

# Técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, mini-review

Pablo Darío Terreros Argudo <sup>1</sup>.

1. Unidad de Salud y Seguridad Ocupacional, Hospital de Especialidades José Carrasco, IESS, Cuenca-Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Pablo Darío Terreros Argudo  
Correo electrónico:  
pablotterrerosargudo@gmail.com  
Dirección: Popayán y Pacto Andino  
Teléfono: 072861500.  
Código Postal: 0101207

Fecha de Recepción: 23-12-2022.  
Fecha de Aceptación: 30-04-2023.  
Fecha de Publicación: 30-08-2023.

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Terreros P. Técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la bulimia nerviosa, una revisión bibliográfica. Rev Med HJCA. 2023; 15 (2): 74-79. DOI:<http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.2.rb.12>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2023 Terreros et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



## RESUMEN

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario grave y potencialmente mortal que deriva de perturbaciones mentales que afectan principalmente a la población femenina en edades comprendidas entre los 13 a 30 años de edad. Esta enfermedad, se caracteriza por la necesidad de ingerir grandes cantidades de alimento para luego producir un sentimiento de culpa. Este tipo de desorden alimentario se puede tratar a través de técnicas cognitivo – conductuales, sin embargo, no existe suficiente información empírica que evidencie la eficacia de las técnicas subyacentes a la terapia cognitivo conductual. La presente investigación tiene por objetivo analizar la eficacia de la TCC en pacientes con bulimia restrictiva mediante una búsqueda sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Para este fin se llevó a cabo un protocolo de escritura para validar la información de los estudios encontrados basado en PRISMA y AMSTAR, así mismo para valorar la calidad metodológica de los estudios se utilizó la herramienta NICE. Los resultados indican varias estrategias que se enmarcan como efectivas al aplicar en un tratamiento cognitivo – conductual, entre estas: percepción de imagen personal, ámbito social, consecuencias de la enfermedad, restricciones conductuales, pensamientos dicotómicos y continuidad de tratamientos. Se recomienda realizar futuros estudios de seguimiento valorar el efecto permanente y a través del tiempo de estas estrategias.

**PALABRAS CLAVE:** BULIMIA NERVOSA, TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, CONDUCTA ALIMENTARIA.

## ABSTRACT

### *Cognitive behavioral techniques in the treatment of restrictive bulimia nervosa: a minireview.*

*Bulimia nervosa is a serious and potentially life-threatening eating disorder resulting from mental disturbances that mainly affects the female population between the ages of 13 and 30 years old. This disease is characterized by the need to ingest large amounts of food and then produce a feeling of guilt. This type of eating disorder can be treated through cognitive-behavioral techniques, however, there is not enough empirical information that evidences the effectiveness of the techniques underlying cognitive-behavioral therapy. The present research aims to analyze the efficacy of CBT in patients with restrictive bulimia through a systematic search of randomized clinical trials. For this purpose, a writing protocol was carried out to validate the information of the studies found based on PRISMA and AMSTAR, and the NICE tool was used to assess the methodological quality of the studies. The results indicate several strategies that are framed as effective when applied in a cognitive-behavioral treatment, among these: perception of personal image, social environment, consequences of the disease, behavioral restrictions, dichotomous thoughts and continuity of treatments. Future follow-up studies are recommended to assess the permanent effect of these strategies over time.*

**KEYWORDS:** BULIMIA NERVOSA, COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY, FEEDING BEHAVIOR.

## INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), en la actualidad, los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se consideran como una verdadera epidemia en la población mundial, especialmente en la adolescencia, ya que es una etapa de cambios biológicos y emocionales y que implica un proceso de construcción de la autoestima, que muchas veces es alrededor de su peso e imagen corporal [1]. Uno de los TCA con mayor incidencia de los últimos años es la Bulimia Nerviosa (BN), que se caracteriza por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales relacionados con la auto provocación del vómito luego de realizar una ingesta de alimentos [2]. El término bulimia, hace referencia a un trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes, en los que la persona ingiere grandes cantidades de comida en un periodo de tiempo objetiva o subjetivamente corto, este tipo de ingesta se conoce como atracones [3,4]. Las personas con estos trastornos experimentan una sensación de pérdida de control durante las ingestas que les impide manejar su propia conducta [5]. Por otro lado, luego del atracón, las personas experimentan sentimientos de culpa muy intensos que dan paso a alteraciones conductuales compensatorias para sentirse mejor consigo mismos, ya sea provocando vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, restricción alimentaria o excesivo ejercicio físico [6,7].

Estas conductas, están estrechamente relacionadas con una preocupación intensa sobre la figura corporal y el peso, en la que la autoevaluación tiene una elevada influencia de estos factores [8]. Los autores Pérez et al. [9], mencionan que, en las últimas décadas, la sociedad se ha encargado de establecer los estándares de la imagen corporal de las personas, que están enfocados hacia la delgadez. Del mismo modo, Plaza JF [10], menciona que esta imagen idealizada del ser humano se ve promovida y motivada por los medios de comunicación, que relacionan a la delgadez con otras cualidades indistintas del peso corporal, como: la inteligencia, perfeccionismo, autodisciplina y pertenecer a los altos estratos sociales.

En adición, Gismero M. [11], menciona que las enfermedades relacionadas con los TCA, especialmente aquellas que pueden tener consecuencias fatales como la bulimia nerviosa, no solo representan un problema de salud pública, si no también tienen consecuencias sociales, económicas y familiares; puesto que, como mencionan Martínez et al. [12] y Hernández et al. [13], esta entidad no es provocada por un agente biológico, sino que surge de un desorden conductual consciente del paciente para mantener o cumplir con un estándar de peso e imagen corporal idealizado, sin cuidado sobre las consecuencias de sus decisiones a mediano y largo plazo.

Referente a este tipo de trastornos, existen varios tratamientos médicos que incluyen: medicamentos, educación nutricional y hospitalización de los pacientes por largos periodos de tiempo [14]. Sin embargo, este tipo de tratamientos no asientan de manera adecuada la raíz de estos trastornos, que son de naturaleza psicológica, por lo tanto, es importante incluir un tratamiento psicoterapéutico para indagar las verdaderas razones de este comportamiento [15].

Dentro del tratamiento psicoterapéutico, existe una terapia denominada "Terapia Cognitiva Conductual" o TCC, que es utilizada para regular o normalizar los patrones alimenticios de la persona a través de la identificación de las creencias negativas y mal fundamentadas y remplazarlas por pensamientos positivos y saludables [16,17]. La TCC explica la importancia de los pensamientos y conductas relacionadas con la comida y la imagen, así como la carencia de algunas habilidades que pueden hacer que una persona con TCA, poco a poco quede inmersa en un patrón psicológico que la hace resistirse al cambio en su conducta, a consecuencia de sus procesos erróneos de pensamiento [18]. Del mismo modo Calderón

y Alegre [19], indican que la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a los pacientes con BN a modificar su sistema conductual y la percepción distorsionada de su imagen corporal al compararse con modelos corporales idealizados.

Ante esta problemática y sus complicaciones tanto a nivel social, familiar, económico y de salud, resulta de especial interés conocer los resultados de los estudios más relevantes relacionados con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para tratar estos trastornos; y a partir de ahí, determinar cuáles son los factores que favorecen este tipo de desórdenes alimenticios y los tratamientos más exitosos para controlar la BN en sus diferentes dimensiones como: frecuencia de atracones y purgas, grado de preocupación por la comida, peso, figura y nivel de restricción nutricional. Para cumplir dicho objetivo, nos planteamos realizar una revisión bibliográfica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos: PubMed, Lancet, Psycinfo y Google Académico, entre junio 2021 y noviembre 2021, centrada en la Terapia Cognitiva Conductual, en pacientes con edades mayores a 13 años con TCA (bulimia nerviosa). Se incluyeron los estudios publicados en español o inglés que cumplieron con los siguientes criterios:

- a) Las revisiones sistemáticas (RS) y ensayos controlados aleatorios (ECA) que cumplieron con los criterios de investigación limitando el sesgo.
- b) Reportes de expertos en la eficacia con intervención psicológica utilizada para tratar diagnósticos de trastornos alimentarios con técnicas cognitivo-conductuales en pacientes mayores a 13 años de edad.
- c) Reportes de investigaciones referentes a impacto social, económico y familiar que produce un paciente con trastorno alimentario – bulimia nerviosa.
- d) Estudios que involucraron explícitamente el comportamiento de los pacientes con algún diagnóstico de trastorno alimentario (bulimia nerviosa) antes y después del tratamiento cognitivo-conductual.
- e) Artículos relevantes en un rango de antigüedad desde 1980 hasta 2021 según los criterios de búsqueda NICE.

Por otra parte, se excluyeron los estudios publicados que cumplieron con los siguientes criterios:

- a) Reportes con tratamientos de intervención quirúrgica.
- b) Publicaciones sobre otros trastornos alimentario, pero que no incluyan a la bulimia nerviosa.

Se encontraron 107 artículos con los términos de búsqueda "terapia cognitivo conductual" y "bulimia nerviosa". Se excluyeron duplicados y se examinaron los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente en las búsquedas, evaluando las versiones de resumen y texto completo de los artículos.

Se procedió a diseñar un cuadro de extracción de datos de los estudios, revisando las publicaciones en aspectos como: autores, fecha del estudio, tipo de estudio, técnica cognitiva y conductual, población de diagnóstico (género, edad, talla y peso), país de la investigación, diseño del estudio de técnica cognitivo-conductual y conclusiones de los autores sobre la eficacia en los resultados del estudio en bulimia nerviosa restrictiva.

Para la evaluación de los estudios en el área de psicoterapia, se elaboró un formulario de calificación acorde a la metodología del estudio de resultados de psicoterapia NICE [20,21] con los criterios incluidos en esta guía, los cuales, son exclusivos para estudios observacionales en epidemiología (cohortes, estudios de casos y transversales).

## DESARROLLO

Se aplicó la metodología anteriormente mencionada para elaborar

una serie de fichas bibliográficas con la finalidad de exponer las investigaciones más relevantes que tengan pertinencia y exhaustividad con los objetivos de la investigación. En este sentido, luego de realizar la revisión bibliográfica en los repositorios digitales, se pudo identificar un total de 107 artículos, entre los cuales, al sustraer los documentos duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se encontraron: revisiones sistemáticas de estudios clínicos aleatorizados, de estudios observacionales, de reportes de casos clínicos; estudios de cohorte y ECA. A continuación, se presenta un resumen de las publicaciones encontradas de acuerdo diferentes criterios como: diseño del estudio, grupo de estudio, seguimiento, trastornos alimenticios, resultados, evaluación de calidad metodológica NICE.

**Tabla 1. Resultados de la búsqueda**

Estudios	Grupo de Estudios	Seguimiento	Tipo de Estudio	Trastornos Alimentarios	Resultados de	NICE
Bacaltchuk et al. 2000 [22]	TCC + antidepresivos	n/a	RS (ECA)	BN	Atracones, Depresión, Neurosis	RB
Allen S et al. 2011[23]	TCC	n/a	RS( ECA)	AN+BN+BED	Atracones y Depresión	RB
Polnay et al. 2013[24]	TCC	n/a	RS( ECA)	BN	Atracones	RB
Brauhardt et al. 2014 [25]	TCC + GMP	n/a	RS( ECA)	AN+BN+BED+ TCANE	IMC, atracones, purgas	RB
Schlegl et al. 2015[26]	CBI + TBI	n/a	RS( ECA, estudios controlados y no controlados)	BN + AN	IMC, atracones, purgas	RB
Linardon et al. 2017[27]	TCC +DBT +ST+ACT +MBI+CTF	n/a	RS( ECA)	BN + AN+BED	Síndrome de Atracones	RB
Fairburn et al. 2003 [28]	TCC	n/a	ECA	BN + BED	Trastornos Alimentarios y Atracones, genética y aspectos ambientales	RB
Berkman et al. 2007[29]	BN+AN+BED	25 años	RS(Estudios Observacionales, Cohortes, Series de casos)	BN+AN+BED	Conducta alimentaria, síntomas psiquiátricos o psicológicos, biomarcadores	RB
Grider et al. 2021[30]	BN+AN+BED	39 años	RS( ECA)	Ingesta Dietética	Disminución y restricción	RB
Hay P. 2013 [31]	RS( ECA)	7 años	RS( ECA)	BED + AN+ BN	Psicopatología y síntomas de desórdenes de la conducta alimentaria.	RB
Spies et al. 2015[32]	RS(Estudios Clínicos)	20 años	RS(Estudios Clínicos)	Trastorno obsesivo compulsivo y TCA	Transportador de serotonina, ansiedad, TOC, esquizofrenia y déficit de atención	RB
Bergh et al. 2013 [33]	Cohorte	5 años	Cohorte	AN+BN+TCANE	Patrón de alimentación normal, tecnología computarizada de retroalimentación	RB
Kiss A. 2000[34]	Cohorte	30 años	Cohorte	BN + BED	Atracones, purgas.	RB
Challet-Bouju et al. 2017[35]	TCC	n/a	RS(Cohorte)	Impulsividad, Reflexión y Procesos Interoceptivos	Vida normal	RB
Hay et al. 2008[36]	IMAO + TCC + ATC	6 meses	RS(Estudios Clínicos, Estudios de Casos)	BN	Frecuencia de atracones, conductas para perder peso, imagen corporal, depresión y otros síntomas psiquiátricos	RB
Hay et al. 2010[37]	IMAO + TCC + ATC+ DBT	1 mes	RS(RS, ECA, Estudios Observacionales)	BN	Impulsividad, Reflexión, Atención, Regulación emocional. Imagen Corporal y Peso	RB
Beintner et al. 2014[38]	Self-help	7 meses	RS(Estudios Clínicos)	BN +BED	Preocupaciones de restricción, comida, peso e imagen corporal	RB
Treasure et al. 2015[39]	TCC	n/a	RS	BN + CBT + BED	Atracones, Purga y Depresiones	RB
Linardon et al., 2017[40]	TCC	n/a	RS(ECA)	BN +BED	Síntomas cognitivos y de comportamiento	RB

ACT: acceptance and commitment therapy(terapia de aceptación y compromiso ), AN: anorexia nerviosa, ATC: antidepresivos tricíclicos, BED: binge eating disorder( síndrome de atracones), BN: bulimia nerviosa, CBI: computer- and Internet-based interventions( intervenciones basadas en la computación y el internet), CFT: compassion-focused therapy (terapia enfocada en la compasión), DBT: dialectical behaviour therapy (terapia dialéctico conductual), ECA: Ensayos Clínicos Aleatorizados, n/a: no aplica, GMP: Generic Model of Psychotherapy ( Modelo Genérico de Psicoterapia), IE: intuitive eating(alimentación intuitiva), IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa, ME: mindful eating( alimentación consciente), SRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, RB: riesgo bajo, MBI: mindfulness-based interventions( intervención basada en la conciencia plena), PET: tomografía por emisión de positrones, RS: revisión sistemática, ST: schema therapy(terapia centrada en esquemas), TBI: technology-based interventions(intervención basada en tecnología), TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

**Fuente:** Resultados de los estudios citados en la tabla.

**Elaborado por:** El autor.

## Eficacia de tratamientos por factores

Es evidente la gran variabilidad que arroja la evaluación de los estudios en el área de psicoterapia, aunado a las diferentes

técnicas utilizadas referente a casos de BN, es por eso, que los datos de resultado extraídos dependían de la mejor evidencia disponible presentado en la investigación. Tal es el caso, que, de los resultados evidenciados por las 7 cohortes, 5 de estudios de casos y 10 estudios clínicos revelaron distintos tratamientos

basados en la psicoterapia que dieron resultados favorables al tratar la BN que se presentan a continuación.

### **Imagen corporal y peso**

En las investigaciones revisadas se pudo identificar que técnicas como “la terapia de la exposición al espejo” ayudan a los terapeutas a trabajar con la imagen corporal negativa del paciente; puesto que las personas con BN también suelen tener una visión distorsionada de la realidad sobre el volumen de su propio cuerpo. Esta técnica cognitiva conductual, a través de la interpretación de 3 preguntas básicas (¿Cómo me veo? ¿Cómo quisiera verme? y ¿Cómo creo que me ven los demás?) logra transmitir al terapeuta las pautas necesarias para que el paciente, a través de una terapia, logre aceptarse a sí mismo y cree una autoestima positiva[36-38].

Esta estrategia, logra disminuir de manera significativa la depresión, fomenta la regulación emocional y disminuye la ansiedad en los pacientes. Por otra parte, al disminuir la percepción negativa sobre la imagen corporal y peso de las personas con BN, se logran estabilizar el temor a engordar, el control excesivo del peso y la preocupación general por la comida [36-38].

### **Atracones y laxantes**

En concordancia al 60% de las revisiones evaluadas, se pudo determinar que la terapia basada en “inoculación de estrés” reportó resultados positivos en cuanto a la reducción del síndrome de atracones y uso de laxantes; puesto que, esta terapia, coloca al paciente en situaciones hipotéticas de estrés para hacerle entender las consecuencias y los efectos de practicar vómitos auto inducidos y el uso de laxantes en su organismo a largo plazo. Del mismo modo, la psicoterapia basada en esta técnica permite inculcarles varias estrategias cognitivas y conductuales a los pacientes con BN para que afronten situaciones de estrés de manera controlada. Por otra parte, esta terapia reduce otras conductas compensatorias como el uso de diuréticos y ejercicio físico excesivo[23-38].

### **Familia, economía y sociedad**

Conforme a las indagaciones bibliográficas anteriormente citadas, los TCA suelen presentarse en etapas tempranas de la formación del ser humano, como la pubertad, adolescencia y comienzos de la edad adulta. En estas etapas de incertidumbre, miedo, ansiedad conflictiva y problemas de identidad, la terapia cognitiva conductual ha demostrado tener mejores resultados, cuando se incluyen los tratamientos desde un enfoque multidisciplinar; es decir, al tratar al paciente con BN desde ámbitos familiares, sociales e incluso económicos, se puede disminuir de manera significativa la impulsividad y la necesidad de practicar atracones en su cotidianeidad; además, la inclusión de su núcleo familiar y social al tratamiento, ayuda a fomentar una regulación emocional, restaurar sus hábitos interpersonales y disminuir las conductas obsesivas compulsivas[28,29,34,35].

### **Restricción alimenticia**

La inclusión de “terapia restrictiva” en los pacientes con BN demostró tener un rango de efectividad muy favorable al momento de reducir los atracones, a través de la regulación de cantidades de comida en la dieta. El 30% de los terapeutas que usaron esta estrategia, registraron un cambio drástico en el pensamiento de los pacientes, en cuanto a las cantidades reales de comida que necesita su cuerpo para funcionar de manera adecuada. Además, los casos tratados con esta técnica, pudieron comprender los beneficios que se obtienen de controlar las porciones de comida para mejorar su imagen corporal y la percepción que tienen de sí mismos; de esta manera, se consigue alcanzar un patrón alimentario regular, en

virtud de reducir los atracones y las purgas. Igualmente, desafía la preocupación del paciente por su imagen corporal y peso, ya que, estos aspectos le generan desarreglos con respecto a la alimentación [30,38].

### **Pensamiento dicotómico**

Los tratamientos anteriormente mencionados como: la terapia del espejo, terapia restrictiva, inoculaciones de estrés, entre otras estrategias incluidas en el tratamiento cognitivo – conductual de las investigaciones indagadas, demostraron realizar avances favorables en la autopercepción de los pacientes con BN, logrando mejorar el juicio de valor sobre su imagen corporal y peso, puesto que los afectados, generalmente se comparan con los estatus que la sociedad establece en cuanto a peso, imagen, conductas y estereotipos mal relacionados con el éxito o el profesionalismo, que perturban la visión de la realidad de los pacientes [22-40]. Del mismo modo, esta terapia, demostró que es capaz de disminuir las actitudes y creencias erróneas acerca de la imagen corporal real de los pacientes, ya que los desvincula de valoraciones autodestructivas y mal fundamentadas como: bonito-feo, aceptado-no aceptado, gordo-flaco entre otros [22-40].

### **Continuidad en el tratamiento a largo plazo**

Se pudo demostrar que el fomentar la relación entre terapeuta y paciente, genera excelentes resultados en la continuidad del tratamiento cognitivo-conductual de las personas con BN; puesto que, a través de esta conexión, el paciente relaciona el éxito personal, la mejora de la autoestima y el descubrimiento de sí mismo con la terapia, lo cual, le impulsa a seguir acudiendo hasta finalizar las intervenciones. Del mismo modo, se comprobó que una relación terapeuta – paciente bien fundamentada, mejora las técnicas conductuales y psico-educacionales, produciendo en el paciente una menor preocupación por la imagen corporal, peso y mejoría en su adaptación psico-social [22-40].

## **Discusión**

A través de la investigación sistémica de estudios como revisiones sistemáticas, ECA y otros estudios observacionales, con la aplicación de metodología de evaluación NICE y criterios de inclusión PRISMA, se pudo identificar que los tratamientos psicoterapéuticos basados en la terapia cognitivo – conductual si son eficaces al tratar los casos de bulimia nerviosa, puesto que logra disminuir los rasgos inherentes a este trastorno como la depresión, conductas antisociales, la percepción distorsionada de la forma corporal, control excesivo del peso y la preocupación general por la comida[22-25]. Del mismo modo, se pudo evidenciar que el rango de efectividad del TCC aumenta cuando es incluido en un tratamiento con enfoque multidisciplinar, es decir, al tratar al paciente con BN desde ámbitos familiares, sociales, farmacológicos, autoayuda y con el desarrollo de una relación terapeuta – paciente bien fundamentada, [26-29].

Lo anteriormente mencionado se puede corroborar con la investigación de Cuadro et al. [14], puesto que en su estudio, similar al presentado, en la cual, se llega a la conclusión de que los tratamientos basados en la TCC si son efectivos para tratar los TCA, especialmente la BN. El estudio mencionado reportó que dicha terapia redujo de manera significativa la frecuencia de los atracones a comparación de pacientes que no han recibido esta terapia, también, se demostró que este tratamiento puede influir de forma positiva en el autoestima y las relaciones sociales de los pacientes. Sin embargo, pese a que el tratamiento cognitivo – conductual, ofrece un escenario alentador para las personas con BN, la investigación de Celis y Villanueva [16] menciona que, pese a que los tratamientos basados en los TCC están apoyados en evidencia científica, tanto para BN como para el síndrome de atracones, su

aplicación no está muy extendida en la práctica clínica, además, los TCC como estrategia para tratar los TCA: “aún deben optimizar su eficacia y simplificar su procedimiento”.

Entre las limitaciones del presente estudio se puede mencionar que, pese a que se siguió una metodología establecida para la revisión de la eficacia de los TCC en los TCA, este estudio no tiene el alcance para comparar la eficiencia de los tratamientos basados en la TCC en la actualidad con los tratamientos tradicionales.

Por otro lado, en base a la experiencia adquirida durante la revisión de la bibliografía, los resultados de los tratamientos y las discusiones presentadas, se pueden proponer los siguientes estudios futuros:

- Comprobar la eficacia de los TCC a través de una revisión sistémica, en otro tipo de trastornos relacionados con los TCA como: Anorexia Nerviosa (AN), Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificada (TCANE) y Trastorno por Rumiación (TR).  
Comprobar la eficacia de los TCC en el tratamiento de la BN

- a través de una revisión sistémica enfocada únicamente en pacientes que terminaron el tratamiento para comprobar el porcentaje de personas que realmente se superaron sus pensamientos negativos.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación demuestran que el tratamiento basado en la TCC tiene un enfoque práctico, puesto que puede ser utilizado como una estrategia para la identificación adecuada de los pensamientos negativos de los pacientes y para establecer las pautas necesarias para desarrollar una terapia efectiva, que logre que los pacientes con BN puedan aceptarse a sí mismos y construyan una autoestima positiva.

## ABREVIATURAS

ACAB: Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia, ACT: acceptance and commitment therapy(terapia de aceptación y compromiso), AN: anorexia nerviosa, ATC: antidepresivos tricíclicos, BED: binge eating disorder( síndrome de atracones), BN: bulimia nerviosa, CBI: computer- and Internet-based interventions( intervenciones basadas en la computación y el internet), CFT: compassion-focused therapy (terapia enfocada en la compasión), DBT: dialectical behaviour therapy( terapia dialéctica conductual), ECA: Ensayos Clínicos Aleatorizados, n/a: no aplica, GMP: Generic Model of Psychotherapy ( Modelo Genérico de Psicoterapia), IE: intuitive eating(alimentación intuitiva), IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa, ME: mindful eating( alimentación consciente), SRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, RB: riesgo bajo, MBI: mindfulness-based interventions( intervención basada en la conciencia plena), NICE: National Institute for Health and Care Excellence, PET: tomografía por emisión de positrones, PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses, RS: revisión sistemática, ST: schema therapy(terapia centrada en esquemas), TBI: technology-based interventions(intervención basada en tecnología), TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

## AGRADECIMIENTOS

El presente artículo es parte de un trabajo de investigación del Programa de Maestría en psicología clínica con mención en psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca, por ello agradecemos a todos y cada uno de los instructores por los conocimientos e información brindados para la elaboración del trabajo.

## FINANCIAMIENTO

La investigación presentada en este documento fue autofinanciada.


## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Todos los recursos utilizados en esta investigación fueron seleccionados en repositorios digitales mencionados, en caso de requerir los datos que sustentaron los hallazgos presentados, se deberá hacer un requerimiento al autor principal de este artículo.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

La concepción de la idea original del tema, junto al todo el proceso de levantamiento bibliográfico, recolección de datos y escritura del manuscrito fueron realizados por el autor.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Pablo Darío Terreros Argudo. Psicólogo clínico. Cuenca – Ecuador. Maestría en Psicología Clínica, Mención en Psicoterapia, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador. E-mail: pablo.terros.28@ucacue.edu.ec  ORCID:<http://orcid.org/0000-0002-9072-7988>

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores de este artículo no reportan ningún conflicto de interés.

## APROBACIÓN DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

El presente trabajo de investigación, al ser de tipo bibliográfica y sistemática basado en publicaciones realizadas por otros investigadores en repositorios digitales, no incumple con normas éticas de moralidad, consentimiento o confidencialidad de terceros.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

El autor consintió la publicación de la versión final de este artículo.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. ¿Qué son los TCA?. España: ACAB.; 2021. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>
2. Borda Pérez M, Celemín Nieto A, Celemín Nieto A, Palacio L, Majul F. Bulimia and associated risk factors in school adolescents of 14 - 18 years of Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2015;31(1):36-52. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81739659005>
3. Dragy . Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2015 Dic [citado 2024 Jul 28] ; 21( 3-4 ): 198-198. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062015000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200014&lng=es).
4. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Téllez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM, et al. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2015;6(2):108-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
5. Durán LVB, Segura MAC, Sancho DMR. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*. 2021;6(8):e694-e694. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>
6. Olmedilla ST. Efectos del Ejercicio Físico en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*. 2020;31(115):97-113. DOI: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.358>
7. Hernández-Escalante VM, Laviada-Molina HA. Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *REVISTA BIOMÉDICA*. 2014;25(1):17-21. DOI: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v25i1.55>
8. Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35(2):489-94. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.1819>
9. Pérez-Lugo AL, Gabino-Campos M, Baile JI, Pérez-Lugo AL, Gabino-Campos M, Baile JI. Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2016;7(1):40-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.001>
10. Plaza JF. Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*. 2010;8(3):62-83. DOI: <https://doi.org/10.7195/ri14.v8i3.229>
11. Gismero-González ME. Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios [Causal factors of eating disorders attributed by health workers]. *Acción psicol*. 2012;9(2):77-86. DOI: <https://doi.org/10.5944/ap.9.2.4106>
12. Martínez MÁC, Gil RB, Ruiz EJJ de LF. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2016;36(1):54-63. DOI: [10.12873/361castejon](https://doi.org/10.12873/361castejon)
13. Hernández MCB, López DR, Herrera JC, Díaz GG. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*. 2020;7(14):15-21. DOI: <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>
14. Cuadro E, Baile JI. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2015;6(2):97-107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
15. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(1):85-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
16. Celis A, Villanueva E. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica = Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view. *Acción psicológica*. 2011;8(1):21-35. DOI: <https://doi.org/10.5944/ap.8.1.198>
17. Menal IC, Rojas VC, Rodríguez IFM. Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. 2018;6(1):85-117. Disponible en: <https://n9.cl/d5pnk>
18. García CG, Romero LMJ. EFICACIA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* [Internet]. 2015;3(1). Disponible en: <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/16>
19. Calderón MJG, Alegre EO. Tratamientos actuales del trastorno por atracón. *Pensando Psicología*. 2016;12(19):11-22. DOI: <https://doi.org/10.16925/pe.v12i19.1325>
20. NICE. The guidelines manual: NICE; 2012. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines>
21. McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Bacaltchuk J, Hay P, Trefligio R. Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101(4):256-64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2000.tb10923.x>
23. Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2011;16(8):1165-1176. doi:10.1177/1359105311402244
24. Polnay A, James V a. W, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(11):2241-54. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002791>
25. Brauhardt A, de Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):565-84. doi: 10.1002/eat.22287.
26. Schlegl S, Bürger C, Schmidt L, Herbst N, Voderholzer U. The Potential of Technology-Based Psychological Interventions for Anorexia and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *J Med Internet Res*. 2015;17(3):e85. doi: 10.2196/jmir.3554
27. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:125-40. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.005
28. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-28. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.
29. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(4):293-309. DOI: 10.1002/eat.20369. PMID: 17370291.
30. Grider H, Douglas S, Raynor H. The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive eating approaches on dietary intake: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021;121(4): 709-727.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.019>
31. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):462-9. doi: 10.1002/eat.22103.
32. Spies M, Knudsen GM, Lanzenberger R, Kasper S. The serotonin transporter in psychiatric disorders: insights from PET imaging. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(8):743-755. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00232-1.
33. Bergh C, Callmar M, Danemar S, Höckle M, Isberg S, Leon M, et al. Effective treatment of eating disorders: Results at multiple sites. *Behav Neurosci*. 2013;127(6):878-89. doi: 10.1037/a0034921.
34. Kiss A. Treatment of chronic bulimic symptoms: new answers, more questions. *The Lancet*. 2000;355(9206):769-70. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)00447-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)00447-X)
35. Challet-Bouju G, Bruneau M; IGNACE Group; Victorri-Vigneau C, Grall-Bronnec M. Cognitive Remediation Interventions for Gambling Disorder: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:1961. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01961.
36. Hay PJ, Bacaltchuk J. Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid*. 2008;2008:1009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907970/>
37. Hay PJ, Claudino AM. Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid*. 2010;2010:1009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21418667/>
38. Beintner I, Jacobi C, Schmidt UH. Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder - a systematic review and metaregression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(2):158-76. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.003.
39. Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiol Behav*. 2015;152(Pt B):456-65. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.06.007
40. Linardon J, Wade TD, de la Piedad García X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(11):1080-1094. doi: 10.1037/ccp0000245.