



La terapia cognitivo conductual y terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa: un estudio de revisión crítica

Cognitive behavioral therapy and transdiagnostic cognitive behavioral therapy in patients with anorexia nervosa: a critical review study

Armijos Romero, Marissa Tatiana; Polo Martínez, Eulalia Maribel

Marissa Tatiana Armijos Romero

marissa.armijos.32@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca-Unidad de
Posgrados. Cuenca-Ecuador

Eulalia Maribel Polo Martínez

eulalia.polo@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca-Unidad de
Posgrados. Cuenca-Ecuador

Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación

CIDEPRO, Ecuador
e-ISSN: 2588-1000
Periodicidad: Trimestral
Vol. 6, No. 42, 2022
editor@journalprosciences.com

Recepción: 29 Enero 2022
Aprobación: 15 Marzo 2022

DOI: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp239-250>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Cómo citar: Armijos Romero, M. T., & Polo Martínez, E. M. (2022). La terapia cognitivo conductual y terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa: un estudio de revisión crítica. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 239-250. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp239-250>

Resumen: La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que provoca graves secuelas físicas y psicológicas. No existe evidencia científica de que ningún tratamiento psicológico sea eficaz en adultos, no obstante, se utiliza la terapia cognitivo conductual como tratamiento de primera elección. Bajo los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) surge también la terapia cognitivo conductual-transdiagnóstica como tratamiento para trastornos alimentarios con resultados prometedores, ambas son ampliamente usadas en pacientes con anorexia nerviosa. El objetivo de este artículo fue analizar los resultados de la aplicación de la Terapia cognitivo conductual y Terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa a través de una revisión crítica de los estudios más significativos sobre la temática. Se identificó un total 20 artículos en las bases de datos de Pubmed, Scopus y Web of Science. Los hallazgos en los estudios de TCC como en TCC-transdiagnóstica sugieren un aumento de peso significativo y disminución de la psicopatología en general y del trastorno asociada al comportamiento alimentario, sin embargo, existe una alta tasa de abandono y la finalización del tratamiento no garantiza una mejoría total en todos los participantes. Entre las principales limitaciones metodológicas encontradas están: tamaño reducido de la muestra, breve periodo de tratamiento o seguimiento, ambigüedad en el establecimiento de criterios de recuperación, falta de especificidad en las técnicas y ausencia de un grupo control para comparación.

Palabras clave: eficacia, terapia cognitivo conductual, transdiagnóstica, anorexia nerviosa.

Abstract: Anorexia nervosa is an eating disorder that causes serious physical and psychological consequences. There is no scientific evidence that any psychological treatment is effective in adults, however, cognitive behavioral therapy is used as the first-line treatment. Under the principles of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) transdiagnostic-cognitive behavioral therapy also arises as a treatment for eating disorders with promising results, both are widely used in patients with anorexia nervosa. The objective of this article was to analyze the results of the application of Cognitive Behavioral Therapy and Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy in

patients with anorexia nervosa through a critical review of the most significant studies on the subject. A total of 20 articles were identified in the Pubmed, Scopus and Web of Science databases. The findings in CBT studies as well as in transdiagnostic CBT suggest a significant increase in weight and decrease in psychopathology in general and in the disorder associated with eating behavior, however, there is a high dropout rate and the completion of treatment does not guarantee a total improvement in all participants. Among the main methodological limitations found are: small sample size, short treatment or follow-up period, ambiguity in the establishment of recovery criteria, lack of specificity in the techniques, and absence of a control group for comparison.

Keywords: efficacy, cognitive behavioral therapy, transdiagnostic, anorexia nervosa.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno alimentario crónico que se distingue por un peso significativamente bajo, distorsión de la imagen corporal y miedo exagerado a subir de peso, en combinación con una marcada incapacidad para reconocer que este comportamiento extremo de alimentación es peligroso y supone un riesgo para la vida (American Psychiatric Association [APA], 2013; National Institute of Mental Health [NIMH], 2017).

Esta compleja sintomatología provoca resistencia o abandono del tratamiento, variables que inciden negativamente en el pronóstico de recuperación, ya que solo cerca del 50% se recupera completamente (Byrne et al., 2017; American Psychological Association [APA], 2020). Cabe destacar que la AN es el resultado de factores psicológicos, genéticos, metabólicos y sociales que producen graves efectos en la salud física y mental (NIMH, 2016).

Se estima que entre el 1 y el 4% de la población padecerá AN de por vida (Van Eeden, 2021), como consecuencia, aproximadamente 5 de cada 1000 pacientes diagnosticados mueren debido a complicaciones en su salud o por suicidio, siendo el trastorno mental con mayor tasa de muertes (NIMH, 2016; Arcelus, 2011; Fichter y Quadflieg, 2016). La prevalencia y mortalidad identificadas determinan que la AN es un importante problema de salud pública (Udo & Grilo, 2018), por lo que se requiere de un tratamiento basado en evidencia que se enfoque en reducir la sintomatología y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Al respecto, se ha comprobado que la AN es difícil de estudiar a través de ensayos controlados aleatorizados (Lock et al., 2012). Por ende, la evidencia científica para tratamientos psicológicos en pacientes con AN es limitada, demostrándose que ninguno presenta eficacia absoluta, ni tampoco ser superior a otro o al tratamiento habitual (TAU) (Solmi et al., 2021; Candeia et al., 2018). Esto se debe posiblemente a limitaciones metodológicas y a otras variables que intervienen en la fiabilidad de los resultados, corroborándose la necesidad de desarrollar más estudios empíricos sobre la temática.

En este contexto, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido el tratamiento de primera elección para la AN debido a su popularidad y extenso historial de aplicación. La TCC se enfoca en la identificación y modificación de patrones de conductas y/o pensamientos inadecuados respecto a la ingesta alimentaria, además, de ocuparse de la planificación y registro de comidas (Martínez, 2018; Davis y Attia, 2019).

En efecto, las principales entidades en materia de salud mental la recomiendan en sus guías de tratamiento (National Institute Care Excellence [NICE], 2020; APA, 2016; NIHM, 2016), no obstante, diversos estudios han definido que la evidencia científica de la TCC para AN no es concluyente, es decir, no demuestra ser más eficaz que otros tratamientos psicológicos, solamente se presentan mejorías relacionadas con la adherencia al tratamiento y con tasas más bajas de abandono (Solmi et al., 2021; Galsworthy-Francis y Allan, 2014).

Bajo los principios de la TCC surge la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica, propuesta por Fairburn (2008), quien formula un protocolo de tratamiento transdiagnóstico, el cual puede aplicarse a la amplia gama de trastornos alimentarios (TA) incluida la AN, argumentando que es común la comorbilidad entre ellos y que estos comparten características clínicas similares, en esencia, todos los TA se identifican por mantener una exagerada valoración del peso y textura del cuerpo, lo que origina patrones de conducta y pensamiento distorsionados acerca de la comida. La TCC transdiagnóstica se considera como una versión mejorada que contempla la sintomatología no relacionada con el trastorno, tal como un desvalorizado autoconcepto, deficiencias en las relaciones interpersonales y perfeccionismo patológico. Cabe destacar que existe una modalidad distinta de tratamiento para pacientes con normal y bajo peso (Murphy et al., 2010).

La TCC-transdiagnóstica tanto en pacientes adultos como jóvenes demostró resultados prometedores para restituir el peso, reducir psicopatología alimentaria y general de forma preliminar en los primeros ensayos no comparativos, como consecuencia luego se efectuaron ensayos controlados aleatorios bien establecidos (Dalle et al., 2020; Fairburn et al., 2013), por lo que se puede considerar como un tratamiento probablemente eficaz, no obstante, requiere de mayor apoyo empírico para establecer su efectividad absoluta, sobretodo en contextos clínicos de rutina en los que no se controla con rigurosidad variables secundarias (Turner et al., 2015).

En relación a los efectos de la TCC, los primeros ensayos controlados aleatorios bien establecidos se realizaron hace dos décadas, tal es el caso del estudio de Pike et al., (2003) con una muestra de 18 participantes, el 40%, cumplió con los criterios de Morgan para aumento de peso e índice de masa corporal (IMC), en cuanto a la sintomatología específica de AN y psicopatología en general, los autores fijaron sus propios criterios de recuperación, pero solamente el 16 % cumplió con ellos. En relación a las limitaciones, se evidenció una pequeña muestra y la carencia de una descripción específica de la aplicación de técnicas de TCC.

Del mismo modo, en el estudio de Macintosh et al., (2005), de una muestra de 19 pacientes, el 32% se recuperó completamente, esto se estableció mediante la disminución de sintomatología específica de AN y psicopatología en general, así como el cumplimiento de los criterios de Morgan-Russell para la medición de medidas físicas. Entre las limitaciones, se reportó una muestra reducida, corto tiempo de intervención e inconvenientes para establecer los criterios de una recuperación completa en los participantes.

Con respecto a la TCC-transdiagnóstica, existen estudios más actuales, Byrne et al., (2017) comparó la eficacia de tres tratamientos: Modelo Maudsley, Manejo Clínico de Apoyo Especializado y TCC-transdiagnóstica. De 120 participantes, 39 fueron asignados a TCC, en donde el 66,7 % completó el tratamiento. Las tasas de remisión se analizaron en función del restablecimiento de un peso saludable con 23 participantes, en cambio, 19 presentaron una remisión total de síntomas de AN. Los resultados indican que no se encontraron diferencias significativas en los tratamientos. Entre las limitantes, se identificó que al ser un estudio multicéntrico, la distribución de pacientes no fue equitativa entre los centros, además, no se consideró el análisis de la variable de experticia del psicoterapeuta.

Por lo tanto, este artículo es un aporte para la Psicoterapia y puede servir como directriz para profesionales de la salud mental que estén inmersos en el tratamiento de pacientes con AN. En definitiva, se pretende analizar los resultados de la aplicación de la Terapia cognitivo conductual y Terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa a través de una revisión crítica de los estudios más significativos sobre la temática, considerando como objetivos específicos:

- Revisar los ensayos clínicos que utilizan la Terapia Cognitivo Conductual o la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa.
- Establecer la tasa de recuperación, adherencia y abandono en pacientes con anorexia nerviosa tras aplicar la Terapia Cognitivo Conductual o la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica.
- Conocer las limitantes y rigurosidad metodológica en los estudios sobre la Terapia Cognitivo Conductual o la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa.

METODOLOGÍA

Este es un estudio de revisión crítica, el cual utiliza una metodología cualitativa, observacional y descriptiva. Se realizó una búsqueda bibliográfica en función de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, considerándose ensayos controlados aleatorios y ensayos no comparativos en los que se haya aplicado la TCC y la TCC–transdiagnóstica a pacientes con Anorexia Nerviosa durante los últimos 20 años, a razón de la escasez de investigaciones existentes sobre la temática. Cabe destacar que se incluyeron estudios longitudinales, en los que se realizaron evaluaciones pretratamiento y postratamiento a los participantes.

En contraste, no se seleccionó aquellos que incluían pacientes con AN en conjunto con otros trastornos alimentarios y no especifiquen los resultados del tratamiento por separado o que utilicen una metodología de estudio único de caso, revisiones bibliográficas y sistemáticas.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, se usó las palabras clave: Nervosa Anorexia y Cognitive Behavioral Therapy en inglés. Se encontraron 361 artículos, de los cuales se obtuvo una muestra de 20 artículos, 9 corresponden a TCC Y 11 a TCC-transdiagnóstica. En la tabla 1 se describe la distribución de artículos seleccionados y sus respectivas bases de datos. Cabe mencionar que también se incluyeron otros dos estudios encontrados en la referencias de estudios emblemáticos que no han sido considerados en la búsqueda inicial.

Tabla 1. Resultados de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	115	9
Scopus	172	8
Web of Science	74	3

Por otra parte, en la Tabla 2 se detallan los criterios analizados para conocer las limitaciones metodológicas y variables contaminantes en los estudios analizados sobre la TCC Y TCC-Transdiagnóstica, estos se establecieron de acuerdo al artículo de Tolin et al., (2015): “Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model”, en el cual se realiza un análisis crítico a los ensayos clínicos que abordan la eficacia de un tratamiento como parte de las recomendaciones

para la guía de tratamientos basados en evidencia de la Asociación Americana de Psicología. Así mismo, se consideró el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, específicamente el apartado de Evaluación de Riesgo de Sesgo, en el que se fijan los parámetros indispensables para evaluar adecuadamente un ensayo clínico (Higgins et al., 2021).

Tabla 2. Parámetros evaluados en ensayos clínicos de TCC Y TCC-Transdiagnóstica

1.	Características de la muestra (variables sociodemográficas, selección, tamaño).
2.	Descripción del proceso de aleatorización.
3.	Existencia de grupo comparación o control.
4.	Descripción de variables de medición de resultados (primarias y secundarias).
5.	Criterios para el establecimiento de diagnóstico de recuperación.
6.	Aplicación del tratamiento (duración, orden y especificidad de técnicas).
<i>Nota: Los parámetros 2 y 3 no han sido considerados en la evaluación de los ensayos clínicos no controlados.</i>	

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se describen de acuerdo a los ensayos clínicos que incluyen terapia cognitivo conductual y terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con AN. Se resumen sus principales hallazgos considerando el tipo de diseño: ensayos controlados aleatorizados o ensayos clínicos no comparativos, describiéndose los resultados en función de la tasa de recuperación, adherencia y abandono del tratamiento, incluyéndose solo a los participantes que recibieron TCC y TCC-transdiagnóstica. Esto con el objeto de presentar un análisis de las principales limitaciones metodológicas y variables contaminantes identificadas en estos estudios.

Ensayos clínicos que incluyen Terapia Cognitivo Conductual

Se encontraron cinco ensayos controlados aleatorizados bajo la modalidad de atención ambulatoria, entre los que constan algunos estudios de mayor antigüedad, estos han sido utilizados como punto de referencia para considerar a la TCC como un tratamiento probablemente eficaz para pacientes con AN, tal es el caso de Pike, et al., (2003) en el que se realizó una comparación entre TCC y asesoramiento nutricional, en una muestra de 33 adultos con diagnóstico de AN, 18 recibieron TCC, de los cuales un 44% presentó mejoría y 22% deserción; evidenciándose tasas de recaída significativamente más bajas y mejor adherencia al tratamiento para TCC.

Además, dos de estos ensayos consideraron como población de estudio a adolescentes y adultos jóvenes con AN en conjunto, como en Ball y Mitchell (2004) en donde se aplicó TCC y Terapia Familiar Conductual (TFC) a 25 participantes, de los cuales 13 recibieron TCC, no obstante, 9 completaron el tratamiento y 4 lo abandonaron, concluyéndose que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento aplicados. Del mismo modo, el estudio de McIntosh et al., (2005), comparaba los resultados entre TCC, Psicoterapia Interpersonal (PI) y el Manejo Clínico de Apoyo no Específico (MCNE) en una muestra de 56 participantes, de los cuales 19 fueron tratados con TCC, evidenciándose que 12 completaron el tratamiento y 7 lo abandonaron. Así se determinó que no existen diferencias significativas entre TCC, PI Y MCNE, es decir, ninguna terapia demuestra ser superior a otra.

En referencia a ensayos más recientes, se puede mencionar el de Touyz et al., (2013), cuyo objetivo era comprobar la eficacia de la TCC y el Manejo clínico de apoyo especializado (MCAE). De un total de 63 participantes, 31 fueron asignados a TCC, demostrándose que el 83,9% de ellos

cumplió con el tratamiento y mostró mejoría tanto en aumento de peso como en la sintomatología relacionada con AN, a diferencia del 16,1% (5) que no concluyeron con el tratamiento. Se evidencia que ambos tratamientos pueden ser eficaces para AN. Mientras que en el estudio de Nyman-Carlsson et al., (2019), se analizó la eficacia de la TCC y la Terapia Familiar (TF) en una muestra de 74 participantes, 37 recibieron TCC, comprobándose que el 89% se recuperó durante el seguimiento y el 32% abandonó la terapia. Los resultados indican que la TCC y la TF pueden ser eficaces para pacientes con AN.

Con respecto a ensayos clínicos no comparativos, aunque estos carezcan de un grupo control, aportan evidencias relevantes sobre la evolución de los pacientes tras aplicar TCC. El estudio de Bowers y Ansher (2008) realizado en el contexto hospitalario, analizaba la eficacia de la TCC en 32 participantes, considerándose como medidas: el IMC, psicopatología en general y específica de la AN luego de la aplicación y al año de seguimiento. Como resultado, todos finalizaron el tratamiento y presentaron mejorías significativas.

En cuanto al tratamiento ambulatorio, Ricca et al., (2010) aplicó TCC a 57 pacientes, entre los cuales 47 completaron el tratamiento, sin embargo, tan solo 34 se recuperaron completamente. En efecto, la TCC puede ser efectiva para aumento de peso y disminución de psicopatología alimentaria y general, aunque se debe analizar porque algunos participantes no presentaron remisión de síntomas. Así mismo, en Schnicker et al., (2013) examinaron la eficacia de la TCC en bulimia y AN en 27 participantes, de los cuales 21 completó el tratamiento. Entre ellos, 9 se recuperaron por completo, no obstante, 12 no presentaron mejorías y 6 lo abandonaron. Se concluye que incluso los pacientes que terminaron prematuramente presentaron mejorías, por lo que la TCC probablemente produjo resultados modestos aun en quienes no recibieron el tratamiento completo.

Por otra parte, se ha estudiado los efectos de la TCC en los distintos trastornos alimentarios. En Larrañaga et al., (2013) con una muestra de 74 pacientes, 32 con diagnóstico de AN se les aplicó TCC en combinación con terapia nutricional y psicofármacos. Los resultados indican que todos los participantes se adhirieron al tratamiento, aunque 4 presentaron una mala evolución, 14 demostraron una mejoría, mientras que 14 mostraron una recuperación absoluta. Este tratamiento fue efectivo en la mayoría de pacientes tanto en AN como en los otros TA.

Ensayos clínicos que incluyen Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica

En relación a los ensayos controlados aleatorizados, Zipfel et al., (2014) evaluó la eficacia entre la Terapia psicodinámica focal (TPF) y la TCC-transdiagnóstica versus el tratamiento optimizado habitual, 80 participantes fueron tratados con TCC-transdiagnóstica, de los cuales 65 culminaron el tratamiento, 43 demostraron recuperación total y 8 una recuperación parcial a los 12 meses de seguimiento, además, 15 desertaron. En síntesis, no hubo diferencias entre las tres terapias, aunque la TCC-E se mostró más eficiente en cuanto a la velocidad del aumento de peso y en las mejoras de la psicopatología de AN.

De igual forma, Byrne et al, (2017) comparó el Manejo clínico de apoyo especializado (MCAE), el modelo Maudsley para adultos y la TCC transdiagnóstica, 39 participantes fueron asignados a esta última. Como resultado 23 participantes alcanzaron un peso saludable y 19 una remisión total de síntomas de AN. Cabe destacar que 26 finalizaron, y 13 abandonaron el tratamiento. Se concluye que no se encontraron diferencias significativas que demuestren mayor eficacia entre las terapias.

Entorno a ensayos sin grupo control o de comparación en adultos, se identificaron dos artículos. Bajo la modalidad de atención ambulatoria, Fairburn et al., (2013) analizó los resultados de TCC transdiagnóstica en una muestra de 99, el 63.6% completó el tratamiento, entre los que en un 62%

se evidenció aumento de peso y el 88% presentó una disminución en sintomatología del trastorno alimentario y psicopatología en general, en contraste con el 36%. Por lo tanto, se sugiere que la TCC-E es un tratamiento probablemente eficaz ya que dos tercios presentaron mejoras significativas.

En cambio en el contexto hospitalario, Dalle Grave et al., (2013a) evaluó la TCC transdiagnóstica entorno a dos modalidades, una enfocada en tratar la sintomatología característica de la AN y la otra centrada en la psicopatología en general, luego de una evaluación a largo plazo en una muestra de 80 pacientes, 90% completaron el tratamiento, de los cuales 85% aumentó su IMC y 48,6% no presentaba síntomas de AN. Se determinó así que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los efectos de los dos programas.

Por otra parte con el objeto de evaluar los resultados exclusivamente en adolescentes, Dalle Grave et al., (2013b) trató con TCC-transdiagnóstica a 46 participantes, entre los 29 que completaron el programa, hubo mejorías significativas en función del peso y disminución de la sintomatología de AN, únicamente 9 no respondieron bien al tratamiento y 17 desertaron. Por lo que se establece que la TCC-transdiagnóstica puede ser eficaz y una alternativa para la Terapia familiar (TF). De forma similar, Dalle Grave et al., (2014) estudió los cambios tras aplicar TCC-transdiagnóstica a una muestra de 27 participantes, 26 culminaron con el tratamiento, de los cuales 25 mostraron un aumento de IMC significativo y mejorías en la psicopatología del trastorno alimentario. Por ende, la TCC-transdiagnóstica puede ser beneficiosa en adolescentes con AN.

Mientras que Dalle Grave et al., (2020) se enfocó en comparar la efectividad de la TCC-E entre 74 adolescentes y 81 adultos que finalizaron el tratamiento, el 93% y el 70% respectivamente mostraron recuperación completa. Cabe destacar que no hubo diferencias entre la recuperación y adherencia al tratamiento entre jóvenes y adultos, por lo que la TCC-E puede ser eficaz en ambos grupos etarios.

Otros dos ensayos se han interesado en analizar la eficacia de la TCC- transdiagnóstica en contextos clínicos regulares debido a que los ensayos previos se han llevado a cabo en contextos rigurosamente controlados. En Jenkins et al., (2018) con una muestra de 63 adultos con AN, el 54% completó el tratamiento y 29 (46%) abandonó el tratamiento. Los resultados demostraron que 9 presentaron una recuperación completa y 22 una parcial, en quienes se demostró una reducción de síntomas alimentarios, sintomatología psiquiátrica general y aumento de peso. Se evidencia que las altas tasas de incumplimiento de tratamiento intervienen en el estudio de la eficacia de la terapia.

Así mismo, Turner et al., (2015) aplicó TCC transdiagnóstica en una muestra de 179 pacientes que presentaban algún tipo de TA, 100 (56%) completaron el tratamiento y 79 (44%) lo abandonaron. De estos, 56 tenían un diagnóstico de AN y tan solo 9 presentaron una remisión completa. Entre quienes tuvieron mejoría se evidenció un aumento de peso e IMC, disminución de síntomas de depresión, ansiedad y de sintomatología relacionada con AN. Se concluye así que la terapia puede ser eficaz en entornos clínicos habituales y que estos se deben estudiar a profundidad antes que en los estrictamente controlados.

Por su parte, Calugi et al., (2017) estudió una muestra de 66 pacientes con AN, 32 fueron diagnosticados con AN severa y duradera (AN-SE) y 34 sin AN severa y duradera (NAN-SE). Luego de aplicar TCC-transdiagnóstica en hospitalización, el 84,8% de los participantes finalizó el tratamiento y el 15,6% lo abandonó. 25 (AN-SE) y 23 (NAN-SE) participantes presentaron un aumento de IMC, además, 12 (AN-SE) y 17 (NAN-SE) participantes demostraron una recuperación completa. Los hallazgos indican que TCC- transdiagnóstica produce mejorías significativas en pacientes con AN y que puede ser efectiva en ambas tipos de AN.

Por último, Tatham et al., (2020) a través de un ensayo comparativo no aleatorio en pacientes con diferentes TA sin bajo peso, comparó un grupo de 138 participantes con TCC breve de 10 sesiones (42 con diagnóstico de AN) y otro de 55 con TCC de duración estándar de 20 sesiones (3 con AN). En cuanto a quienes abandonaron el tratamiento, se reportó 86 (62,3%) en TCC breve y 24 (47,3%) en TCC estándar. Así mismo, la tasa de recuperación fue de 61,2 % en breve y 58.6 % en estándar, evidenciándose una disminución en psicopatología de TA y aumento de peso. Los resultados informan que ambos tipos de TCC transdiagnóstica pueden ser efectivos y que la TCC breve implica menores costos.

Principales limitaciones metodológicas y variables contaminantes

En primera instancia es oportuno referir las particularidades asociadas a las variables sociodemográficas que influyen en la fiabilidad de los resultados en ensayos clínicos de la TCC y TCC- transdiagnóstica en pacientes con AN. En todos los estudios revisados la mayoría de participantes son mujeres, hubo una mínima porción de hombres. Estos hallazgos son acordes a las estadísticas de prevalencia de AN. En consecuencia existe dificultad para generalizar los resultados en función del género.

Además, se debe indicar la ubicación geográfica de los ensayos, debido a que estos han sido realizados en pacientes con AN exclusivamente de Estados Unidos, Australia y Europa (Ricca et al., 2010; Calugi et al., 2017; Dalle Grave et al., 2020) evidenciándose la carencia de información sobre TCC Y TCC-transdiagnóstica en contextos como Latinoamérica y Asia, por lo que cabe indagar si la efectividad de la TCC Y TCC-transdiagnóstica es similar en estos entornos.

Cabe destacar que los ensayos clínicos de TCC son de mayor antigüedad y sirvieron como base para estudios posteriores (Pike et al., 2003; Ball y Mitchell, 2004; McIntosh et al., 2005), en contraste con los que aplican la TCC- transdiagnóstica, esto se debe a que inicialmente se investigaba la efectividad de la TCC, no obstante, nuevos estudios se interesaron por este abordaje transdiagnóstico que había mostrado resultados prometedores para la AN y el resto de trastornos alimentarios.

En referencia a las limitaciones metodológicas, el tamaño reducido de la muestra, es una característica que prevalece en los estudios sobre AN, esto se debe a las dificultades para acceder a estos pacientes (Dalle Grave et al., 2014), debido a que la mayoría no busca o recibe un diagnóstico y tratamiento adecuado, además, de un alto porcentaje de abandono del tratamiento que oscila el 30%, ya sea por resistencia al tratamiento, problemas de salud o muerte (Zipfel et al., 2014; Fairburn et al., 2013).

Una estrategia para solucionarlo ha sido realizar estudios multicéntricos y seleccionar un tamaño de muestra mayor al requerido, previendo una tasa de abandono eminente, para alcanzar un mayor número de participantes (Touyz et al., 2013; Zipfel et al., 2014). No obstante, se reporta que la distribución de pacientes no ha sido equitativa en cada centro (Byrne et al., 2017).

Por otra parte, si bien los ensayos controlados efectuaron un proceso de aleatorización con los participantes, algunos estudios no describieron adecuadamente cual fue el proceso de asignación a un grupo de tratamiento (Ball y Mitchell, 2004; Touyz et al., 2013). Asimismo, la falta de un grupo control de comparación, impide determinar si la TCC o TCC-transdiagnóstica es superior en efectividad que las otras terapias (Bowers y Ansher, 2008; Ricca et al., 2010; Schnicker et al., 2013; Jenkins et al., 2018).

Otra limitación es la variabilidad en las medidas de evaluación de resultados tras aplicar la TCC, en general los ensayos clínicos bien establecidos describen las medidas primarias, que se refieren al peso e índice de masa corporal (IMC), además, de las medidas secundarias, que están relacionadas

con los síntomas específicos del trastorno de AN y con la psicopatología en general, asociada con los síntomas de depresión, ansiedad y funcionamiento (Pike et al., 2003; Macintosh et al., 2005; Larrañaga, et al., 2013). Cabe destacar que algunos estudios solo consideraban las medidas primarias como el aumento de peso, sin embargo, esto no significa que el malestar clínico haya disminuido en los participantes (Bowers y Ansher, 2008).

En relación a los criterios que se debe considerar para establecer un diagnóstico de recuperación en el paciente. Los ensayos clínicos difieren en sus puntos de corte para determinar una recuperación completa, parcial, o fracaso del tratamiento. Por lo tanto, la falta de concordancia entre los estudios dificulta su comparación, siendo imprescindible la unanimidad de criterios de recuperación para futuros estudios (Nyman-Carlsson, 2019; Galsworthy-Francis & Allan, 2014; Arcelus et al, 2011; Udo & Grilo, 2018).

Por último, cabe indicar que la AN requiere de un periodo prolongado de tratamiento dado la cronicidad de los síntomas, sin embargo, algunos estudios aplicaron el tratamiento durante un periodo breve de 3 meses, lo que esto puede interferir en la eficacia de la terapia. (Dalle et al., 2014). La mayoría de estudios especificaba el proceso de tratamiento, no obstante, carecían de especificidad, orden y duración en la descripción de las técnicas empleadas y solo las refieren como un paquete de técnicas pertenecientes a la TCC o TCC-transdiagnóstica, por lo que no se podría definir que técnica está funcionando o probablemente interfiriendo en la eficacia de la terapia.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los ensayos clínicos revisados, no existe evidencia científica de que ningún tratamiento psicológico sea eficaz en adultos. De igual forma, la TCC y TCC-transdiagnóstica no demuestran superioridad a otros tratamientos en pacientes con AN, sin embargo, se concluye que existen mejorías en función del aumento de peso y disminución de síntomas de AN y psicopatología en general. Con respecto a las tasas de recuperación, adherencia y abandono del tratamiento los hallazgos son similares en ambas terapias, la mayoría de quienes completaron el tratamiento presentan una mejoría, no obstante, esto no sucede en todos los participantes. Por esta razón, es imprescindible identificar cuáles son las variables que determinan la recuperación del paciente.

Entre las principales limitaciones se encuentra el tamaño reducido de la muestra, ausencia de un grupo control o comparación en ensayos clínicos individuales, diferencias en los estudios para establecer criterios de recuperación completa en los pacientes, además, de falta de especificidad, orden y duración en la descripción de las técnicas empleadas. En definitiva se requieren estudios rigurosos que contemplen estas variables y planteen una solución para garantizar fiabilidad en los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2016). Treatment target: anorexia nervosa. psychological treatments. <https://div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-anorexia-nervosa/>
- American Psychological Association. (2020, 25 de febrero). Trastornos alimentarios: recuperación. <http://www.apa.org/topics/eating-disorders/recovery>
- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724–731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Ball, J., & Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12(4), 303–314. doi:10.1080/10640260490521389
- Bowers, W., & Ansher, L. (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on changing eating disorder symptoms and psychopathology of 32 anorexia nervosa patients at hospital discharge and one year follow-up. *Ann Clin Psychiatry*, 20(2):79-86. 10.1080/10401230802017068
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., & Crosby, R. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833. 10.1017/S0033291717001349
- Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48. doi:10.1016/j.brat.2016.11.006
- Candeia, D., David, D., & Szentagotai-Tatar, A. (2018). Evidence-Based Psychological Interventions for Eating Disorders. David, D., Lynn, S., y Montgomery, G (Eds.), Evidence Based Psychotherapy The State of the Science and Practice. (pp. 189-218). Wiley Blackwell.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. (2013a). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(6), 390-398. 10.1159/000350058
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H., & Fairburn, C. (2013b). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?. *Behaviour research and therapy*, 51(1), R9–R12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M. & Fairburn, C. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Front. Psychiatry* 5(14), 1-7. 10.3389/fpsy.2014.00014
- Dalle Grave, R., Conti, M., & Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 53(9), 1428– 1438. <https://doi.org/10.1002/eat.23337>
- Davis, L., y Attia, E. (2019). Avances recientes en terapias para los trastornos alimentarios. *F1000Research*, F1000 Faculty 8, Rev-1693. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19847.1>
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-R8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010
- Fichter, M., y Quadflieg N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective

- clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 391-401. Doi: 10.1002 / eat.22501.
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology review*, 34(1), 54-72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>
 - Hay, P., Claudino, A., Touyz, S., & Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. 10.1002/14651858.CD003909.pub2.
 - Higgins, JPT., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M., & Welch, V. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 (updated February 2021). Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
 - Jenkins, P., Morgan, C., & Houlihan, C. (2018). Outpatient CBT for Underweight Patients with Eating Disorders: Effectiveness Within a National Health Service (NHS) Eating Disorders Service. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 217-229. 10.1017/S1352465818000449
 - Larrañaga, A., Fluiters, E., Docet, M., Fernández, J., & García-Mayor, R. (2013). Estudio comparativo de psicoterapia cognitivo-conductual y soporte nutricional en pacientes con diferentes tipos de trastornos alimentarios. *Med Clin (Barc)* 143(5), 196-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.05.042>
 - Lock, J., Brandt, H., Woodside, B., Agras, S., Halmi, W., Johnson, C., Kaye, W., & Wilfley, D. (2012). Challenges in conducting a multi-site randomized clinical trial comparing treatments for adolescent anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 45(2), 202–213. <https://doi.org/10.1002/eat.20923>
 - Martínez, B. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información psicológica: Dossier*, (116), 79-94. doi: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.116.5
 - McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 741–747. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.741>
 - Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004
 - National Institute for Health and Care Excellence. (2020, 16 de Diciembre). Eating disorders: recognition and Treatment. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#physical-health-assessment-monitoring-and-management-for-eating-disorders>
 - National Institute of Mental Health. (2016, Febrero). Eating Disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/psychological-treatments>.
 - National Institute of Mental Health. (2017, Noviembre). Eating Disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders.shtml>
 - Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, SA., Lindberg, K., Paulson-
 - Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., Wilson, G., y Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 160 (11), 2046–2049. 10.1176 / appi.ajp.160.11.2046
 - Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, F., & Faravelli, C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: A three-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(4), 238-248. doi:10.1159/000315129

- Schnicker, K., Hiller, W., & Legenbauer, T. (2013). Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 812-823. [10.1016/j.comppsy.2013.02.007](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.007)
- Solmi, M., Wade, T., Byrne, S., Del Giovane, C., Fairburn, C., Ostinelli, E., De Crescenzo, F., Johnson, C., Schmidt, U., Treasure, J., Favaro, A., Zipfel, S., & Cipriani, A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 8(3), 215–224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30566-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6)
- Tatham, M., Hewitt, C., & Waller, G. (2020). Outcomes of brief and enhanced cognitive-behavioural therapy for adults with non-underweight eating disorders: A non-randomized comparison. *European Eating Disorders Review*. 28(6), 701– 708. <https://doi.org/10.1002/erv.2765>
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E.M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Tratamiento empíricamente apoyado: Recomendaciones para un nuevo modelo. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 22(4), 317-338. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>
- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., Bamford, B., Pike, K., & Crosby, R. (2013) Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 43(12), 2501-2511. [10.1017/S0033291713000949](https://doi.org/10.1017/S0033291713000949)
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L., & Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour research and therapy*, 68, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.001>
- Udo, T. y Grilo, C. (2018). Prevalencia y correlaciones de los trastornos alimentarios definidos por el DSM-5 en una muestra representativa a nivel nacional de adultos estadounidenses. *Psiquiatría biológica*, 84 (5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsy.2018.03.014>
- Van Eeden, A., Van Hoeken, D., & Hoek, H. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W., & ANTOP study group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9912), 127–137. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)