

Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): una revisión sistemática

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Alexia Chico Henríquez

Annie Beatrice Simpson

Tutorizado por:

Livia García Pérez

Ignacio Ibáñez Fernández

Curso Académico 2021-2022

RESUMEN

Esta revisión sistemática se ha realizado mediante el modelo Prisma con el propósito de comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven Hayes para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se ha efectuado una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos electrónicas Psycho-Info, Scopus y PubMed entre los años 2000 y 2022. Se obtuvieron 2540 registros tras eliminar los duplicados y se filtraron los resultados en base a los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, 5 estudios fueron seleccionados. Los resultados obtenidos muestran que la ACT podría ser una opción terapéutica más eficaz para el tratamiento de los TCA que el Tratamiento habitual o la Terapia cognitiva. Sin embargo, las condiciones metodológicas no permiten obtener resultados concluyentes. En consecuencia, se hace necesario replicar dichos hallazgos, con una muestra superior, mayor variabilidad, presencia de un grupo control y más rigor metodológico, entre otros.

Palabras clave: Terapia Aceptación y Compromiso, Trastornos de la Conducta Alimentaria, revisión sistemática.

ABSTRACT

This systematic review has been carried out using the Prisma model with the aim of testing the efficacy of Steven Hayes' Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for the treatment of eating disorders (ED). A systematic literature search was conducted in the electronic databases Psycho-Info, Scopus and PubMed between the years 2000 and 2022. After eliminating duplicates and filtering the results based on inclusion and exclusion criteria, 2540 records were obtained. Finally, 5 studies were selected. The results suggest that ACT could be a more effective therapeutic option for the treatment of ED than treatment as usual or Cognitive Therapy. However, the methodological conditions do not allow conclusive results to be obtained. Therefore, it is necessary to replicate these findings, with a larger sample, more variability, the inclusion of a control group and more methodological rigor, among others.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, eating disorders, systematic review.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) consisten en un desorden persistente de la alimentación o en los hábitos alimentarios que producen una alteración en el consumo o la absorción de los nutrientes y que causa un deterioro significativo de la salud física y emocional o del funcionamiento prosocial (DSM-5, *American Psychological Association; APA, 2013*). Asimismo, estos son cada vez más frecuentes entre la población, sobre todo en mujeres.

Según la revista *The American Journal of Clinical Nutrition* la prevalencia mundial de los trastornos alimentarios aumentó del 3,4% al 7,8% entre 2000 y 2018 (Galmiche et al., 2019). En esta línea, cuando investigadores realizaron un seguimiento a un grupo de 496 mujeres adolescentes durante ocho años, encontraron que el 5.2% de las chicas cumplían los criterios del DSM-5 para anorexia, bulimia o trastorno por atracón (Stice et al., 2010).

La anorexia nerviosa, se caracteriza por la restricción de la ingesta energética con respecto a las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física (DSM-5, APA, 2013). Así pues, se acompaña del miedo persistente a engordar, lo que les lleva a desarrollar comportamientos radicales que interfieren en el aumento del peso, incluso cuando es bajo. Las personas que sufren de anorexia, en la mayoría de los casos, distinguen de manera incorrecta su propio peso o constitución, lo que les lleva a ignorar la gravedad de su bajo peso corporal.

En cuanto a la bulimia nerviosa, para diagnosticar este trastorno deben de estar presentes los siguientes criterios: a) episodios recurrentes de atracones, b) comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado o uso incorrecto de laxantes, c) los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen al menos una vez a la semana durante tres meses, d) la autoevaluación se ve

indebidamente influida por la constitución y peso corporal y e) la alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (DSM-5, APA, 2013). Además, según el DSM-5 (APA, 2013), al igual que en la anorexia, se debe de especificar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total.

Por último, el trastorno por atracón es una condición en la que la persona ingiere una cantidad de comida mucho mayor de lo normal. Sus criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013) son los siguientes: a) episodios recurrentes de atracones, b) los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado; además, c) el malestar intenso respecto a los atracones, d) los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses y e) el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosa.

A lo largo de la historia de la Psicología Clínica, se han propuesto múltiples opciones terapéuticas para hacer frente a los diferentes trastornos psicológicos. El desarrollo de estas terapias ha llevado, con el paso del tiempo, al surgimiento de un conjunto de terapias que forman parte de la Tercera Generación de la Terapia de Conducta o TTG (Hayes, 2004).

Esta tercera “ola” se caracteriza, sobre todo, por utilizar estrategias de cambio más experienciales además de ampliar y modificar el objetivo a tratar, pues proponen el cambio de la función del pensamiento más que su propio contenido. Por lo que, ponen especial atención al contexto funcional y a buscar aceptación mediante una actitud no enjuiciadora como manera de lograr el bienestar. Algunas de ellas son: la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes et al., 1999), la Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic*

Psychotherapy o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Conducta Dialéctica (*Dialectical Behavior Therapy o DBT*; Linehan, 1993).

La Terapia de Aceptación y Compromiso surge en los años 90 en EEUU y lo hace a partir del conductismo radical propio de la época. Se dice que esta terapia es la más completa de las TTG porque aporta a la Psicología Clínica una perspectiva diferente a la hora de entender y tratar los trastornos mentales y, porque se basa en la Teoría del Marco Relacional (TMR), que es un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje que proporciona una base teórica y científica más sólida (Hayes et al., 2001). En palabras de Kohlenberg et al., (2004), *“La ACT es una opción innovadora porque rompe con la tradición terapéutica existente, en el sentido de hacer un análisis no sintomático de los problemas psicológicos, sino funcional; y porque introduce una forma conductual de analizar los sentimientos, emociones, pensamientos y recuerdos de las personas con problemas cognitivos”*.

La ACT tiene como objetivo la creación de una vida significativa para el paciente, en la que se acepte el dolor que, de manera inevitable, viene con ella (Luciano-Soriano, 2001). Este tipo de psicoterapia utiliza varias técnicas respaldadas científicamente como, por ejemplo, metáforas, paradojas y mindfulness.

Dada su aproximación funcional a los trastornos psicopatológicos, esta terapia ha sido aplicada a una pluralidad de entidades diagnósticas como ansiedad generalizada, anorexia nerviosa, dolor crónico, bulimia nerviosa, depresión, entre otras.

El objetivo de esta revisión sistemática es recopilar y analizar la literatura existente sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria, entre el año 2000 y el 2022 comprobando su eficacia y señalando sus limitaciones.

MÉTODO

Protocolo y registro:

Esta revisión sistemática ha sido realizada de acuerdo con los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas según las directrices PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). Además de las recomendaciones del manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (Higgins y Green, 2011).

Criterios de inclusión:

Para seleccionar los estudios, estos deben cumplir las siguientes condiciones:

Tipos de estudios: se incluyen estudios de diseño experimental o cuasiexperimental con al menos un grupo experimental y otro de comparación (control o tratamiento alternativo)

Tipos de participantes: se incluyen a adolescentes y adultos, sin límite de edad, que hayan sido diagnosticados con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, o trastorno por atracón de acuerdo con los sistemas de clasificación actualizados hasta el momento del estudio. Se incluyen estudios en los que los pacientes con trastornos de la alimentación son diagnosticados con comorbilidades, siempre y cuando, sea el trastorno de alimentación el principal.

Tipos de intervención: estudios que comparan un grupo de tratamiento con la Terapia de Aceptación y Compromiso o una terapia que lo incluya con otro grupo de tratamiento en el que se emplean diferentes opciones terapéuticas.

Tipos de resultados: estudios cuyos resultados han sido obtenidos de manera objetiva mediante entrevistas diagnósticas o cuestionarios específicos para medir estos trastornos. Se valora si hay cambio prestando especial atención al cambio clínico significativo y si se especifica el tamaño del efecto.

Fecha de publicación: estudios comprendidos entre el año 2000 y el 2022, inclusive.

Tipo de comparador: se compara la eficacia de este tratamiento con otros tipos de tratamiento.

Duración del seguimiento: no se aplicarán restricciones de acuerdo con la duración del seguimiento, aunque preferiblemente se seleccionarán estudios con al menos medidas entre el pre y post-seguimiento de 3 meses.

Accesibilidad de los datos: se seleccionaron trabajos disponibles a texto completo. Como restricciones de lenguaje, se seleccionaron artículos en inglés o español.

Criterios de respuesta tras la intervención: para la selección de los estudios se debía contar con los siguientes criterios:

- Entrevista →
 - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)
 - Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)
- Cuestionarios de cribado → entre otros:
 - *Eating Disorder Inventory (EDI)*. Garner et al. (1983)
 - *Eating pathology index (EPI)*; Morgan, Reid y Lacey, 1999)
 - *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q)*. Fairburn y Beglin (1994)

Criterios de exclusión:

Tipo de estudio: no se incluyen estudios de caso único, estudios de revisión, estudios de cohortes y/o estudios observacionales, libros o manuales.

Tipo de participantes: se excluyen casos no específicos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón.

Tipo de intervención: se eliminan aquellos estudios con tratamiento farmacológico exclusivo.

Tipo de revisión: metaanálisis, estudios teóricos o revisiones teóricas.

Búsqueda bibliográfica:

En Febrero de 2022 se realizó una búsqueda de registros bibliográficos en las bases de datos electrónicas Scopus, PubMed y PsychInfo restringiendo los resultados a estudios publicados sobre la aplicación de la ACT como tratamiento para los TCA desde el año 2000 hasta el 2022.

A la hora de realizar dicha búsqueda, los criterios se adaptaron a cada una de las bases de datos mencionadas anteriormente. Asimismo, la búsqueda se efectuó en el título, resumen y palabras clave. Se empleó el nombre de la terapia (“Acceptance and Commitment Therapy”) y los diferentes desórdenes alimenticios (“Anorexia”, “Bulimia” and “Binge-eating disorder”). Para los diferentes trastornos, se indicaron todos juntos (mediante OR). Además, se restringió la búsqueda a referencias en inglés o español y para la metodología se buscaron estudios empíricos con diseño experimental o cuasiexperimental y resultado de tratamiento.

Selección de estudio:

Tras la búsqueda bibliográfica se eliminaron los duplicados de las referencias y se creó una nueva base de datos compuesta por las referencias reunidas de las bases de datos electrónicas mencionadas anteriormente, siendo trabajada conjuntamente por dos revisoras. Estas trabajaron utilizando tres filtros: filtro 1 (título), filtro 2 (resumen) y filtro 3 (lectura del artículo) y se incluyeron en la revisión sistemática los artículos seleccionados en función de los criterios de inclusión y exclusión.

Medidas de resultados:

Las medidas de resultados primarias son las mismas indicadas en los criterios de inclusión.

Evaluación del riesgo de sesgo y la calidad metodológica:

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios, se ha evaluado el riesgo de sesgo mediante la “Escala adaptada de Jadad” (Jadad et al., 1996). Se evaluó la calidad de la referencia en función de tres preguntas que valoraban la aleatorización, el enmascaramiento y la descripción de las pérdidas de seguimiento. En función de si se cumplía o no lo descrito anteriormente, los revisores puntuaron con un 1 (SI) o con un 0 (NO). Además, se daban puntos adicionales si se describía el método de aleatorización y era adecuado y, si se describía el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y eran adecuados. Por el contrario, se restaban puntos si se describía el método de aleatorización y era inadecuado o si el método de enmascaramiento era inadecuado.

La puntuación total iría desde cero a cinco, siendo una puntuación inferior a tres un indicador de baja calidad.

RESULTADOS

Estudios seleccionados:

Después de realizar las diversas búsquedas bibliográficas, se recuperaron un total de 2815 referencias de las diferentes bases de datos utilizadas, de las cuales 275 fueron eliminadas por ser duplicadas (Ver figura 1). Posteriormente, se revisaron 2540 referencias por título (filtro 1), y fueron 111 los seleccionados para analizar el resumen (filtro 2).

En total, fueron 33 los registros seleccionados para filtrar para la lectura a texto completo, de los cuales 7 trataban sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso para TCA entre el año 2000 y el 2022 (filtro 3). Asimismo, 27 artículos fueron excluidos por diversas razones como, por ejemplo, estudiar un caso único, ser casos no específicos de TCA o tener un tratamiento farmacológico exclusivo, entre otras. Finalmente, fueron seleccionados 5 artículos definitivos tras comprobar que se cumplían los criterios de inclusión y exclusión estipulados.

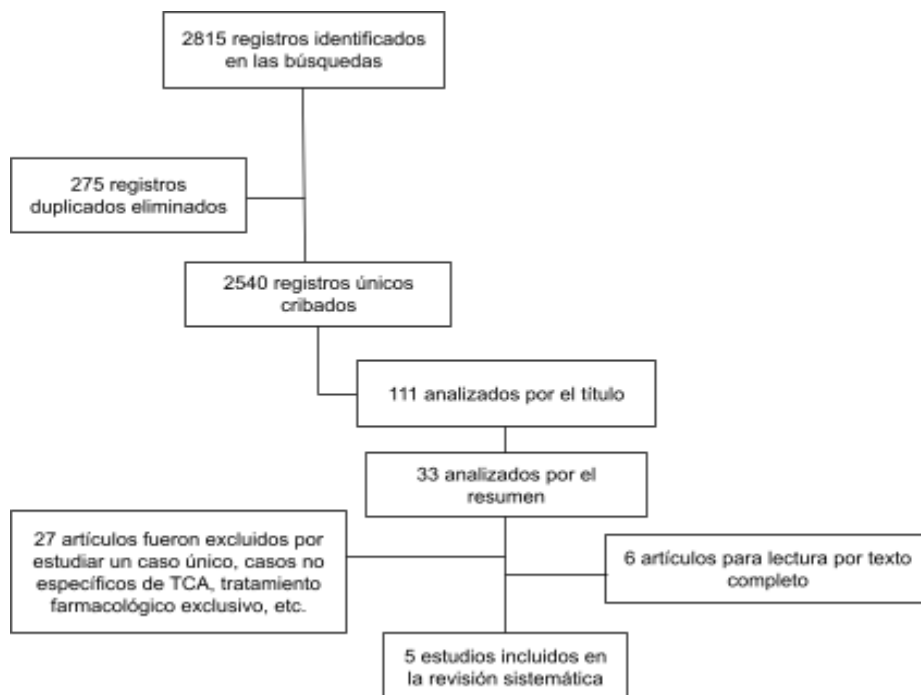


Figura 1. Diagrama de flujo de resultados de búsqueda bibliográfica.

Características de los estudios incluidos:

En esta revisión se incluyeron cinco estudios (ver tabla 1). La mayoría de estos, son estudios aleatorizados controlados (ECA) excepto dos de ellos (Juarascio y Shaw et al., 2013; Juarascio y Kerrigan et al., 2013), donde se utilizó un diseño de grupos no equivalentes debido al uso de un tratamiento residencial preexistente como condición. La muestra total es de 437 participantes, siendo el 98,85% mujeres (432) y el 1,15% hombres (5). El rango de edad se sitúa entre los 16 y 55 años. La mayoría de los participantes cumplen los criterios para trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, existen algunos casos en los que no hay un diagnóstico certero sobre dichos síntomas, siendo denominados como “patología alimentaria subclínica” (Juarascio et al., 2010). Además, algunos participantes presentan comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), depresión y trastorno de adaptación, entre otros, siendo TCA el trastorno principal. En varios estudios se menciona que varios pacientes han recibido hospitalización previa como tratamiento anterior en las que recibían ciertos servicios sanitarios como, por ejemplo, asistencia a un centro de día, fisioterapia, consulta psicológica y/o psiquiátrica, etc.

Se han utilizado algunos manuales para llevar a cabo las sesiones, como por ejemplo, el libro “Live with your body” (Ghaderi y Parling, 2009) para el grupo ACT (Fogelkvist et al., 2020).

El número de sesiones oscila entre una y doce sesiones para ACT mientras que para TAU, en la mayoría de los casos no se informa, excepto uno de ellos (Juarascio y Shaw et al., 2013), donde se recibe siete veces por semana. Estas sesiones han sido tanto individuales como grupales.

Tabla 1. *Características de los estudios incluidos:*

Tabla 1a:

Artículo	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio
Fogelkvist, M., Gustafsson, S.A., Kjellin, L., y Parling, T. (2020)	ECA; antes (T1), después (T2), seguimiento a los 12 (T3) y 24 (T4) meses.	ACT vs. TAU	1 y 2	Mujeres con TCA y sin trastornos psiquiátricos severos.

Nota: Diagnóstico = 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3 (criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica). TAU = pacientes que, una vez dentro de la condición experimental, pueden elegir qué opción terapéutica desean, por ejemplo, acudir a un dietista, fisioterapeuta, etc.

Tabla 1b:

Artículo	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio
Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S. y Ghaderi, A. (2016)	ECA; Pre daycare, antes, después y seguimiento a los 6, 12, 18, 24 meses y 5 años.	ACT vs. TAU	1 y 2	Pacientes ≥ 18 años con anorexia nerviosa o trastorno alimentario no especificado.

Nota: Diagnóstico = 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3 (criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica). TAU = pacientes que, una vez dentro de la condición experimental, pueden elegir qué opción terapéutica desean, por ejemplo, acudir a un dietista, fisioterapeuta, etc.

Tabla 1c:

Artículo	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio
Juarascio, A., Kerrigan, S., Goldstein, S., Shaw, J., Forman, E., Butryn, M. y Herbert, J. (2013)	Grupos no equivalentes; antes y después.	ACT+TAU vs. TAU	2	Mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado.

Nota: Diagnóstico = 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3 (criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica). TAU = tratamiento que normaliza los patrones alimentarios, estabilizar/aumentar el peso y eliminar las conductas compensatorias.

Tabla 1d:

Artículo	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio
Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A. y Lowe, M. (2013)	Grupos no equivalentes; antes, después y 6 meses de seguimiento.	TAU+ACT vs. TAU	1, 2 y 3	Mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado.

Nota: Diagnóstico = 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3 (criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica). TAU = tratamiento que normaliza los patrones alimentarios, estabilizar/aumentar el peso y eliminar las conductas compensatorias.

Tabla 1e:

Artículo	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio
Juarascio, A., Forman, E. y Herbert, J. (2010)	ECA; antes y después.	ACT vs. TC	1, 2 y 3	Estudiantes de doctorado con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno alimentario no especificado y trastorno alimentario subclínico.

Nota: Diagnóstico = 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3 (criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica). TC = terapia cognitiva.

Tabla 1a:

n antes/después/seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase de tratamiento	Criterios de respuesta
99/88/81/68	Pacientes: TAU de duración variable (0-63 meses) Otros 62 pacientes: primer episodio de TCA en tratamiento.	ACT: 12 sesiones semanales de 2 horas y 2 sesiones individuales (antes y después de la intervención) TAU: no se informa	Medidas primarias: MINI, EDE-Q Medidas secundarias: BSQ, BCQ, SCQ, MAAS y Eating disorder care consumption

Nota: Medidas primarias = Mini International Neuropsychiatric Interview (**MINI**; Sheehan et al. 1997) / The Eating Disorder Examination Questionnaire VI (**EDE-Q**; Fairburn & Beglin, 1994). Medidas secundarias = The Body Shape Questionnaire (**BSQ**; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) / The Body Checking Questionnaire (**BCQ**; Reas, Whisenhunt, Netemeyer & Williamson, 2002) / The Self-Concept Questionnaire (**SCQ**; (Robson, 1989) / The Mindful Attention Awareness Scale (**MAAS**; Brown & Ryan, 2003).

Tabla 1b:

n antes/después/seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase de tratamiento	Criterios de respuesta
43/29/22/25/25/22/31	9-12 semanas de atención diurna en la unidad especializada en TCA.	ACT: 8 temas (1-4 sesiones cada uno). 19 sesiones de 1 hora. TAU: no se informa	Medidas primarias: SCID-I-RV, EDE-Q y EDI, BMI. Medidas secundarias: MADRS-S, QOLI, PSS, SCL-90, RSE, BSQ, WCQ y CIA.

Nota: Medidas primarias = Entrevista de evaluación de TCA (**SCID-I-RV**; Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M. & First, M., 1992) / The Eating Disorder Examination Questionnaire VI (**EDE-Q**; Fairburn & Beglin, 1994) / The Eating Disorder Inventory-2 (**EDI**; Garner, D. 1991) / Body Mass Index (**BMI**) Medidas secundarias = The Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (**MADRS-S**; Svanborg, P. & Åsberg, M, 1994) / The Quality of Life Inventory (**QOLI**; Frisch, M., Cornell, J., Villanueva, M. & Retzlaff, P., 1992) / The Perceived Social Support (**PSS**; Procidano, M. & Heller, K, 1983) / The Symptom Checklist (**SCL-90**; Derogatis, L., 1994) / The Rosenberg Self-Esteem Scale (**RSE**; Rosenberg, M, 1979) / The Body Shape Questionnaire (**BSQ**; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) / The Ways of Coping Questionnaire (**WCQ**; Folkman, S. & Lazarus, R., 1988) / The Clinical Impairment Assessment scale (**CIA**; Bohn, K., Doll, H., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. Fairburn, C. 2008)

Tabla 1c:

n antes/después	Tratamiento anterior	Duración fase de tratamiento	Criterios de respuesta
120/111	Algunos pacientes reciben hospitalización previa.	ACT+TAU: ACT 2 veces por semana (algunas sesiones en grupo). No se informa de la duración total del tratamiento. TAU: no se informa	Medidas primarias: EDE-Q Medidas secundarias: Cuestionario de admisión y BMI

Nota: Medidas primarias = The Eating Disorder Examination Questionnaire VI (**EDE-Q**; Fairburn & Beglin, 1994) Medidas secundarias: Body Mass Index (**BMI**)

Tabla 1d:

n antes/después/ seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase de tratamiento	Criterios de respuesta
120/111/65	No se informa	ACT + TAU: ACT 2 veces por semana. No se informa de la duración total del tratamiento. TAU: 7 veces por semana.	Medidas primarias: EDE-Q, SCID y The Food Challenge Task. Medidas secundarias: DDS, AAQ-II, DERS, BSQ, Rehospitalization, BMI y TAQ

Nota: Medidas primarias = The Eating Disorder Examination Questionnaire VI (**EDE-Q**; Fairburn & Beglin, 1994) / Structured Clinical Interview for DSM Disorders (**SCID**; First et al., 2002) Medidas secundarias = Drexel Defusion Scale (**DDS**; Forman, Herbert, et al., 2012) / Acceptance and Action Questionnaire-II (**AAQ-II**; Bond et al., 2011) / Difficulties in Emotion Regulation (**DERS**; Gratz & Roemer, 2004) / Brief Symptom Questionnaire (**BSQ**; Forman, Chapman, et al., 2012) / Body Mass Index (**BMI**) / Treatment Acceptability Questionnaire (**TAQ**; unpublished).

Tabla 1e:

n antes/después	Tratamiento anterior	Duración fase de tratamiento	Criterios de respuesta
55/48	No se informa	ACT: No se informa TC: No se informa	Medidas primarias: MINI, EPI Medidas secundarias: BDI-II, BAI, GAF y QOLI

Nota: Medidas primarias= Mini International Neuropsychiatric Interview (**MINI**; Sheehan et al. 1997) / Eating pathology index (**EPI**; Morgan, Reid & Lacey, 1999) Medidas secundarias = Beck Depression Inventory-II (**BDI-II**; Beck, Steer, & Brown, 1996) / Beck Anxiety Inventory (**BAI**; Beck et al., 1988) / Global assessment of functioning scale (**GAF**; APA, 2000) / Quality of life index (**QOLI**; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992).

Tabla 1a:

Resultados	Conclusión	Limitaciones
<p>1) Efectos de interacción significativos (grupo × tiempo) y efectos principales para el tiempo, sin efecto principal para el grupo en relación con las subescalas y el global del EDE-Q en ITT. Ambos grupos informaron de reducciones en los síntomas de TCA. Tras el seguimiento, ACT reduce los síntomas, mientras que TAU informa de un estancamiento/reducción menor.</p> <p>MAAS, SCQ, BSQ y BCQ: Efectos de interacción significativos (grupo × tiempo), y efectos principales para el tiempo, sin efecto principal para el grupo en ITT. Ambos grupos informaron menos preocupaciones por la forma y revisión del cuerpo. En seguimiento, solo ACT informó de reducciones.</p> <p>2) En ACT se redujeron los niveles de TCA en 1,43 pts., mientras que en TAU fue de 0,68 pts (EDE-Q global). OR (odds ratio) = 2,85 ACT vs. TAU y OR= 3,94 pacientes con tratamiento completo.</p>	<p>ACT es una terapia válida para pacientes con patología residual de TCA y con problemas de imagen corporal, pues reduce los síntomas en los pacientes con intervenciones previas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) No doble ciego. 2) No control del efecto de la interacción del grupo. 3) No evaluación de la fidelidad del método. 4) Ausencia de cribado de síntomas psiquiátricos o de calidad de vida. 5) TAU no es homogéneo en cuanto al tipo de tratamiento que recibe.

Nota: ITT = Intent to treat.

Tabla 1b:

Resultados	Conclusión	Limitaciones
<p>1) Desde el post-tratamiento hasta 12 meses de seguimiento, ACT tuvo un menor nivel de asistencia a servicios sanitarios. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el uso de los cuidados entre los grupos.</p> <p>2) Durante el post y en todos los seguimientos no hubo diferencias significativas entre ACT y TAU, pero a los 5 años, sí hay efecto principal significativo para el tiempo pero no para el grupo e interacción con respecto a IMC y EDE-Q (disminución de síntomas)</p>	<p>No hay diferencias significativas entre TAU y ACT en cuanto a la recuperación y la recaída. Sin embargo, se encontraron mejoras significativas en el aumento de peso y en la sintomatología en ambos.</p>	<p>1) Tasa de reclutamiento lenta.</p> <p>2) Tasa de abandono elevada, excepto en el seguimiento de 5 años.</p> <p>3) No registro de duración de las visitas psiquiátricas y no se muestran diferencias significativas entre los grupos.</p> <p>4) No existen medidas psicométricamente sólidas en sueco, por ello, no se investigó el desarrollo del TCA.</p> <p>5) No alcanzar el tamaño deseado de la muestra y la alta tasa de abandono dificulta la evaluación de la eficacia del tratamiento para AN.</p> <p>6) TAU no es homogéneo en cuanto al tipo de tratamiento.</p>

Tabla 1c:

Resultados	Conclusión	Limitaciones
<ol style="list-style-type: none">1) Efecto significativo de las puntuaciones globales (EDE-Q) y de las tendencias para la condición de tratamiento e interacción. Los individuos con mayor patología alimentaria muestran más beneficios en ACT+TAU.2) Los pacientes con hospitalizaciones previas tienden a obtener mayores mejoras en ACT+TAU.3) Los pacientes AN obtienen mejores resultados en ACT+TAU cuando el peso inicial es más bajo. En BN no se obtienen resultados significativos.	ACT puede ser un tratamiento eficaz para los trastornos alimentarios, sobre todo, para los individuos con síntomas graves.	<ol style="list-style-type: none">1) Potencia insuficiente para análisis actuales. El diseño post-hoc limitó los tipos de medidas de gravedad a los del estudio original.2) ACT solo recibe una pequeña dosis del tratamiento experimental además de TAU, lo que puede haber influido en el efecto.3) Uso de centro residencial limitó la capacidad de control en la investigación.4) No se estudia la eficacia de ACT por sí sola.

Tabla 1d:

Resultados	Conclusión	Limitaciones
<ol style="list-style-type: none">1) ACT mostró mayores disminuciones en preocupación por peso, forma y patología alimentaria global (EDE-Q)2) No diferencias significativas en la cantidad de cambios observados en las variables de proceso entre las condiciones, aunque los pacientes en ACT tendieron hacia mayores mejoras en AAQ-II.3) ACT+TAU y TAU mostraron mejoras relativamente iguales durante el tratamiento.	ACT puede ser un prometedor tratamiento para TCA pero la falta de investigación ha limitado su uso.	<ol style="list-style-type: none">1) El tratamiento residencial como grupo comparador no es ideal ya que solo hay un pequeño número de grupos ACT.2) Es posible que los efectos observados se deban a un mayor contacto de terapeutas con ACT.3) Participación limitada que condujo a una menor tasa de respuesta en datos de hospitalización a los 6 meses de seguimiento.4) Algunos pacientes fueron evaluados más cerca de su alta que otros.

-
- 5) Algunas medidas utilizadas son novedosas y su validez y fiabilidad están en proceso de comprobación.
 - 6) Preocupación por los posibles falsos positivos (no correcciones para error tipo-1)
-

Tabla 1e:

Resultados	Conclusión	Limitaciones
<p>1) Tanto el efecto principal del tiempo como la interacción (“grupo x tiempo”) fueron significativos. Se indica una ligera disminución de síntomas en TC pero un mayor decremento en ACT. Para asegurarse de que los resultados no se atribuían al género, se repitió el análisis y se obtuvieron resultados similares.</p> <p>2) Al examinar si estos grupos reducían síntomas no relacionados con patología alimentaria, no se encontraron resultados significativos para BDI, BAI y QOLI. Sin embargo, se encontró una fuerte tendencia entre GAF y el efecto de la condición y el tiempo, mostrando en ACT mayores puntuaciones en GAF solo en pacientes con patología alimentaria severa.</p>	<p>Surge la posibilidad de que ACT pueda ser un tratamiento efectivo para TCA, pero se hace necesario replicar y refinar estos hallazgos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1) Estudio centrado en la patología alimentaria subclínica. Difícil de generalizar a pacientes con TCA. 2) Falta de motivación para el tratamiento, bajo número de individuos con TCA diagnosticado y altas tasas de abandono. 3) Solo se disponía de una medida simplista de la patología alimentaria. 4) No se pudo medir el grado en que la patología alimentaria era el centro del tratamiento debido al diseño post hoc. 5) En algunos casos, el paciente había recibido una forma más genérica de ACT (los resultados podrían ser diferentes entre los pacientes)

Riesgo de sesgo y calidad metodológica de los estudios incluidos:

La calidad metodológica de todos los estudios incluidos es similar y, en general, de baja calidad (ver tabla 2). Todos los estudios, excepto dos, fueron aleatorizados y con un método adecuado. Por ejemplo, uno de ellos fue realizado mediante R (R Core Team, 2009). Además, se registran las pérdidas de seguimiento, siendo los motivos variados como la no devolución de cuestionarios, fallecimiento, etc. Sin embargo, ninguno de los estudios era doble ciego y, por ende, poseían un enmascaramiento inadecuado.

Tabla 2. *Evaluación de la calidad de los estudios*

Artículo	Estudio aleatorizado	Doble ciego	Se registran las pérdidas de seguimiento	Bonificación por (suma de puntos):		Bonificación por (resta de puntos):		Puntuación total
				- Aleatorización adecuada	- Enmascaramiento adecuado	- Aleatorización inadecuada	- Enmascaramiento inadecuado	
1	1	0	1	1	1	1	2	
2	1	0	1	1	1	1	2	
3	0	0	1	0	0	0	1	
4	0	0	1	0	0	0	1	
5	1	0	1	1	1	1	2	

Nota: versión adaptada del Jadad (Jadad et al., 1996).

Resumen de los resultados principales:

Tras analizar los resultados, la evidencia encontrada parece señalar, en algunos estudios, que la eficacia de ACT es moderada y en otros, que esta terapia mejora o reduce los síntomas de los trastornos alimentarios, tanto después del tratamiento como en el seguimiento, así como síntomas asociados, como son: insatisfacción

con la imagen corporal, depresión y ansiedad (Fogelkvist et al., 2020), por lo que parece ser una opción válida, especialmente, en aquellos pacientes con una sintomatología más severa y con hospitalización previa. No obstante, a pesar de demostrar la eficacia de ACT en todos los estudios, se observa que en los estudios de Parling et al., 2016 y Juarascio y Shaw et al., 2013, se obtienen resultados equitativos para el tratamiento TAU y para el ACT, lo que significa que la reducción de los síntomas o la mejoría de los mismos no diferencia entre ambas condiciones. Así pues, estos resultados no son del todo fiables debido a la baja calidad metodológica de los todos estudios incluidos.

DISCUSIÓN

Análisis de los resultados y limitaciones:

Esta revisión sistemática se ha realizado con el propósito de comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de los trastornos alimentarios. En esta línea, se observan mejoras tanto a corto plazo como a largo plazo, manteniéndose los efectos después de la intervención y en el seguimiento. Sin embargo, en uno de los estudios, se observa que el índice de masa corporal de los participantes aumenta hasta los 18 meses de seguimiento y, a los 2 años vuelve a disminuir, lo que puede significar que el impacto de esta terapia decaiga con el tiempo. Por lo que, un tratamiento más prolongado, es decir, un mayor enfoque en los factores de mantenimiento del problema podrían mejorar los resultados de ACT (Parling et al., 2016). No obstante, se ha demostrado que para que se consigan efectos duraderos, es preferible la combinación de la terapia cognitivo conductual, la educación nutricional y, en los casos más graves, el tratamiento farmacológico y la hospitalización (Fernández et al., 2015).

A pesar de que algunos de los estudios incluidos muestran una eficacia superior de la ACT con respecto a otras alternativas terapéuticas, estas investigaciones carecen de calidad metodológica, por lo que se presentan a continuación, ciertas limitaciones de la información hallada en estos estudios.

Por un lado, serían convenientes tamaños muestrales que mejoren la potencia y posibiliten una mejor detección de los cambios o diferencias significativas que puedan existir. Además de ampliar la muestra masculina si se quiere concluir resultados significativos sobre ellos. Asimismo, las tasas de deserción por diferentes

causas fueron altas, lo que limitó en gran medida la posibilidad de extraer conclusiones válidas (Parling et al., 2016). En cuanto a esto, se observa una mayor tasa de abandono por parte de los participantes pertenecientes a la terapia cognitiva y al tratamiento habitual y, a largo plazo, no suelen responder los cuestionarios de seguimiento tanto como los pertenecientes a ACT.

Por otro lado, cabe destacar que en dichos estudios solo se compara ACT con respecto a otro tipo de tratamiento y no con la ausencia del mismo, lo que perjudica la validación de la eficacia de dicho tratamiento. De la misma manera, estos estudios solo incluyen a la anorexia y bulimia nerviosa, por lo que no se obtienen resultados para el trastorno por atracón.

Es importante mencionar también que la condición TAU no es homogénea en cuanto al tipo de tratamiento ya que los pacientes recibían distintas formas y número de procedimientos terapéuticos como, por ejemplo, acudir a un dietista, fisioterapeuta, psicólogo, etc. y en consecuencia, puede influir en la fiabilidad de los resultados. Además, se limitó la búsqueda a artículos en español e inglés, por lo que puede existir la posibilidad de que se hayan obviado otros estudios relevantes en otros idiomas, así como la sola utilización de bases electrónicas, por lo que es probable que se hayan excluido otros artículos importantes para esta revisión.

Futuros estudios y conclusiones:

Dadas las limitaciones planteadas y el escaso número de estudios disponibles y su mejorable calidad, se hace evidente la necesidad de realizar investigaciones futuras sobre esta materia, puesto que la información que se tiene hasta el momento es limitada. Así pues, para obtener unos resultados más sólidos, sería imprescindible la introducción de un grupo control para comparar la ACT con respecto a la ausencia de tratamiento, además de introducir mejores estrategias metodológicas para aumentar la fiabilidad de las investigaciones como, por ejemplo, un doble ciego o enmascaramiento y aleatorización adecuados (Jadad et al., 1996)

Por tanto, se puede concluir que la Terapia de Aceptación y Compromiso podría ser una alternativa eficaz para el tratamiento de los trastornos alimentarios ya que se producen cambios positivos en la sintomatología de los pacientes. Sin embargo, no se encuentran resultados concluyentes sobre si es más eficaz que otro tipo de terapias, por lo que se requiere una mayor investigación en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V: 5.^a ed.). Panamericana.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bohn, K., Doll, H., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, L. y Fairburn, C. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research Therapy*, 46(10), 1105-1110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494. [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Derogatis, L. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring & Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Minneapolis: National Computer Systems.

- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carrol, D., Jenkinson, C., Reynolds, J. M., Gavaghan, D. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fernández, S., Grande, T., Banzo, C., y Félix-Alcántara, M. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5144–5152. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder—Patient editions (SCID-I/P, 11/2002 revision)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., y Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Folkman, S. y Lazarus, R., (1988). *Ways of coping questionnaire, permission set, manual, test booklets, scoring key*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press inc.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Juarascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. A., Goetter, E. M., y Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 55–65. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.001>
- Frisch, M., Cornell. J., Villanueva, M. y Retzlaff., P. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101 <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.92>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavoracci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review.

- The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, D. (1991). *The Eating Disorder Inventory-2 professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ghaderi, A., y Parling, T. (2009). *Lev med din kropp: om acceptans och självkänsla*. Stockholm: Natur y Kultur.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
<https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Hayes, S. (2004). Terapia de Aceptación y Compromiso, Teoría del Marco Relacional y la tercera ola de terapias conductuales y cognitivas. *Terapia conductual*, 35, 639-665.
- Hayes, S., y Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Higgins, J.P.T. y Green, S. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0. *The Cochrane Collaboration*, 1-639.
- Juarascio, A., Forman, E. M., y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Therapy for the Treatment of Comorbid Eating Pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175–190.
<https://doi.org/10.1177/0145445510363472>
- Juarascio, A., Kerrigan, S., Goldstein, S. P., Shaw, J., Forman, E. M., Butryn, M., y Herbert, J. D. (2013). Baseline eating disorder severity predicts response to an acceptance and commitment therapy-based group treatment. *Journal of*

Contextual Behavioral Science, 2(3–4), 74–78.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.09.001>

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., y Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders. *Behavior Modification*, 37(4), 459–489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>

Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), pp. 349-371.

Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), pp. 79-91. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.

Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, pp. 26-34.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.

National Eating Disorders Association (2022). *Estadísticas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. National Eating Disorders. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/>

Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., y Ghaderi, A. (2016). A randomized trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6>

Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., y Williamson, D. A. (2002). Development of the Body Checking Questionnaire: A self-report measure of

- body checking behaviors. *The International Journal of Eating Disorders*, 31, 324–333. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10012>
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513–518. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170001254X>
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books Inc.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22–33, quiz 34-57.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M. y First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: history, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*. 49(8), 624
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., y Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587–597. <https://doi.org/10.1037/a0016481>
- Svanborg. P. y Åsberg., M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 203-216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00242-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00242-1)
- Team, R. C. (2009). *R: A language and environment for statistical computing*. Austria: R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Urrútia, G., Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135, 507-511.