021).

Ello se contrasta, en el estudio de O'Mara et al. (2021) quien plantea y propone el uso de la TDC como un tratamiento potencial para tratar los TCA en los que haya una prevalencia de los síntomas basados en las emociones. Esto es apropiado dado que una característica central del tratamiento de la TDC, es abordar la desregulación emocional grave (Buerger et al., 2021).

Después de la revisión de la literatura expuesta, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿La terapia dialéctica conductual es un tratamiento efectivo para los trastornos de conducta alimentaria, específicamente, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón?

Por tanto, el objetivo de la presente revisión es determinar el efecto de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de trastornos de conducta alimentaria, específicamente, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

Materiales y Método

Criterios de inclusión y exclusión

Para la presente revisión se hizo uso de las bases de datos SCOPUS, ScienceDirect, APA PsycNET, Dialnet, Proquest y EBSCO, los estudios seleccionados cumplieron con los siguientes

criterios de inclusión: a) Estudios empíricos que hayan analizado la terapia dialéctica conductual como tratamiento para los trastornos alimenticios como “anorexia nerviosa”, “bulimia nerviosa” y “trastorno por atracón”. b) Investigaciones con antigüedad desde el año 2000 hasta la actualidad, ya que a partir de dicho año se comenzaron a hacer las adaptaciones de TDC para trastornos de conducta alimentaria. c) Artículos en inglés o en español. d) Investigaciones cuantitativas en la cual hayan empleado instrumentos para medir las variables mencionadas o la sintomatología de las mismas. e) Estudios de diseño experimental, pre experimental y cuasi experimental. f) Artículos que se hayan realizado en la población adolescente, adultos tempranos y adultos. g) Investigaciones con pacientes diagnosticados de algún TCA (AN, BN o TA), que pueden presentar comorbilidades como depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo o sintomatología referida a las mismas como comorbilidades, debido a que son frecuentes Brown et al. (2020).

Respecto a los criterios de exclusión, se omitieron artículos que presentaban las siguientes características: a) estudios cualitativos, debido a que se centran en comprender los fenómenos en su ambiente y su vínculo con el contexto, más no en analizar datos medibles, por lo que no podría brindar una validez estadística (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). b) Revisiones sistemáticas o meta análisis. c) Estudios que carecen de datos concluyentes, puesto que no ofrecen conclusiones definitivas, lo que imposibilita su comparación con otras investigaciones. d) Resúmenes de estudios, ya que no proporcionan información suficiente. e) Tesis, capítulos de libros, revistas de divulgación, manuales y artículos no publicados en revistas científicas, con el fin de obtener resultados con mayor rigurosidad empírica. f) Artículos que incluían a participantes con las siguientes comorbilidades: Trastorno límite de la personalidad, Psicosis y/o un cuadro mayor psiquiátrico

Estrategia de búsqueda

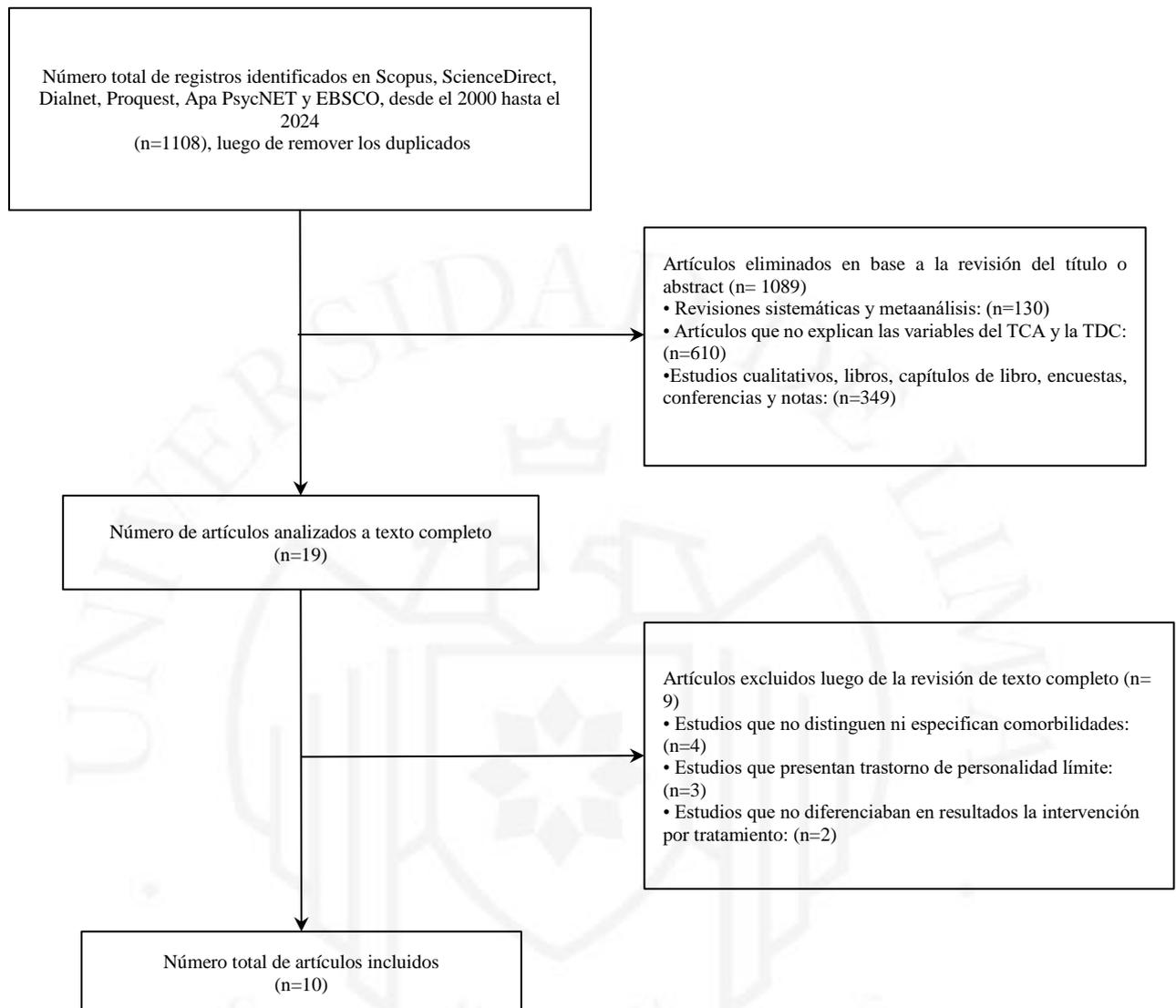
La búsqueda se desarrolló en enero del 2024 en las bases de datos SCOPUS, ScienceDirect, APA PsycNET, Dialnet, Proquest y EBSCO. Las palabras claves utilizadas fueron: dialectical behaviour therapy, terapia dialéctica conductual, eating disorders, trastorno de conducta alimentaria, anorexia nervosa, anorexia nerviosa, bulimia nervosa, bulimia nerviosa, binge eating, trastorno por atracón. A partir de ello, se realizaron combinaciones de las palabras clave en inglés y en español, acorde al idioma de cada base de datos, haciendo uso de operadores booleanos, de la siguiente manera:

- (“Dialectical behavior therapy” OR “DBT”) AND (“eating disorders” OR “ED” OR “eating behavior disorders” OR “binge eating” OR “bulimia nervosa” OR “anorexia nervosa”).
- (“terapia dialéctica conductual” OR “TDC”) AND (“trastornos de conducta alimentaria” OR “TCA” OR “trastorno por atracón” OR “anorexia nerviosa” OR “bulimia nerviosa”).

El proceso de búsqueda se llevó a cabo considerando las indicaciones señaladas de la guía PRISMA (Page et al., 2021), dando como resultado la suma total de 1071941 estudios acorde a las bases de datos utilizadas (SCOPUS, ScienceDirect, APA PsycNET, Dialnet, Proquest y EBSCO) mediante la aplicación del filtro “todos los campos”. Posteriormente, se aplicó un segundo filtro de búsqueda la cual incluyó: “Buscar por título, resumen y palabra clave”, rango de años y psicología como área de estudio en Scopus, ScienceDirect y EBSCO, rango de años en APA PsycNET, al igual que en Dialnet y Proquest. Sin embargo, no se obtuvieron resultados en español en ninguna de las bases de datos mencionadas. A partir de esto, se encontró un total de 1653 investigaciones. Tras remover los duplicados se obtuvo un total de 1108. El proceso de selección se expone en el diagrama de flujo (ver Figura 1).

Figura 1

Diagrama de Flujo



Resultados

En este estudio, se analizaron diez artículos de investigación seleccionados en la Tabla 1 y Tabla 2, las cuales destacan aspectos tales como: autor, modelo terapéutico, muestra, instrumentos psicométricos, la intervención y los hallazgos sobre el efecto de la TDC en pacientes con algún TCA (AN, BN y TA) diagnosticado. Para ello, se revisaron investigaciones publicadas entre los años 2001 y 2022 en el idioma inglés las cuales fueron desarrolladas en Inglaterra, Países Bajos, Irán y Estados Unidos.

Tabla 1*Análisis de los estudios seleccionados*

Autor y año	Título	Diseño	GE de TDC (sexo y edad) ^a	GC /otra terapia
Chen et al., 2017	An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating	Experimental	n=36 mujeres ; M=38.2	GSH n=42 (mujeres); M= 38.6 TCC+ n=31 (mujeres); M= 37.8
Klein et al., 2013	Targeting Binge Eating Through Components of Dialectical Behaviour Therapy: Preliminary Outcomes for Individually Supported Diary Card Self-Monitoring Versus Group-Based DBT	Experimental	n=22; mujeres ; M=36.67	DC n=14; mujeres ; M=32.14
Brown et al., 2020	Emotion Regulation Difficulties During and After Partial Hospitalization Treatment Across Eating Disorders	Pre experimental	n=241 ; mujeres; M= 26.33 años	No
Safer et al., 2001	Dialectical Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa	Experimental	n= 14; mujeres; M= 34	n= 15; mujeres; M= 34
O'Mara et al., 2021	Examining DBT Day Treatment in Treating Mood Dysregulation Expectancy and Anxiety in Women Diagnosed with Eating Disorders	Pre experimental	n= 54 mujeres (PAI n= 17; PHP n=37) M= 26,3 años	No
Blood et al., 2020	Group dialectical behavioral therapy for binge-eating disorder: Outcomes from a community case series	Pre experimental	n=56 (50 mujeres y 6 hombres); 21-73 años	No
Lynch et al., 2013	Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program	Cuasi experimental	n=34 (32 mujeres y 2 hombres); M=29.65	n=13 mujeres; M=24.77
Lammers et al., 2022	Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up	Cuasi experimental	n=42 (38 mujeres; 4 hombres); M=39.40	n=133 (118 mujeres; 15 hombres) ; M=33.46
Rahmani et al., 2018	The effect of dialectical behavior therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial	Experimental	n=30 mujeres; M=29.8	n= 30 mujeres; M=31.3
Hill et al., 2011	Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial	Experimental	n= 18 mujeres; M= 22.67	n=14 mujeres; M= 21.08

Notas: n=número; M=media, PAI= Pacientes ambulatorios intensivos ; PHP= Programa hospitalario parcial

^a En algunas investigaciones se incluía el rango de edad de los participantes y en otros la media.

Tabla 2*Análisis del proceso de intervención, instrumentos de medición y resultados*

Autor y año	Intervención TDC / Duración	Intervención en GC / Duración	Test / fiabilidad	Resultados principales
Chen et al., 2017	TDC Duración: 6 meses /sesión semanal grupal e individual Seguimiento: 6-12m Incluye: 2h grupo de habilidades (regulación de las emociones, atención plena, tolerancia a la angustia y efectividad interpersonal), 1 h terapia individual, 2h equipo de consulta de terapeuta y entrenamiento telefónico las 24 horas	TCC+: 6 meses de sesiones semanales grupal e individual Incluye: 2 h de terapia de grupo, 1 h de terapia individual, 2 h de conferencia de caso con terapeuta y un residente de psiquiatría de guardia las 24 horas. TCC-AG: 24 sesiones 20 a 30 minutos Incluye: modelo de atracones, estrategias de autoayuda y protocolo de riesgo de suicidio y abandono escolar	EDE (Edición 16) α = No reporta	Hubo poca evidencia que respaldará la superioridad de la TDC y la TCC+ para los pacientes con respuesta temprana débil en comparación a la respuesta temprana fuerte en TCC-AG.
Klein et al., 2013	TDC - GTA (adaptado por Telch et al., 2001) Duración: 16 semanas (1 de vacaciones) / 15 sesiones / 2.5 horas cada una. Incluye: Atención plena, regulación emocional, tolerancia a la frustración, revisión de tareas y habilidades de tarjeta de diario, análisis de cadena de comportamiento y soluciones y un descanso. Además, llamadas de entrenamiento (llamadas a los líderes del grupo para obtener orientación sobre habilidades)	ATD Duración: 16 semanas (1 de vacaciones) / 15 sesiones Incluye: Hoja de registro diario y sesiones individuales de una duración promedio de 19 minutos	EDI/ α = No reporta BATT/ α = .94 - .96	En cuanto los atracones, los tamaños del efecto para ambos tratamientos indicaron grandes reducciones, aunque la mejora fue mayor para la TDC grupal. En relación a la purga, esta disminuyó tanto para la TDC grupal como para la ATD. Ambas modalidades tuvieron grandes efectos en la conciencia interoceptiva y resultados similares se obtuvieron en la ineficacia para la TDC.
Brown et al., 2020	TDC (adaptado por Brown et al., 2020) Duración: 88.7 días Incluye: grupos de habilidades, asesoramiento telefónico, equipo de consulta de terapeutas y sesiones individuales Sesiones individuales semanales (revisión de tarjetas de diario, análisis en cadena) Sesiones grupales dos veces a la semana	No	DERS/ α = .95-.96 EDE-Q/ α = .96-.97	Los pacientes con BN mostraron mejoras significativas en todas las facetas de la desregulación emocional, según DERS. Los pacientes con AN-BP, aunque mostraron mejoras similares, estas no fueron significativamente diferentes de las puntuaciones que tuvieron al ingreso y no se mantuvieron en el seguimiento después del alta. Los pacientes con AN-R mostraron mejoras significativas en la desregulación emocional general desde la admisión al alta del tratamiento

(continúa)

(continuación)

Autor y año	Duración / Intervención de la TDC	Duración / Intervención en GC	Herramientas de medición, fiabilidad y/o validez	Resultados principales
Safer et al., 2001	TDC - AP (adaptado por Safer et al., 2001) Duración: 20 sesiones semanales individuales de 50 minutos cada una. Incluye: Habilidades de regulación emocional para reducir las tasas de atracones y purgas.	20 semanas de espera	EDE / $\kappa = 1.0$ NMR/ $\alpha = 0.86-0.92$ BDI/ $\alpha =$ No reporta EES/ $\alpha = .92$ MPQ/ $\alpha =$ No reporta PANAS/ (PA $\alpha = .85$; NA $\alpha = .91$) RSE/ $\alpha =$ No reporta	Las tasas de episodios de atracón y purga de los participantes disminuyen significativamente después del tratamiento dirigido a enseñar habilidades adaptativas de regulación emocional.
O'Mara et al., 2021	TDC Duración: 11.3 semanas Incluye: Grupo de habilidades (atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y manejo de conflictos interpersonales) dos veces por semana. Grupos adicionales semanales de motivación y enfoque en el compromiso, un grupo de establecimiento de metas y uno de análisis de cadenas de comportamiento. Llenado de tarjetas diarias de diario y taller "TDC en acción".	No	BAI/ $\alpha = 0.91$ NMR/ $\alpha = 0.86-0.92$	Reducción en las expectativas de disfunción del estado de ánimo negativo y la ansiedad, después de someterse al tratamiento diario de DBT para trastornos alimenticios. Las puntuaciones de BAI antes del tratamiento fueron significativamente más altas que las puntuaciones de BAI después del tratamiento. Las puntuaciones de RMN antes del tratamiento fueron significativamente más bajas que las puntuaciones de RMN después del tratamiento
Blood et al., 2020	TDC-TA (adaptado por Safer et al., 2009) Duración: 20 semanas / 1 sesión de 2 horas / 1 mes de seguimiento. Incluye: Grupo de habilidades (mindfulness, regulación emocional y tolerancia a la angustia), autorregistro y equipo de consulta.	No	EDE-Q versión 6 / rango de $\alpha = .66$ a $\alpha = .77$ HADS / $r = .74$ para Ansiedad; $r = .70$ para Depresión BES / $r = 0.87$ EES / $\alpha = .92$	Reducción significativa de los síntomas de la psicología, específicamente en la ausencia de episodios de atracón, al final del tratamiento y en su seguimiento, pero no en el estado de ánimo. TDC orientado a TA es un tratamiento eficaz en la práctica clínica.
Lynch et al., 2013	TDC-RA (adaptado por Lynch et al., 2013) Duración: M sesiones para los que completaron el tratamiento = 21.7 / Sesión de 1 hora Incluye: Terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico y equipo de consulta semanal.	TDC-RA (adaptado por Lynch) M sesiones para aquellos que dejaron inconcluso el tratamiento = 13,69 / Sesión de 1 hora Incluye: Terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico y equipo de consulta semanal.	EDE-Q / $\alpha = .90$ EDQoL / $\alpha = .86$ CORE / $\alpha = .90$	Mejoras significativas, con un tamaño del efecto grande, en los participantes con remisión total y parcial respecto a sus síntomas del trastorno de anorexia nerviosa, calidad de vida vinculado a la psicopatología y en la disminución de la angustia psicológica

(continúa)

(continuación)

Autor y año	Duración / Intervención de la TDC	Duración / Intervención en GC	Herramientas de medición, fiabilidad y/o validez	Resultados principales
Lammers et al., 2022	<p>TDC-TA (adaptado por Telch et al., 2001)</p> <p>Duración: 20 semanas / Sesión de 2 horas</p> <p>Incluye: Justificación y objetivos de la terapia, entrenamiento de habilidades adaptativas (mindfulness, regulación emocional y tolerancia a la angustia), revisión de habilidades y equipo de consultantes.</p>	<p>TCC-IA+</p> <p>Duración: 20 semanas / Sesión de 75 minutos.</p> <p>Incluye 3 módulos grupales: discutir la autoobservación de la conducta alimentaria, cuestionar los pensamientos y desarrollar ensayos conductuales y elevar la conciencia corporal, además de incentivar el ejercicio.</p>	<p>EDE-Q / $\alpha = .88$ DEBQ / $\alpha = .91$ EDI-3 / $\alpha = .70$ SCL-90 / $\alpha = .97$ BDI-II / $\alpha = .89$</p>	<p>Disminución sustancial en los participantes con trastorno por atracón (TA) que recibieron TCC-IA+ y TDC-TA, asociada con su sintomatología en general y regulación emocional.</p> <p>La TCC+ presentó una reducción significativamente mayor a la TDC-TA, de acuerdo a su puntuación global.</p>
Rahmani et al., 2018	<p>TDC-TA (adaptado por Telch et al., 2000)</p> <p>Duración: 10 semanas, 20 sesiones de 2 horas que se impartieron 2 veces por semana.</p> <p>Incluye: Justificación y compromiso al tratamiento, entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional, atención plena y tolerancia al malestar</p>	<p>Duración: 10 semanas en lista de espera quienes evitaron participar de sesiones de psicoterapia durante el proceso.</p>	<p>BES / $\alpha = .85$ DERS / $\alpha = .80$</p>	<p>Evidencia efectos positivos de la TDC-TA, estadísticamente significativos en la pruebas psicométricas BES y DES, con mejoras notables, específicamente, en las subescalas de aceptación, conciencia e impulso, además del IMS.</p>
Hill et al., 2011	<p>TDC-CA (adaptado por Hill et al., 2011)</p> <p>Duración: 12 semanas / Sesión de 90 minutos cada semana.</p> <p>Incluye: Entrenamiento de habilidades (conciencia del apetito y atención plena, regulación emocional y tolerancia a la angustia) y sesiones individual</p>	<p>Duración: 6 semanas de espera</p>	<p>EDE / $\kappa = 1.0$ EDE-Q / No reporta MACR / $\alpha = .90$ IA-E / $\alpha = .85$ PEWS / $\alpha = .84$ EES / $\alpha = .92$ NMR / $\alpha = .86$ PANAS / (PA $\alpha = .85$; NA $\alpha = .91$) BDI-II / $\alpha = .91$</p>	<p>La TDC-TA fue altamente aceptable por los participantes.</p> <p>Mejoras significativas en los síntomas focales y secundarios de psicopatología de bulimia nerviosa.</p>

Notas: GC = Grupo control o Grupo de comparación; TDC = Terapia dialéctica conductual estándar; TCC+ = Control de Terapia cognitivo-conductual individual y grupal; TCC-AG = Terapia cognitivo-conductual de autoayuda guiada; TDC - GTA = Terapia dialéctica conductual grupal para atracones; ATD = Autocontrol de la tarjeta diaria con breves sesiones individuales; TDC - AP = Terapia dialéctica conductual adaptada al tratamiento de atracones y purga; TDC-TA = Terapia dialéctica conductual grupal para trastorno por atracón; TDC-RA = Terapia dialéctica conductual para el trastorno por atracón; TCC-IA+ = Terapia dialéctica conductual para el trastorno por atracón; TDC - CA = Terapia dialéctica conductual centrada en el apetito; M=media; EDE=Eating Disorder Examination; EDI = Eating Disorder Inventory; BATT = Automatic Thoughts Test; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; EDE-Q = Eating Disorders Examination Questionnaire; NMR = Negative Mood Regulation Scale; BDI = Beck Depression Inventory; EES = Emotional Eating Scale; MPQ = Multidimensional Personality Scale ; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; BES = Binge Eating Scale; EDQoL = Eating disorders quality of life; CORE = Clinical outcome in routine evaluation; DEBQ= Dutch Eating Behavior Questionnaire; EDI-3= Eating Disorder Inventory; SCL-90 = Dutch version of the Symptom Checklist 90; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; MACR = Mizes Anorectic Cognitions Scale-Revised; IA-E = Interoceptive Awareness Scale-Expanded; PEWS = Preoccupation with Eating Weight and Shape Scale; MANOVA= Análisis Multivariante de la varianza; NS = No significativo; IMS = índice de masa corporal

A partir de lo expuesto en las dos tablas descritas previamente se realizará una síntesis de las investigaciones empleadas para la presente revisión.

Chen et al. (2017), buscaron mejorar el resultado de los consultantes con episodios de atracón que tienen una respuesta débil al inicio de la terapia cognitivo-conductual de autoayuda guiada (TCC-AG). Obtuvieron la muestra a través de un programa hospitalario ambulatorio de trastornos alimentarios para adultos. Todos cumplieron con los criterios del DSM-V para bulimia y trastorno de atracón, por lo que excluyeron a personas con trastorno bipolar, psicosis, uso de inhibidores del apetito, operación de manga gástrica previa, tratamiento actual para un trastorno alimentario y embarazo. En cuanto a la tasa de abandono, se obtuvo un 31% en TDC, un 45% en TCC+ y un 26% en TCC-AG. En relación a los resultados, la frecuencia de los días objetivo de atracón (OBD) fue similar entre las tres terapias por lo que todas mostraron tamaños del efecto grande en la abstinencia. Asimismo, durante el tratamiento, la reducción de la frecuencia de atracones fue significativamente más lenta en TDC y TCC+. En adición, después del alta, si bien las mejoras en OBD disminuyeron significativamente en todos los grupos durante el seguimiento de 12 meses, la TDC fue la única que replicó los resultados, en comparación con TCC-AG. Asimismo, como hallazgo secundario la TDC mostró un tamaño del efecto medio en la reducción de episodios de purga.

Klein et al. (2013), examinaron los resultados de los episodios atracones, la conciencia interoceptiva, la ineficacia y efectos derivados, a partir de la comparación entre la TDC grupal para atracones y sesiones individuales centradas en revisar la tarjeta diaria de autocontrol (ATD). Adquirieron la muestra a través de referencias clínicas, comunicados universitarios y volantes. Los participantes elegidos cumplieron con dos condiciones: dentro del umbral o subumbral del trastorno por atracón (TA) o bulimia nerviosa (BN). En cuanto a los hallazgos secundarios. La tasa de deserción fue de 14 participantes en la TDC grupal y 2 en el grupo ATD, pese al uso de estrategias de retención tales como orientación y monitoreo de los deseos de abandonar la terapia. Estas se aplicaron en dos tiempos: antes y después de cada sesión. Reportaron que el elevado abandono en la TDC grupal se debió a la intensidad de las sesiones y a su mayor dedicación de tiempo. En cuanto a los resultados secundarios, ambas intervenciones demostraron mejoras grandes y significativas en la reducción de episodios de atracones, síntomas de la bulimia y aumento en la conciencia interoceptiva. A su vez, resaltaron la disminución significativa en la TDC grupal, con tamaño del efecto mediano a grande, sobre los constructos de ineficacia, deseo de adelgazar, la insatisfacción corporal y el perfeccionismo. En el caso de la ATD, los resultados no fueron significativos,

empero sí presentó un tamaño del efecto grande para la insatisfacción corporal y un tamaño del efecto mediano para la ineficacia y el deseo de adelgazar.

Brown et al. (2020), analizaron las variaciones en la regulación emocional a lo largo de la intervención hospitalaria parcial y en el monitoreo de esta para pacientes adultos con TCA. Ciento veinte y tres de los participantes fueron diagnosticados con AN, 77 de AN de tipo restrictiva (AN-R) y 46 de AN de tipo purgativa (AN-BP). Asimismo, 118 pertenecieron al grupo de BN. Todos ellos tuvieron que atravesar primero el programa a nivel hospitalario parcial (PHP) y conforme iban mejorando se les asignó al grupo de pacientes ambulatorios intensivos (PAI) lo cual conllevó a una menor cantidad de horas y días de asistencia. Sin embargo, independientemente del nivel de atención, a todos se les aplicó la TDC. En cuanto a los resultados, encontraron que los cambios en la regulación de las emociones no estuvieron asociados con cambios en los síntomas de los trastornos alimentarios en el seguimiento. Asimismo, si bien obtuvieron resultados significativos solo en las estrategias del DERS del grupo de BN, la falta de mejoras estadísticamente significativas tanto en los grupos de AN-R y AN-BP puede deberse a que el tamaño de estas muestras era menor en comparación con el de BN. Finalmente, hallaron que las comorbilidades más frecuentes para estos diagnósticos fueron los trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Los autores identificaron que los pacientes con AN-BP y BN eran más propensos a tener estos trastornos y consumo de alcohol en comparación de los que tenían AN-R.

Safer et al. (2001), evaluaron el impacto de la TDC adaptada a la intervención en conductas de atracón/purga. Adquirieron la muestra a partir de anuncios en periódicos y referencias clínicas. Los participantes seleccionados tuvieron que cumplir con el criterio de presentar al menos un episodio de atracón/purga en los últimos tres meses, además de cumplir con los criterios del DSM-IV para bulimia nerviosa. En relación a la tasa de abandono durante el proceso de intervención, tres pacientes no completaron el estudio, uno abandonó el grupo de lista de espera y dos fueron retirados del tratamiento, debido a un embarazo reportado y aparición de psicosis. En cuanto a los resultados, se encontraron tamaños del efecto significativos en el tratamiento para la frecuencia de episodios de atracón y de purga. Posterior a las 20 semanas de la aplicación de la psicoterapia, cuatro participantes del grupo TDC estaban en abstinencia de estos episodios, en comparación con ningún participante del grupo de lista de espera. Además, cinco pacientes en el grupo TDC tuvieron síntomas leves, disminuyendo el número de episodios de atracón en un 88% y los de purga en un 89%. Cinco en la TDC permanecieron sintomáticos y cumplieron con los criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa. Dos

participantes en lista de espera tenían síntomas leves (y no hubo reducción en el número de episodios de atracón o purga), y 12 continuaron siendo sintomáticos.

O'Mara et al. (2021), buscaron evaluar la eficacia del tratamiento diurno junto con la TDC en el manejo de las expectativas de regulación negativa del estado de ánimo y la ansiedad en mujeres con TCA, de un centro de tratamiento diurno de urgencias en Cleveland, Ohio, durante el transcurso de 18 meses. El 14,8% de las mujeres fueron diagnosticadas con AN, 50% fueron diagnosticadas con BN y 35,2% fueron diagnosticadas con un trastorno alimentario no especificado (EDNOS). En cuanto a la tasa de deserción, un total de 20 participantes abandonaron el programa, por lo que solo una cuarta parte de la muestra empezó y culminó el tratamiento en el rango normativo tanto en BAI y NMR. Asimismo, los 39 pacientes que presentaron altos niveles de ansiedad en la admisión, la mayoría se recuperó o mejoró de manera confiable. Del mismo modo, 35 participantes evidenciaron altos niveles de expectativa de desregulación del estado de ánimo negativo. Finalmente, los autores concluyeron que las mujeres con BN mejoraron sustancialmente las expectativas de regulación del estado de ánimo negativo en comparación con aquellas con EDNOS.

Blood et al. (2020), exploraron la efectividad de la TDC en una muestra de TA cuando esta se brinda como servicio comunitario. Los pacientes fueron referidos por el servicio especializado de TA comunitario del Servicio Nacional de Salud (NHS). Para evaluar y corroborar la psicopatología mencionada emplearon el DSM-5, un examen de trastornos alimentarios versión 16 y una entrevista semiestructurada. Cabe destacar que el índice de masa corporal (IMC) inicial fue de 42.2 y el resultado, posterior al seguimiento fue de 41.8, no existiendo diferencias significativas acorde al IMC. Por otro lado, los participantes emplearon un análisis en cadena para determinar cuáles son los factores desencadenantes que producen los episodios de atracón, ello con el propósito de reemplazar las conductas problema a través de habilidades adaptativas. Los resultados arrojaron que la deserción total fue de un 23% ; es decir 13 participantes. El 61.7% de pacientes evidenció ausencia de episodios de atracón, el 53.3% mantuvo dicha conducta posterior al primer mes de haber culminado la intervención. La terapia grupal de TDC orientada a TA mostró un elevado nivel de aceptabilidad en la práctica clínica; no obstante, los autores recomiendan evaluar una versión de la terapia más breve.

Lynch et al. (2013), buscaron evidenciar la efectividad de un programa de tratamiento adaptado de TDC-RA para adultos con AN proporcionado en la unidad de trastornos de alimentación de internamiento Haldon. Los participantes cumplieron con los criterios diagnósticos dado por el CIE-10 (Clasificación Nacional de Enfermedades) de anorexia nerviosa,

además de evaluar su IMC ($M=14.22$) y desarrollar una batería de evaluaciones previas, quienes presentaron AN de tipo restrictivo (R), por lo que fueron excluidos aquellos que requerían de una intervención médica inmediata dándoles como opción participar de un programa de compromiso multidisciplinario externo a la investigación. Los resultados señalan que el 27.7% de la muestra abandonó la TDC-RA, para aquellos que completaron el proceso terapéutico manifestaron una diferencia significativa en su IMC, con un tamaño del efecto grande, a pesar que la terapia en sí misma no se enfoca en la conducta alimento o suma de peso. De igual manera, hubo una disminución significativa en las subescalas del EDE-Q, específicamente, en la restricción y preocupación por la ingesta de alimentos, con un tamaño del efecto moderado y grande; por el contrario aquellos del grupo "intención de tratar" (suma de participantes que se retiraron antes de culminar la investigación) evidenciaron un tamaño de efecto pequeño. A la par, ello se notificó en cuanto a la calidad de vida, quienes tuvieron una reducción significativa en las puntuaciones globales; al igual que para el grupo que no culminó con la TDC-RA, con la diferencia que este no presentó mejoras significativas en la subescala de Finanza y Trabajo. Finalmente, se alude que TDC-RA es un tratamiento factible para pacientes con AN-R en un entorno clínico-hospitalario, en suma que el 35% de los que culminaron la intervención manifestaron una remisión completa y 55% con remisión parcial.

Lammers et al. (2022), evaluaron si los resultados de un estudio aleatorizado se replicarán con la investigación no aleatorizada de los autores, la cual incluye dos programas ambulatorios (TCC+ y TDC-TA) con pacientes que se asemejen a la práctica clínica cotidiana. Obtuvieron la muestra a partir de un servicio comunitario de TCA, posterior a una evaluación inicial dada por: entrevista telefónica, entrevista clínica haciendo uso del DSM-5. Posterior a ello, se seleccionaron a aquellos que poseían TA con baja frecuencia; es decir con pocos episodios de atracón, por lo que se excluyó a los que tenían conductas de purga ocasional, condiciones médicas y psiquiátricas graves que requiera una intervención mayor, condiciones que exijan un tratamiento, únicamente, personalizado y a los menores de 16 años. Los resultados reflejaron que un total de 16%, 28 pacientes, abandonaron TCC+ y 19%, 8 pacientes, de TDC-TA. Asimismo, las puntuaciones globales del EDE-Q, BDI-II en ambas terapias expresan una disminución significativa desde el inicio al final de la intervención, además del seguimiento, únicamente, en el primer instrumento señalado. Por tanto, ambos programas conllevaron a mejoras significativas; la distinción implica que si bien la TCC+ redujo la sintomatología general de la psicopatología y síntomas depresivos al finalizar el tratamiento, esta no se replicó en la evaluación de seguimiento de 6 meses, por lo que alude a un mayor riesgo de recaída a comparación de la TDC-TA, por el

cual los autores recomiendan considerar a esta terapia como un tratamiento relevante, pues es menos costoso.

Rahmani et al. (2018), determinaron el efecto de la TDC sobre el TA, además de las dificultades en la regulación emocional y el IMC en mujeres mayores con sobrepeso y obesidad diagnosticadas con TA. Para lo cual se empleó el DSM-IV como medida de evaluación y corroboración de la psicopatología, por lo que se excluyeron a aquellos que presentaban: conductas compensatorias, diagnósticos no psicológicos, tener depresión mayor, enfermedades graves que generen obesidad, estar en estado de embarazo, lactancia, antecedentes de uso de sustancias y haber participado de un proceso psicoterapéutico en el último mes. La tasa de abandono en ambos grupos fue de un 10%. Por otra parte, los resultados indicaron que la TDC redujo significativamente el IMC, BES y DERS de las participantes. En ese sentido, la TDC-TA en contraste del grupo control o llamado “lista de espera” en la práctica clínica comunitaria, disminuye los episodios de atracón y las dificultades en la regulación emocional. Esto quiere decir que el tratamiento permite reducir la ingesta de alimentos a gran escala en momentos determinados a partir de la enseñanza de habilidades adaptativas en personas con sobrepeso u obesidad; sin embargo, los autores refieren que se requiere de mayor investigación para comprender el efecto de la TDC acorde a la pérdida de peso.

Finalmente, Hill et al. (2011), investigaron la aceptabilidad y eficacia de la TDC-CA en pacientes con bulimia nerviosa la cual se comparó con un grupo control o llamado “lista de espera”, lo cual permitió evaluar la comparación entre ambos grupos. Las participantes, tras una evaluación telefónica y entrevista semiestructurada, presentaron, únicamente, el vómito como conducta de purga. Fueron excluidas aquellas personas que eran menores de edad, poseían AN o TA, participaban de un tratamiento psicoterapéutico durante la intervención, especialmente, las que se enfocan en problemas alimentarios, ideación suicida, deterioro cognitivo, psicosis pasada o actual, y a los hombres. La deserción fue de un 12.9%; en general, tanto los terapeutas como los participantes calificaron a la TDC-CA positivamente para la población en mención. Además, la calificación acorde al monitoreo de los niveles de apetito fue de controversial, debido a que la mayoría no deseaba hacerlo, pese a ser útil. Asimismo, los participantes del grupo experimental expusieron menor frecuencia de episodios de atracón al igual que la conducta compensatoria, a su vez presentaron puntuaciones bajas en las medidas de EDE-Q, MAC-R y PEWS, a su vez de acuerdo a los resultados obtenidos en la subescala de IA-E se evidenció una mejora en la conciencia de la ingesta de alimentos, más no en la emocional. Por último, en relación al PANAS, en el afecto negativo, no hubo diferencia significativa en

ambos grupos; empero, si en el afecto positivo al igual que se obtuvo puntuaciones menores en el BDI-II. En general, la TDC-CA mostró una disminución más rápida de la sintomatología en los pacientes con BN.

Discusión

La revisión expuesta se ha focalizado en determinar el efecto de la TDC en el tratamiento de los TCA, específicamente, en AN, BN y TA. Los artículos analizados poseen similitudes en cuanto a la expresión de sus objetivos, desde examinar el efecto, evidenciar la efectividad y/o evaluar la eficacia del tratamiento. Para ello, en los estudios los autores usan los términos eficacia y efectividad como sinónimos sin embargo, existe una diferencia conceptual. Es así que la primera alude a la capacidad de un tratamiento para producir resultados positivos en un entorno cotidiano; por el contrario, el segundo involucra el desarrollo de un estudio en un ambiente controlado (Ruiz-Lázaro y Martín-Palmero, 2022). Por lo que para evitar confusiones se optó por emplear el término efecto, entendida como cambio (s) medible (s) ocurrido tras un proceso de intervención, la cual en este caso parte de la TDC y sus adaptaciones (Ruiz-Lázaro y Martín-Palmero, 2022).

La variedad de adaptaciones de la TDC, revisadas en la presente investigación, para el tratamiento en pacientes gira en torno a la sintomatología del TCA (desregulación emocional, episodios de atracón y purga) de las psicopatologías. Estas intervenciones ajustadas a la necesidad de cada trastorno permitieron evaluar y diferenciar los módulos y herramientas utilizadas. Asimismo, se identificó que el tamaño del efecto de cada terapia se encuentra entre el rango moderado-grande, siendo este significativo, tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento de esta. Sin embargo, la presencia de limitaciones y excepciones en cada una de ellas requieren de un sondeo por adaptación teórica, por lo que se comenzará con la descripción del hallazgo principal, seguido de los secundarios.

De acuerdo al objetivo planteado en el presente estudio, los resultados de las investigaciones incluidas proponen a la TDC y sus adaptaciones como una terapia prometedora para el tratamiento de pacientes con TCA. En ese sentido, se puede presentar a la TDC como un tratamiento viable, generalmente en adultos, en el ámbito clínico para las patologías alimentarias como AN, BN y TA, debido a que en todos los estudios revisados se evidenció un tamaño del efecto significativo, tanto en el uso de los instrumentos seleccionados como en el análisis de la intervención, lo cual se vio reflejado en la reducción de las sintomatologías (restricción de alimentos, reducción de conducta purgativa, atracones), mejoría en su atención plena, tolerancia al malestar y conciencia interoceptiva (Brown et al., 2020; O'Mara et al., 2021). Ello se

contrasta en la revisión elaborada por Bürger et al. (2021), quien al comparar artículos de TDC estándar, TDC-RA, TDC-G y otras adaptaciones de la misma concluyó que hoy en día cada vez más profesionales de la salud utilizan terapias de tercera ola, lo cual insinúa que los tratamientos existentes no brindan los beneficios necesarios para abordar este tipo de psicopatologías. En suma, indica que la TDC dispone ser una alternativa prometedora.

Del mismo modo, dos de los estudios (Chen et al., 2017; Lammers et al., 2022) señalan que el progreso de la intervención de la TDC fue más lenta en comparación con la TCC+ en participantes con BN y TA. Sin embargo, al examinar el grupo de participantes que recibieron TDC estándar y TDC-TA, posterior a un tiempo entre los 6 a 12 meses, aquellos que recibieron de tratamiento la TDC manifestaron una remisión parcial o total del TCA; dando a entender que la terapia disminuye las probabilidades de recaída de los pacientes o de la presencia de la(s) conducta(s) problema. Ello se asemeja a lo encontrado en la revisión de Vogel et al. (2021) quienes describen que tanto la TDC como la TCC en adolescentes con algún TCA demuestran hallazgos prometedores, por lo que ambas formas de intervención son factibles y potencialmente efectivas. A su vez, Grilo y Juarascio (2023) refieren que en la mayoría de los casos los pacientes con TA pocas veces reciben tratamiento basado en evidencia. Las terapias alternativas más comunes son: la TCC y la TPI (Terapia Psicológica integrada). Terapias que han demostrado eficacia y beneficios, después de la aplicación del tratamiento. Resalta que la TCC para adultos posee potencial para una aplicabilidad mayor, gracias a su bajo costo; en suma que está vinculada con el IMC y la pérdida modesta de peso. Por el contrario, en el artículo elaborado por Lammers et al. (2022) aluden que a través de la TDC se obtuvo mejoras clínicas en los participantes adultos con TA, si bien este resultado se dio a largo plazo, recomiendan considerar este tratamiento como una alternativa de primera línea, gracias a su menor inversión económica; sin embargo, en el campo clínico no se puede llegar a una generalización de sus resultados, debido a la falta de estudios que comparen sistemáticamente los modelos señalados con otros (Vogel et al., 2021).

A su vez, la efectividad del entrenamiento de habilidades (mindfulness, regulación emocional y tolerancia a la angustia) de la TDC se ha presentado en todos los artículos revisados, tanto en hombres como en mujeres, sin importar la atención que reciba el paciente; ambulatoria u hospitalaria. Dos de los artículos, evidencian que la TDC-G (grupal) genera una mejora significativa acorde a la disminución de los síntomas de personas con TA. Klein et al. (2013), al comparar la TDC - G con el uso de las tarjetas diarias, manifiesta que el primero logra reducir la frecuencia de episodios de atracón a sólo dos veces por semana. De

igual manera, Blood et al. (2020) tras la aplicación de la terapia alude que su efecto recae, principalmente, en la reducción de la patología alimentaria más que en la desregulación emocional. Resultado que mantiene, posterior a la re evaluación de un mes. Si bien, se ha observado que la TDC-G en participantes con algún TCA tiene mayor efecto en la intervención de la conducta problema a través de la enseñanza de habilidades que le permitan al sujeto modificar o reemplazar el comportamiento desadaptativo por uno funcional, no deja de lado la atención en la desregulación emocional. Ello concuerda con lo reportado por Birt et al. (2023), el cual señala que la mejora en la regulación de emociones en los hombres con múltiples diagnósticos psicológicos, mayormente, se centra en la disminución de la impulsividad; mientras que en las mujeres se muestra de manera global.

Cabe mencionar que, de acuerdo a la literatura revisada, la TDC estándar destaca por incluir la enseñanza de habilidades interpersonales dentro de la terapia grupal (Birt et al., 2023). Sin embargo, su implementación se identificó como opcional, por lo que solo fue empleada en los estudios de O'Mara et al. (2021) y Chen et al. (2017). Estos autores optaron por incorporar dicha intervención en función del enfoque central del entrenamiento, el cual se focaliza en desarrollar mayor conciencia del apetito, reducir cuadros de atracón o purga e identificar las propias emociones como lo señala Lammers et al. (2022).

Por otra parte, se incluyó un estudio en donde se aplicó la TDC-RA adaptada por Lynch et al. (2013). Se decidió elegir determinado artículo, debido a su efecto en otras psicopatologías como depresión, trastorno límite de la personalidad o pacientes trans diagnosticados que tengan como trastorno central la anorexia nerviosa. Además, de haber abordado la conducta sobre controlada, impulsiva, rigidez cognitiva y estructurada obteniendo así resultados significativos en pacientes con AN. Dichos resultados, se asemejan a los evidenciados en el estudio de Isaksson et al. (2021), puesto que el 62% de pacientes que completaron el proceso de TDC-RA estaban en remisión total. A la par, la investigación de Sainz-Maza (2022), recalca que este tipo de terapia permite abordar patologías crónicas y/o refractaria, ya que los consultantes presentaron mejoras significativas en su inhibición exacerbada del control.

Asimismo, se encontraron diferencias en la muestra de los estudios seleccionados, principalmente, en la variable género. Si bien en la mayoría de los artículos tales como el de Klein et al. (2013) no excluían a los hombres, la muestra obtenida final fueron mujeres. Esto se debió a que tras un proceso meticuloso de elección, fueron las participantes quienes cumplían con los criterios de inclusión para TA y BN. Por otro lado, hubo investigaciones como la de

O'Mara et al. (2021) en las que ya se tenía preestablecido elegir un conjunto de participantes, únicamente, del sexo femenino, puesto que se relacionaba con el objetivo de su investigación, se tomó dicha decisión a partir de la revisión de la literatura la cual señala mayor prevalencia de AN y BN en determinado sexo. Al igual, la investigación de Hill et al. (2011), refiere haber excluido al sexo masculino, debido a su bajo nivel de incidencia.

En relación con la procedencia de los participantes, se ha observado que solo tres investigaciones incluyen dentro de su muestra a personas hispanohablantes con algún diagnóstico de TCA. Chen et al. (2017) reporta caucásicos, asiáticos, personas que no completaron el dato sociodemográfico e hispánicos, siendo este último un grupo pequeño, específicamente, en el tratamiento de TDC para pacientes con BN y TA. A su vez, la categorización que emplea Brown et al. (2020) en su muestra por raza notifica: no hispánicos con un total de 182 (caucásicos, asiáticos, negros, nativos americanos, nativos de Alaska) y otra raza con AN (AN-BP y AN-R) y BN. En ese sentido, si bien no mencionan directamente que existan miembros hispánicos, se podría deducir que los participantes restantes pertenecerían a dicho grupo. A la par, en el estudio de O'Mara et al. (2021), señala la presencia de tres participantes hispánicos.

En cuanto a la aplicabilidad de la revisión dentro de la labor clínica y tomando en consideración el rol del psicólogo en esta área se encontró lo siguiente. En primer lugar, algunos estudios optaron por, sólo, utilizar la TDC grupal como intervención para sus participantes. Obteniendo de ese modo resultados significativos similares a aquellos que decidieron utilizar la TDC estándar o una adaptación de la misma orientado a un TCA incluyendo coaching telefónico, equipo de terapeutas y sesiones individuales. A raíz de ello, se sugiere que en la práctica clínica, ante la presencia de recursos limitados por parte de los consultantes, se priorice los grupos de habilidades como tratamiento de bajo costo. Debido a que, según lo referido por McMain et al. (2016), la TDC estándar es un tratamiento económicamente elevado, al cual no se tiene un acceso libre sobre todo por la escasez de recursos, a ello se le añade la complejidad de poder enseñar estas habilidades. Por lo que, en los entornos clínicos se puede preferir llevar a cabo sólo la TDC-G para poder aminorar los precios. En segundo lugar, de acuerdo a la complejidad de la terapia planteada por McMain et al. (2016), el estudio de Klein et al. (2013) añade el descubrimiento de una alta tasa de abandono de los participantes en el grupo de TDC estándar. Es así que los mismos declararon que abandonaron la terapia debido a su intensidad. Todo ello a pesar de que se utilizaron estrategias de retención para afianzar el compromiso lo cual finalmente no se logró. Por tal motivo, considerando el estudio de Bedics et al. (2015), se plantea que no solo es importante lograr el

compromiso con la terapia sino lograr la alianza terapéutica completa, la cual en TDC incluye tener un acuerdo sobre los objetivos a tratar, que se adopte una postura "sin prejuicio" por parte de los terapeutas y por último el compromiso como tal. Por lo que se propone que en el ámbito clínico se cumplan estos tres requisitos para lograr reducir la tasa de abandono en este tratamiento. En tercer lugar, si bien estudios como el de Chen et al. (2017) señalan en un inicio a la TCC-AG como el tratamiento con mejor evidencia para un TA o la TCC+ como la mejor para BN. Finalmente, concluyen que a pesar de que la TDC al inicio reduce la frecuencia de atracones de forma más lenta. Luego del alta, fue esta terapia la única que logró mantener los resultados. Por lo que podría tomarse en cuenta la TDC como un tratamiento de primera línea para tratar TCA, ya que si bien puede tener desventajas tales como costo, complejidad y lentitud en resultados, a largo plazo logra brindar estabilidad a sus consultantes.

Por otro lado, surgieron una serie de limitaciones en el estudio las cuales deben ser consideradas. En primer lugar, una limitación importante en los estudios es la falta de especificidad de los efectos de cada módulo o estrategia utilizada. Esto quiere decir que si bien se ha logrado probar el efecto de la terapia en su conjunto, no se ha considerado si cada elemento utilizado contribuye o no a los efectos utilizados. En segundo lugar, debido a la reducida existencia de estudios con diseño experimental, se optó por incluir 3 investigaciones pre experimentales y 2 cuasi experimentales, las cuales tienen en común, como característica, la no aleatorización de sus participantes, por lo que según Bürger et al., (2021) es inviable conocer en qué medida los hallazgos encontrados han sido producto únicamente de la TDC o en todo caso, se han dado por variables desconocidas de la intervención. Es así que se imposibilita la generalización de los resultados. En tercer lugar, la complejidad de análisis sobre los efectos determinantes de la TDC en la disminución de síntomas de los TCA surge a partir de la presencia de diversas comorbilidades, ya que implica la interacción de múltiples factores dificultando la identificación precisa de cuáles intervenciones de la TDC contribuyen de manera más o menos significativa a la mejora observada. Por último, algunas investigaciones no señalaron datos estadísticos de los instrumentos empleados (confiabilidad y validez).

Finalmente, a partir de lo expuesto, para futuras investigaciones, revisiones y sugerencias en la práctica clínica, resulta viable que se evalúen los tamaños de efecto por módulo o herramientas empleadas de la TDC de acuerdo a la patología abordada. De manera que permita conocer cuáles son aquellos que tienen un mayor o menor relevancia y de este modo poder instruir a los pacientes en las que estén acorde a sus necesidades. Asimismo, el déficit de investigaciones en población masculina encontrado sugiere los beneficios

que puede traer para el conocimiento científico el llevar a cabo intervenciones de la TDC (estándar o en cualquiera de sus adaptaciones) en varones con algún TCA. En adición, resulta importante realizar más investigaciones en la población latina, ya que como lo expresa Saunder et al. (2023) los TCA hoy en día mantienen una de las tasas más altas de mortalidad a comparación de otras psicopatologías en dicha población, representando hoy en día un problema de salud pública. Por último, de acuerdo a lo planteado por Buerger et al. (2021), la atención temprana en TDC durante la adolescencia termina siendo importante para evitar que la patología se cronifique lo cual ayuda a largo plazo tanto a los consultantes como al sistema de salud.

Conclusiones

A partir de los artículos seleccionados que nos permiten conocer el efecto de la TDC en los TCA, se puede concluir lo siguiente. En primer lugar, la TDC ha demostrado resultados favorables y significativos en la reducción de los síntomas relacionados a los TCA, abarcando de este modo a la anorexia, bulimia nerviosa y trastorno de atracón. Estos hallazgos se mantienen independientemente de la variante específica de la TDC utilizada. En segundo lugar, en comparación con la TCC+, en cuanto a la obtención de resultados, la TDC en un inicio puede obtenerlos de forma pausada. Sin embargo, la TDC logra mantener los resultados de reducción de síntomas a largo plazo incluso meses después del alta. En tercer lugar, las adaptaciones que se han realizado de la TDC responden a las diferentes necesidades de cada TCA. Siendo así que para la anorexia se modificó la TDC-RA y para la bulimia y trastorno por atracón cada autor realizó su propia adaptación. En cuarto lugar, aún falta mayor investigación del efecto de la TDC en muestras que sean exclusivamente población latina así como también en mayor cantidad de participantes varones. Por último, la TDC grupal ha demostrado tener resultados igual de significativos que la TDC estándar por lo que puede ayudar a reducir los costos sobre todo para consultantes que no cuenten con los recursos para llevar el tratamiento completo.

Referencias

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a. ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M., Novalos-Ruiz, J., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiológica y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria* 39(2), 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Arnold, S., Correll, C. & Jaite, C. (2023). Frequency and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among consecutively hospitalized youth with anorexia nervosa and bulimia nervosa: results from a retrospective chart review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00216-1>
- Au, E. & Cosh, S. (2022). Social media and eating disorder recovery: An exploration of instagram recovery community users and their reasons for engagement. *Eating Behaviors*, 46(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101651>
- Baker, J., Schaumberg, K. & Munn-Chernoff, M. (2017). Genetics of Anorexia Nervosa. *Current psychiatry reports*, 19(11), 84. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0842-2>
- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C. & Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(68), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00338-9>
- Bedics, J., Atkins, D., Harned, M. & Linehan, M. (2015). The Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Dialectical Behavior Therapy Versus Nonbehavioral Psychotherapy by Experts for Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67-77. <https://doi.org/10.1037/a0038457>
- Birt, J. Thacher, A., Steinberg, H., Weiler, R., Poplawski, R., Dobbs-Marsh, J. Robinson, A., & Zack, S. (2023). Effectiveness of DBT skills training in outpatient men: A naturalistic study. *Psychological Services*, 20(2), 122-129. <https://doi.org/10.1037/ser0000686>
- Buerger, A., Vloet, T., Haber, L. & Geissler, J. (2021). Third-wave interventions for eating disorders in adolescence – systematic review with meta-analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(20), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00158-6>
- Blood, L. Adams, G., Turner, H. & Waller, G. (2020). Group dialectical behavioral therapy for binge-eating disorder: Outcomes from a community case series. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1863-1867. <https://doi.org/10.1002/eat.23377>
- Brown, T., Cusack, A., Berner, L., Anderson, L., Nakamura, T., Gomez, L., Trim, M., Chen, J. & Kaye, W. (2020). Emotion regulation difficulties during and after partial hospitalization treatment across eating disorders. *Behavior therapy*, 51(3), 401-412. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.002>
- Chen, E. Y., Cacioppo, J., Fattich, K., Gallop, R., McCloskey, M., Olinio, T. & Zeffiro, T. (2017). An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological medicine*, 47(4), 703-717. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002543>
- Ciriaco, M. (2023). Crisis silenciosa en Perú: Trastornos alimenticios en menores de edad crecieron 300% en 5 años, ¿cómo detectarla?. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/trastornos-alimenticios-en-menores-de-edad-crecieron-300-en-5-anos-el-avance-de-la-problematika-en-las-regiones-y-los-signos-de-alarma-informe-anorexia-bulimia-salud-mental-obesidad-vigorexia-ecdata-noticia/?ref=ecr>
- Defensoría del Pueblo. (2020, 9 de octubre). *Defensoría del Pueblo: Estado peruano debe priorizar la atención de la salud mental*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-priorizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
- De la Vega, I. y Montalvo, T. (2020). Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de*

- Psicoterapia*, 31(115), 147-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>
- Frieiro, P., Gonzáles-Rodríguez, R. & Domínguez, J. (2022). Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents' eating disorders. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4416-e4424. <https://doi.org/10.1111/hsc.13843>
- Gilmartin, T. & Valladares, D. (2019). Introducing Radically Open-DBT (RO-DBT) as a Treatment for Maladaptive Over-Control. *Australian Clinical Psychologist*, 2(1), 1-4. [https://www.semanticscholar.org/paper/Introducing-Radically-Open-DBT-\(RO-DBT\)-as-a-for-Gilmartin/fc4ce54a27cbd2b7ca29d18fbf7c24952a20505f#citing-papers](https://www.semanticscholar.org/paper/Introducing-Radically-Open-DBT-(RO-DBT)-as-a-for-Gilmartin/fc4ce54a27cbd2b7ca29d18fbf7c24952a20505f#citing-papers)
- Grilo, C. & Juarascio, A. (2023). Binge-eating disorder interventions: review current status, and implications. *Current Obesity Reports*, 12(3), 406-416. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00517-0>
- Haynos, A., Watts, A., Loth, K., Pearson, C. & Neumark-Staziner, D. (2016). Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4), 391-396. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.011>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2ª. ed.). McGraw-Hill. https://ulima.summon.serialssolutions.com/#/search?bookMark=eNrjYmDJy89LZWbgtTS3MDMwNzQ1MjA2MuNkUPZN LclPyc_JT88805ioKJKqJOo4JlXl1pckpmemJyZf6Yxj4eBNS0xpziV14GlpKg0lZtBxs01xNIDtzQnMzcxPjmxJBGoPb7U0NzQwsDQmIA0AOHJKKk
- Hill, D., Craighead, L. & Safer, D. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 249-261. <https://doi.org/10.1002/eat.20812>
- Hübel, C., Abdulkadir, M., Herle, M., Loos, R., Breen, G., Bulik, C. & Micali, N. (2021). One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 785-793. <https://doi.org/10.1002/eat.23481>
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M. & Wolf-Arehult, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101637>
- Klein, A., Skinner, J. & Hawley, K. (2013). Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: Preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT. *Psychotherapy*, 50(4), 543-552. <https://doi-org.ezproxy.ulima.edu.pe/10.1037/a0033130>
- Lammers, M., Vroling, M. & Van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-months follow up. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7), 902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>
- Loria, V., Montiel, N., López-Plaza, B. (2023). Anorexia nervosa, microbiota y cerebro. *Nutrición Hospitalaria*, 40(2), 46-50. <https://doi.org/10.20960/nh.04955>
- Lynch, T., Gray, K., Hempel, R., Titley, M., Chen, E. & O'Mahen, H. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-17. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/293>
- McMain, F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L. & Streiner, D. (2016). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal 26 patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 135(2) 138-148. <https://doi.org/10.1111/acps.12664>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020, 19 de enero). *Minsa alerta que inescrupulosos ofrecen por redes sociales pastilla prohibida para bajar de peso*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/78109-minsa-alerta-que-inescrupulosos-ofrecen-por-redes-sociales-pastilla-prohibida-para-bajar-de-peso>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2022, 3 de febrero). *Instituto Nacional de Salud Mental Implementa Programa para Trastornos de Límite de Personalidad*. <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/612936-instituto-nacional-de-salud-mental-implementa-programa-para-trastornos-de-limite-de-personalidad>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2022). *Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5472.pdf>
- O'Mara, S., VanDine, L., Tarescavage, A. & Ben-Porath, D. (2021). Examining DBT Day Treatment in Treating Mood Dysregulation Expectancy and Anxiety in Women Diagnosed with Eating Disorders. *J Contemp Psychother*, 51(1), 15-20. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09475-3>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 17 de noviembre). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019, 25 de abril). *Global Health Observatory data repository*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023, 10 de noviembre). *OPS continúa apoyando al Perú para fortalecer la política nacional de salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2023-ops-continua-apoyando-al-peru-para-fortalecer-politica-nacional-salud-mental>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rahmani, M. Omid, A., Asemi, Z. & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, 9(1), 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.002>
- Ruiz-Lázaro, P. y Martín-Palmero, A. (2022). Nuevos abordajes en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

- Nutrición Hospitalaria*, 39(2). 138-149. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04189>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, S. & Sjögren, J. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pers. Med.*, 11(9), 1-20. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Safer, D., Telch, C. & Agras, W. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Sainz-Maza, A. (2022). Una introducción a la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta y una revisión sistemática de las evidencias de su eficacia. *Apuntes de Psicología*, 40 (2), 97-107. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1419>
- Saunders, J. Bravo, E. & Kassan, A. (2023). "Anorexia Doesn't exist when you're latina": Family, Culture and Gendered Expectations in Eating Disorder Recovery. *Journal of Latinx Psychology*, 11(4), 336-350. <https://doi.org/10.1037/lat0000236>
- Seguro Social de Salud [EsSalud], (2022, 14 de mayo). *EsSalud advierte que 5% de adolescentes sufren anorexia*. <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advier-te-que-5-de-adolescentes-sufren-anorexia>
- Somé, M. y Jáuregui-Lozano, I. (2023). Análisis de variables emocionales y neuropsicológicas en pacientes con TCA. *Journal of Negative and No Positive Results*, 8(1), 486-506. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4910>
- Tan, M.Y., McConnell, B. & Barlas, J. (2022). Application of Dialectical Behaviour Therapy in treating common psychiatric disorders: study protocol for a scoping review. *BMJ Open*, 12(9), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058565>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569-582. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S005789400800313>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 1061-1065. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.69.6.1061>
- Watson, H. & Bulik, C. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477-2500. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002620>
- Valdivia, Á. (2022, 17 de octubre). Perú necesita 300 mil psicólogos, pero sólo hay 100 mil. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2022/10/17/salud-mental-en-crisis-peru-necesita-300-mil-psicologos-pero-solo-hay-100-mil-minsa-depresion-colegio-de-psicologos-aislamiento-social>
- Vogel, E., Singh, S. & Accurso, E. (2021) A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9 (1), 1-38. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>

CLÍNICA BORJAS JACINTO (E FINAL).docx

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

11%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	hdl.handle.net Internet Source	1%
2	es.biomedicalhouse.com Internet Source	1%
3	repositorio.ulima.edu.pe Internet Source	1%
4	Submitted to Universidad de Lima Student Paper	1%
5	Submitted to Universidad Europea de Madrid Student Paper	<1%
6	www.researchgate.net Internet Source	<1%
7	revistas.uned.es Internet Source	<1%
8	vbook.pub Internet Source	<1%
9	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Student Paper	<1%

10	etheses.bham.ac.uk Internet Source	<1 %
11	core.ac.uk Internet Source	<1 %
12	Submitted to Universidad Loyola Andalucia Student Paper	<1 %
13	ddd.uab.cat Internet Source	<1 %
14	doku.pub Internet Source	<1 %
15	udimundus.udima.es Internet Source	<1 %
16	pajouhan.kaums.ac.ir Internet Source	<1 %
17	riull.ull.es Internet Source	<1 %
18	mafiadoc.com Internet Source	<1 %
19	Debra L. Safer, Christy F. Telch, W. Stewart Agras. "Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa", American Journal of Psychiatry, 2001 Publication	<1 %
20	Submitted to University of Ulster Student Paper	<1 %

21	eprints.ucm.es Internet Source	<1 %
22	issuu.com Internet Source	<1 %
23	www.jove.com Internet Source	<1 %
24	Submitted to University of Birmingham Student Paper	<1 %
25	doczz.es Internet Source	<1 %
26	idoc.pub Internet Source	<1 %
27	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	<1 %
28	uvadoc.uva.es Internet Source	<1 %
29	www.papelesdelpsicologo.es Internet Source	<1 %
30	elcomercio.pe Internet Source	<1 %
31	rio.upo.es Internet Source	<1 %
32	riuma.uma.es Internet Source	<1 %

33	Submitted to Infile Student Paper	<1 %
34	lacpa.memberclicks.net Internet Source	<1 %
35	Submitted to California Southern University Student Paper	<1 %
36	Submitted to UNIBA Student Paper	<1 %
37	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Student Paper	<1 %
38	Submitted to consultoriadeserviciosformativos Student Paper	<1 %
39	docplayer.es Internet Source	<1 %
40	www.cochranlibrary.com Internet Source	<1 %
41	argentina.campusvirtualsp.org Internet Source	<1 %
42	estarinformado.com.ar Internet Source	<1 %
43	Submitted to Submitted on 1688014010710 Student Paper	<1 %

44 Tresno, Fiona, Yoshimi Ito, and Jack Mearns. "Risk factors for nonsuicidal self-injury in Japanese college students: The moderating role of mood regulation expectancies", *International Journal of Psychology*, 2012. <1 %
Publication

45 Submitted to Universidad San Francisco de Quito <1 %
Student Paper

46 Submitted to Universidad de Las Palmas de Gran Canaria <1 %
Student Paper

47 catalogoinsp.mx <1 %
Internet Source

48 cn365.com.ar <1 %
Internet Source

49 www.biomedcentral.com <1 %
Internet Source

50 www.npunto.es <1 %
Internet Source

51 "S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen", Springer Science and Business Media LLC, 2019 <1 %
Publication

52 Submitted to Universidad de Málaga - Tii <1 %
Student Paper

53	academic.oup.com Internet Source	<1 %
54	bvs.insp.mx Internet Source	<1 %
55	congresoaeetca2019.com Internet Source	<1 %
56	onepetro.org Internet Source	<1 %
57	repositorio.unican.es Internet Source	<1 %
58	www.gstarschool.org Internet Source	<1 %
59	www.teleantioquia.com.co Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude bibliography On

Exclude matches < 10 words