

**LA ATENCIÓN PLENA EN LA TERAPIA DIALÉCTICO
CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR
ATRACÓN**

Trabajo de Fin de Grado Psicología

Autores: Alejandro Herrera Mora y Claudia Santiso González

Tutora: María Teresa Miró Barrachina

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso Académico 2021/2022

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	8
<u>Criterios de inclusión y de exclusión</u>	8
<u>Estrategia de búsqueda</u>	8
<u>Procedimiento</u>	8
RESULTADOS	9
<u>Participantes</u>	10
<u>Instrumentos de medida</u>	11
DISCUSIÓN	15
REFERENCIAS	17

RESUMEN

Esta revisión sistemática busca conocer los resultados de aquellos ensayos controlados aleatorizados (ECA) realizados desde el año 2000 hasta el 2022 sobre el uso de la DBT en el TA. Se ha analizado la literatura científica disponible para conocer la eficacia de la terapia dialéctico conductual (DBT) en el trastorno por atracón (TA), así como profundizar en el papel que tiene la atención plena dentro de esta terapia. Los resultados sugieren que la DBT es mejor que la ausencia de tratamiento, aunque no muestra diferencias significativas al compararla con otras terapias. Es necesaria más investigación para obtener resultados concluyentes.

Palabras clave: trastorno por atracón, terapia dialéctico-conductual, atención plena

ABSTRACT

This systematic review seeks to know the results of randomized controlled trials (RCT) conducted from 2000 to 2022 on the use of DBT on BED. The scientific literature available was analyzed to know the effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in binge eating disorder (BED), as well as to study in more detail the role of mindfulness within this therapy. The results suggest that DBT is better than the absence of treatment, but it doesn't show better results than other therapies. More investigation is needed to get conclusive results.

Key words: binge eating disorder, dialectical behavior therapy, mindfulness

INTRODUCCIÓN

El trastorno por atracón (TA) se reconoce en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) como entidad clínica específica dentro de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Este problema psicológico se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones en los que, la persona, ingiere una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de personas tomaría en circunstancias similares. Dichos episodios se acompañan de una sensación de pérdida de control y tienen lugar, como mínimo, una vez a la semana durante un periodo de 3 semanas, para ser categorizados como TA.

El TA, según el DSM-V, es el trastorno de la conducta alimentaria más prevalente en la población, siendo especialmente relevante en el caso de las personas que persiguen la pérdida de peso (30%). La proporción de género es más equilibrada que en el caso de la bulimia nerviosa (BN), siendo las cifras del TA del 1,6 para las mujeres y del 0,8 para los hombres (APA, 2013). Tal y como se comenta, en el estudio de prevalencia realizado por Stice et al. (2013), el periodo más común de aparición de este trastorno se sitúa entre los 18 y los 20 años. Asimismo, es frecuente que en esta etapa se muestren síntomas alimentarios de TA de forma subclínica. Por otro lado, la pandemia del COVID-19 tuvo consecuencias en forma de incremento, entre otros problemas, de los trastornos alimentarios (Termorshuizen et al., 2020). En el caso de TA, se habla de un empeoramiento en la sintomatología por falta de estrategias de afrontamiento para tratar con el confinamiento (Baenas et al., 2020).

La presencia de atracones no es exclusiva del TA, si bien estos pueden aparecer en otros trastornos de la conducta alimentaria. El elemento diferencial de este trastorno es la ausencia de comportamientos compensatorios tras la sobreingesta (Cuadro y Baile, 2015). Además, la insatisfacción corporal no cobra un papel tan relevante, aunque está presente (APA, 2013). Esta preocupación por la imagen viene derivada, en muchas ocasiones, del culto a la delgadez. Al tratarse de una forma de presión social y estética, las mujeres son el colectivo más afectado (Toro, 1996). Los cuerpos delgados se promueven como ideales al asociarse a una serie de valores deseables (como el éxito, por ejemplo). Igualmente, la delgadez se asocia con lo saludable, pudiendo llegar a camuflarse algunos comportamientos disfuncionales u obsesiones alimentarias bajo el rótulo de la preocupación por la salud (Lozada y Moratilla, 2020). Por ende, las personas con TA con cuerpos que no se ajustan a los estándares deseables no se sienten satisfechas con su imagen.

Siguiendo a Fairburn (1998), durante el inicio de un atracón pueden aparecer sensaciones agradables y placenteras, pero estas se desvanecen rápidamente, dando lugar al malestar a medida que avanza la ingesta. A este malestar contribuye también la sensación de estar desagradablemente lleno por haber comido a una gran velocidad. Asimismo, una vez finaliza el episodio, son frecuentes los sentimientos de culpabilidad por no haber sido capaz de controlar la cantidad ingerida.

El tipo de alimentos ingerido durante el atracón es aquel que la persona trata de evitar porque lo considera “prohibido” (Cuadro y Baile, 2015). En este sentido, la cultura de dieta

ha instaurado la creencia de que hay alimentos buenos y malos, es decir, se ha otorgado un valor moral a la comida (Harrison, 2019). Esta dicotomía se basa, únicamente, en las propiedades nutricionales de los productos, olvidando que el papel de la comida va mucho más allá de las funciones nutricionales. Las personas realizan esfuerzos por no consumir esos alimentos categorizados como “malos”, normalmente dulces con alto contenido en grasas (Goldfein et al., 1993).

De acuerdo con la teoría biosocial descrita por Linehan en 1993, los atracones y otros mecanismos compensatorios son el producto resultante de una interacción constante con un entorno invalidante. Según esta autora, este entorno puede estar formado por amigos o familiares excesivamente preocupados por el peso de la persona, que hacen burlas relacionadas con el físico o juicios de valor sobre cómo se alimenta. En esta misma línea, la invalidación emocional cobra un papel relevante. En numerosas ocasiones, la persona ha crecido en un contexto familiar donde no se ha sentido escuchada y comprendida, de modo que no ha contado con una figura de apego seguro. El entorno puede haber ignorado o reforzado intermitentemente la expresión emocional, siendo también común la excesiva simplificación de la resolución del problema planteado. Por este motivo, la persona ha tenido que buscar alternativas, en muchos casos disfuncionales, que le permitieran transitar las emociones desagradables.

En este sentido, también cabe ser mencionada, entre los modelos explicativos del TA, la teoría de la regulación del afecto. Dicha teoría sugiere que las personas que disponen de menos mecanismos de afrontamiento, utilizan la ingesta de comida como un medio para transitar las emociones que resultan desagradables (Berg et al., 2015). Además, este comportamiento suele ser reforzado por la reducción temporal de ese afecto negativo (Russell et al., 2017).

El TA ha sido tratado con diversas terapias. Entre ellas se encuentran la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia interpersonal, la terapia farmacológica, terapias centradas en atención plena o la terapia dialéctico conductual (DBT). La TCC, por una parte, emplea la psicoeducación y técnicas como la prescripción de comer, pesarse regularmente, el autocontrol de la ingesta de alimentos y la reducción del control y la evitación del cuerpo (Linardon, 2018). La DBT, por su parte, usa ejercicios de atención plena, entrenamiento en habilidades de regulación emocional y manejo de crisis, y técnicas para desligarse de los pensamientos y otras experiencias aversivas. Es decir, mientras la TCC se centra en controlar los antecedentes buscando el cambio en las conductas y las emociones, la DBT trabaja con las emociones y su regulación, a través de la atención plena y otras técnicas que se detallarán más adelante.

La DBT fue desarrollada en su origen por Marsha Linehan (1993). Su objetivo inicial era tratar mujeres con una gran desregulación emocional y comportamientos suicidas y parasuicidas, siendo estas dos características determinantes en el diagnóstico del trastorno de la personalidad límite (APA, 2013). Esta desregulación emocional incluye comportamientos impulsivos y desadaptativos que pretenden compensar el malestar asociado a esa inestabilidad emocional (Telch et al., 2001). Según el DSM-V, dentro de estos

comportamientos compensatorios, se suele encontrar la tendencia a derrochar dinero, la conducción temeraria o los atracones de comida. En este sentido, existe evidencia preliminar acerca de la utilidad de la DBT en la reducción de los atracones (Mushquash y McMahan, 2015).

Esta terapia se estructura en 4 bloques: terapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo, consultas telefónicas y reuniones de supervisión de equipo. La finalidad de la terapia individual es motivar a los consultantes, de forma que se favorezca el cumplimiento de los objetivos dirigidos a la modificación conductual. Por su parte, el grupo de habilidades tiene un carácter psicoeducativo en el que se combinan módulos de aceptación y cambio, trabajando competencias específicas dirigidas a la regulación emocional, la tolerancia al malestar, la eficacia interpersonal y la atención plena. El servicio de asistencia telefónica está disponible las 24 horas del día y está orientado a la aplicación de habilidades durante momentos de crisis, con el propósito de reemplazar las conductas autolesivas o suicidas por otras más adaptativas.

Dentro de la DBT, existe un programa específico centrado en personas con TA: el modelo de Stanford, desarrollado originalmente por Christy Telch (Safer et al., 2009). Dicho programa se centra en aumentar la atención plena al comer, disminuir la preocupación por la comida, prevenir el uso de atracones como única estrategia de regulación emocional y disminuir comportamientos aparentemente irrelevantes. Se entiende por comportamiento aparentemente irrelevante aquel que la persona considera independiente de tener un atracón, pero que suele ser un desencadenante o antecedente del mismo. En la consecución de estos objetivos, la práctica de atención plena toma un papel fundamental.

El modelo de Stanford para el TA sigue la estructura de la DBT original explicada anteriormente. El entrenamiento en habilidades de atención plena se realiza en la terapia grupal, que cuenta con 20 sesiones. Estas sesiones, a excepción de las dos primeras que están destinadas a la entrevista y la explicación del tratamiento, se dividen en dos partes: la primera mitad, dirigida a revisar la tarea propuesta en la anterior sesión; y la segunda mitad, en la que se desarrollan las nuevas habilidades. El módulo de atención plena tiene lugar entre las sesiones 3 y 5, seguido del módulo de regulación emocional (sesiones 6-12) y de tolerancia al malestar (sesiones 13-18). Las últimas dos sesiones se destinan al repaso y prevención de recaídas (Segal et al., 2016). En este modelo, el módulo de eficacia interpersonal se ha excluido para evitar el solapamiento con otras terapias que se centran en las habilidades interpersonales.

El entrenamiento en habilidades de atención plena se realiza al principio del tratamiento, dado que son la base sobre la que se sostiene el resto de capacidades. El razonamiento que respalda esta cuestión es sencillo. Si se quiere evitar un atracón, se debe ser capaz de identificar aquellas sensaciones corporales y emociones que lo preceden. No solo basta con identificarlas, no juzgarlas ni juzgarse a uno mismo es igualmente importante para no incrementar su intensidad y duración. Conviene destacar que la práctica repetida de atención plena es esencial, ya que requiere tiempo y entrenamiento para poder extraer todo su potencial terapéutico (Safer et al., 2009).

En concreto, se trabajan 3 habilidades de atención plena específicas para el TA. En primer lugar, *mindful eating* o alimentación consciente, que enseña a la persona a observar, describir y participar en la experiencia de comer sin juzgarse. En segundo lugar, *urge surfing* o surfear la urgencia, que implica la observación de los impulsos por tener atracones sin obedecerlos o luchar contra ellos. Se explica que normalmente este afán por comer viene desencadenado por circunstancias concretas, por lo que la persona debe observar y resistir la urgencia sin actuar en ella. Así, el impulso debería aparecer y marcharse como lo hacen las olas del mar. En tercer y último lugar, *alternate rebellion* o rebelión alternativa, que tiene el propósito de aprender a rebelarse sin incumplir el objetivo principal, que es reducir los atracones. Se espera que la persona reaccione de forma dañina para sí misma ante los juicios de la sociedad hacia su peso. Por tanto, se enseña una forma de rebelión más creativa y efectiva, sin necesidad de recurrir a la comida.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre las investigaciones que han utilizado la DBT en el TA, profundizando también en el papel de la atención plena dentro de la misma.

MÉTODO

Criterios de inclusión y de exclusión

En relación con el tipo de estudios, la búsqueda se limitó a ensayos controlados aleatorizados (ECA), excluyendo aquellas investigaciones en las que no se contaba con grupo de control. Así, se incluyeron estudios en los que se comparase la DBT con un grupo control, ya fuese lista de espera o que recibiese algún tratamiento alternativo. Se excluyeron las revisiones sistemáticas con el fin de realizar un análisis pormenorizado de los estudios que pudieran incluir dichas revisiones.

En relación con los participantes, debían tener diagnóstico de trastorno por atracón y ser mayores de 18 años. Se descartaron aquellos estudios en los que, además del TA, se contaba con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Por último, el tipo de terapia utilizado debía ser la Terapia Dialéctico Conductual, ya fuera en formato grupal o siguiendo un manual de autoayuda.

La muestra final de estudios, tras la aplicación de estos criterios, ha sido de 7 artículos.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de artículos se llevó a cabo durante el mes de marzo de 2022, consultando las bases de datos electrónicas PubMed Central y EbscoHost (Elsevier) a través del metabuscador “Punto Q” de la Universidad de La Laguna.

Se introdujeron los siguientes términos clave: (binge eating & DBT & (trial* OR randomized* OR controlled*)). Se filtró la búsqueda para que solo aparecieran revistas revisadas por pares. Además, se restringió el periodo de publicación de los estudios desde el año 2000 hasta el 2022. Todos los artículos revisados han sido publicados en inglés.

Procedimiento

El proceso de selección de los artículos fue realizado de forma conjunta por dos revisores, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión indicados con anterioridad. Primeramente, se atendió a los títulos de los artículos resultantes de la búsqueda. En segundo lugar, se procedió a leer los abstract de aquellos relevantes. En el caso de aquellos artículos cuyos resúmenes no aportaban suficiente información para determinar su elegibilidad, se procedió a leer la publicación al completo. Una vez seleccionados los artículos, se revisaron los criterios nuevamente para comprobar su cumplimiento.

RESULTADOS

Como se ha comentado, todos los estudios analizados se tratan de Ensayos Controlados Aleatorizados. Mientras que en 3 de ellos los resultados fueron comparados con la lista de espera, en los 4 restantes se utilizó un grupo de control activo. En los estudios de Safer et al. (2010) y Robinson y Safer (2012), el grupo de control activo siguió un enfoque “Rogersiano”, en el que se animaba a las personas a encontrar las respuestas en ellos mismos, en lugar de proporcionar habilidades específicas. Se aseguró que hubiera efectos terapéuticos comunes con el grupo DBT-TA, en ausencia de los aspectos específicos de este.

Por otro lado, en el estudio de Chen et al. (2017), los participantes fueron distribuidos en 3 grupos: autoayuda cognitivo-conductual, DBT y TCC. Al inicio de la intervención se les proporcionó un manual de autoayuda cognitivo-conductual guiada. Posteriormente, se dividió la muestra en aquellos que habían mostrado una respuesta temprana a la autoayuda y aquellos que habían reflejado una respuesta más débil a esta. Los últimos fueron asignados aleatoriamente a los grupos DBT y TCC. El grupo de TCC excluyó el módulo de alimentación emocional para evitar la superposición de resultados, dado el énfasis de la DBT en la regulación emocional.

En el estudio de Carter et al. (2020) también se contó con 3 grupos: DBT con autoayuda, DBT con autoayuda guiada y grupo de control activo de autoayuda. En el grupo de control se proporcionó un libro de autoayuda con enfoque cognitivo-conductual que se centraba en la mejora de la autoestima y que no trataba los episodios de atracones.

Atendiendo a la duración de las intervenciones, aquellos estudios que siguieron los manuales adaptados de DBT para TA consistieron en 20 sesiones semanales de 2 horas (Telch et al. (2001); Safer et al. (2010), Robinson y Safer (2012) y Chen et al. (2007)). El estudio de Rahmani et al. (2018) también siguió el mismo patrón establecido en los manuales, pero las sesiones se realizaron 2 veces por semana, por lo que la duración final fue de 10 semanas. Por último, las intervenciones de Masson et al. (2013) y Carter et al. (2020) tuvieron una duración de 13 y 12 semanas respectivamente, si bien en el caso de Masson et al. (2013) las consultas se realizaron telefónicamente 2 veces por semana durante 20 minutos. En Carter et al. (2020) se mantuvo una sesión semanal las primeras 2 semanas, 2 sesiones semanales durante las siguientes 3 semanas, y una sesión final.

En relación con las medidas tomadas, tal y como se aprecia en la tabla 1, todos los estudios contaron con datos de línea base y al finalizar la intervención. Las medidas de seguimiento fueron tomadas en casi todos los estudios, si bien en las investigaciones de Telch et al. (2001) y Masson et al. (2013) solo se recogieron medidas de seguimiento de los grupos DBT.

Tabla 1

Diseños experimentales de la muestra

Estudio	Duración de la intervención	Ensayo controlado aleatorizado			Medidas	
		Grupo de control activo	Lista de espera	Línea base	Post	Seguimiento
Telch, C. et al. (2001)	20 semanas		X	X	X	X
Safer, D. et al. (2010)	20 semanas	X		X	X	X
Robinson, A. & Safer, D. (2012)	20 semanas	X		X	X	
Masson, P. et al. (2013)	13 semanas		X	X	X	X
Chen, E. et al. (2017)	24 semanas	X		X	X	X
Rahmani, M. et al. (2018)	10 semanas		X	X	X	
Carter, J. et al. (2020)	12 semanas	X		X	X	X

Participantes

En este apartado, se comentarán las principales características de los participantes que conformaron la muestra. Se ofrece información sobre el tamaño muestral de cada estudio, la edad media de los participantes, el IMC medio, el sexo y el diagnóstico. El resumen de estos datos se encuentra en la tabla 2. Antes de comenzar, se debe destacar que el estudio de Safer et al. (2010) y el de Robinson y Safer (2012) emplearon la misma muestra.

Todos los estudios incluyeron personas mayores de 18 años, excepto el de Carter et al. (2020), en el que la edad mínima de los participantes fue de 19 años. Este estudio y el de Telch et al. (2001) fueron los únicos que limitaron la edad máxima de los participantes, ambos a 65 años. La incidencia en hombres y mujeres del TA se ve reflejada en la variable sexo. Hasta tres de los estudios tuvieron una muestra compuesta solo por mujeres, mientras que en los restantes el porcentaje de las mismas no bajó del 85%. La media de IMC de los participantes en todos los estudios fue superior a 30, valor a partir del cual se considera que la persona tiene obesidad (OMS, 2021). En cuanto al diagnóstico, solo el estudio de Chen et al. (2017) se realizó con personas con BN y TA. Los demás trabajaron exclusivamente con TA.

Tabla 2

Características de los participantes

Estudio	n	Media edad	Media IMC	Sexo	Diagnóstico
---------	---	------------	-----------	------	-------------

Telch, C. et al. (2001)	44	50	36.4	100% Mujeres	TA
Safer, D. et al. (2010)	101	52.2	36.4	85% Mujeres, 15% Hombres	TA
Robinson, A. & Safer, D. (2012)	101	52.2	36.4	85% Mujeres, 15% Hombres	TA
Masson, P. et al. (2013)	60	42.8	37.9	88.3% Mujeres, 11,7% Hombres	TA
Chen, E. et al. (2017)	109	38.2	36.8	100% Mujeres	TA o BN
Rahmani, M. et al. (2018)	60	29.6	32.4	100% Mujeres	TA
Carter, J. et al. (2020)	71	40.7	37.3	93% Mujeres	TA

Instrumentos de medida

Tal y como se refleja en la tabla 3, las medidas de resultado se agruparon en cinco categorías: psicopatología general (PSP), regulación emocional (RE), síntomas alimentarios (SA), peso y altura (PA) y calidad de vida (CV). En ninguno de los estudios se utilizaron escalas específicas para la evaluación de las habilidades de atención plena.

Tabla 3

Características de las medidas de resultado

Estudio	Medidas de resultado					Escalas de medida
	PSP	RE	SA	PA	CV	
Telch, C. et al. (2001)	X	X	X	X		SCID, EDE, BES, EES, BDI, RSE, NMR, PANAS
Safer, D. et al. (2010)	X	X	X	X		SCID, EDE, EES, BDI, RSE, NMR, DERS, QEWP
Robinson, A. & Safer, D. (2012)	X	X	X	X		SCID, EDE, EES, BDI, RSE, DERS
Masson, P. et al. (2013)	X	X	X	X	X	SCID, EDE, EDE-Q, DERS, EDQLS

Chen, E. et al. (2017)	X		X	X		SCID, EDE, LIFE
Rahmani, M. et al. (2018)	X	X	X	X		SCID, BES, DERS
Carter, J. et al. (2020)	X		X	X	X	EDE, EDE-Q, DAST-10, AUDIT, BSI, SF-6D

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol); **BDI:** Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck); **BES:** Binge Eating Scale (Escala de Atracón); **BSI:** Brief Symptom Inventory (Inventario Breve de Síntomas); **CV:** calidad de vida; **DAST-10:** Drug Abuse Screening Test (Cuestionario de prueba de Detección de Drogas); **DERS:** Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificultades en Regulación Emocional); **EDE:** Eating Disorder Examination (Entrevista para el examen del Trastorno de la Conducta Alimentaria); **EDE-Q:** Eating Disorder Examination Questionnaire (Cuestionario para el Trastorno de la Conducta Alimentaria); **EDQLS:** Eating Disorder Quality of Life Scale (Escala de Calidad de Vida en Trastornos Alimentarios); **EES:** Emotional Eating Scale (Escala del Comer Emocional); **LIFE:** Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (Evaluación del Seguimiento del Intervalo Longitudinal); **NMR:** Negative Mood Regulation Scale (Escala de Regulación del Ánimo Negativo); **PA:** peso y altura; **PANAS:** Positive and Negative Affect Schedule (Escala de Afecto Positivo y Negativo); **PSP:** psicopatología general; **QEW:** Questionnaire on Eating and Weight Patterns (Cuestionario de Alimentación y Peso); **RE:** regulación emocional; **RSE:** Rosenberg Self-Esteem Scale (Escala de Autoestima de Rosenberg); **SA:** síntomas alimentarios; **SCID:** Structured Clinical Interview for DSM (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM); **SF-6D:** Short Form 6D (Cuestionario de Salud 6D).

Las medidas relativas a psicopatología general fueron recogidas en todos los estudios mediante distintas variantes de la entrevista semiestructurada SCID. Los estudios de Telch et al. (2001), Safer et al. (2010) y Robinson y Safer (2012), incluyeron el BDI como medida de sintomatología depresiva. Asimismo, en dichos estudios, se tomaron medidas de autoestima a partir de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). No se encontraron diferencias significativas en estas variables, con la excepción en sintomatología depresiva al finalizar el tratamiento en Safer et al. (2010). Las puntuaciones en el BDI fueron significativamente mejores en el grupo DBT-BED que en el grupo control, con un tamaño de efecto pequeño.

Las medidas de regulación emocional se tomaron mediante las escalas NMR, DERS, PANAS y EES. En Telch et al. (2001) los resultados no apoyaron la hipótesis de la regulación emocional, que sostenía que el tratamiento sería eficaz al reducir el afecto negativo. Sin embargo, se obtuvieron resultados significativamente más bajos en la subescala “Ira” del EES en comparación con la lista de espera. De acuerdo con las autoras, esto sugiere que la DBT puede funcionar reduciendo el impulso de comer al enfrentarse a emociones desagradables.

En el estudio de Safer et al. (2010) tres de las subescalas del EES favorecieron la DBT frente al grupo de control activo (“Ira”, “Ansiedad” y “Depresión”). Sin embargo, en el seguimiento de 12 meses, estos resultados no se mantuvieron. En este seguimiento se apreciaron mejores resultados en regulación emocional en el grupo de control activo que en DBT. Asimismo, en el análisis realizado por Robinson y Safer (2012) con estos mismos participantes se encontraron dos características que modulaban la eficacia de la terapia. Por un lado, el diagnóstico de trastorno de la personalidad evitativa, que se caracteriza por la

tendencia a esquivar el contacto y las relaciones sociales por miedo a sentirse avergonzado, inepto o rechazado. Por otro lado, una edad temprana de inicio de sobrepeso y seguimiento de dietas. Las personas que contaban con ambos moderadores se beneficiaron en mayor medida de las habilidades de regulación emocional, además de experimentar una mayor reducción en los atracones. Masson et al. (2013) hallaron una mejora en la regulación emocional tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento de 6 meses en comparación con la línea base. Igualmente, en Rahmani et al. (2018) se encontraron mejoras en regulación emocional, si bien se careció de seguimiento que permitiera comprobar que esta mejora se mantuviera en el tiempo.

En cuanto a las medidas de síntomas alimentarios (SA), fueron tomadas mediante las escalas BES, que atiende a la intensidad y frecuencia de los atracones, y EDE, que mide la preocupación por el peso, la silueta y la comida, además de la restricción alimentaria. El grupo de DBT de Telch et al. (2001) experimentó un cambio significativo en todas las medidas de SA del post-tratamiento, excepto en la restricción alimentaria. La abstinencia de atracones se mantuvo durante el seguimiento a los 3 meses (67%) y a los 6 meses (56%). El grupo de DBT con autoayuda guiada de Masson et al. (2013) también mostró diferencias significativas en la medida post de los episodios de atracones y la abstinencia de atracones. Sin embargo, esta reducción no se dio en el seguimiento. En cuanto a la preocupación por el peso, la silueta y la comida, se dio una reducción significativa en la medida post que se mantuvo en el seguimiento. En el estudio de Rahmani et al. (2018) también se dio una reducción significativa de los atracones en la medida post.

Si atendemos al uso de la DBT frente a otras terapias, el estudio de Safer et al. (2010) encuentra que el grupo de DBT consigue antes la abstinencia de atracones y la reducción en la frecuencia de atracones que el grupo activo. Esta diferencia no se mantiene en las medidas de seguimiento. Cabe mencionar que en este estudio se incluyó la escala QEWP, que evalúa la historia de los patrones alimentarios en los SA, aunque no es una medida de resultado. Por su parte, Chen et al. (2017) encuentran que las tres terapias comparadas, en la medida post, aumentan la abstinencia de atracones y tuvieron un tamaño del efecto grande en la reducción de la puntuación total de la escala EDE. Esta tendencia no se mantiene en las medidas de seguimiento, ya que a los 12 meses se da un empeoramiento de estas variables aunque se mantienen en niveles subclínicos. En el estudio de Carter et al. (2020) tampoco se encuentran diferencias entre los grupos comparados, existiendo en todos ellos una reducción significativa con tamaño del efecto grande en la frecuencia de atracones, tanto en la medida post como en el seguimiento.

Si bien el peso de los participantes fue medido en la línea base de todos los estudios, solo en cinco de ellos se revisó al finalizar la terapia. Telch et al. (2001), Safer et al. (2010) y Chen et al. (2017) no encontraron diferencias significativas entre grupos. Rahmani et al. (2018) observaron una reducción significativa del IMC en la medida post del grupo de DBT. En el estudio de Carter et al. (2020) todos los grupos experimentaron una reducción del IMC desde la medida post al seguimiento, aunque no hubo diferencias entre grupos. Por tanto, no existe suficiente evidencia para afirmar que la DBT contribuye a la reducción de peso.

La adherencia al tratamiento parecía ser uno de los puntos fuertes de la DBT según Safer et al. (2010), dada la diferencia significativa entre el grupo DBT y el grupo de control activo. Sin embargo, el resto de estudios revisados no ratificaron este efecto.

Finalmente, las medidas de calidad de vida solo fueron tomadas en los estudios de Masson et al. (2013) y Carter et al. (2020). En ambos estudios se encontraron mejoras al terminar la intervención que fueron mantenidas en el seguimiento. En Carter et al. (2020) estas diferencias no fueron significativas entre los grupos. Los efectos fueron pequeños en el caso de la DBT con autoayuda guiada y medianos en los casos de autoayuda no guiada y DBT con autoayuda no guiada.

DISCUSIÓN

En esta revisión se ha atendido principalmente a los síntomas alimentarios y la regulación emocional para conocer la efectividad de la DBT en el TA. Se han considerado estos dos aspectos dado que son tratados directamente en la terapia. Por tanto, cabría esperar que los cambios más notorios se dieran en estas variables.

En cuanto a los síntomas alimentarios, los estudios de Telch et al. (2001), Masson et al. (2013), Rahmani et al. (2018) nos indican que la DBT es mejor que la ausencia de tratamiento para reducir los SA. Sin embargo, al no contar con un grupo de control activo, no se puede descartar que los efectos en la conducta alimentaria se deban a elementos terapéuticos no específicos de la DBT. Los estudios que compararon la DBT con otras terapias tampoco encontraron diferencias en el seguimiento, si bien es cierto que la DBT parece tener efectos más inmediatos en la conducta alimentaria. Estos datos sugieren que la DBT no es más eficaz que el resto de terapias comparadas para el tratamiento del TA.

Los resultados indican que la DBT parece tener efectos sobre la regulación emocional en las medidas post tratamiento, aunque en algunos estudios, como el de Safer et al. (2010), los cambios no se mantienen en el tiempo. En este estudio, ambas terapias mostraron efectos positivos en la regulación emocional, aunque en el caso de la DBT no se mantuvieron en el seguimiento a los 12 meses. Por otra parte, Masson et al. (2013) sí encuentran mejora en la regulación emocional al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento a los 6 meses.

Es interesante el hallazgo de Robinson y Safer (2012), que sugiere que las personas con un patrón de personalidad evitativa y una edad temprana de inicio de sobrepeso y seguimiento de dietas se benefician en mayor medida del entrenamiento en habilidades de regulación emocional. Las autoras hipotetizan que el diseño altamente estructurado de la DBT es más adecuado para las personas con trastorno de la personalidad evitativa que el enfoque rogersiano aplicado en el grupo control.

Continuando con las medidas tomadas, en la totalidad de los estudios se recogieron datos referidos al peso y la altura de los participantes. Además, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), que se utilizó para evaluar los cambios tras el tratamiento. Respecto al uso de esta medida, cada vez son más los profesionales que la desaconsejan. El IMC fue diseñado para evaluar y clasificar a las personas en base a su apariencia física, por lo que su uso como indicador de salud no ha demostrado estar justificado (Nuttall, 2015). Teniendo esto en cuenta, uno de los obstáculos que ha encontrado la TCC en el tratamiento del TA es el mantenimiento de la pérdida de peso en el tiempo. En los estudios analizados, no se han observado cambios importantes en el peso durante el tratamiento. Por tanto, la DBT tampoco contribuye a la pérdida de peso a largo plazo. Si bien ambas terapias -TCC y DBT- han demostrado su efectividad en el tratamiento del TA, cabe cuestionar si la pérdida de peso es realmente un objetivo relevante.

La DBT fue aplicada en todos los estudios por profesionales con la cualificación necesaria, siendo la mayoría psicólogos clínicos. Por tanto, se descarta que la ausencia de efectos se deba a una mala aplicación de la terapia. La ausencia de efectos específicos de la

DBT en el tratamiento del TA puede deberse, principalmente, a que se trata de una terapia desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, para el que sí se ha mostrado su eficacia. A pesar de que sus manuales se han adaptado para el TA, sus bases están centradas en las necesidades del trastorno límite. Por ejemplo, el servicio de atención continuada puede ser de mayor utilidad para los momentos de crisis en el TLP que para la exploración de la urgencia por tener atracones. Por otra parte, una mayor cantidad de sesiones de terapia individual podría ser útil para profundizar en los desencadenantes de los atracones.

Una de las limitaciones encontradas en el trabajo ha sido el escaso número de ensayos controlados aleatorizados que han utilizado la DBT en el tratamiento del TA. Por otra parte, la representación de los hombres en las muestras es muy reducida, teniendo en cuenta que la distribución por género en el TA es más equilibrada que en otros problemas alimentarios. Asimismo, una de las limitaciones más relevantes ha sido la ausencia de medidas de atención plena. Un objetivo de este trabajo era estudiar el papel de la atención plena en esta terapia, lo que no ha podido realizarse dada la ausencia de medidas sobre estas habilidades.

Cabe señalar que las habilidades de atención plena se trabajan en mayor profundidad en otras terapias empleadas en el tratamiento del TA. El ejemplo más destacado es el programa desarrollado por Kristeller llamado Mindfulness Based Eating Awareness Training (MB-EAT). Conviene clarificar en este punto, tal y como se esbozó en la introducción, que el entrenamiento en atención plena no es más que una herramienta y no es terapéutica en sí misma para el TA.

A modo de síntesis, los resultados sugieren que la DBT es mejor que la ausencia de tratamiento para el TA, aunque no muestra diferencias significativas al compararla con otras terapias. Peat et al. (2017) llegaron a esta misma conclusión en la revisión sistemática realizada con el fin de conocer la eficiencia de los tratamientos para el TA. Sin embargo, es necesaria más investigación para obtener resultados concluyentes, así como para conocer qué perfiles responden mejor a la terapia.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baenas, I., Caravaca-Sanz, E., Granero, R., Sánchez, I., Riesco, N., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Treasure, J., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2020). COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/erv.2771>
- Beaulac, J., Sandre, D. & Mercer, D. (2019) Impact on mindfulness, emotion regulation, and emotional overeating of a DBT skills training group: a pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 373–377. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0616-9>
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641-653.
- Carter, J., Kenny, T., Singleton, C., Van Wijk, M., & Heath, O. (2020). Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 451-460.
- Chen, E., Cacioppo, J., Fettich, K., Gallop, R., McCloskey, M., Olino, 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.
- Cuadro, E., Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Frayn, M., Fojtu, C., & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 40(12), 6249-6258.
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., Devlin, M. J., Lachaussee, J. L., & Kissileff, H. R. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 427-431.
- Harrison, C. (2019). *Anti-diet: reclaim your time, money, well-being and happiness through intuitive eating*. Nueva York: Little, Brown Spark.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).

- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141-168.
- Haynos, A. F., Forman, E. M., Butryn, M. L., & Lillis, J. (Eds.). (2016). *Mindfulness and acceptance for treating eating disorders and weight concerns: evidence-based interventions*. New Harbinger Publications.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat?. *Clinical psychology review*, 28(1), 1-16.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.
- Kristeller, J. (2015). Mindfulness, Eating Disorders, and Food Intake Regulation. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*, 199-215.
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125-140.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lozada, V., Moratilla, C. (2020). *Por qué comes como comes*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 17.
- Masson, P., Von Ranson, K., Wallace, L., & Safer, D. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 723-728.
- Mushquash, A.R., McMahan, M. (2015) Dialectical behavior therapy skills training reduces binge eating among patients seeking weight-management services: preliminary evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 415–418. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0177-0>
- Nuttall F. Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition today*, 50(3), 117–128. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Puhl, R. M., Vartanian, L. R., Giles, C., Griva, K., & Carter, A. (2016). The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*, 102, 70-76.

- Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rahmani, M., Omidi, 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*, 13-18.
- Robinson, A., & Safer, D. (2012). Moderators of Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder: Results from a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 597-602.
- Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., ... & Bulik, C. M. (2017). Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 25*(5), 317-328.
- Russell, S. L., Haynos, A. F., Crow, S. J., & Fruzzetti, A. E. (2017). An experimental analysis of the affect regulation model of binge eating. *Appetite, 110*, 44-50.
- Safer, D., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy, 41*(1), 106-120.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Segal, K., Safer, D. L., & Chen, E. (2016). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating. *Mindfulness and Acceptance for Treating Eating Disorders and Weight Concerns: Evidence-Based Interventions, 71*.
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology, 122*(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061–1065. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>
- Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., Harper, L. E., van Furth, E. F., Peat, C. M., & Bulik, C. M. (2020). Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *The International journal of eating disorders, 53*(11), 1780–1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.