



ARTÍCULO DE REVISIÓN
REVIEW ARTICLE



Recibido: 02/08/2021. Aceptado: 20/11/2021

TERAPIAS CONTEXTUALES Y EL PROGRAMA MB EAT EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

CONTEXTUAL THERAPIES AND THE MB EAT PROGRAM IN EATING DISORDERS

P. Bravo Saavedra¹, E.R. Vásquez Dextre¹, G. Valdivieso Jiménez¹

¹Médico Psiquiatra. Centro para la Investigación, Docencia y Atención Integral en Salud Mental (CENTIDOS), Perú.

Correspondencia: Edgar Rene Vásquez Dextre. Jr. Isidro Alcibar 156. San Martín de Porres. Lima, Perú
Teléfono: +51 (993025098) | Correo electrónico: edrevade80@hotmail.com

Declaración de Conflicto de intereses: Cabe señalar que el contenido del manuscrito y los datos de este trabajo no han sido publicados previamente, ni tampoco están siendo considerados en otra revista.



RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo. Las terapias contextuales o de tercera generación se están utilizando para tratar los trastornos de conducta alimentaria, tienen como objetivo modificar la manera como las personas se relacionan con sus pensamientos sobre el peso, su aspecto físico y la alimentación, para favorecer los procesos de aceptación y flexibilidad cognitiva. El objetivo del presente estudio es realizar una revisión del panorama actual de las terapias contextuales o de tercera generación como intervención terapéutica en los TCA, seleccionando por su desarrollo de adaptaciones y procesos específicos en TCA, a la Terapia Conductual Dialéctica (DBT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y también incluyendo en la revisión, el Programa de Alimentación Consciente basado en Mindfulness (MB EAT). Consideramos que DBT ha demostrado mayor estabilización afectiva, mejoría en los niveles de depresión y ansiedad, reducción de atracones y mayor adherencia al tratamiento. ACT ha demostrado ser efectivo en la conducta por atracones y la insatisfacción corporal producida por la inflexibilidad cognitiva. MB EAT ha logrado utilidad mediante la creación de mayor aceptación y flexibilidad en el acto de comer, reconociendo señales de hambre y saciedad, además demostrar reducción de la ingesta compulsiva y atención plena en la alimentación. Son necesarios más estudios, sobre todo con ACT y MB-EAT, para lograr mayor nivel de evidencia.

Palabras clave: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por atracones, terapia conductual dialéctica, terapia de aceptación y compromiso, atención plena, alimentación consciente.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) are defined as specific and severe alterations in food intake, observed in people who present distorted patterns in the act of eating and are characterized by either overeating or stopping to do it. Contextual or third generation therapies are being used to treat eating disorders, their objective is to modify the way in which people relate to their thoughts about weight, their physical appearance and eating, to favor the processes of acceptance and cognitive flexibility. The objective of this study is to review the current panorama of contextual or third generation therapies as therapeutic intervention in eating disorders, selecting for their development of adaptations and specific processes in eating disorders, Dialectical Behavioral Therapy (DBT) and Dialectical Behavioral Therapy (DBT). of Acceptance and Commitment (ACT) and also including in the review, the Mindfulness-based Conscious Eating Program (MB EAT). We consider that DBT has shown greater affective stabilization, improvement in levels of depression and anxiety, reduction of binge eating and greater adherence to treatment. ACT has been shown to be effective in binge-eating behavior and body dissatisfaction caused by cognitive inflexibility. MB EAT has achieved utility by creating greater acceptance and flexibility in the act of eating, recognizing signs of hunger and satiety, in addition to demonstrating reduction of compulsive eating and mindfulness in eating. More studies are necessary, especially with ACT and MB-EAT, to achieve a higher level of evidence.

Keywords: bulimia nervosa, anorexia nervosa, binge eating disorder, dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, mindfulness, mindful eating.

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica (Méndez, Vásquez, García, 2008, p 579). Es importante destacar que los trastornos de la

conducta alimentaria no pueden reducirse sólo a los deseos que estos pacientes tienen por controlar el peso, sin tener en cuenta otros aspectos más profundos e intrincados. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser entendidos como expresiones de dificultades emocionales internas que inducen a buscar, a través del control de la dieta y del cuerpo, algo de seguridad en la vida (Calvo, 2012, p.3).

A su vez, cabe destacar que una de las características principales de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)

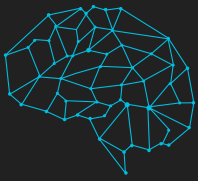


Tabla 1: TCA reconocido en las clasificaciones (Elaborado por el autor)

DSM 5 (2013)	CIE 11 (2018)
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Nerviosa • Bulimia Nerviosa • Trastorno por Atracón • Trastorno por Evitación / restricción de la ingesta de alimentos • Pica • Trastorno de Rumiación • Trastorno de la Conducta alimentaria no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Nerviosa • Bulimia Nerviosa • Trastorno por Atracón • Trastorno de Ingesta de Alimentos con restricción de evitación • Pica • Trastorno de Rumiación - Regurgitación • Trastornos de la conducta alimentaria no especificado

es la migración diagnóstica, ya que, mientras que un pequeño subgrupo de pacientes se mantiene en el cuadro inicial con el que comenzó, la gran mayoría muda o vira entre los diferentes diagnósticos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de la conducta alimentaria no especificado, trastorno por atracón). Sin embargo, esta migración no es aleatoria, sino que refleja la tendencia de los trastornos de la conducta alimentaria a debutar con la restricción alimentaria, es decir, con el control estricto de los pacientes sobre la dieta. A menudo esto se rompe en relación con diferentes circunstancias y se desarrolla el trastorno por atracón, que irá seguido, o no, de conductas compensatorias para el control ponderal (Fairburn y Bohn, 2005).

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial. En ella participan factores genéticos y ambientales, de cuya interacción surge la vulnerabilidad individual. Intervienen además unos factores desencadenantes y otros derivados de la propia enfermedad que favorecen el mantenimiento y la perpetuación del trastorno (Madruga, Leis, Lambruschini 2012)

En el reciente manual DSM-5 (2013), se ha producido un cambio en cuanto a la denominación del capítulo, pasando a ser "Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos" y definiéndolos como, una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial" (DSM-5, 2013, p. 329) (Tabla 1).

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta (Méndez, Vázquez-Velázquez, García-García, 2008). La prevalencia de vida para los tres tipos principales de TCA, es del 1.93% (Udo y Grilo, 2018), presentando la mayor tasa de mortalidad en comparación a los otros trastornos psiquiátricos, con tasas de mortalidad del 4,0% para la anorexia nerviosa (AN), del 3,9% para la bulimia nerviosa (BN) y del 5,2% para el trastorno alimentario no especificado (Crow y col., 2009). Los TCA son un área de manejo complejo y un problema de salud pública, no solo por la alta tasa de mortalidad, sino también por la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos. En una muestra nacional de 36,309 participantes adultos, se encontró que el 87.3% de participantes que cumplían con criterios de AN, el 94.4% de BN y 93.8% de Trastorno por atracones (TA), también cumplieron los criterios para un trastorno psiquiátrico adicional, siendo los más frecuentes, trastornos del estado de ánimo, trastorno por uso de sustancias y trastornos de ansiedad. En este mismo estudio se encontró que más de la mitad de los encuestados informó haber sido diagnosticado de al menos una afección somática en los últimos 12 meses, siendo más frecuentes úlceras gástricas, fibromialgia, anemia, osteoporosis, hipertensión arterial y problemas metabólicos (Udo y Grilo, 2018). La pérdida de peso, la malnutrición, los vómitos autoinducidos y las conductas purgativas explican la amplia variedad de complicaciones médicas de los TCA, que pueden ser observadas en la mayoría de los órganos y sistemas y explican más de la mitad de las muertes observadas en estos pacientes (Gabler, Olguin y Rodriguez, 2017).

La efectividad de los tratamientos tanto para Anorexia como para Bulimia es, hasta el momento, poco satisfactoria. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está a la base de estos pobres resultados es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado. La motivación es el principal motor para la recuperación de cualquier trastorno y se ha demostrado que las terapias convencionales fallan cuando la motivación es baja (López Hernández-Ardieta, Diéguez Porres, 2011). Dentro de los tratamientos psicológicos que han brindado mayor evidencia para el manejo destaca la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia psicofarmacológica. En los



últimos años ha surgido con fuerza las terapias contextuales mostrando evidencia empírica sobre el control de estos TCA (Saldaña, 2001)

Las terapias contextuales o de tercera generación conductual son un grupo de terapias que surgen en la década del 90, pero se hacen ampliamente conocida a partir del 2004 (Moreno, 2012). Los objetivos de estas terapias son: abandonar el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer orden; adoptar presupuestos básicos de corte más contextualista; utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas o de primer orden; así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Moreno, 2012). Dentro de esta tercera generación se ubica la Terapia Conductual Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy, DBT), Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy, PAF), Terapia Conductual Integrada de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy, IBCT), Terapia de Activación Conductual (Behavioral Activation Therapy, BAT) y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) (Pérez, 2006). Las terapias contextuales o de tercera generación se están utilizando para tratar los TCA, con una orientación que difiere de la clásica Terapia Cognitivo Conductual (TCC), considerada de segunda generación. La TCC tiene como objetivo normalizar la alimentación, reducir los intentos de dieta y modificar el contenido de las cogniciones sobre la evaluación del peso y el aspecto corporal. Para lograr estos objetivos se usan la psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales, que incluyen la prescripción de comer y pesarse regularmente, el autocontrol de la ingesta de alimentos y la reducción del control y evitación del cuerpo (Linardon, 2018). En cambio, los enfoques contextuales tienen como objetivo modificar la manera como las personas se relacionan con sus pensamientos sobre el peso, su aspecto físico y la alimentación. Se les enseña a los pacientes a aceptar mejor cogniciones y emociones angustiantes en torno al peso y al aspecto físico, principalmente porque los intentos de controlar estas experiencias en el pasado, a menudo han sido ineficaces o perjudiciales (Juarascio, Manasse, Schumacher, Espel y Forman, 2017). El conjunto de estrategias aplicadas en las intervenciones contextuales para TCA favorecen el proceso de aceptación y la flexibilidad cognitiva, incluyendo en sus

técnicas ejercicios de atención plena, habilidades de regulación emocional y manejo de crisis, y técnicas para desligarse de los pensamientos y otras experiencias.

Las intervenciones que incorporan Mindfulness con el objetivo de aumentar la autorregulación en general son muy adecuadas para la complejidad de la desregulación conductual fisiológica, emocional y cognitiva que se observa en los TCA (Kristeller y Wolever, 2017). Esta desregulación que experimentan las personas con TCA, está vinculado con las dificultades que tienen para reconocer las señales de hambre y saciedad, así como diferenciar entre emociones de sensaciones físicas ligadas al proceso de comer (Wolever y Best, 2014). Esto hace que las personas con TCA sean más vulnerables a confundir hambre con otras emociones como tristeza, ansiedad, cólera, etc. Asimismo, tienen más dificultades para dejar de comer, una vez que inician el acto, ya que se le dificulta el hacerse conscientes de las señales de saciedad. Por otro lado, se plantea que las conductas asociadas a los TCA, como restricción de la ingesta, atracones y conductas purgatorias, son intentos de la persona por regular aspectos adversos de la experiencia, y se pueden considerar como reacciones ante el estrés (Wolever y Best, 2014). Uno de los principales enfoques en la enseñanza de Mindfulness asociado con la alimentación, es la conciencia del cuerpo, considerado como un proceso interactivo y dinámico que incluye la percepción sobre los estados, procesos acciones y sensaciones del cuerpo (Mehling y col., 2009). Esta conciencia corporal puede ser modificada por diferentes procesos mentales, que incluyen la atención, interpretación, valores, recuerdos, aptitudes, condicionamientos y afectos (Mehling y col., 2011). Comer en exceso puede reflejar una dependencia no consciente del medio ambiente o de señales externas, de modo que las señales bloquean la capacidad del sujeto de autocontrolar la comida que come (Beshara, Hutchinson y Wilson, 2013). El resultado de la inserción de una práctica de Mindfulness en las intervenciones sobre TCA, genera menos consumo basado exclusivamente en estímulos externos, como olor o atractivo de la comida y por extensión, un cambio general en las preferencias alimentarias hacia alimentos más saludables (Pintado y Rodríguez, 2016). Actualmente existen dos programas basados en Mindfulness para desarrollar una alimentación consciente: El programa de Alimentación consciente basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Eating Awareness Training, MB-EAT) creado por Jean Kristeller y Ruth Q. Wolever y, por otro lado, el programa de Alimentación



consciente y vida consciente (Mindful Eating-Conscious Living, ME-CL), elaborado por Jan Chozen Bays y Char Wilkins (Morillo y García Campayo, 2017). Nos centramos en el programa MB EAT, por tener mayor desarrollo y estudios de respaldo.

La evidencia sugiere que, a pesar del profundo deterioro, solo el 26% de las personas que padecen de TCA reciben atención, y aún menos pacientes participan en tratamientos empíricos (Wittchen y Jacobi, 2005). Esto indica que una fracción pequeña de personas con TCA reciben una intervención específica y si a esto le agregamos que la mayoría de los pacientes con TCA no se recuperarán completamente durante el tratamiento (Murray, 2019), tenemos un panorama complicado en cuanto a la efectividad de los tratamientos, hasta ahora implementados para los TCA. Estos datos indican la necesidad de implementar y documentar tratamientos efectivos, basados en evidencia para abordar de mejor manera los TCA y en consonancia con esa necesidad, los autores consideramos de utilidad desarrollar una revisión sobre las terapias contextuales o de tercera generación y programas afines, como el Programa MB EAT.

DBT PARA TCA

DBT es un modelo psicoterapéutico correspondiente a la tercera generación de terapias cognitivo conductuales o llamadas terapias contextuales. Nace en EE. UU propuesto por Marsha Linehan a inicios de 1990 como una terapia ambulatoria centrada en la regulación emocional como un área alterada en el individuo (Linehan, 1993). Linehan inicialmente desarrolla las bases teóricas de DBT dirigida al tratamiento de mujeres con conductas suicidas y parasuicidas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), así mismo extendiéndose a poblaciones clínicas con severa desregulación emocional como problemas de consumo de sustancias, Trastornos del ánimo, Trastorno de Estrés Posttraumático y Trastornos de Conducta Alimentaria. DBT explica la etiopatogenia del TLP en base a la Teoría Biosocial y establece como elementos de su base teórica a la ciencia conductual, la filosofía dialéctica y la práctica zen. (Linehan, 1993; May, Richardi, Barth, 2016) La Teoría Biosocial refiere que existe una vulnerabilidad biológica que en interacción con el ambiente invalidante en el cual se desarrolla la persona da paso a la desregulación emocional e intolerancia al malestar. (Vásquez, 2016). DBT se distingue de otros afrontes terapéuticos por su estructura a manera de programa de tratamiento, la intervención de un equipo terapéutico y evaluación constante de sus modalidades para la

valoración de su efectividad. Las modalidades de intervención son la terapia individual, sesiones grupales de entrenamiento en habilidades, la intervención en familia y manejo de casos, coaching telefónico y reuniones de supervisión de equipo y la formación continua (Sarmiento, 2008; Linehan, 2015)

La terapia individual tiene como objetivo principal motivar al paciente. El terapeuta se encarga de dirigir el tratamiento y de supervisar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, así mismo adopta una posición dialéctica en la combinación de la aceptación y el cambio. Este integra las otras modalidades y maneja los momentos de crisis y las conductas que amenazan a vida o integridad del consultante. (Sarmiento, 2008; Linehan, 2015). El terapeuta individual se organiza alrededor de los siguientes objetivos dirigidos a la modificación conductual (Sarmiento, 2008): eliminar las conductas que amenacen la vida del paciente (intentos suicidas y autolesiones), eliminar conductas que atenten contra la terapia, disminuir los factores y las conductas que afectan la calidad de vida del paciente (conducta alimentaria disfuncional, el aislamiento, el abuso de sustancias y otros trastornos en el eje I) y enseñar habilidades que se relacionen con sus metas. La asistencia telefónica consiste en consultas breves orientadas a la aplicación de habilidades en circunstancias específicas, denominadas crisis. El propósito es disminuir las conductas de crisis, suicidio y autolesión, para enseñarle al paciente a pedir ayuda de forma más adaptativa y ayudarlo a aplicar las habilidades aprendidas durante el tratamiento en la vida diaria. Es esta una oportunidad de mejorar o reforzar la relación terapéutica. (Lencioni & Gagliesi, 2008). La intervención en familiares se basa en que la familia es fuente de modelado de conducta y no poseen actitudes adecuadas frente al paciente. Sus objetivos son el de disminuir estrés, aumentar comunicación y confianza, informar y enseñar habilidades. De tal manera que se mejora la calidad de vida y eficacia, además de generar contención para la modificación del ambiente invalidante. (Apfelbaum & Gagliesi, 2008). El entrenamiento en habilidades consiste en la adquisición de competencias en áreas específicas como regulación emocional, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y conciencia plena (Mindfulness), combinando módulos de Aceptación y Cambio. Es un entrenamiento de carácter psicoeducativo y didáctico, con frecuencia semanal. Las reuniones de supervisión de equipo incorporan las habilidades terapéuticas de los miembros que intervienen en el tratamiento, de carácter periódico, con la finalidad de



supervisar casos clínicos, compartir y conocer las destrezas de los terapeutas y proporcionarse soporte. (Sarmiento, 2008; Linehan, 2015)

DBT se basa en el modelo de regulación afectiva, teoría clínica que comparten algunos TCA como bulimia nerviosa y trastorno por atracones. Uno de los principales motivos por los cuales se ha optado por la implementación de un protocolo para estos diagnósticos es el hecho de que a pesar de que existen otros tratamientos estándar para TCA la sintomatología persiste, así mismo considerando la actitud ambivalente de los sujetos sometidos a estos afrontes terapéuticos. En muchas oportunidades se ha requerido de la intervención de un equipo terapéutico que aborde con distintas modalidades a los sujetos con TCA y a sus familias por lo que el entrar a un programa es una opción efectiva. (Safer, Telch y Chen, 2009; Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller & Meyer, 2007; Chen, Matthews, Allen, Kuo & Linehan, 2008).

La adaptación DBT para TCA tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades de regulación afectiva que reemplace conductas disfuncionales como atracones y/o purgas en estos sujetos, sin embargo, también se enseñan habilidades de aceptación radical y Mindfulness que permitan la tolerancia al distrés. Está indicado en pacientes con conductas disfuncionales como atracones y/o bulimia, en los cuales los tratamientos estándar han fallado o mostrado mínimo beneficio. Está contraindicado en aquellos con múltiples síntomas crónicos severos, intento o ideación suicida activa, abuso de sustancias activo, etc. que limitarían el enfoque dirigido al cambio conductual alimentario. (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller & Meyer, 2007; Telch, 1997)

Los TCA son considerados como diagnósticos del eje I cuando su sintomatología es predominante y cumple criterios clínicos y por otro lado, pueden ser considerados como conductas disfuncionales que según la jerarquía conductual en DBT atentan contra la calidad de vida y cuyo propósito principal es el de eliminar atracones y purgas, eliminar alimentación inconsciente, disminuir urgencia y preocupación por la comida, evitar rendirse y eliminar conductas aparentemente irrelevantes. (Wisniewski & Kelly, 2003; Wisniewski, Safer & Chen, 2007; Rodríguez-Guarín et al, 2017, Cuadro, Baile, 2015; Behar, Arancibia, 2014)

Esta adaptación se desarrolla en 20 sesiones con el entrenamiento de habilidades específicas, comprendidas de la siguiente manera: (Safer, Telch & Chen, 2009)

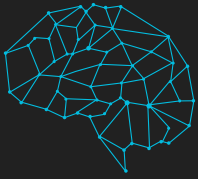
Tabla 2. Estructura de sesiones en Protocolo DBT para TCA. (Elaborado por los autores)

Pre tratamiento	Habilidades de Mindfulness (3-5)
Sesión 1 <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso para la abstinencia de atracones. Pro/Contras • Orientación al tratamiento: Teoría Biosocial, Modelo de regulación afectiva, Objetivos, Acuerdos. • Introducir registro diario Sesión 2 <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia dialéctica • Enseñar respiración diafragmática 	<ul style="list-style-type: none"> • Mente sabia • Observar, describir y participar • Alimentación consciente • No juzgar • Rebelión alternativa • Surfear en la urgencia
Habilidades de Regulación emocional (6-13)	Habilidades de Aceptación de la Realidad (14-18)
<ul style="list-style-type: none"> • Observar y describir emociones • Función de las emociones • Reducir vulnerabilidad a emociones negativas • Incrementar emociones positivas • Acción opuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la realidad • Habilidades específicas • Habilidades para sobrevivir a una crisis • Habilidades de fortalecimiento

- Pre tratamiento (sesión 1 y 2)
- Mindfulness (sesión 3-5)
- Regulación emocional (sesión 6-13)
- Aceptación Radical (sesión 14-18)
- Repaso y estrategias de Recaída.

En cuanto a la evidencia, los estudios de DBT dirigidos específicamente para TCA han sido limitados en cuanto al número de investigaciones randomizadas aleatorias, el número de participantes incluidos en el programa y la heterogeneidad de características de los mismos. Por otro lado, para obtener evidencia clara y estandarizada se encuentran disponibles revisiones sistemáticas.

En el 2017, en un metanálisis (Linardon et al, 2017), sólo se identificaron 13 ensayos controlados aleatorios (ECA), la mayoría sobre el trastorno por atracón. Para el metanálisis se calcularon los tamaños del efecto (antes del cambio y pos tratamiento). Se observaron grandes mejoras en los síntomas previos al inicio para todos los tratamientos de tercera generación, incluida DBT, la Terapia de Esquemas (Schemas Therapy, ST), ACT, las intervenciones basadas en la atención plena y la Terapia Centrada en la Compasión (Compassion Focused Therapy, CFT). Las terapias de tercera generación no fueron superiores a las comparaciones activas en general, o



a la TCC en los ECA. De esta revisión sistemática, se rescatan algunos estudios dirigidos al efecto de DBT en esta entidad diagnóstica. Telch en el 2001, realizó un estudio original en el que incluyó a 22 sujetos con diagnóstico de TA, los cuales fueron tratados bajo un programa de DBT comparado a 22 sujetos control (tratamiento usual). Se encontró que DBT superó significativamente la lista de control en cuanto a las tasas de abstinencia, la frecuencia de comer compulsivamente y las preocupaciones sobre la alimentación, el peso y la forma. (Telch, 2001). Por su parte, Safer en el 2001 también realizó un trabajo en el que incluyó a 14 sujetos a un programa DBT con diagnóstico de BN comparado a 15 en una lista de control. Se encontró que la DBT era estadísticamente más eficaz que el grupo control en el pos tratamiento para mejorar las conductas alimentarias disfuncionales (es decir, comer en exceso, purgar) y las actitudes (es decir, las puntuaciones globales de EDE). (Safer, 2001). Otro grupo de trabajo liderado por Masson, llegaron a comparar 30 pacientes con TA sometidos a DBT con un grupo de 30 individuos control. En el pos tratamiento, los participantes de DBT informaron menos episodios de atracones que los controles, y tasas significativamente mayores de abstinencia de atracones (40.0% versus 3.3%). Estos cambios se mantuvieron por 6 meses. (Masson, 2013). Nuevamente Safer en el 2010, investigó el efecto de DBT en 50 individuos con TA versus 51 sujetos control. Se encontró que la abstinencia ocurrió más rápido en quienes recibieron DBT (64%) en comparación con aquellos asignados al azar al grupo de comparación activa (36%). Sin embargo, a pesar de este contraste en los resultados, no hubo diferencia significativa. (Safer, 2010). En otra revisión sistemática de estudios en el 2012 (Bankoff et al, 2012), prueban DBT para el tratamiento de TCA. Identificaron 13 estudios que evaluaron empíricamente la eficacia del tratamiento en diversos entornos. Los hallazgos, basados principalmente en ensayos no controlados, indican que los tratamientos con DBT parecen ser efectivos para abordar los comportamientos en TCA y otras formas de psicopatología. Crespo en el 2015, realizó una revisión sistemática de los artículos publicados entre el 2008 y marzo de 2015 (Crespo, 2015), sobre DBT y síntomas de atracones. Se identificaron 10 estudios, de los cuales 09 mostraron una disminución significativa en el estado de ánimo deprimido, en el comer emocional, la conducta sintomática de atracones y mejor estabilización del peso. Unos 09 estudios reflejaron una adecuada adherencia, mostrando una menor tasa de abandono

al compararse con otras terapias. También los resultados sugieren un mayor efecto en los trastornos comorbidos con el TLP, donde el componente auto dañino es la conducta de atracones. Finalmente, concluyen que la implementación de DBT ha mostrado ser útil para el tratamiento de trastornos alimentarios, principalmente en la disminución de atracones. Se detallan algunos hallazgos de estudios incluidos de este metaanálisis de aquellos que consiguieron efecto en la regulación emocional como mecanismo generador del cambio conductual en TCA. En otra revisión sistemática de estudios posteriores al 2010, Block en su investigación plantea que la DBT fue beneficiosa para TCA incluso cuando no se ofrece en su formato integral. Estos estudios encontraron resultados positivos tanto al ofrecer un programa completo de DBT, como terapia individual sola, grupo de habilidades solo, una guía de autoayuda combinada con coaching telefónico, así como intervenciones que se enfocaron solo en el módulo de atención plena y que disminuyeron los síntomas de TCA. (Block C, 2016). En líneas generales, la eficacia en DBT está más asociada con Trastorno por Atracones en relación a los otros TCA.

Sin embargo, no solo es importante el centrar la atención en el resultado sino también de las técnicas empleadas por los terapeutas. En una investigación se ha demostrado que los médicos utilizan en exceso u omiten técnicas que son una parte esencial de terapias basadas en la evidencia (Wisniewski, 2018). El patrón de uso de las técnicas DBT para TCA mostró una distribución bimodal, la mayoría se utilizaron mucho o poco. Finalmente, se recomienda la capacitación, la supervisión y el uso de los manuales para disminuir la tendencia del terapeuta que no son propias de DBT y que pueden influir en el resultado clínico de los grupos de pacientes. Es importante regirse a protocolos de manejo con profesionales más experimentados y con mayor capacitación que puede contribuir en resultados positivos.

ACT EN TCA

ACT es una terapia basada filosóficamente en el Contextualismo funcional y teóricamente en la teoría del marco relacional (Gaudiano, 2009; Hayes et ál., 2001; Hoffman, 2008; Ruiz y Luciano, 2009; Wilson y Luciano, 2002). La unidad analítica central del Contextualismo o pragmatismo, es el acto ocurriendo en contexto. Es hacer lo que se está haciendo, en un contexto tanto histórico como situacional, como cazar, ir de compras o hacer el amor. Los componentes principales

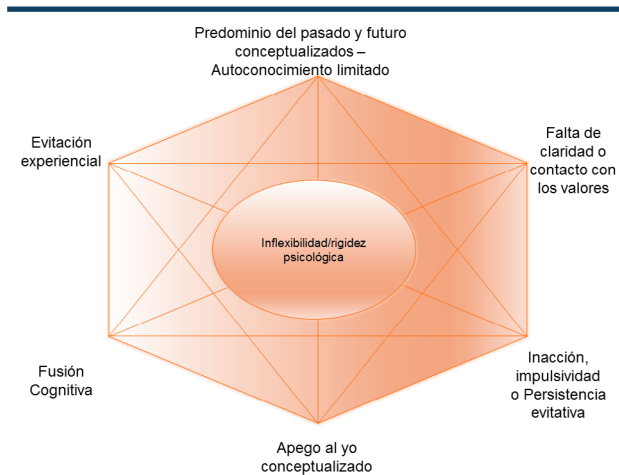
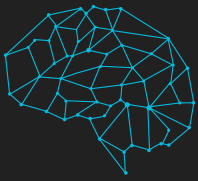


Figura 1. Modelo Psicopatológico de ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis, 2006)

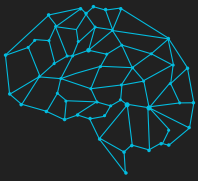
del Contextualismo son: Enfocarse en el evento como un todo, ser sensible al papel del contexto para comprender la naturaleza y la función del evento y firme apego al criterio de veracidad pragmático (: (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014)

Desde una perspectiva ACT, la inflexibilidad psicológica implica el predominio del control aversivo a expensas del control apetitivo. Los trastornos de alimentación y los comportamientos relacionados se caracterizan por un control aversivo. Un individuo aprende a responder sobre sí mismo y sobre su cuerpo de tal manera que su cuerpo viene a funcionar como un aversivo. La experiencia del "sí mismo" se estrecha gradualmente hasta que está casi totalmente limitada a su cuerpo. Su sentido de "sí mismo" en términos de sus cualidades, sus papeles, sus relaciones y sus sueños se desvanece lentamente a medida que la auto-observación del cuerpo aumenta en importancia. La experiencia de su cuerpo se limita a aquellas percepciones que están relacionados con el mantenimiento de una apariencia física particular. La experiencia del cuerpo se reduce a las sensaciones de hambre o plenitud. Sus ideas de lo bueno se centran cada vez más en la belleza, y sus ideas de lo bello se centran cada vez más en el peso y la forma. La vida de este individuo se estrecha a medida que sus pensamientos, sentimientos y atención se vuelven cada vez más enfocados en el cuerpo, y su comportamiento se organiza cada vez más en torno al control de su imagen corporal. Cambiar su apariencia, evitar verse a sí misma, hacer dieta, hacer ejercicio, restringir sus

interacciones sociales, y así sucesivamente se convierten en actividades mucho más críticas que su trabajo o educación, sus relaciones o sus pasatiempos. En algunos casos, incluso el trabajo que hace en otros dominios puede llegar a tener una función de evitación, lo que permite un cierto alivio de la lucha con el cuerpo o alguna forma de mantener el enfoque de otros fuera de su cuerpo. Del mismo modo, este individuo aprende acerca de la comida y la alimentación de tal manera que sus funciones son mucho más complicadas que una necesidad biológica. En su mayor parte, la comida, en general, se convierte en un aversivo, y comer, bajo control aversivo. Los alimentos particulares se convierten en "peligrosos" y otros "seguros". Incluso los alimentos seguros no son apetitivos, ya que sólo son seguros en cantidades particulares, e incluso pueden ser peligrosos cuando parecían seguros. Comer y otras interacciones con los alimentos vienen a ser organizados casi exclusivamente en torno a la evitación (Sandoz, Wilson, Dufrene, 2010):

ACT plantea un giro radical en el foco de la terapia: por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos, sino que se trata de alterar su función de modo que la reacción a estos eventos privados sea flexible y el comportamiento, en cambio, sea regulado por los valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos. Por otro, los métodos clínicos apelan a un cambio de carácter contextual, cambiando la función de los eventos privados (Hayes, 2004; Wilson y Luciano, 2002; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson K, 2004). ACT también se basa en un modelo, que une seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica y muchas formas de sufrimiento humano con seis procesos de intervención diseñados para aumentar la flexibilidad (Fig. 1).

Se ha observado que en los Trastornos de Conducta Alimentaria (Anorexia y Bulimia Nerviosa) predomina la lucha interna por evitar pensamientos, imágenes y ansiedad relacionada con el peso, los cuales perpetúan la conducta, a pesar de que, lejos de producir alivio, intensificaban más la ansiedad. Esto es lo que Luciano y Hayes denominaron Trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001). Según estos autores este trastorno funcional ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos o recuerdos o sus predisposiciones conductuales) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o frecuencia de tales experiencias y las condiciones



que las generan. El intento de control mediante la evitación lleva paradójicamente al efecto opuesto: aumenta la intensidad y la frecuencia de esos pensamientos y emociones que trata de evitar (López y Diéguez, 2007)

El objetivo de esta terapia es cambiar el problema, no la conducta, de modo que puede incluso que la conducta problema no cambie su topografía, pero puede, sin embargo, haber cambiado su función, dejando de ser problema

Se plantean las siguientes metas terapéuticas (Sandoz, Wilson, Dufrene, 2010):

- Establecer un estado de desesperanza creativa, frustrando las pretensiones de la paciente de evitar los pensamientos y la ansiedad.
- Señalar el control como parte del problema y proponer ejercicios experienciales.
- Diferenciar entre la persona y la conducta.
- Abandonar la lucha contra las emociones y pensamientos, lo que supone aceptarlos.
- Establecer un compromiso de actuar en la dirección de sus valores personales, sin que la evitación de experiencias trastorne su camino en la vida (Fig. 2).

Dentro de los problemas de conducta alimentaria, ACT ha demostrado su utilidad al momento de abordar los atracones (Lillis, Hayes y Levin, 2011), la insatisfacción con la imagen corporal (Pearson, Follete y Hayes, 2012) así como la anorexia y la bulimia (Berman, Boutelle y Crow, 2009, Heffner, Sperry, Eifert y Detweilwe 2002, Juarascio et al, 2013). Hay escasa literatura científica que investigue la eficacia de la ACT en adultos diagnosticados con un trastorno de conducta alimentario como la anorexia, destacando que no es un tratamiento de elección en la actualidad en estos casos prefiriéndose utilizar una terapia cognitivo conductual. Esto se debe en gran medida a que no se han realizado estudios científicos que comprueben la posible efectividad de este tratamiento, realizándose mayormente, estudios de caso único con limitaciones que impiden destacar evidencias clínicas (Huertas, 2017) .La evidencia encontrada sugiere que la ACT en adultos con anorexia nerviosa no es más eficaz en personas mayores, que otros tratamientos de elección, pero si se observa que los resultados pueden ser más precoces, y el riesgo de recaída es menor. (Huertas, 2017). A pesar de las limitaciones, los estudios presentados arrojan resultados esperanzadores respecto al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que en la actualidad todavía no es conocido un tratamiento eficaz en todas o la mayoría de estas pacientes.

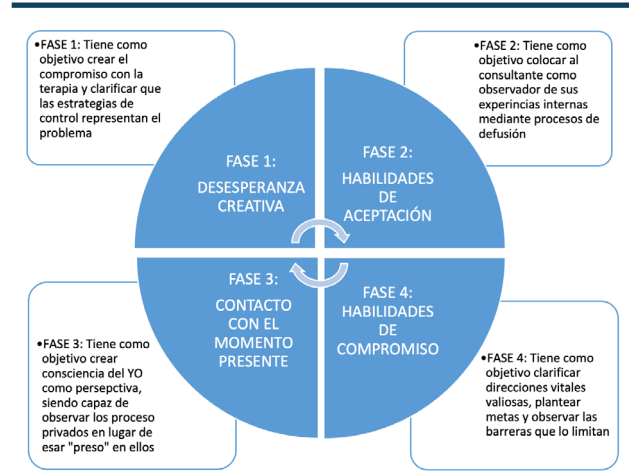


Figura 2. Abordaje de los TCA desde el afronte ACT (Elaborado por los autores).

La ACT puede ser la mejor opción debido a que su elemento central, el cual es la flexibilidad psicológica, es un buen antídoto contra los elementos centrales de los trastornos de la conducta alimentaria: estrategias de control ineficaces y la falta de voluntad de contactar con emociones o pensamientos negativos (Menárguez, 2015)

COMER CONSCIENTE: EL PROGRAMA MB EAT

¿Comemos de manera consciente?, es una pregunta que se le puede hacer a cualquier persona y probablemente en la respuesta este la manera como nos relacionamos con la comida. El comer es un acto tan rutinario, que no está ajeno a la automatización y la ejecución de una serie de patrones conductuales poco saludables. "Comer consciente es atender a todos y cada uno de los aspectos que definen el hambre...familiarizarte e interiorizar todos los elementos de las intrincadas reacciones del cuerpo y la mente en relación con la comida y el proceso de comer" (Albers, 2017, p. 15).

Comer de manera consciente es una las actividades que se practica para el cultivo de Mindfulness. Existen muchas definiciones de Mindfulness, pero todas tienen en común observación de la realidad en el momento presente con aceptación (Vásquez, 2016). Las prácticas de Mindfulness se están implementando con éxito en una gran variedad de situaciones clínicas como el estrés, la ansiedad, la depresión, las conductas adictivas y por supuesto los TCA (Germer, Siegel y Fulton, 2015).



MB EAT, es un programa que integra elementos del Programa de reducción de estrés basada en Mindfulness, técnicas de terapia cognitiva y meditaciones guiadas (Kristeller y Wolever, 2017). En MB-EAT, los ejercicios están más relacionados con la imagen corporal, el peso, y el reconocimiento de señales de hambre y saciedad. El objetivo de MB-EAT es aumentar la conciencia de las conductas relacionadas al comer y desengancharse de aquellos patrones conductuales automáticos y no saludables, es decir, comer consciente y relacionarse de manera más efectiva con la experiencia de comer (Raya, 2016).

La base teórica de MB-EAT está relacionado con los modelos de regulación emocional. La dieta crónica, los patrones de atracón y el uso de la comida con fines no nutritivos, son síntomas y a la vez contribuyen a mantener el trastorno (Kristeller y Wolever, 2017). La dieta crónica genera en las personas, sentimientos de cólera y frustración. Esta dieta crónica es difícil de mantener de manera constante y se produce en algún momento un quebrantamiento de esta dieta, al consumir algún alimento "prohibido" ya sea en calidad o cantidad, ante esto la persona siente que ha fallado, se juzga, se critica y se produce un proceso, que en adicciones se conoce como efecto de violación de la abstinencia (Marlatt y Gordon, 1985). Esto se traduce en muchos casos como atracones, los cuales están causados principalmente por la falta de conciencia de saciedad, provocando que las señales para parar de comer, sean ignoradas o pasen inadvertidas (Hetherington y Rolls, 1988). Esto genera en las personas sentimiento de fracaso, culpa y aumenta la vulnerabilidad para que la persona se involucre en una nueva dieta, probablemente más exigente y más restrictiva, con lo que el ciclo se repite (Fig. 3).

El programa MB-EAT, busca romper este ciclo patológico de la alimentación no consciente. Esto se logra a partir del cultivo de una conciencia no juiciosa (Kristeller, 2015). Tomemos como ejemplo a una persona que llega a casa después de una discusión con la pareja y experimenta malestar emocional, y coge una caja de chocolates con la intención de comer solo uno, pero termina comiéndose toda la caja y luego consume otros alimentos más. El disparador de esta conducta puede ser considerada la caja de chocolates, la vulnerabilidad la pelea con la pareja y la consecuencia, el haberse comido toda la caja y otros alimentos. Si esta persona comienza a practicar Mindfulness, se hará más consciente de los disparadores y también de pensamientos "nunca va a

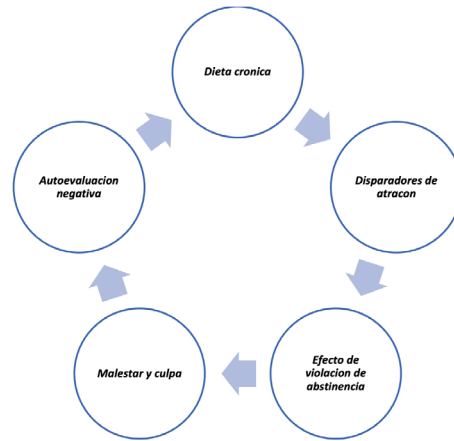


Figura 3. Ciclo de la alimentación no consciente (Elaborado por los autores).

cambiar" "siempre estaremos discutiendo", emociones como cólera, frustración, y sensaciones corporales, que permitan diferenciar sus emociones de las sensaciones de hambre y saciedad. El otro paso es luego de reconocer conscientemente la experiencia, responder en lugar de reaccionar (Kristeller, 2015). Cuando la persona se hace consciente de la experiencia, la reacción o impulso puede ser reemplazado por la aceptación o la elección de otra conducta que permita mejorar la emoción que estoy experimentando, de una manera efectiva. En el ejemplo anterior, podría ser practicar un ejercicio meditativo, centrar su atención en una actividad cotidiana, llamar a alguien o quizás darse el permiso de comer unos cuantos chocolates, saboreándolos con conciencia plena del acto.

El programa MB EAT es un formato grupal de diez sesiones, realizado una vez a la semana (Kristeller y Wolever, 2017). Se trabaja en el cultivo de Mindfulness en sí, ya que todas las sesiones incluyen prácticas de meditación regular, y meditaciones breves que se pueden usar antes de los alimentos (Kristeller, 2015). Se utilizan varios ejercicios para equilibrar los distintos aspectos de la alimentación como hacerse consciente de las sensaciones de hambre, saciedad y la elección de las comidas, así como de los desencadenantes asociados al acto de comer. Se inician estos ejercicios con alimentos pequeños y ligeros como una pasa y luego se va aumentando, conforme pasan las sesiones a alimentos más calóricos y más tentadores. Durante el programa, las personas también



Tabla 3. Programa MB-EAT, sesión a sesión (Kristeller y Wolever, 2015)

SESION	TEMA	PRACTICAS	ACTIVIDADES PARA LA CASA
Sesión 1	Introducción a Mindfulness y al modelo de autorregulación	Meditación regular Ejercicio de la pasa	Practica de meditación guiada
Sesión 2	Comer consciente	Introducción a las meditaciones breves Comer un snack (queso y galletas) Reto de las 500 calorías	Meditaciones breves Comer una comida o snack de manera consciente
Sesión 3	Disparadores de comida o atracón	Reconocer las señales de hambre y otros disparadores de comida Meditación de la conciencia del hambre Escáner corporal	Registrar disparadores en ficha Meditaciones breves Escáner corporal
Sesión 4	Saciedad y satisfacción	Meditación de las señales de saciedad Comer consciente chocolate Cultivo de actividades físicas Contacto de autosanacion	Comer con hambre
Sesión 5	Saciedad con agua y elección de alimentos	Meditación de saciedad y gusto Ejercicio del agua Elegir alimentos (papas fritas versus galletas) Yoga sentado	Atender al gusto y saciedad
Sesión 6	Elección de alimentos y comida compartida	Elección consciente de alimentos (frutas y verduras) Comida compartida	Comer en un buffet
Sesión 7	Compasión	Meditación de la compasión. Explorando sentimientos hacia mí y hacia otros	Comer todo con atención plena
Sesión 8	Sabiduría Interior	Meditación de la sabiduría Meditación caminando	Comer todo con atención plena
Sesión 9	Prevención de recaídas	Ejercicios de valores Comidas favoritas	Comer todo con atención plena
Sesión 10	Seguimiento	Meditación de la sabiduría Revisión de la practica Mantener y profundizar el cambio	Comer todo con atención plena

son animadas a atender pensamientos y sentimientos, antes y durante toda la comida (Kristeller, 2015). Comer puede satisfacer necesidades emocionales para muchas personas, y esto se explora a lo largo de todo el programa. Se trabaja con las personas para que sean conscientes de estas necesidades emocionales, de cómo usan la comida para satisfacerla y de que alternativas tienen, en lugar de la comida, para satisfacer sus necesidades emocionales (Kristeller, Wolever y Sheets, 2013). La mayoría de las personas entran al programa con una actitud de todo o nada, hacia la elección de alimentos. Casi todos han estado en dietas múltiples, de diferentes tipos, y cuando se le pide que describan una forma de comer saludable, generalmente pueden hacerlo, pero con un valor calórico (por ejemplo, aproximadamente 1.200 calorías) que suele ser demasiado restrictivo para mantener un nivel de alimentación

sostenible (Kristeller, 2015). Se les enseña a lograr un equilibrio entre la información que obtienen (sabiduría externa) y la manera de usar esa información (sabiduría interna), de tal forma que puedan tener opciones de comida saludable, sin llegar a extremos (Kristeller, 2015). Para muchas personas, a lo largo del espectro del peso, su identidad propia se absorbe por la preocupación por comer, su peso y apariencia. Por lo tanto, un importante aspecto del programa es alentar a las personas a darse cuenta de cuándo se ha producido tal juicio y si este juicio no concuerda con la realidad. En general, el objetivo es crear una mayor aceptación y flexibilidad en la relación con el yo, tanto en lo referente a comer y una identidad propia más amplia (Kristeller, 2015) (Tabla 3).

La evidencia empírica inicial del programa MB-EAT, se basa en un estudio realizado en una población obesa, que



cumplía criterios para TA, según DSM IV. Participaron 20 mujeres obesas, con una media de 108 Kg de peso, siendo 18 las que finalizaron la intervención de seis semanas de duración. Luego de la intervención, la cantidad de atracones disminuyó de 4 por semana a 1.5 por semana. Las calificaciones del control sobre la alimentación, la atención plena y la conciencia de las señales de hambre y saciedad aumentaron significativamente; los valores de depresión y ansiedad se redujeron de rangos clínicos a subclínicos. No hubo cambios significativos relacionados a la pérdida de peso (Kristeller y Hallett, 1999).

Un estudio centrado en personas que se alimentaban fuera de casa, se realizó con 35 mujeres, realizando una intervención de seis semanas, con el objetivo de reducir la ingesta de calorías y grasas al comer a través de la educación, estrategias de cambio de comportamiento y meditaciones de alimentación consciente. Los participantes en el grupo de intervención perdieron significativamente más peso, tuvieron un promedio más bajo de calorías diarias y de la ingesta de grasas, tuvieron una mayor autoeficacia relacionada con la dieta, y tenía menos barreras para controlar el peso al comer fuera (Timmerman y Brown, 2012)

El primer ensayo aleatorizado y controlado, realizó un tratamiento grupal de 12 sesiones, en comparación con una intervención psicoeducativa / cognitivo-conductual (IPCC) y un control de lista de espera. El estudio de dos sitios asignó al azar a 150 personas con sobrepeso u obesidad, el cual 12% eran hombres. El 66% de los participantes cumplieron con todos los requisitos del DSM-IV-R para el TA. En comparación con la lista de espera, MB-EAT y la IPCC, mostraron una mejora generalmente comparable después de 1 y 4 meses después de la intervención en los días de atracones por mes, en la Escala de alimentación compulsiva y la Depresión. A los 4 meses posteriores a la intervención, el 95% de los individuos con TA y que recibieron MB EAT, ya no cumplieron con los criterios de TA, en comparación con el 76% que recibió la IPCC. Los resultados sugirieron que MB-EAT redujo la ingesta compulsiva y los síntomas relacionados a un nivel clínicamente significativo, con mejoras relacionadas con el grado de práctica de la atención plena (Kristeller, Wolever y Sheets, 2013)

El programa MB-EAT también se ha usado en otras poblaciones. En personas con diabetes tipo 2, se hizo una comparación entre una intervención de tres meses en una población de 27 personas con MB-EAT, versus una intervención estándar

de educación y autogestión de diabetes, con 24 personas, conocido en inglés como Smart Choices. Ambos programas demostraron efectos positivos en el autocontrol de la diabetes, siendo el grupo sometido a MB-EAT, el que demostró mayor incremento de la atención (Miller, Kristeller, Headings, Nagaraja y Miser, 2012). También se usó MB-EAT, en una población de 40 adolescentes, donde se asignó aleatoriamente a 12 sesiones semanales de intervención MB-EAT a 18 de ellos y al control de educación para la salud a los otros. A los 6 meses de seguimiento, el grupo MB-EAT aumentó los días / semana de ejercicio moderado y el ejercicio aeróbico intenso en comparación con el grupo control. También hubo en el grupo de MB-.EAT, un aumento en el número de porciones por semana de alimentos bajos en calorías, alimentos sin grasas saturadas y bajo en grasas saturadas. Las ganancias de peso en el seguimiento no difirieron significativamente entre las dos condiciones. Se concluyó que el programa MB-EAT aumentó el ejercicio aeróbico moderado e intenso y mejoró los hábitos dietéticos en favor de los alimentos bajos en calorías y bajos en grasa en una muestra de adolescentes con sobrepeso u obesidad (Barnes y Kristeller, 2016)

CONCLUSIONES

Los TCA han sido estudiados ampliamente a la fecha en cuanto a farmacológico y mediante terapia cognitivo conductual, sin embargo, un nuevo enfoque como lo son las terapias contextuales han demostrado resultados favorables a pesar de la escasez de investigaciones al respecto. DBT se basa en el modelo de regulación afectiva que está presente en los TCA y la aplicación de su adaptación para TCA, ha demostrado mayor estabilización afectiva y reducción de atracones en la mayoría de revisiones sistemáticas, mientras que en otras no alcanza significancia estadística. ACT ha demostrado ser efectivo en la conducta por atracones y la insatisfacción corporal producida por la inflexibilidad cognitiva, puesto que involucra un proceso que hace frente a la pobre capacidad de contactar con emociones o pensamientos negativos relacionados a la conducta alimentaria. El programa de MB-EAT ha logrado utilidad mediante la creación de mayor aceptación, sin pensamientos juiciosos, y flexibilidad en el acto de comer los cuales reconocen señales de hambre y saciedad, además de la identidad propia. Ha demostrado reducción de la ingesta compulsiva y atención plena en la alimentación.

La principal limitación de este estudio de revisión ha sido, la aún insuficiente evidencia publicada de las terapias



Terapias contextuales y el programa mb eat en los trastornos... Psicosom. psiquiatr. 2021;19:46-60. P. Bravo, E.R. Vásquez, G. Valdivieso

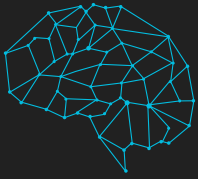
contextuales en TCA y del programa MB-EAT. Es preciso que se lleven a cabo más estudios randomizados aleatorizados con la posibilidad de ser incluidos en compilados mucho más grandes como revisiones sistemáticas y contribuir en la evidencia alentadora del manejo de TCA, que orienten a los profesionales dedicados a esta área de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers, S. (2017). *Mindfulness y alimentación*. Barcelona, España: Espasa libros
2. Apfelbaum, S. y Gagliesi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *VERTEX*. 15(58):295-302. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo25.pdf>
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.). Arlington, VA
4. Barnes, V. y Kristeller J. (2016). Impact of Mindfulness-Based Eating Awareness on Diet and Exercise Habits in Adolescents. *International Journal of Complementary and Alternative Medicine*. 3(2), 1-11 doi: 10.15406/ijcam.2016.03.00070
5. Behar, R. y Arancibia, M. (2014). DSM 5 y los trastornos de conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 52 (SUPL 1): 22-33. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265729323_DSM-5_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria
6. Berman, M. I., Boutelle, K. N. y Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 426-434. doi:10.1002/erv.962
7. Beshara M, Hutchinson A y Wilson C (2013) Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite* 67, 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.012>
8. Block, C. (2016). Effectiveness of Utilizing Components of Dialectical Behavior Therapy in Eating Disorder Treatment. Recuperado de Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/560
9. Calvo, D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada*. Tesis doctoral. Zaragoza: Prensas de la Universidad, Universidad de Zaragoza. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/9900/files/TESIS-2012-135.pdf>
10. Chen E, Mathews L, Allen C, Kuo J y Linehan M (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 505-512. doi: 10.1002/eat.20522.
11. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G y Meyer C (2007). Distress tolerance in The Eating Disorders. *Eating Behavior*, 8, 91-97. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2006.02.003
12. Crespo-Ramos, G (2015). *Terapia Dialéctica Conductual y Trastornos Alimentarios: Revisión Sistemática de Literatura*. *Revista de Psicología GEPU*, 6 (2), 103-111. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918891>
13. Crow S et al (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 166:1342-1346. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
14. Cuadro E y Baile J (2015). Binge eating disorder: analysis and Treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6, 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
15. Fairburn, C. G. y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behavior Research Therapy*, 43(6), 691-701. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011.
16. Gaudio, B. A. y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415-437. doi: 10.1016/j.brat.2005.02.007
17. Gabler G, Olguín P y Rodríguez A (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Clin Condes*. 28(6) 893-900. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.003>
18. Germer, C, Siegel, R y Fulton, P. *Mindfulness y Psicoterapia*. (2015). Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer.
19. Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
20. Hayes S, Strosahl K, Bunting K., Twohig M. y Wilson K (2004) ¿Qué es la terapia de aceptación y compromiso? En: Hayes S y Strosahl K. *Una guía práctica para la terapia de aceptación y compromiso*. Springer, Boston, MA
21. 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. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
22. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclee De Brouwer.
23. Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236. doi:10.1016/s1077-7229(02)80053-0
24. Hetherington, M y Rolls, B. (1988). "Sensory specific satiety and food intake in eating Disorders". En B. Walsh. *Eating Behaviors in eating Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric
25. Huertas, P. Eficacia de ACT en pacientes con Anorexia Nerviosa. *Boletín Psicoevidencias* nº 49. 2013. Recuperado de <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/638-eficacia-de-act-en-pacientes-con-diagnostico-de-anorexia-nerviosa>
26. Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. doi:10.1177/0145445513478633
27. Juarascio, A, Manasse, S, Schumacher, L., Espel, H. y Forman, E. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 1-13. doi: 10.1016/j.cbpra.2015.12.005
28. Kristeller, J. (2015). Mindfulness, Eating Disorders, and Food Intake Regulation. En Ostafin, B, Robinson M y Meier, B. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. (199-215)
29. Kristeller, J. y Hallet, C. (1999). "An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder". *Journal of Health Psychology*. 4, 357-363. doi: 10.1177/135910539900400305.



30. Kristeller, J. y Wolever R. (2017). Formación de alimentación consciente basada en Mindfulness: tratamiento de la glotonería y la obesidad. En Baer, R. Técnicas de entrenamiento basadas en Mindfulness. (213-247). Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer.
31. Kristeller, J., Wolever R. y Sheets V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Treatment (MB-EAT) for Binge Eating Disorder: A randomized clinical trial. *Mindfulness*. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>.
32. Lencioni G, Gagliesi P (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(1): 216-226. <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo19.pdf>
33. Lillis, J., Hayes, S. y Levin, M. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior Modification*, 35 (3), 252 - 264. doi:10.1177/0145445510397178
34. Linardon et al. (2017). The empirical status of the third-wave behavior therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 58 125–140. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.005.
35. Linardon et al. (2018): Meta-analysis of the effects of third-wave behavioral interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention, *Cognitive Behavior Therapy*, DOI: 1080/16506073.2018.1517389
36. Linehan M (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press
37. Linehan M (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorders*. New York: Guilford Press. p. 20-31.
38. Linehan M, Wilks C (2015). The Course and Evolution of Dialectical Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*. 69(2): 97-110
39. López C y Treasure J (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Condes*. 22(1) 85 – 97. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
40. López M. y Diéguez M (2007). "No pienses en un oso blanco": Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 27(1). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100007
41. Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2002-10557-005>
42. Madruga D., Trabazo R. y Lambruschini N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP*. 2012, p 325-337. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
43. Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. Nueva York, USA: Brunner Mazel.
44. Masson P., Von Ranson K., Wallace L. y Safer D. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behavior therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 51, 723–728. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.001>.
45. May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *The mental health clinician*, 6(2), 62–67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>
46. Mehling W, Gopisetty V, Daubenmier J, Price C, Hecht F y Stewart A (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE*, 4(5), 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0005614
47. Mehling, W, Wrubel J, Daubenmier J, Price C, Kerr C, Silow T, et al. (2011). Body awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 6, 6. doi: 10.1186/1747-5341-6-6.
48. Menárguez, M. (2015) *La Terapia de Aceptación y Compromiso en los Trastornos de Conducta Alimentaria* (Tesis de Grado). Universidad Miguel Hernández. Recuperado de <http://dspace.umh.es/handle/11000/2584>
49. Méndez, J, Vásquez-Velásquez, V, y García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín de Medicina del Hospital Infantil de México* Vol. 65, noviembre-diciembre: 579-591. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&nrm=iso
50. Miller, C., Kristeller, J., Headings, A., Nagaraja, H. y Miser, W. (2012). "Comparative effectiveness of a Mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: A pilot Study". *Journal of the Academy of nutrition and Dietetics*. 112, 1835-1842. doi: 10.1016/j.jand.2012.07.036.
51. Moreno A. *Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / Mindfulness*. (2012). *Revista Internacional de Psicología*. 12: 1-17. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
52. Morillo H y García J (2017). Mindful Eating. *Alimentación consciente*. *Psicosom. Psiquiatr* (1) 2:3-6. Recuperado de https://psicosomaticaypsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/09/psicosom_psiquiatr_201712_3_6.pdf
53. Murray S (2019): Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention. Eating Disorders*. doi: 10.1080/10640266.2019.1567155.
54. Pearson A, Follette V y Hayes S (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181–197. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.03.001
55. Pérez M. *La Terapia de Conducta de Tercera Generación*. (2006). *eduPsykhé*.5 (2): 159-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
56. Pintado S y Rodríguez P (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 8:19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
57. Raya, D. (2016). *Intervenciones basadas en Mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión bibliográfica*. (Trabajo final de Master). Universidad Jaime I, Castellón, España. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/165299>
58. Rodríguez, M et al (2017). Desregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 8, 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>.
59. Ruiz, F. J. y Luciano, M. C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3), 347-352. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3637>
60. Sandoz, E, Wilson, K, y Dufrene T (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for eating Disorders*. New Harbinger Publications. USA.
61. Safer D, Telch C y Chen E (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. The Guilford Press. New York, USA.
62. Safer D, Robinson A y 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>.
63. Safer D, Telch C y Agras W (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 632–634. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
64. Saldaña C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 381-392. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=461>
65. Sarmiento M (2008). Terapia conductual dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(1) 149-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615420012.pdf>
66. Telch C, Agras W, Linehan M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.1061.
67. Telch C (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 77–81. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199707)22:1<77:aid-eat10>3.0.co;2-f.
68. Timmerman, G. y Brown, A. (2012). The effect of a Mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal Nutrition Education Behavior*. 44, 22–28. doi: 10.1016/j.jneb.2011.03.143.
69. Udo T y Grilo C (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5 Eating Disorders in Nationally Representative Sample of United States Adults. *Biol Psychiatry*. 01; 84(5): 345–354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014
70. Vásquez, E (2016). Terapia Dialectico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuropsiquiatría* 79 (2), 108-118. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005
71. Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Peruana de Neuropsiquiatría*. 79(1), 195-204. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
72. Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide
73. Wisniewski L, Kelly E (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131–138. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80021-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80021-4)
74. Wisniewski L, Safer D, Chen E (2007). Dialectical behavior therapy and eating disorders. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
75. Wisniewski L, Hernandez E, Waller G (2018). Therapists' self-reported drift from dialectical behavior therapy techniques for eating disorders. *Eating Behaviors*, 28; 20–24. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.12.001
76. Wittchen, H and Jacobi, F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 15 (4), 357–376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012.
77. Wolever, R. y Best, J. (2014). Abordajes basados en Mindfulness para trastornos de la conducta alimentaria. En Didonna, F. *Manual clínico de Mindfulness*. (443-490). Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwe