
Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

¿Es eficaz la Terapia Dialéctico Conductual en la Anorexia Nerviosa?

Revisión Sistemática

Autor:

Itziar Pintado

Director/a:

Dr. Eduardo Ruiz Parra

RESUMEN

La anorexia nerviosa es un trastorno mental que asocia una importante morbimortalidad y afecta de forma notable a la calidad de vida del paciente. Pese a todo, la evidencia de terapias psicológicas eficaces es escasa y pobre. Solo la terapia familiar ha demostrado eficacia en el grupo de adolescentes que padecen el trastorno. La terapia dialéctica conductual, una terapia inicialmente utilizada para tratar a pacientes con trastornos de personalidad, ha sido utilizada, de forma estándar o adaptada, para el tratamiento de pacientes con trastornos de alimentación.

En la presente revisión sistemática se intenta abordar la evidencia disponible sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Mediante una estrategia de búsqueda sistemática llevada a cabo en las bases MEDLINE y PsychINFO se identificaron 1 revisión sistemática y 9 estudios pre-post.

Los estudios describen principalmente intervenciones multicomponentes que incluyen el uso de TDC estándar, componentes de la misma, o adaptaciones para el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los distintos estudios evalúan mediante el uso de distintos cuestionarios diversas variables clínicas, tanto alimentarias como de psicopatología general. Todos los estudios evalúan los cambios en el índice de masa corporal.

En su conjunto, los estudios sugieren que la TDC podría ser un tratamiento eficaz pero reflejan una evidencia débil e insuficiente para el uso de la misma en el tratamiento de pacientes con AN. Se sugiere la necesidad de ensayos clínicos controlados con suficiente tamaño muestral, que evalúen de forma diferenciada la intervención

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Anorexia Nervosa.....	1
1.2. Terapia Dialéctico Conductual y sus variantes.....	3
1.3. Terapia Dialéctico Conductual y Anorexia Nerviosa.....	6
2. Objetivos.....	7
3. Material y métodos.....	7
3.1. Estrategia de búsqueda.....	7
3.2. Criterios de selección.....	9
3.3. Resultados de la búsqueda, cribado y selección de artículos.....	10
4. Resultados	12
4.1. Terapia Dialéctico Conductual y adaptaciones en adultos.....	17
4.2. Terapia Dialéctico Conductual y adaptaciones en adolescentes.....	24
4.3. Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente abierta y adaptaciones.....	27
5. Discusión.....	31
5.1. Diseño de los estudios y nivel de evidencia.....	31
5.2. Características de las muestras.....	32
5.3. Tipos de intervención y encuadres del tratamiento.....	33
5.4. Pérdidas en el post y en el seguimiento y su manejo.....	34
5.5. Variables de resultados y eficacia de la TDC.....	35
5.6. TDC modificada según subtipos de personalidad de AN.....	37
6. Conclusiones.....	38
7. Bibliografía.....	39

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno mental caracterizado por un bajo peso significativo y una búsqueda inexorable de la delgadez, que se asocia a comportamientos orientados a bajar o a evitar la subida de peso. Los individuos con este trastorno restringen marcadamente su ingesta de alimentos y suelen implicarse en otros comportamientos orientados al control del peso, como las purgas y el ejercicio intenso. Asociadamente, muestran un fuerte miedo a subir de peso o convertirse en obesos; y típicamente describen distorsiones en su imagen corporal, creyendo estar gordos incluso ante la evidencia de bajo peso. En estos sujetos está sobredimensionado el valor del peso y de la silueta corporal. Con frecuencia, los individuos que padecen el trastorno se ven incapaces de reconocer las implicaciones médicas del mismo (Walsh, Attia & Call, 2017).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ª edición (DSM-5®), clasifica la AN en dos subtipos, el purgativo (ANP), en el que el individuo presenta episodios recurrentes de atracones o purgas; y el restrictivo (ANR), en el que estos no aparecen (American Psychiatric Association, 2014). Aunque con evidencias inconsistentes y contradictorias, dicha distinción puede ser válida en base a una serie de estudios que indican que, transversalmente, el atracarse o purgarse parece estar asociado con tasas mayores de impulsividad, robos, intentos de suicidio, autolesiones y un peor pronóstico (Peat, Mitchell, Hoek, & Wonderlich, 2009).

La AN es un trastorno relativamente frecuente en mujeres, con una prevalencia vida estimada del 2,4% (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). Los hombres sufren el trastorno en menor proporción (1 por cada 10 mujeres). Se inicia típicamente en la adolescencia temprana y media, aunque puede aparecer en edades más avanzadas.

La AN se ha asociado a una gran morbilidad médica y psiquiátrica. En cuanto al curso de la enfermedad, estudios de seguimiento de pacientes revelan que aproximadamente

entre el 30 % y el 50% logran una recuperación completa, del 10 al 20% permanecen crónicamente enfermos y el resto continúan con ciertos comportamientos patológicos.

Se estima una tasa de mortalidad anual ponderada de 5,1 muertes por 1000 personas-año, de las cuales 1,3 se deben a suicidio (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011).

La AN impacta de forma relevante en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que la sufren (Agh, et al., 2016) y produce altos niveles de sobrecarga en los cuidadores (Zabala, MacDonald, & Treasure, 2009). Además, se ha asociado con un uso significativamente incrementado de la asistencia sanitaria y un aumento relevante de los costes sanitarios (Agh, et al., 2016).

Hay un acuerdo general sobre cómo se establecen las prioridades en el tratamiento de la AN. Se han de incluir los siguientes pasos: establecer un compromiso; estabilizar médicamente al paciente; revertir los efectos de la desnutrición, tanto cognitivos como de otra índole; e implementar un tratamiento psicológico estructurado (Hay, et al., 2014)

La evidencia es débil en cuanto al uso de cualquier tipo de terapia psicofarmacológica en el tratamiento específico de la AN (National Institute for Health and Care Excellence, 2017), orientándose la misma al tratamiento de la comorbilidad asociada, siempre y cuando se entienda que esta no depende simplemente de la desnutrición.

Si bien la psicoterapia se considera un ingrediente esencial, la evidencia sobre los tratamientos psicológicos de la AN en adultos es muy limitada, dado que incluye un pequeño número de estudios de poder estadístico muy escaso. La comparación directa entre las psicoterapias comúnmente utilizadas es difícil (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Hay, Claudino, Touyz, & Elbaky, 2015; Hay et al., 2014).

Pese a la escasa evidencia, las principales guías proponen como tratamiento psicológico de primera línea la Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el Trastorno de Alimentación (TCC-TCA), el Tratamiento Modelo Maudsley de la Anorexia Nerviosa para Adultos (*Maudsley Model Anorexia Nervosa Treatment for Adults*, MANTRA en sus siglas en inglés) y el Manejo Clínico de Apoyo

Especializado (*Specialist Supportive Clinical Management*, SSCM en sus siglas en inglés). Si estos tratamientos no son aceptables para el paciente, están contraindicados o son inefectivos, se indica como tratamiento de segunda línea la Terapia Psicodinámica Focal, focalizada en el trastorno de alimentación (TPF), otros tipos de Terapias Dinámicas, la Terapia Interpersonal (TIP) o la Terapia Cognitivo Analítica (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Hay et al., 2014).

Existe una evidencia creciente y consistente que apoya la eficacia de la Terapia de Familia en adolescentes con AN y recomienda su uso (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Hay et al., 2014; Hay, 2013). En concreto, el Tratamiento Basado en la Familia del Hospital Maudsley (*Maudsley Family Based Treatment*, FBT en sus siglas en inglés), el más sistemáticamente investigado, se ha propuesto como tratamiento de primera línea en menores de edad con un curso de la AN de menos de 3 años de evolución (Lock, 2011).

1.2. TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL Y SUS VARIANTES

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un tratamiento que fue desarrollado inicialmente para tratar a pacientes con alto riesgo suicida. Es una terapia integradora que se diseñó de forma empírica, mediante ensayo y error, partiendo de la experiencia clínica. Hay una sólida evidencia sobre su eficacia en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010).

La TDC, en su versión estándar, es un tratamiento modular y jerárquico, que consiste en la combinación de psicoterapia individual, enseñanza en grupo de habilidades, *coaching* telefónico y supervisiones por un equipo de consulta. La terapia individual mantiene una jerarquía de temas característicos en cada sesión que incluye, por este orden: comportamientos que amenazan la vida, comportamientos que amenazan la terapia, comportamientos que afectan a la calidad de vida y otros temas. Longitudinalmente, la terapia se secuencia en varios estadios: evaluación; compromiso; manejo del descontrol comportamental grave; manejo de la evitación de la experiencia emocional; trabajo sobre las relaciones interpersonales y la autoestima; y aumento de la capacidad de sentir placer y del sentido de conexión con el universo (Linehan, 1993). En su versión estándar el entrenamiento en habilidades consta de 4

módulos: *mindfulness*, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (Linehan, 2015). Para mayor información se remite al lector a los manuales de tratamiento publicados (Linehan, 2015; Linehan, 1993). Es precisamente la estructura modular y jerárquica señalada la que ha permitido su relativamente fácil adaptación y aplicación a otras poblaciones y otros encuadres. Con el tiempo, se han desarrollado nuevas habilidades y se han modificado otras en dependencia de las necesidades clínicas y los avances de la investigación (Linehan & Wilks, 2015). Como variante, el entrenamiento en habilidades en grupo ha sido utilizado como único componente en sustitución de la TDC individual, en entornos de salud mental comunitaria, asociado al manejo estándar del caso (Linehan, et al., 2015).

Entre las principales adaptaciones de la TDC se encuentra la TDC para adolescentes suicidas, considerada hoy en día la versión estándar en adolescentes, que incorpora 2 nuevos componentes de la terapia -el grupo de familiares, que enseña las habilidades a los familiares de los adolescentes; y el grupo de veteranos, para aquellos pacientes que han finalizado con éxito el grupo de habilidades-; y un nuevo módulo que enseña una nueva habilidad, el *camino de en medio*, centrado en resolver dilemas dialécticos característicos. Para más información referimos al lector a los manuales disponibles (Miller, Rathus, & Linehan, 2015; Miller, Rathus & Linehan, 2007). Estos nuevos componentes y habilidades han ido incorporándose, de forma natural, al modelo estándar de adultos y sus distintas modificaciones (Linehan, 2015).

Han surgido distintas adaptaciones y variantes de la TDC realizadas en el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria distintos de la AN. La investigación se centró inicialmente en su aplicación en trastorno por atracones (TA) y en bulimia nerviosa (BN), dado que ambos eran trastornos con predominio de la impulsividad en su presentación sintomática. El grupo de habilidades de TDC adaptado a TA podría ser eficaz en la reducción de atracones, aunque todavía son necesarios estudios más amplios que repliquen los resultados preliminares obtenidos (Telch, Agras, & Linehan, 2001). En BN, una versión específica para esta población denominada TDC Focalizada en el Apetito (*Appetite Focused Dialectical Behavior Therapy*, DBT-AF en sus siglas en inglés), que combina el grupo de TDC con un entrenamiento en conciencia plena del apetito (dirigido a identificar y responder a las

señales internas de hambre y saciedad), ha demostrado, todavía de forma preliminar, su capacidad para reducir significativamente la presencia de atracones y purgas (Hill, Craighead, & Safer, 2011).

Tanto en las versiones estándar de la TDC como en la mayoría de sus adaptaciones, la TDC demuestra ser un buen tratamiento para el manejo de problemas del comportamiento de tipo impulsivo, que cumplen una función reguladora emocional. En la base de dichos comportamientos impulsivos se encuentran severas dificultades para regular los propios estados emocionales, que se vinculan tanto a factores genéticos y del neurodesarrollo, como a un ambiente que falla en validar las emociones del sujeto (teoría biosocial) (Linehan, 1993). Sin embargo, recientemente se ha desarrollado una nueva variante de TDC orientada a sujetos con un exceso de control, la TDC Radicalmente Abierta (TDC-RA). Esta terapia se ha diseñado para tratar pacientes con problemas crónicos como depresión refractaria, AN o trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En la TDC-RA el problema nuclear no es la mala regulación emocional, sino la soledad emocional. En la misma se promueve la flexibilidad, la apertura a la retroalimentación y a las experiencias nuevas, y el aumento de la expresión emocional, con el objetivo más ambicioso de aumentar la conexión social con los otros. En la TDC-RA la jerarquía de objetivos cambia con respecto a la TDC estándar: los comportamientos que amenazan la vida siguen siendo el objetivo prioritario, pero, el segundo objetivo son las rupturas de la alianza terapéutica en lugar de los comportamientos que amenazan la terapia. En tercer lugar, también de forma diferenciada, la TDC-RA aborda la reducción de los comportamientos de control excesivo no adaptativos, que se organizan en torno a 5 temas o patrones comportamentales: inhibición emocional, evitación comportamental, comportamiento rígido, relaciones distantes, y envidia y amargura. La TDC-RA incluye unas modalidades de tratamiento similares a la TDC estándar. El entrenamiento en habilidades incluye un nuevo módulo: *apertura radical* (Lynch T. R., 2018).

Hasta la fecha, la mayor parte de la investigación sobre TDC-RA se ha centrado en el tratamiento de la depresión crónica con exceso de control no adaptativo, con varios ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de la

misma (y sus versiones tempranas) en este grupo (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003; Lynch, et al., 2007; Lynch et al, 2015; Lynch, 2018). Se ha utilizado también para el tratamiento de pacientes con AN, personalidades con control excesivo, ansiedad resistente, trastornos del espectro autista y delincuentes (Lynch, 2018).

1.3 TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL Y ANOREXIA NERVOSA

Tanto el uso de la TDC, en su versión adaptada o en formas más o menos modificadas, en otros trastornos de la conducta alimentaria distintos de la AN; como el desarrollo de una modalidad de TDC específicamente diseñada para los problemas de excesivo control (TDC-RA), a los que podría asimilarse la ANR; como la frecuente comorbilidad de los trastornos de alimentación con los trastornos de la personalidad; han promovido la cuestión de si la TDC o alguna de sus variantes podrían ser de utilidad en el tratamiento de la AN, sola o asociada a patologías de la personalidad. Sin embargo, hasta el momento no se dispone de una revisión sistemática sobre la eficacia de la TDC y sus distintas modalidades en el tratamiento de la AN.

2. OBJETIVOS y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre la evidencia publicada hasta la fecha acerca de la eficacia del uso de la TDC y sus adaptaciones en pacientes con AN, con o sin comorbilidad psiquiátrica.

Como se ha señalado en la introducción, la AN es un problema relativamente frecuente en mujeres de determinados sectores de edad, con una morbimortalidad considerable, que impacta de forma relevante la calidad de vida, sobrecarga a los cuidadores y supone un coste económico y de recursos considerable. Pese a todo ello, las evidencias de eficacia de los distintos tratamientos psicológicos son muy limitadas. El desarrollo de programas de TDC, bien en su versión estándar como en sus versiones modificadas, abre la posibilidad de nuevos tratamientos que aborden la AN. A pesar de que desde el punto de vista teórico dicha terapia podría tener un sentido en el tratamiento de estos

trastornos, hay una ausencia de evidencia sistematizada. En este sentido, el presente estudio trata de abordar esta laguna en la investigación.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para revisar sistemáticamente la literatura se utilizó la herramienta *online* OvidSP, en su modalidad de búsqueda avanzada, para realizar una búsqueda independiente en dos bases de datos: MEDLINE y PsycINFO. La estrategia de búsqueda fue exhaustiva y fue la siguiente:

- MEDLINE:
 1. exp anorexia nervosa/ or anorexia nervosa.mp
 2. exp anorexia/ or anorexia.mp
 3. exp “feeding and eating disorders” or eating disorder.mp
 4. exp “feeding and eating disorders of childhood”/ or exp eating/ or eating.mp
 5. 1 or 2 or 3 or 4
 6. dialectical behav* therapy.mp
 7. dialectical.mp
 8. exp therapeutics/ or therapy.mp
 9. exp psychotherapy/ or psychotherapy.mp
 10. psychotherap*.mp
 11. 8 or 9 or 10
 12. 7 and 11
 13. 6 or 12
 14. 5 and 13
- PsycINFO:
 1. exp anorexia nervosa/ or anorexia nervosa.mp
 2. anorexic*.mp
 3. anorexia.mp
 4. exp eating behavior/ or eating.mp

5. exp eating disorders/ or eating disorder.mp
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. dialectical behav* therapy.mp
8. exp dialectical behavior therapy/
9. dialectical.mp
10. exp treatment/ or therapy.mp
11. therap*.mp
12. exp psychotherapy/ or psychotherapy.mp
13. psychotherap*.mp
14. 10 or 11 or 12 or 13
15. 9 and 14
16. 7 or 8 or 15
17. 6 and 16

La versión de MEDLINE utilizada incluye resultados potenciales desde el año 1966 hasta el presente, mientras que PsycINFO incluye resultados potenciales desde el año 1806.

Se realizó otra búsqueda con OvidSP, en su modalidad de búsqueda básica, orientada a evaluar la presencia de artículos publicados en revistas de acceso abierto que hubieran podido ser no detectados por el sistema de búsqueda avanzado (OvidSP da la opción de revisar este tipo de artículos de forma diferenciada en la modalidad básica). Se introdujeron los siguientes términos (revisándose los resultados para cada uno de ellos):

1. Dialectical Therapy and Anorexia Nervosa
2. DBT and Anorexia Nervosa

Las búsquedas se cerraron el 21 de enero de 2018.

3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron aquellos artículos que revisaban sistemáticamente o describían estudios de investigación cuantitativa orientados a evaluar la eficacia de la TDC, o modificaciones de la misma, sola o en combinación con otros tratamientos, en el grupo de pacientes con AN. Si el estudio describía una muestra heterogénea, que incluía tanto sujetos con AN como con otros trastornos de alimentación, era seleccionado solo si se podía acceder a datos específicos de la submuestra de pacientes con AN.

Ante la ausencia de revisiones sistemáticas específicas previas sobre el tema (TDC y AN), se decidió ser muy inclusivo, seleccionando todos los estudios que presentaran cualquier nivel de evidencia. Se optó por clasificar los estudios seleccionados mediante la clasificación de niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs (tabla 1). Solo si tras la búsqueda se evidenciara la presencia de varios estudios de nivel 1 se limitaría la selección a estudios de ese nivel.

Tabla 1. Niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs (JBI, 2013)

Nivel 1:	1.a	RS de ECA	Nivel 4	4.a	RS de estudios descriptivos
Diseños	1.b	RS de ECA y estudios con otros diseños	Observacional	4.b	Estudio cruzado
experimentales	1.c	ECA	Estudios	4.c	Serie de casos
	1.d	Pseudo-ECA	descriptivos	4.d	Estudio de caso único
Nivel 2:	2.a	RS de estudios CE	Nivel 5:	5.a	RS con opinión de expertos
Diseños CE	2.b	RS de estudios CE y otros de menor diseño	Opinión	5.b	Consenso de expertos
	2.c	Estudio controlado prospectivo CE	de expertos	5.c	Opinión de único experto
	2.d	Pre-post test o estudio histórico/ con grupo control			
Nivel 3:	3.a	RS de estudios de cohortes comparables			
Observacional	3.b	RS de cohortes comparables o de menor diseño			
Estudios	3.c	Estudio cohortes con grupo control			
analíticos	3.d	Estudio caso-control			
	3.e	Estudio observacional sin grupo control			

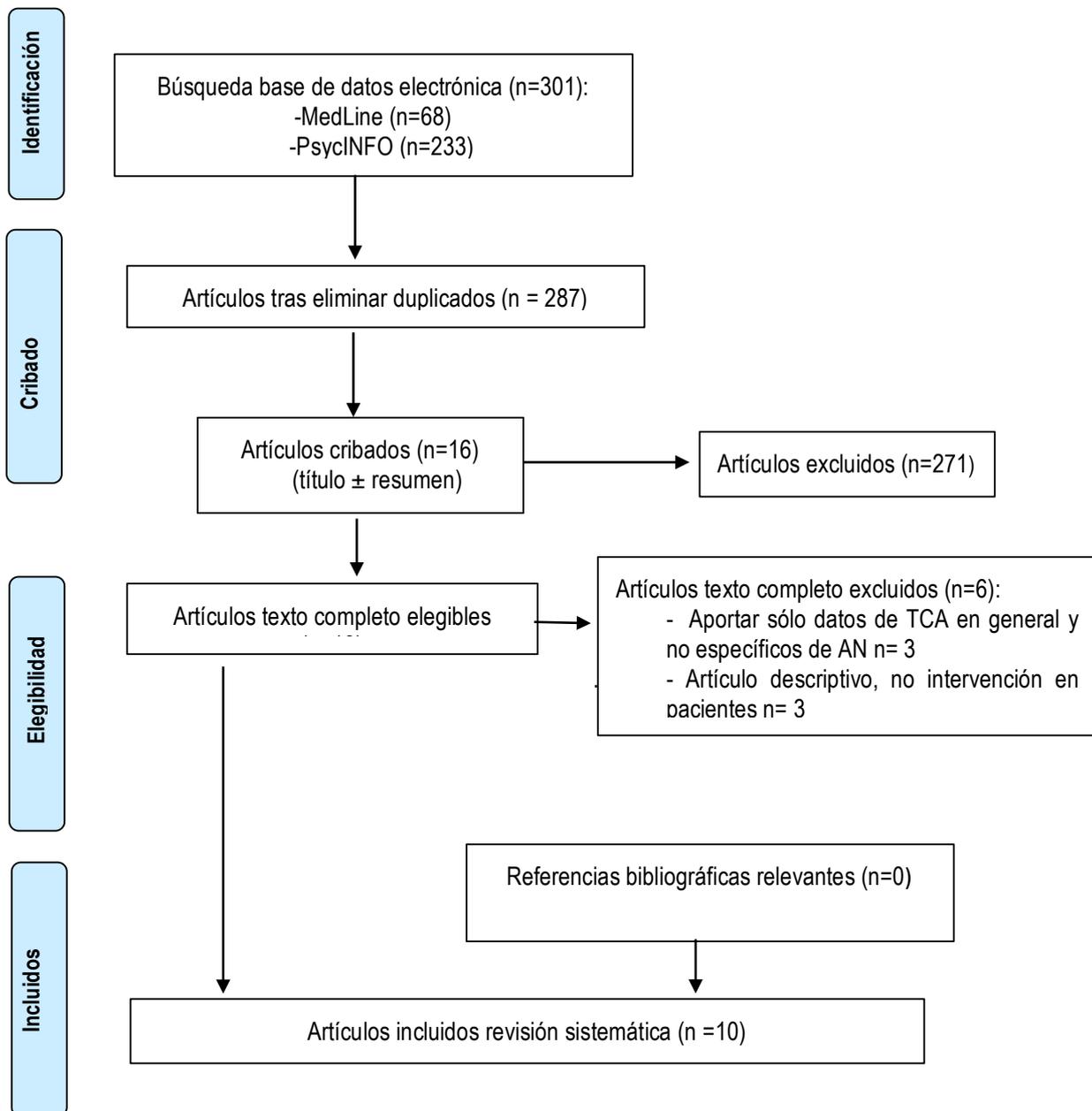
RS: revisión sistemática; **ECA:** ensayo controlado aleatorizado; **CE:** cuasi-experimentales;

3.3 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA, CRIBADO Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La búsqueda avanzada arrojó la cifra de 301 artículos: 68 artículos en la base MEDLINE y 233 en PsycINFO. Se eliminaron los artículos duplicados. Posteriormente, se descartaron todos aquellos artículos cuyo título y resumen no guardaban ninguna relación con los objetivos del estudio. Después, se procedió a la lectura de los artículos que pasaron el cribado descrito y se descartaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. En total fueron seleccionados 10 artículos: una revisión sistemática de TDC en trastornos de alimentación, 8 artículos que presentaban 9 estudios pre-post (uno de los artículos presentaba 2 estudios) y una presentación de caso único. De los 10 artículos, 8 estaban escritos en inglés, 1 en castellano y 1 en alemán. Se revisó la bibliografía de dichos artículos en busca de referencias relevantes que hubieran podido quedar fuera de la búsqueda, no encontrándose nuevos artículos relevantes (ver el diagrama de flujo de la figura 1). En el caso de advertirse la presencia de datos incompletos en los estudios seleccionados se intentó contactar con los autores originales para incluir el máximo de datos en la revisión sistemática. En concreto, se intentó contactar con los autores de Salbach et al. (2007), Ben-Porath et al. (2014) y Johston et al. (2015). Ante la falta de respuesta se incluyeron solo los datos disponibles en los estudios.

La búsqueda básica con revisión de las revistas de acceso abierto solo evidenció la presencia de un artículo que se relacionara con el tema de la búsqueda (Robertson, Alford, Wallis & Miskovic-Wheatley, 2015). Dicho artículo no fue incluido al no presentar ningún dato cuantitativo sobre la eficacia de la TDC.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA (2009). Resultados de la búsqueda, cribado y selección de artículos



4. RESULTADOS

La revisión sistemática (Bankoff, et al., 2013) evalúa la eficacia de la TDC o sus variantes en el tratamiento de cualquier trastorno de alimentación. Identifica 13 estudios de los cuales solo 3 incluyen pacientes con un diagnóstico de AN (Salbach-Andrae, et al., 2008; Ben-Porath, Wisniewski & Warren, 2009; Kröger, et al., 2010). La mayoría de los artículos de la revisión se centran exclusivamente en pacientes con BN o TA. La revisión no incluye estudios no detectados mediante la estrategia de búsqueda utilizada en mi propia revisión. Más adelante analizaremos en profundidad los 3 estudios detectados por Bankoff et al. (2013), que son los que tienen interés en el presente trabajo. La revisión muestra un nivel de evidencia 2a.

Los otros 9 artículos seleccionados en mi revisión incluyen 9 estudios pre-post (uno de los artículos presenta dos estudios) y 1 caso único en el que se aportan las medidas previas y posteriores a las intervenciones. En su conjunto los estudios encontrados se sitúan en un nivel de evidencia 2d.

El número total de participantes en todos los estudios seleccionados es de 253, pero solo 144 han recibido un diagnóstico de AN. Todas las participantes son mujeres, la mayoría de raza caucásica. Se trata de estudios realizados principalmente en Europa o Estados Unidos, salvo uno realizado en Latinoamérica. En cuanto a la edad, 7 estudios están realizados con mujeres adultas y 3 en adolescentes.

En la mayoría de los estudios se realiza una intervención multicomponente, en la que además de TDC estándar, grupos de habilidades basadas en la misma o versiones de la TDC, se realizan otras intervenciones complementarias.

Se ha decidido asociar los estudios en tres grupos distintos para un mejor análisis de las intervenciones y los resultados. Por un lado, el grupo de intervenciones de TDC o adaptaciones de la misma en pacientes adultas con AN; por otro, el grupo de intervenciones de TDC o adaptaciones de la misma en pacientes adolescentes con AN; por último, se ha decidido separar en otro grupo aquellos estudios que incluyen TDC-

RA o adaptaciones de la misma en pacientes adultas con AN, dado que este tipo de tratamiento puede constituir un enfoque diferenciado de los anteriores tanto a un nivel teórico como técnico, al orientarse hacia los comportamientos de control excesivo. Siguiendo esta clasificación, se presentan a continuación y de modo sintético las características de los diferentes estudios (tabla 2, tabla 3, tabla 4).

Tabla 2. TDC y adaptaciones en adultos

Estudio	Tipo	Encuadre	Muestra	Intervención	Variables clínicas de resultados
Federicci & Wisniewski (2013)	Pre-post	Intensivo (HD + PAI)	- TCA (AN/TCANE) resistente, ↑ comorbilidad, dificultades regulación emocional - Mujeres adultas - Ntotal = 7 AN = 4	Multicomponente (MED-TDC) - TDC - IITCC- TCA	IMC EDE-Q DSHI Hosp EM CIT
Ben Porath et al. (2014)	Pre-post	Intensivo (HD)	- TCA (AN/BN)* - Mujeres adultas - Ntotal =65 AN= 22	Multicomponente - GH TDC - IITCC- TCA	IMC EDE-Q DERS
Kröger et al. (2010)	Pre-post; Seguimiento 15 meses	Hospitalización	- TLP* + TCA (AN/BN)* + IMC>14 - Mujeres adultas - Ntotal =24 AN= 9	Multicomponente - GH TDC + MEA - IITCC- TCA	IMC EDI-SI GSI GAF
Chen et al. (G1) (2015)	Pre-post	Ambulatorio	- AN* - Mujeres adultas - N = 6	TDC modificada	IMC
Heliodoro et al. (2012)	Caso único Seguimiento 24 meses	Ambulatorio + HD	- ANR resistente* - Mujer 40 años - N = 1	Multicomponente: - TDC parcial (6 meses) - IITCC-TCA (8 meses)	IMC EEAG/ BDI-II/ ACQ/ICV/BIS-11 IC

HD: Hospital de día; **PAI:** Programa Ambulatorio Intensivo; **TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria; **AN:** Anorexia Nerviosa; **TCANE:** Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado; **TDC:** Terapia Dialéctico Conductual estándar; **MED-TDC:** TDC para TCA con Múltiples Diagnósticos; **IITCC-TCA:** Intervenciones Intensivas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual de los TCA; **IMC:** índice de masa corporal; **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Cuestionario de Examinación Trastornos de Alimentación); **DSHI:** *Deliberate Self Harm Inventory*; **Hosp:** episodios de hospitalización; **EM:** Estabilidad Médica; **CIT:** Comportamientos que Interfieren en la Terapia; **BN:** Bulimia Nerviosa; *: diagnóstico estandarizado; **GH:** Grupo de Habilidades; **DERS:** *Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificultad de Regulación Emocional)*; **TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad; **MEA:** Módulo de Estrategias de Autogestión; **EDI-SI:** *Symptom Index* del Eating Disorder Inventory-2 (Inventario de síntomas de TCA, suma de las escalas *Drive for Thinness, Bulimia* y *Body Satisfaction*); **GSI:** *Global Severity Index* del *Symptom Checklist- 90- Revised* (SCL-90-R) (Índice de severidad global) ; **GAF:** *Global Assessment of Functioning (evaluación de funcionalidad global)*; **G1:** estudio 1 del artículo; **TDC modificada:** TDC estándar con entrenamiento de habilidades individual, no grupal; **ANR:** Anorexia Nerviosa Restrictiva; **TDC parcial:** incluye TDC individual y GH TDC, sin coaching ni equipo de consulta; **EEAG:** Escala de Evaluación de la Actividad Global; **BDI-II:** Inventario de Depresión de Beck II; **ACQ:** Cuestionario de Control de Ansiedad; **ICV:** Índice de Calidad de Vida; **BIS-11:** Escala de Impulsividad de Barratt; **IC:** información clínica

Tabla 3. TDC y adaptaciones en adolescentes

Estudio	Tipo	Encuadre	Muestra	Intervención	Variables clínicas de resultados
Johnston et al. (2015)	Pre-post Seguimiento 3, 6, 12 meses	Intensivo (PAI)	-TCA (AN/BN/TCANE) necesidad clínica PAI -Mujeres adolescentes - N _{total} =51 → 36 (c) AN= 17 → 12 (c)	Multicomponente - GH TDC-A - GIC - TFM - GH TDC F - CF	Peso ** IMC EDE-Q
Salbach-Andrae et al. (2008)	Pre-post	Ambulatorio	-TCA (AN/BN)* -Mujeres adolescentes -N _{total} =12; AN=6	TDC-AN/BN	IMC EDI-2 SIAB-EX GSI V/R
Salbach et al. (2007)	Pre-post	Hospitalización	-TCA (AN/BN)* -Mujeres adolescentes - N _{total} =31 AN=23	Multicomponente: - TDC-A + MA - IITCC-TCA	IMC EDI-2 SIAB-EX SD GSI V/A/Ay

PAI: Programa Ambulatoria Intensivo; **TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria; **BN:** Bulimia Nerviosa; **AN:** Anorexia Nerviosa; **TCANE:** Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado; **c:** completan el estudio con datos de las variables de resultados; **GH:** Grupo de Habilidades; **TDC-A:** TDC estándar para Adolescentes; **GIC:** Grupo de Imagen Corporal; **TFM:** Terapia Familiar Modelo *Maudsley*; **GH TDC F:** Grupos de Habilidades TDC para Familiares; **CF:** Comidas Supervisadas en Familia; **: en el subgrupo de AN solo se ofrecen datos para esta variable en el estudio; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Cuestionario Examinación Trastornos de Alimentación); *: diagnóstico estandarizado; **TDC-AN/BN:** TDC adaptada para AN y BN; **EDI-2:** *Eating Disorder Inventory-2* (Inventario Trastornos de alimentación); **SIAB-EX:** *Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung* (Entrevista Estructurada para Trastornos Alimentarios Anoréxicos y Bulímicos según DSM-IV y ICD-10 para Evaluación Experta); **GSI:** *Global Severity Index del Symptom Checklist- 90- Revised* (SCL-90-R); **MA:** Módulo Autoestima; **IITCC-TCA:** Intervenciones Intensivas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual de los TCA; **SD:** *Skala Depressivitat* (Escala Depresiva) del SCL-90-R; **V:** medición clínica (m. c.) de vómitos; **R:** m. c. restricción alimentaria; **A:** m. c. atracones; **Ay:** m. c. ayuno.

Tabla 4. TDC-RA y adaptaciones en adultos

Estudio	Diseño	Entorno	Muestra	Intervención	Variables clínicas de resultado
Chen et al. (G2) (2015)	Pre-post Seguimiento 6 y 12 meses	Ambulatorio	- AN* - Mujeres adultas - N = 9	TDC modificada + MAR individual	IMC EDE LIFE GAF
Lynch et al. (2013)	Pre-post	Hospitalización	- ANR - Mujeres adultas - N = 47 (vIMC) → 34 (c) *** 37 (Cues.) → 20 (c) ***	Multicomponente: - TDC-RA - IITCC- TCA****	IMC EDE-Q ECQoL CORE

G2: estudio 2 del artículo; **AN:** Anorexia Nerviosa; *: diagnóstico estandarizado; **TDC modificada:** TDC estándar con entrenamiento de habilidades individual, no grupal; **MAR:** Módulo de Entrenamiento en Habilidades de Apertura Radical; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **EDE:** *Eating Disorder Examination Interview* (Entrevista Trastornos de Alimentación); **LIFE:** *Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Ratings* (Entrevista Longitudinal de Seguimiento para clasificación de estado psiquiátrico); **GAF:** *Global Assessment of Functioning* (Evaluación de funcionalidad global); **ANR:** Anorexia Nerviosa Restrictiva; **vIMC:** número de sujetos para los que se dispone de los datos de la variable IMC; **c:** completan el estudio con datos de las variables de resultados; *****:** análisis por intención de tratar; **Cues:** número de sujetos para los que se dispone de los datos de las variables de los cuestionarios; **TDC-RA:** TDC Radicalmente Abierta; **IITCC-TCA:** Intervenciones Intensivas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual de los TCA; ******:** incluye además Terapia de Familia y Ocupacional; **EDE-Q:** *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Cuestionario Examinación Trastornos de Alimentación); **ECQoL:** *Eating Disorders Quality of Life* (Calidad de vida en trastornos de alimentación); **CORE:** *Clinical Outcome in Routine Evaluation* Evaluación clínica de resultados).

4.1 TDC Y ADAPTACIONES EN ADULTOS

4.1.1 Federici & Wisniewski (2013)

Se trata de un estudio pre-post, en el que se realiza un tratamiento intensivo en un hospital de día o en un programa ambulatorio intensivo durante 6 meses. La muestra incluye a mujeres adultas (edad media de 25 años), con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) resistente a tratamientos previos; y desórdenes del Eje I y II, como déficits de regulación emocional. En total eran 7 participantes, 4 de ellas diagnosticadas, según criterios DSM-IV, de Anorexia Nerviosa: 3 de ANP y 1 de ANR. Fueron estabilizadas médicamente en el mes previo a la terapia. Se produjo 1 abandono por necesidad de ingreso por problemas derivados de su TCA.

En el estudio se realiza una intervención multicomponente llamada TDC para los TCA con Múltiples Diagnósticos (MED-DBT, las siglas en inglés de *Multidiagnostic Eating Disorder–Dialectical Behavior Therapy*), que incluye TDC estándar complementada con intervenciones intensivas basadas en la TCC-TCA (control nutricional, peso...).

Las variables estudiadas en las 4 pacientes con AN y sus resultados se presentan en la tabla de resultados nº5. No se incluyen datos de análisis estadístico ya que los autores decidieron no realizarlo debido al pequeño tamaño de la muestra. Todas las pacientes aumentan el peso y mejoran el Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC), y, salvo una, están estables médicamente tras el tratamiento. Además, se utiliza el EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*) para medir mejoría clínica en cuanto a días de restricción alimentaria, episodios de atracones, de vómitos y de ejercicio excesivo. Como se aprecia en la tabla, en general se produce una mejoría sintomática en los distintos parámetros.

El *Deliberate Self Harm Inventory* (DSHI), se utiliza para recoger información sobre el método, la frecuencia y la severidad de los comportamientos suicidas o parasuicidas en las 10 últimas semanas. Este tipo de comportamientos disminuyen en todas las pacientes menos en una.

Respecto a la necesidad de hospitalización médica o psiquiátrica, se observó una reducción significativa, pasando de 19 hospitalizaciones en el año previo al

tratamiento a 6 durante el mismo (4 de ellos por la paciente que tuvo que abandonar). Además, se produce una reducción en los comportamientos que interfieren en la terapia en todos los casos.

Tabla 5. Modificada por la autora de Federici & Wisniewski (2013). Resultados de las variables medidas.

	P. 1 (ANP)		P. 2 (ANR)		P.3 (ANP)		P.4 (ANP)	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
IMC	17,8	18	16,4	17,6	16,7	18,8	16,9	17,4
Admisión hospital	1	0	0	1	5	0	5	4
Días HD	-	0	-	30	-	24	-	12
Días PAI	-	139	-	41	-	77	-	15
CSAL	1	0	15	30	18	0	4	0
Días restricción ^a	28	0	28	14	28	4	28	28
E. atracones ^a	0	0	0	6	0	0	1	0
E. vómitos ^a	16	0	0	6	8	1	5	0
Ej. excesivo ^a	5	2	0	0	56	2	28	1
Reducción CIT		Sí		Sí		Sí		Sí
EM	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No

E.: episodios; **Ej:** ejercicio; **P:** paciente; **ANR:** anorexia nerviosa restrictiva; **ANP:** anorexia nerviosa purgativa; **IMC:** índice de masa corporal; **HD:** hospital de día; **PAI:** práctica ambulatoria intensiva; **CSAL:** comportamientos suicidas y autolesivos; **CIT:** comportamientos que interfieren con la terapia; ^a= datos del EDE-Q; **EM:** estabilidad médica

4.1.2. Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren (2014)

Es un estudio pre-post que se realizó en régimen de hospital de día con 65 pacientes con TCA. Los diagnósticos fueron estandarizados mediante la *Eating Disorders Diagnostic Scale* (EDDS). Todas eran mujeres adultas, y de ellas 22 tenían AN. Se produce una pérdida de 18 de las participantes, no especificándose cuantas de ellas eran del grupo de AN. Se trata de nuevo de una intervención multicomponente en la que las enfermas participaban en un grupo de habilidades de TDC estándar 2 horas a la semana, al que se suman intervenciones intensivas en el hospital de día, basadas en la TCC-TCA, durante 30 horas semanales. El tratamiento tiene una duración total de entre 1 y 2 meses.

Del conjunto de la muestra se estudian las siguientes variables: IMC; DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*), una escala que evalúa las dificultades en la regulación emocional; y EDE-Q. En el grupo de pacientes con AN solo se aportan datos por separado sobre el IMC, viéndose un aumento significativo ($p \leq 0,001$) del mismo tras la intervención; con un tamaño del efecto grande, $d=1,39$ ($>0,2$ = pequeño, $>0,5$ = medio, $>0,8$ = grande). Podemos apreciar estos datos en la tabla nº6.

Tabla 6. Resultados de IMC en el grupo de pacientes con AN en el estudio de Ben Porath et al. (2014)

	Pre – TDC M (DE)	Post – TDC M (DE)	t	N	$p \leq$	d de Cohen
IMC	16,45 (1,19)	17,75 (1,31)	-6,53	22	0,001*	1,39

IMC: índice de masa corporal, **M:** media; **DE:** desviación estándar; **N:** tamaño muestral; **p*:** p valor estadísticamente significativo ($p \leq 0,05$)

4.1.3. Kröger et al. (2010)

Se trata de un estudio pre-post con seguimiento a los 15 meses, realizado con 24 pacientes hospitalizadas. Todas eran mujeres, adultas, diagnosticadas según criterios DSM-IV de TLP y TCA, con un $IMC > 14$ y resistentes a tratamientos previos. De las 24 de la muestra total, 9 tenían AN (4 ANR y 5 ANP) y el resto BN. De nuevo, se trata de una intervención multicomponente, de 3 meses de duración, que incluye un grupo de habilidades de TDC (*Mindfulness*, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) con un módulo añadido de Estrategias de Autogestión, junto con intervenciones intensivas hospitalarias basadas en la TCC-TCA (control del peso, comidas en grupo...). Los autores señalan 3 pérdidas en el seguimiento sobre el conjunto de la muestra, sin especificar cuantas se refieren al subgrupo de pacientes con AN.

Las variables y los resultados medidos en las pacientes con AN están recogidos en las tablas de resultados nº7.1 y nº7.2.

El IMC aumenta a lo largo de todo el periodo del estudio, pero el aumento no se hace estadísticamente significativo hasta el seguimiento a 15 meses (p pre-post=0,125; p pre-seguimiento=0,032).

El *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) es un inventario ampliamente utilizado para evaluar patrones de síntomas psicológicos o síntomas físicos comúnmente asociados con problemas psicológicos. Este estudio en cuestión utiliza la escala *Global Severity Index* (Escala de Severidad Global) del SCL-90-R como indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas. De forma parecida a lo que ocurría con el IMC, el GSI disminuye a lo largo del estudio (indicando una disminución de severidad de los síntomas psicológicos y somáticos de los pacientes), pero no lo hace significativamente hasta el seguimiento a 15 meses (p pre-post=0,156; p pre-seguimiento =0,01)

Se emplea también el *Eating Disorder Inventory* (EDI-2), un cuestionario para la evaluación de la presencia de síntomas de AN y BN mediante 11 escalas: motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineffectividad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. En concreto se utiliza el EDI-SI (*EDI-Symptom Index*), un índice que abarca las escalas relacionadas con los síntomas de los TCA (motivación para adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal). En este, se aprecia una mejoría significativa del conjunto de la sintomatología alimentaria tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento ($p < 0,008$ y $p < 0,05$, respectivamente).

Los autores aportan datos que orientan a cambios en la funcionalidad de las pacientes, medido por medio de la escala *Global Assessment of Functioning* del DSM-IV. Se destaca un gran tamaño del efecto de la intervención tanto en el momento de su finalización, como en el seguimiento a 15 meses (d post=1,04; d seguimiento=1,29).

También se dan datos sobre el tamaño del efecto de la intervención sobre los episodios de atracones a la finalización del tratamiento ($d = 0,82$), advirtiéndose una atenuación del efecto a los 15 meses ($d = 0,77$).

A los 15 meses, de las 8 pacientes con AN de las que se dispone de datos, 3 se han recuperado; 4 migran a un diagnóstico de BN purgativa, y 1 paciente sigue en rango anoréxico. Todas las pacientes continúan con diagnóstico de TLP. Se aprecia una reducción estadísticamente significativa en los trastornos del estado de ánimo ($p = 0,03$) y en el número de diagnósticos del Eje I ($p = 0,02$) (ver tabla nº 7.2).

Tabla 7.1 Modificada por la autora de Kröger et al. (2010). Variables medidas en pre, post y seguimiento

	Pre M (DE)	Post M(DE)	Seg. M (DE)	d pre-post	d pre-seg	p pre-post	p pre-seg
IMC	16,71 (1,05)	17,78 (1,9)	18,45 (1,99)	1,10	1,62	0,125	0,032*
EDI-SI	108,56 (11,74)	96,33 (19,64)	92,22 (22,94)	0,93	0,90	0,008*	0,05*
BEE	19,22 (17,64)	8,11 (6,33)	9,4 (6,85)	0,82	0,77		
GSI	1,56 (0,74)	1,16 (0,61)	1,01 (0,64)	0,45	0,60	0,156	0,01*
GAF	29,44 (6,35)	48,33 (18,26)	48,89 (15,73)	1,04	1,29		

M: media; **DE:** desviación estándar; **p:** prueba de permutación de Fisher; *****: p valor estadísticamente significativo; **d:** d de Cohen: análisis estadístico para la medida del efecto: >0.2 pequeño, >0.5 medio, >0.8 grande; **IMC:** índice de masa corporal; **EDI-SI** (*Eating Disorder Inventory symptom index*) Inventario trastornos de alimentación –índice de síntomas; **BEE** (Binge Eating episodes): atracones en el último mes; **GSI** (*Global Severity Index*) Índice global de síntomas; **GA** (*Global Assessment of Functioning*) evaluación de funcionalidad global.

Tabla 7.2. Tabla de Kröger et al. (2010). Variables medidas en pre tratamiento y seguimiento.

	Pre- tto M (DE)	Seguimiento M (DE)	Test de Fisher (p-valor)
Eje I	6,4 (3,2)	3,8 (2,2)	0,02*
TEA	1,3 (0,5)	0,6 (0,5)	0,03*
TUS	2,1 (2,7)	0,8 (1,0)	0,06
TA	2,9 (1,1)	2,4 (1,5)	0,27
TS	0,3 (0,7)	0,3 (0,7)	0,50

Eje I: diagnósticos del Eje I; **TEA:** Trastornos del estado del ánimo; **TUS:** Trastorno uso de sustancias; **TA:** Trastornos de ansiedad; **TS:** Trastornos somatomorfos **M:** Media; **DE:** desviación estándar; **tto:** tratamiento

4.1.4. Heliodoro, García, Navarro & Botella (2012)

Se trata de un caso único con comparación pre-post y seguimiento a los 24 meses. Es una paciente mujer, adulta de 40 años con diagnósticos DSM-IV de ANR resistente a tratamientos previos y TLP. Primero, durante 6 meses y de forma ambulatoria, participa en TDC parcial, que incluye terapia individual TDC (1h y 30 min/semana) y un Grupo de Habilidades TDC (2h/semana, 24 sesiones). Tras acabar esta primera intervención, accede con éxito a un tratamiento en Hospital de Día (HD) basado en la TCC-TCA, al cual no había respondido previamente.

Las variables y los resultados obtenidos están descritos a continuación y recogidos en la tabla de resultados nº 8.

Tabla 8. Modificada por la autora de Heliodoro et al. (2012)

	Evaluación pre	Evaluación post	Evaluación 24 meses
IMC	17,5	16,7	22,5
Escala restricción	20	21	14
Abuso laxantes y diuréticos	7	0	0
Cond. suicidio / parasuicidio	2 / 52	0 / 4	0 / 0
Cond. desadaptativas	4	1	1
BDI-II	45	3	7
Abuso sustancias	7	0	0
EEAG	56	70	75
ACQ emociones/miedo/estrés	5/ 7/ 0	21/ 30/ 11	14/ 28/ 14
ICV	3,8	8,3	8,9
BIS-11	65	45	51

IMC: índice de masa corporal; **Cond:** conductas; **EEAG:** Escala de Evaluación de la Actividad Global; **ACQ:** (*Anxiety Control Questionnaire*) cuestionario de control de ansiedad (de control de las emociones, del miedo y del estrés); **ICV:** Índice de Calidad de Vida; **BIS-11** (*Barratt Impulsiveness Scale*) escala de impulsividad de Barrat; **BDI-II** (*Beck Depression Inventory*): Inventario de depresión de Beck

Tras el tratamiento con TDC, se elimina la sintomatología impulsiva de la paciente (conducta purgativa, abuso de laxantes y de diuréticos). Aunque en el post tratamiento se mantiene el patrón de ANR, con aumento no significativo de IMC; a los 24 meses presenta un IMC=22 y una normalización del patrón restrictivo a un tipo subclínico.

Se evaluaron los cambios en la sintomatología depresiva mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II: *Beck Depression Inventory*), advirtiéndose una disminución significativa de la sintomatología depresiva y una eliminación de las conductas de escape emocional. Mediante el cuestionario de control de ansiedad (ACQ: *Anxiety Control Questionnaire*) y la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11: *Barratt Impulsiveness Scale*) se objetiva una mejoría en el control de las emociones y de la impulsividad. Por último, se observa un incremento del nivel de actividad global y de la calidad de vida evaluado mediante la Escala de Evaluación de Actividad

Global (EEAG) y el Índice de Calidad de Vida (ICV). La mejoría advertida en los distintos cuestionarios se mantiene en la evaluación a los 24 meses (tiempo durante el cual también ha recibido 8 meses de tratamiento en HD basado en la TCC-TCA).

4.1.5 Chen, et al. (2015) (G1)

En este artículo se presentan dos estudios con grupos diferentes de pacientes, que estando en el mismo entorno ambulatorio, reciben intervenciones distintas: un grupo TDC estándar modificada y otro TDA - Radicalmente Abierta (TDC-RA). Debido a estas diferencias y a que no se establece una relación ni comparación entre ambos, en el presente trabajo he decidido evaluar los resultados por separado (de la misma forma que lo hacen los autores originales). Así, el grupo 1, de TDC modificada, se incluye en este apartado; y el grupo 2, de TDC-RA, se explicará más adelante, en el apartado de TDC-RA y adaptaciones en adultos.

Así, se presenta un pre-post de una muestra de 6 pacientes mujeres y adultas con diagnóstico DSM-IV de AN: 3 con ANR, 1 ANP y 2 con un “tipo mixto”, según denominan los autores. Todas debían estar médicamente estables, y la mitad presentaba una combinación de trastornos del Eje I (distintos del TCA) con trastornos de personalidad. Se realiza, durante una media de 10 meses (entre 4 y 24), una TDC modificada (entrenamiento de habilidades individual en vez de grupal, con el resto de los componentes como en la TDC estándar). Se produce un abandono durante el estudio, por necesidad de la paciente de mayor intensidad de tratamiento. Se utiliza un análisis por intención de tratar con los resultados del estudio para manejar esta pérdida.

La única variable medida de la que se aportan datos es del IMC, con los resultados de las 6 pacientes recogidos en la tabla nº9, observándose un aumento del mismo pero con tamaño del efecto pequeño $d = -0,50$ (IC: -1,47 a 0,59).

Tabla 9. Resultados de IMC de Chen et al. (2015).

	1. ANR	2. ANM	3. ANR	4. ANR	5. ANM	6. ANP	M (DE)
IMC-pre	14,2	16,3	16,9	18,2	18,1	18,1	16,97 (1,56)
IMC-post	16,3	18,1	-	17,4	18,5	18,5	17,62 (0,90)

IMC: índice de masa corporal; **ANR:** Anorexia Nerviosa tipo restrictivo; **ANM:** Anorexia Nerviosa tipo mixto (características de restrictivo y purgativo); **ANP:** Anorexia Nerviosa tipo purgativo; **M:** media; **DE:** desviación estándar.

4.2 TDC EN ADOLESCENTES

4.2.1. Johnston, O’Gara, Koman, Baker & Anderson (2015)

Es un estudio pre-post, con seguimiento a los 3, 6 y 12 meses en el que se realiza una práctica ambulatoria intensiva, durante 4 meses (media de 22 días del conjunto) en una muestra de pacientes mujeres con criterios DSM-IV de TCA y con necesidad clínica de un tratamiento intensivo. Son un total de 51 participantes, todas adolescentes, de las cuales 28 tienen un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), 6 BN y 17 AN. De estas 17 solo 12 completan todo el estudio. Se trata de una intervención multicomponente, que incluye los grupos de habilidades de TDC estándar de adolescentes, un grupo de imagen corporal, comidas familiares, y grupos familiares con habilidades de TDC junto con Terapia Familiar según el modelo *Maudsley*.

Desgraciadamente, este estudio apenas informa de datos específicos para el grupo de pacientes con AN. Aporta datos para el conjunto de la muestra sobre el peso, el IMC, y la psicopatología alimentaria recogida mediante el EDE-Q. En el grupo de AN se evidencia una ganancia de peso tras el tratamiento, sin datos sobre su significación. Esto se expone en la tabla nº10.

Tabla 10. Resultados sobre diferencia de peso de Johnston et al. (2015)

	N	M	DE
Diferencia de peso post tratamiento	12	2,67 kg	2,47 kg

N: tamaño de la muestra; **M:** media aumento de peso tras tratamiento; **DE:** desviación estándar

4.2.2 Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer & Lehmkuhl (2008)

En este estudio pre-post, se realiza una intervención ambulatoria en 12 mujeres adolescentes diagnosticadas de TCA según criterios de DSM-IV, bien de AN (n=6) o de BN (n=6). Además, algunas padecían trastornos del estado de ánimo, como distimia (n=3) y depresión (n=1). El tratamiento dura 25 semanas y consiste en una TDC adaptada y dirigida a la AN y la BN, por lo que, además de todos los elementos de la TDC estándar, incluye un Módulo de Manejo de Imagen Corporal y Alimentación (que incluye elementos como educación nutricional, enseñanza sobre mitos de la dieta y control del peso, educación sobre la imagen corporal y la insatisfacción sobre ella). Para medir su eficacia emplean diferentes variables, cuyos valores pre-post de las 6 pacientes con AN se recogen en la tabla nº11.

Se utiliza la Entrevista Estructurada para Trastornos Alimentarios Anoréxicos y Bulímicos según DSM-IV y ICD-10 para Evaluación Experta (SIAB-EX, por sus siglas en alemán: *Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung*), que mide la prevalencia y severidad de la patología relacionada con el TCA y da datos sobre el IMC, la presencia de reglas y otros síntomas alimentarios. Por medio del SIAB-EX se advierte cómo al finalizar la intervención 5 pacientes ya no cumplen criterios para el diagnóstico de AN y 1 mantiene el diagnóstico de ANP aunque con un IMC más alto.

Los autores evidencian la presencia de una mejoría significativa del IMC en el grupo de pacientes con AN ($p < 0,01$).

Se aportan otros datos en bruto respecto a la presencia de vómitos y de restricción de comida en las pacientes con AN. Se aprecia una reducción general en ambas, aunque las 2 pacientes que presentaban al principio vómitos se mantienen con valores similares, y 2 continúan con restricción.

Tabla 11. Modificada por la autora de Salbach-Andrae et al. (2008).

	1		2		3		4		5		6	
	Pre	Post										
IMC	15,8	18,4	16,1	19,9	15,6	17,6	14,2	18,4	16,7	18,2	15,7	17,1
Vom	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	4	4
Restr	4	2	4	1	4	0	3	3	3	0	1	1
EDI-DT	33	13	32	17	18	10	17	12	33	12	40	29
EDI-B	7	7	16	19	7	4	10	8	34	6	34	35
EDI-BD	33	17	29	34	25	15	34	14	44	18	37	37
EDI-I	31	13	37	31	18	19	39	32	36	17	31	32
EDI-P	31	13	26	21	11	12	14	17	20	5	12	14
ED-ID	15	12	25	17	18	12	22	22	21	12	16	16
EDI-IA	15	9	35	26	24	18	32	21	30	13	32	30
EDI-MF	19	16	24	24	26	17	38	25	24	17	27	35
GSI	0,70	0,30	1,42	0,40	0,22	0,23	0,90	0,89	0,87	0,88	0,87	1,04

IMC: índice de masa corporal; **Vom:** vómitos; **Restr:** restricción alimentaria; **EDI:** (*Eating Disorder Examination*) Inventario de Trastorno de alimentación; **EDI-DT:** EDI-búsqueda de delgadez; **EDI-B** EDI-Bulimia; **EDI-BD:** EDI-Insatisfacción corporal; **EDI-I:** EDI-Inefectividad; **EDI-P** EDI -Perfeccionismo; **EDI-ID:** EDI -Desconfianza interpersonal; **EDI-IA:** EDI -Conciencia interoceptiva; **EDI-MF** EDI -Maduración del miedo; **GSI:** (Global Severity Index) Índice de severidad global

4.2.3 Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl & Korte (2007)

Se trata de un estudio pre-post, realizado con 31 pacientes hospitalizadas y diagnosticadas, según criterios del DSM-IV, de AN (n= 23) y BN (n=8); todas son mujeres adolescentes resistentes a tratamientos previos. El 76,6% tenían patología comórbida: trastorno obsesivo compulsivo, depresión o trastorno de la personalidad. Se produjo 1 abandono, sin especificarse si pertenece al grupo de AN.

Se realiza en un hospital, durante 12 semanas, una terapia multicomponente con TDC para adolescentes (TDC-A, incluyendo terapia familiar) suplementada con un Módulo de Autoestima de TCA, a la vez que acudían a intervenciones intensivas basadas en la TCC-TCA. Se evalúa el IMC y se utilizan múltiples cuestionarios: EDI-2, SCL-90-R; GSI y SIAB-EX. También se mide clínicamente del número de vómitos, atracones y la frecuencia de ayuno.

Solo se aportan datos específicos para el grupo de pacientes con AN para el IMC, evidenciándose un aumento significativo del mismo tanto entre las pacientes con ANR ($p < 0,000$) como en las que padecen ANP ($p < 0,028$) (tabla 12).

Los autores del estudio deciden agrupar a las submuestras que incluyen naturalmente la clínica de atracón-purga (ANP + BN) para analizar los resultados de atracones y purgas. Se evidencia una disminución significativa de ambos parámetros.

Tabla 12. Modificada por la autora de Salbach et al. (2007)

	N	M pre (DE)	M post (DE)	Z	p valor	d
IMC ANR	17	14,55 (1,04)	17,45 (0,77)	-3,62	0,000*	-3,16
IMC ANP	6	16,27 (1,25)	18,12 (0,58)	-2,20	0,028*	-1,90
Atr (ANP y BN)	14	2,36 (1,28)	0,43 (0,76)	-2,83	0,005*	1,84
Vom (ANP y BN)	14	3 (1,18)	0,71 (1,14)	-3,06	0,002*	1,98

IMC: índice de masa corporal; **ANR:** Anorexia Nerviosa tipo restrictivo; **ANP:** Anorexia Nerviosa tipo purgativa; **BN:** Bulimia Nerviosa; **Atr:** atracones; **Vom:** vómitos; **M:** media; **DE:** desviación estándar; **p*:** p valor estadísticamente significativo

4.3. RA-TDC Y ADAPTACIONES EN ADULTOS

4.3.1. Chen et al. (2015) (G2)

A continuación, se presentan los resultados del otro grupo de intervención de este artículo. Se trata de una muestra de 9 mujeres adultas (media de edad de 27 años). Los autores realizan el diagnóstico siguiendo criterios DSM-IV. Solo 1 padecería AN y el resto tendrían un TCANE. Sin embargo, en un segundo tiempo, reevalúan los diagnósticos por medio de su historial médico y el apoyo de la *Eating Disorder Examination Interview* (EDE), una entrevista estructurada que permite el diagnóstico de TCA, para acabar formulando los diagnósticos con criterios DSM-5. Según criterios DSM-5 todas las pacientes cumplen criterios de AN: 3 de ANR y 6 de ANP. Se produce 1 abandono durante el tratamiento.

Además, 5 pacientes presentaban un diagnóstico DSM-IV de TLP, 5 de otros trastornos del Eje I, y 2 antecedentes de suicidio.

Es un estudio pre-post con seguimiento, con ciego para los evaluadores, en el que se realiza una intervención de TDC modificada (como en el otro estudio incluido en el mismo artículo: con el entrenamiento de habilidades individual y no grupal), junto con un módulo de 8 semanas de Entrenamiento Individual de Habilidades de Apertura Radical (entrenamiento en comportamiento social, apertura y confianza en los demás...). Para medir la eficacia se utiliza tanto el IMC, con un aumento general del mismo (tabla 13.1), como distintos cuestionarios. Se incluyen el EDE, el GAF, y el *Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Ratings* (LIFE), que evalúa la presencia y severidad de los trastornos del Eje I a lo largo del tiempo.

Los autores aportan datos sobre los tamaños de efecto encontrados tras la intervención y en el seguimiento (tabla 13.2). Obteniéndose un gran tamaño del efecto en la entrevista LIFE (d post= 0,89; d 6 meses= 0,82; d 12 meses= 0,84), pero no en el IMC (d post= -1,12; d 6 meses= -0,87; d 12 meses= -1,21), ni en el GAF (d post= -0,69; d 6 meses=-0,77; d 12 meses=-0,77).

Respecto al EDE, se produce un tamaño pequeño del efecto (d post= 0,53; d 6 meses= 0,49; d 12 meses=0,39). Aun así, según refieren los autores, todas las pacientes mejoran en cuanto a atracones y purgas, e incluso 3 presentan abstinencia de comportamientos propios de AN.

Tabla 13.1 Resultados IMC de Chen et al. (2015).

	1 ANR	2 ANP	3 ANP	4 ANP	5 ANR	6 ANP	7 ANP	8 ANP	9 ANR	M (DE)
IMC pre	18	18,60	16,60	18	20,10	20,70	18,80	18,60	18,60	18,67 (1,19)
IMC post	18,70	21,10	17,90	-	21,10	21,10	20	21	18,50	19,71 (1,42)
IMC 6m	18,20	20,80	18	-	20,90	21,10	19,20	21	18,30	19,50 (1,42)
IMC12m	19,20	19,80	17,90	-	20,80	20,90	19,70	21	18,80	19,57 (1,19)

IMC: índice de masa corporal; **M:** media; **DE:** desviación estándar; **ANP:** Anorexia nerviosa purgativa; **ANR:** Anorexia Nerviosa restrictiva; **m:** meses

Tabla 13.2. Resultados del tamaño del efecto de Chen et al. (2015).

	d pre-post (IC)	d pre – seguimiento 6 meses (IC)	d pre – seguimiento 12 meses (IC)
IMC	-1,12 (-0,40 a -1,84)	-0,87 (-0,13 a -1,60)	-1,21 (-0,64 a -1,78)
EDE	0,53 (-0,76 a 1,82)	0,49 (-0,90 a 1,88)	0,39 (-1,01 a 1,79).
GAF	-0,69 (-4,91 a 3,54)	-0,77 (-10,64 a 9,75)	-0,77 (-9,66 a 8,13)
LIFE	0,89 (-0,04 a 1,75)	0,82 (-0,12 a 1,76)	0,84 (0,03 a 1,65)

IC: intervalo de confianza; d: *d* de Cohen; **IMC**: índice de masa corporal; **EDE** (*Eating Disorder Examination*): examinación para trastornos de la alimentación; **GAF** (*Global Assessment of Functioning*): evaluación de la función global; **LIFE** (*Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Rating*): entrevista longitudinal de evaluación psiquiátrica para clasificación de estado.

4.3.2 Lynch et al. (2013)

Se realiza un estudio pre-post en un hospital, con un total de 47 pacientes, todas mujeres adultas (media de edad de 29 años), diagnosticadas de ANR siguiendo criterios CIE-10. Las pacientes fueron estabilizadas antes de comenzar el tratamiento. 13 de ellas no finalizan el estudio (tasa de abandono = 27,7%).

La intervención realizada es una TDC modificada con Terapia Radicalmente Abierta (TDC-RA) dirigida a pacientes con ANR y con el objetivo de abordar los comportamientos de exceso de control.

Los autores del estudio analizan los datos por protocolo (tabla nº14.1) y, además, de forma muy oportuna, aplican un análisis por intención de tratar (tabla nº14.2). Me centro precisamente en los resultados a los que se aplica este análisis más exigente.

En los resultados calculados por intención de tratar, se observa una mejora significativa en el IMC ($p < 0,001$).

Mediante el EDE-Q, se observa una mejora significativa global ($p < 0,001$) con reducción en restricción de alimentos, preocupación por la comida, y menos mejoría global o en la preocupación por el peso, y aun menor en la preocupación por el físico. También se utiliza el EDQoL (*Eating Disorder Quality of Life*) para evaluar mediante varias escalas (psicológica, física, financiera y trabajo) la calidad de vida en los TCA, con una mejoría significativa global ($p = 0,004$), y en todas las escalas salvo en el trabajo ($p = 0,815$) y en finanzas ($p = 0,205$).

Por último, se emplea el cuestionario CORE (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*) para la evaluación clínica de distintas escalas: bien estar (optimismo); problemas (síntomas de depresión o ansiedad); funcionalidad (enfrentamiento a problemas sociales) y riesgo (hacia sí mismo o los demás). No observándose mejora significativa en la escala de riesgo ($p=0,063$), pero sí en el resto.

Por último, se calculan los porcentajes de los pacientes que cumplen criterios de remisión completa ($IMC > 18,5$ + no síntomas) o parcial ($IMC > 18,5$ o no síntomas) al final del tratamiento. Según el análisis por intención de tratar, 8/39 están en remisión completa, 41% 16/39 en parcial y 15 siguen con >3 en EDE-Q.

Tabla 14.1 Modificada por la autora de Lynch et al. (2013).

Resultados por protocolo		Pre		Post		p-valor	Tamaño efecto, d (IC 95%)
		M	DE	M	DE		
IMC		14,69	1,49	18,26	2,18	<0,001*	1,91 (1,32-2,49)
EDE-Q	Global	4,34	1,16	2,81	1,44	<0,001*	1,17 (0,57-1,75)
	Restricción	3,97	1,66	1,66	1,75	<0,001*	1,35 (0,69-1,99)
	Pr. Comida	3,95	1,07	2,37	1,37	<0,001*	1,29 (0,64-1,91)
	Pr. IC	4,85	1,35	4,15	1,44	=0,028*	0,50 (0,05-0,94)
	Pr. peso	4,59	1,54	3,07	1,70	<0,001*	0,94(0,43-1,42)
EDQoL	Global	2,11	0,68	1,44	0,62	=0,003*	1,03 (0,35-1,68)
	Psicológica	3,15	0,54	2,12	0,76	<0,001*	1,56 (0,92-2,19)
	Física/Cognitiva	2,60	0,67	1,13	0,85	<0,001*	1,92 (0,12-2,70)
	Finanzas	0,78	0,94	0,59	1,05	=0,351	0,19 (-0,21-0,58)
	Trabajo	1,65	1,13	1,38	0,97	=0,579	0,26 (-0,63-1,14)
CORE	Global	2,24	0,53	1,46	0,63	<0,001*	1,34 (0,68-1,98)
	Bien estar	3,16	0,60	2,20	0,86	=0,001*	1,29 (0,57-2,00)
	Problemas	2,82	0,60	1,83	0,77	<0,001*	1,43 (0,70-2,15)
	Funcionalidad	2,30	0,59	1,41	0,58	<0,001*	1,52 (0,86-2,16)
	Riesgo	0,73	0,78	0,43	0,61	=0,035*	0,43 (0,03-0,82)

M: media; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*) cuestionario de evaluación de trastornos de alimentación; EDQoL (*Eating Disorder Quality of Life*): calidad de vida en trastornos de alimentación; CORE (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*): evaluación de resultados clínicos; Pr: preocupación; IC: imagen corporal; *: p valor estadísticamente significativo

Tabla 14.2 Modificada por la autora de Lynch et al. (2013).

Resultados por AIT		Pre		Post		P valor	Tamaño efecto, d (IC 95%)
		M	SD	M	SD		
IMC		14,43	1,48	17,64	2,21	<0,001*	1,71(1,25-2,16)
EDE-Q	Global	4,44	1,09	3,53	1,49	<0,001*	0,70 (0,35-1,04)
	Restricción	4,12	1,65	2,64	2,10	<0,001*	0,78 (0,41-1,15)
	Pr. Comida	4,03	1,06	3,11	1,53	<0,001*	0,70 (0,34-1,05)
	Pr. IC	4,98	1,21	4,60	1,33	=0,026*	0,30 (0,03-0,56)
	Pr. peso	4,62	1,35	3,77	1,63	<0,001*	0,57 (0,25-0,87)
EDQoL	Global	2,06	0,55	1,69	0,64	=0,004*	0,62 (0,19-1,04)
	Psicológica	3,17	0,48	2,54	0,86	<0,001*	0,90 (0,50-1,30)
	Física/Cognitiva	2,61	0,70	1,86	1,16	<0,001*	0,78 (0,36-1,19)
	Finanzas	0,73	0,85	0,59	0,92	=0,205	0,16 (-0,09-0,40)
	Trabajo	1,67	0,97	1,62	0,83	=0,815	0,06 (-0,40-0,51)
CORE	Global	2,21	0,53	1,75	0,74	<0,001*	0,71 (0,31-1,11)
	Bien estar	3,06	0,65	2,51	0,87	=0,001*	0,72 (0,29-1,13)
	Problemas	2,80	0,57	2,21	0,85	=0,001*	0,82 (0,35-1,27)
	Funcionamiento	2,27	0,60	1,75	0,78	<0,001*	0,75 (0,34-1,14)
	Riesgo	0,72	0,74	0,55	0,77	=0,063	0,23 (-0,001-0,46)

AIT: análisis por intención de tratar; **M:** media; **DE:** desviación estándar; **IMC:** índice de masa corporal; **EDE-Q** (*Eating Disorder Examination–Questionnaire*): cuestionario de evaluación de trastornos de alimentación; **EDQoL** (*Eating Disorder Quality of Life*): calidad de vida en trastornos de alimentación; **CORE** (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*): evaluación de resultados clínicos; **Pr:** preocupación; **IC:** imagen corporal; *: p valor estadísticamente significativo

5. DISCUSIÓN

5.1 DISEÑO DE LOS ESTUDIOS Y NIVEL DE EVIDENCIA

Se han identificado 9 estudios de investigación primaria originales y una revisión sistemática que solo incluye algunos de los estudios señalados. Todos los estudios primarios son cuasi-experimentales, al seguir un diseño pre-post aplicado a un grupo de individuos en 8 de ellos y a un único individuo en uno de los estudios. Este tipo de diseño tiene una especial utilidad a la hora de generar hipótesis sobre qué intervenciones podrían funcionar, pero con frecuencia genera conclusiones erróneas. Los estudios con este diseño permiten conocer si los participantes en una intervención

mejoran o empeoran durante el curso de la misma. Sin embargo, sin referencia a un grupo de comparación, no pueden responder a si la mejoría o el empeoramiento de los participantes hubiera ocurrido de todas formas. A pesar de sus limitaciones, este diseño menos riguroso puede jugar un papel fundamental en investigaciones a largo plazo.

Una estrategia de investigación comúnmente utilizada consiste en conducir estudios de bajo costo y menos rigurosos sobre un amplio rango de intervenciones para identificar áreas en las que llevar a cabo investigación adicional utilizando métodos más rigurosos, como ocurre en este caso. Todos los estudios primarios se sitúan, por lo tanto, en un nivel de evidencia 2d. La revisión sistemática descrita identifica solo 4 de los estudios pre post y no incluye estudios con mayor nivel de evidencia referidos a la pregunta de investigación, por lo cual podríamos situarla en un nivel de evidencia 2a. Se advierte, por lo tanto, una necesidad de estudios con un tipo de diseño más riguroso, que incluya la presencia de grupo control y procedimientos de aleatorización.

Kröger et al. (2010), Heliodoro et al. (2012), Johnston et al. (2015) y el estudio de Chen et al. (2015) sobre TDC modificada al que añaden un Módulo de Apertura Radical son estudios que tienen el acierto de realizar un seguimiento en un periodo de tiempo variable desde la finalización de la o las intervenciones (entre los 3 y los 24 meses), en mediciones únicas o repetidas. Incluir este elemento en el diseño del estudio comúnmente permite conocer hasta qué punto persiste el efecto de la intervención o se desvanece y si la intervención posee efectos diferidos en el tiempo. Se echa en falta en el resto de los estudios la inclusión en el diseño de un seguimiento.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS

Las muestras de los estudios tienden a ser heterogéneas, de aquellos estudios que aplican la intervención a un grupo de individuos solo 3 lo hacen exclusivamente sobre pacientes con AN o ANR (Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015 G1 y G2). Además, todos los estudios incluyen solo mujeres en la muestra, quedando no representada la población masculina con AN.

El tamaño muestral de los estudios es muy pequeño (rango: 1 - 47), confiriendo a los estudios un escaso poder estadístico y una probablemente escasa representatividad, que obliga a ser muy cautelosos a la hora de generalizar los resultados. En algunos estudios, dado el tamaño muestral, se renuncia a llevar a cabo cualquier tipo de análisis

estadístico (Federici & Wisniewski, 2013). En otros tantos, el pequeño tamaño muestral, combinado con la heterogeneidad de la muestra, hace difícil establecer conclusiones sobre cualquiera de las variables en el subgrupo de pacientes con AN (Johnston et al., 2015). Por todo lo anterior, se advierte la necesidad de realizar estudios con tamaños muestrales más amplios, homogéneos (AN, ANR, ANP), que sean representativos de la población a estudio y estén dotados de un adecuado poder estadístico.

La mayoría de los estudios llevan a cabo alguna forma de estandarización de los diagnósticos; sin embargo, en Federicci & Wisniewski (2013), Lynch et al. (2013) y Johnston et al. (2015), los diagnósticos son clínicos y están sujetos, por lo tanto, a una menor fiabilidad.

5.3 TIPOS DE INTERVENCIÓN Y ENCUADRES DEL TRATAMIENTO

Uno de los problemas más relevantes que se han encontrado en la revisión compete al hecho de que excepto en tres de los estudios (Salbach-Andrae et al., 2008; Chen et al., 2015 G1 y G2), según lo documentan los propios autores, no se evalúa la eficacia de la TDC o sus variantes como tal, sino la eficacia de una intervención multicomponente que, eso sí, incluye la TDC o alguna de sus variantes. No se diferencia, por lo tanto, la contribución que podría tener cada uno de estos componentes en la inducción de cambios en las variables de resultados. De hecho, en Johnston et al. (2015) se ha incluido una intervención, la FBT (ver introducción), que ya ha demostrado su eficacia en el grupo de adolescentes con AN. En el resto de los estudios que aplican una intervención multicomponente, la misma incluye una miríada de intervenciones que se utilizan habitualmente en el tratamiento estándar de la AN, algunas de ellas dirigidas específicamente a modificar las variables de resultado que se evalúan. Se hace necesario, por lo tanto, realizar futuros estudios cuyo diseño permita conocer la contribución específica de la TDC en la mejoría de los resultados.

Dentro de la intervención multicomponente, y basándose en la teoría biosocial que relaciona el desarrollo de TCA con déficits de regulación emocional y mayor vulnerabilidad emocional, utilizan la TDC, bien estándar, con todos los elementos o solo con entrenamiento de habilidades grupal o individual. En Heliodoro et al. (2012) se emplea la TDC estándar más dirigida al TLP que presenta el caso que al TCA. En

otros, se modifica o se añaden módulos dirigidos específicamente al tratamiento de la sintomatología de pacientes con TCA ya que la TDC estándar diseñada inicialmente para TLP no cuenta con todas las estrategias necesarias para abordarla. Así se desarrolla la TDC-AN/BN, con un módulo para el manejo de la alimentación y la imagen corporal en Salbach-Andrae et al. (2008); un módulo con estrategias de autogestión de Kröger et al. (2010); o el módulo de autoestima de Salbach et al. (2007). Otras variaciones empleadas son las de la TDC-RA o adaptaciones de la misma en Lynch et al. (2013) o en Chen et al. (2015), cuya utilidad será analizada más adelante. Por último, es destacable el hecho de que con los diferentes estudios se cubre un rango completo de encuadres en los que se puede aplicar la TDC como tratamiento, tanto en los adultos como en los adolescentes. Se implementan intervenciones tanto en hospitalización, como en programas de asistencia intensiva, como a nivel ambulatorio. La TDC-RA solo se ha estudiado en mayores de edad.

5.4 PÉRDIDAS EN EL POST Y EN EL SEGUIMIENTO Y SU MANEJO

Se encuentran variaciones entre los estudios en cuanto al número de pérdidas de pacientes durante el tratamiento o el seguimiento. Así, en dos de ellos no se produce ninguna, obteniéndose al final todos los datos de la muestra (Salbach-Andrae et al., 2008; Heliodoro et al., 2012). En otros sí se producen, siendo los datos de las pérdidas de las pacientes con AN: 1/4 en el estudio 1 y 1/9 en el estudio 2 de Chen et al. (2015); 1/4 en Federici & Wisniewski (2013); 5/17 en Johnston et al. (2015) y 13/47 en Lynch et al. (2013). En los restantes, únicamente nos aportan datos de pérdidas del total de la muestra (Kröger et al. 2010; Ben Porath et al., 2014; Salbach et al., 2007).

Todos estos estudios que dan datos sobre las pérdidas en el seguimiento manejan de forma variable las mismas en el nivel de análisis de los datos. Solo en Lynch et al. (2013) y en el estudio 1 de Chen et al. (2015), se lleva a cabo un análisis por intención de tratar (AIT), que como bien es sabido, es una buena solución al minimizar el riesgo de que se atribuya una significación inexistente a los cambios de las medidas de las variables por los problemas en el seguimiento. En Kröger et al. (2010), Johnston et al. (2015) y Ben Porath et al. (2014), alegan que aquellos pacientes que terminan el tratamiento y los que no, tienen características similares al inicio de la terapia en cuanto a edad, IMC, EDE-Q u otras; por lo que deciden realizar el análisis estadístico

únicamente con aquellos que lo completan (por protocolo). Por su parte, Federici & Wisniewski (2013), al no realizar análisis estadístico, únicamente presenta el resultado de la paciente en el momento del abandono. Se echa en falta la realización de AIT en todos los mencionados estudios con pérdidas en el seguimiento de la terapia que no lo han hecho, que son la mayoría.

5.5 VARIABLES DE RESULTADOS Y EFICACIA DE LA TDC

Tomados en su conjunto, los resultados sugieren que la TDC, original o modificada, produce una mejoría en las distintas variables de eficacia seleccionadas en los estudios. Señalar que salvo en el estudio de Chen et al., 2012, ninguno refiere haber realizado ciego a los evaluadores para la obtención de los resultados.

Todos los estudios tienen en común que seleccionan el IMC como variable a evaluar y que la comparan cuando menos de forma previa al tratamiento y tras realizar la intervención y en algunos estudios se ofrecen datos en el seguimiento posterior. A juicio de la autora es un acierto de los estudios seleccionar esta variable. Es una variable de gran relevancia clínica en AN. De hecho, es comúnmente admitido que sin cambios en esta variable no se puede considerar que un tratamiento de la AN sea clínicamente efectivo. Aunque los estudios tienen en gran medida una muestra heterogénea, solo en Johnston et al. (2015) no se dan datos específicos de esta variable en el grupo de pacientes con AN (aunque se dan datos relativos a un aumento medio del peso- una variable directamente relacionada con el IMC- en este grupo de pacientes). De los estudios en los que se evalúan los cambios en el IMC en el grupo de pacientes con AN, 2 no llevan a cabo ningún tipo de análisis estadístico (Federici & Wisniewski, 2013; Heliodoro et al., 2012). En los que sí lo hacen, se evidencia un aumento de IMC estadísticamente significativo evidente ya al finalizar la intervención, excepto en el estudio de Kröger et al. (2010), en el que no se evidencia aumento significativo hasta el seguimiento a los 15 meses. No obstante, conviene ser cautos en la interpretación de estos resultados por múltiples motivos. Además de otros inconvenientes señalados previamente que pueden afectar a la interpretación de todas las variables, en el caso del IMC hay que considerar que los incrementos del mismo pueden no deberse (o al menos no exclusivamente) a la TDC sino a otras intervenciones que se añaden en el estudio que es previsible que influyan directamente sobre esta variable, como el control nutricional, el cuidado médico, y la vigilancia y

supervisión que reciben durante la terapia (y las comidas). Además, hay que tener en cuenta que algunos estudios plantean unos mínimos en el IMC y un mínimo de estabilidad médica para incluir a los pacientes en el estudio y aplicarles la intervención. Se aprecian también diferencias relevantes en el IMC medio de partida al inicio del estudio (el estudio de Chen et al., 2013, parte de niveles basales más altos que en otros estudios). Estos aspectos pueden influir en los resultados finales dado que se ha asociado un menor IMC y una mayor inestabilidad médica con resultados más pobres en el tratamiento.

Destacar del estudio de Heliodoro et al., 2012, que aunque se trata de un caso único, permite analizar la hipótesis de una mayor utilidad de la TDC modificada para TA, con intervenciones dirigidas específicamente a ellos, frente a la clásica enfocada a TLP, debido a que en este caso, tras el uso de la TDC estándar no mejora el IMC de la paciente y no es hasta que accede a la TCC que alcanza un IMC >18.

Además del IMC, en todos salvo en el estudio 1 de Chen et al., 2015, Johnston et al., 2015 y Ben Porath et al., 2014, se aportan los resultados de cuestionarios de autoevaluación, sobre los síntomas clínicos característicos de la AN, y la psicopatología de los pacientes. Entre los cuestionarios utilizados se encuentran el EDE-Q, EDI-SI, GAF, o el Scl-90 con subescalas como el GSI, y se obtienen datos sobre, entre otros: los atracones, las conductas purgativas o restrictivas, el abuso de laxantes y diuréticos, el ejercicio físico, la preocupación por el físico y por el peso... En general, se obtienen diferencias significativas con una reducción de la frecuencia y número de los mismos, o mejoría significativa global de las escalas.

La sintomatología depresiva se mide mediante diferentes escalas como CORE (Lynch et al., 2013), BDI-II (Heliodoro et al., 2012) o medida de trastornos del ánimo (Kröger et al., 2010) y en todos los casos se produce una mejoría significativa, lo que disminuiría la necesidad de fármacos antidepresivos en estos pacientes. Igualmente, destacar que en aquellos en los que se estudian las conductas suicidas o parasuicidas, mediante el DSHI (Federici & Wisniewski., 2013; Heliodoro et al., 2012) estas también disminuyen o desaparecen; lo que tiene gran relevancia debido a que es una de las principales causas de muerte de pacientes con AN y, a su vez, uno de los objetivos a tratar con la TDC.

En cuanto a los datos aportados sobre la remisión completa de las pacientes tras la TDC, se encontrarían cerca del rango habitualmente alcanzado en otras terapias, próximo al 30-50% (Arcelus et al., 2011). Así, en Lynch et al. (2013) es del 27,7%, Salbach et al. (2008) es del 83%; en el estudio de Kröger et al. (2010), hay un 38% de remisión de AN pero el 50% del mismo se trata de un paso a BNP (existiendo un riesgo aumentado de recaída a la AN).

5.6 TDC MODIFICADA SEGÚN SUBTIPOS DE PERSONALIDAD DE AN

Recientemente se está planteando una nueva clasificación de acuerdo a los rasgos característicos de la personalidad de los enfermos con AN: unos con exceso de control caracterizados por la inhibición y el control; otros con bajo control, mayor impulsividad, agresividad y desregulación emocional; y un tercer grupo con poca psicopatología, caracterizado por niveles normales de función personal. Esta última clasificación, aunque es necesario continuar estudiándola, parece tener relevancia clínica ya que se han relacionado los pacientes más impulsivos con una menor tasa de remisión y mayor necesidad de hospitalización que los otros dos subtipos (Thompson-Brenner & Westen, 2005; Westen & Harnden-Fischer, 2001).

En base a esta clasificación y a conocer estas diferentes personalidades asociadas a la AN se ha comenzado a utilizar distintos modelos terapéuticos de TDC en cada subgrupo. Para aquellos pacientes con exceso de control se ha diseñado la TDC - Radicalmente Abierta (TDC-RA), o TDC con módulos de entrenamiento de habilidades de apertura radical. La primera, TDC-RA, ha sido aplicada en el pre-post realizado por Lynch et al. (2013), en pacientes con ANR (mayor parecido clínico al subtipo de exceso de control). Aunque cuenta con una estructura similar a la TDC clásica, la TDC-RA plantea como centro del problema el exceso de control y la soledad emocional, en vez de los comportamientos propios de los TA o la desregulación emocional, y trabaja más en la mejora de las relaciones interpersonales (expresar emociones libremente, evitar el resentimiento, la envidia o el rencor desarrollar compasión y perdón, espontaneidad...). Los resultados del estudio resultan prometedores. Sin embargo, con los módulos de entrenamiento de las habilidades de apertura radical, utilizados en el estudio de Chen et al. (2015), no se obtienen grandes resultados en el tamaño del efecto, aunque sí ciertas mejorías de los pacientes. Esto

puede deberse a que la muestra seleccionada no consta exclusivamente con pacientes con dichos rasgos de personalidad. Además, no se presentan resultados de ningún análisis estadístico en comparación con el grupo 1 en el que no se aplica dicho módulo, probablemente debido a que las diferencias no fueron significativas.

Por otro lado, aunque no ha sido evaluado en los estudios de esta revisión, para el grupo de bajo control deberían desarrollarse TDC específicas que se centraran en la tolerancia de la angustia, la regulación emocional y habilidades para promover el control de impulsos (Wildes et al., 2011).

6. CONCLUSIONES

La AN constituye una enfermedad con una prevalencia relativamente elevada, fundamentalmente entre mujeres jóvenes, con graves consecuencias para la salud tanto mental como física y asociada a uno de los mayores índices de mortalidad entre las patologías psiquiátricas. A pesar de estas graves consecuencias, la evidencia de tratamientos psicológicos efectivos es muy limitada, con la excepción de la terapia de familia en los adolescentes.

En los últimos años, ante esta escasez de soluciones para los pacientes, y de forma cada vez más frecuente, se está aplicando en entornos clínicos la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en la AN. Mediante esta revisión se ha intentado esclarecer si realmente dicha psicoterapia resulta eficaz. Sin embargo, la extracción de conclusiones certeras sobre la cuestión a estudio se ha visto dificultada debido a varias limitaciones comunes en cuanto a características de todos los estudios publicados hasta la fecha. Entre estas destacan, el bajo nivel de evidencia de los artículos encontrados, los pequeños tamaños de las muestras, la escasez de estudios específicamente dirigidos a la AN y el empleo de la TDC en terapias multicomponentes.

A pesar de todas las limitaciones, esta búsqueda preliminar sugiere, la viabilidad, aceptabilidad y posible eficacia de la TDC-AN y sus variantes en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, debido a la mejoría generalizada del IMC y de los cuestionarios psicopatológicos vista en los resultados.

No obstante los estudios analizados reflejan una evidencia débil e insuficiente para afirmar la eficacia del uso de la misma en el tratamiento de pacientes con AN.

Por ello, sugiero la necesidad de mejorar la evidencia mediante la realización de estudios controlados, idealmente ensayos clínicos aleatorizados y solventando las limitaciones mencionadas anteriormente. Se debería evaluar la eficacia de TDC, como único componente de la terapia, frente a las clásicamente aplicadas hasta ahora (TCC, TIP) y de especial interés, con las de eficacia probada en adolescentes (Terapia Familiar según el modelo *Maudsley*). Del mismo modo, sería esencial confirmar la utilidad de las variantes diferenciadas según subtipos de la TDC es decir, de la TDC-RA para la AN con exceso de control y adaptaciones de la TDC más convencional para pacientes con predominio de clínica impulsiva.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agh, T., Kovacs, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Voko, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, *21*, 353–364.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®)* (5ª ed.). Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives Of General Psychiatry*, *68*(7), 724.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disorders*(46), 462–469.
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S., & Elbaky, G. A. (2015). Individual Psychological Therapy in the Outpatient Treatment of Adults with Anorexia Nervosa (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).

- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Eating Disorders. *Aust N Z J Psychiatry, 48*(11), 977-1008.
- Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. F. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *Int J Eat Disord, 44*(3), 249-261.
- Joana Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. [archivo PDF]
Recuperado de: https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol, 78*(6), 936-951.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Manual* (2 ed.). New York: The Gilford Press.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother, 69*(2), 97-110.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., Murray-Gregory, A. M. (May de 2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry, 72*(5), 475-482.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry, 24*(4), 274-279.
- Lyhch, T. R. (2018). *The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Lynch, T. R. (2018). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, R., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(2), 131-143.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- Lynch, T. R., Whalley, B., Hempel, R. J., Byford, S., Clarke, P., Kingdon, D., Remington, B. (2015). Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: protocol for randomised trial. *BMJ Open*, 5(7).
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Manual for Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating Disorders: recognition and treatment. Full guideline. Clinical Guideline: Methods, evidence and recommendations*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H., & Wonderlich, S. (Nov de 2009). Validity and Utility of Subtyping Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 42(7), 590-594.
- Peterson, C., Pisetsky, E., Swanson, S., Crosby, R., Mitchell, J., & Wonderlich, S. et al. (2016). Examining the utility of narrowing anorexia nervosa subtypes for adults. *Comprehensive Psychiatry*, 67, 54-58.
- Robertson, A., Alford, C., Wallis, A., & Miskovic-Wheatly, J. (2015). Using a brief family-based DBT adjunct with standard FBT in the treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(Suppl 1), 39.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69(6), 1061-1065.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal Of Psychiatry*, 186(06), 516-524
- Walls, J., Call, C., & Attia E. (2017). The effect of Acute Weight Restoration on Dietary fat preference in Hospitalized Patients with Anorexia Nervosa. *Journal Eating Disorder*, 50, 148-151.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *American Journal Of Psychiatry*, 158(4), 547-562.
- Wildes, J., Marcus, M., Crosby, R., Ringham, R., Dapelo, M., Gaskill, J., & Forbush, K. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 79(5): 665-674.
- Zabala, M. J., MacDonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of Caregiving Burden, Expressed Emotion and Psychological Distress in Families of People with Eating Disorders: A Systematic Review. *Eur Eat Disorders Rev*, 17, 338-349.

ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

- Bankoff, S. M., Karpel, G. M., Forbes, H. E., & Pantalone D. W. (2012). A systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 20, 196-215.
- Ben-Porath, D. D., Federici, A., Wisniewski, L., & Warren, M. (2014). Dialectical Behavior Therapy: Does It Bring About Improvements in Affect Regulation in Individuals with Eating Disorders?. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(4), 245-251.
- Chen, E. Y., Segal K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan M. M., & Bohus, M. (2014). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa-A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123-132.

- Federici, A. & Wisniewski, L. (2013). An intensive DBT program for patients with multidagnostic eating disorder presentations: A case series analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 322-331.
- Heliodoro, J., García, A., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 121-128.
- Johnston, J. A., O’Gara, J. S., Koman, S. L., Baker, C. W., & Anderson, D. A. (2015). A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 527-543.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 381-388.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O’Mahen, H. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13(1).
- Salbach, H., Klinkowski, N., Korte, A., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2007). Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) - eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(2), 91-108.

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 415-425.

APÉNDICE 1. GLOSARIO:

ACQ: *Anxiety Control Questionnaire* (Cuestionario de Control de Ansiedad)

AIT: Análisis por Intención de Tratar

AN: Anorexia Nerviosa

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva

ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa

BDI: *Beck Depression Inventory* (Inventario de depresión de Berck)

BIS-11: *Barratt Impulsive Escala* (Escala de Impulsividad de Barratt)

BN: Bulimia Nerviosa

CORE: Clinical Outcome in Routine Evaluation (Evaluación Clínica de Resultados)

DBT-AF: *Dialectical Behavior Therapy – Appetite Focused* (Terapia Dialéctica Conductual focalizada en el apetito)

DERS: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de Dificultades de Regulación Emocional)

DSHI: *Deliberate Self Harm Inventory* (Inventario de comportamientos autolesivos)

EDE: *Eating Disorder Examination Inventory* (Inventario de Examinación Trastornos de la Alimentación)

EDE-Q: *Eating Disorder Examination Questionnaire* (Cuestionario de evaluación de trastornos de Alimentación)

EDI-2: *Eating Disorder Inventory* (Inventario de Trastornos de la Alimentación)

EDI-SI: *EDI- Symptom Index* (Índice de síntomas del Inventario de Trastornos de la Alimentación)

EDQoL: *Eating Disorder Quality of Life* (Calidad de Vida en Trastornos de Alimentación)

EDDS: *Eating Disorders Diagnostic Scale* (Escala Diagnóstica de Trastornos de Alimentación)

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global

FBT: *Family Based Treatment* (Tratamiento Basado en la Familia)

GAF: *Global Assessment of Functioning* (Evaluación de Funcionalidad Global)

GSI: *Global Severity Index* (Índice de Severidad Global)

HD: Hospital de día

IMC: Índice de Masa Corporal de Quetelet

IC: Intervalo de Confianza

ICV: Índice de Calidad de Vida

LIFE: *Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Ratings* (Entrevista Longitudinal de Seguimiento psiquiátrica para clasificación de estado.).

MANTRA: *Maudsley Model Anorexia Nervosa Treatment for Adults* (Tratamiento Modelo Maudsley de la Anorexia Nerviosa para Adultos)

MED-DBT: *Multidiagnostic Eating Disorder Dialectical Behavior Therapy* (TDC para los TCA con múltiples diagnósticos)

SIAB-EX: *Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung* (Entrevista Estructurada para Trastornos Alimentarios Anoréxicos y Bulímicos según DSM-IV y ICD-10 para Evaluación Experta)

SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised* (Listado de síntomas-90-Revisado)

SSCM: *Specialist Supportive Clinical Management* (Manejo Clínico de Apoyo Especializado)

TA: Trastornos de Alimentación

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TCC-TCA: Terapia Cognitivo Conductual para Trastornos de la Conducta Alimentaria

TDC: Terapia Dialéctico Conductual

TDC-A: Terapia Dialéctico Conductual para adolescentes

TDC-AN/BN: Terapia Dialéctico Conductual modificada para AN y BN

TDC-RA: Terapia Dialéctica Conductual Radicalmente Abierta

TIP: Terapia InterPersonal

TLP: Trastorno Límite de Personalidad

TPF: Terapia Psicodinámica Focalizada

APÉNDICE 2. ARTÍCULOS NO SELECCIONADOS PARA LA REVISIÓN

A continuación, se expone la bibliografía de los 6 artículos que no fueron incluidos en esta revisión tras la lectura de los mismos y sus motivos:

A) Por tratarse de artículos exclusivamente descriptivos:

Brooke, M. A. (2013). The effects of dialectical behavior therapy on individuals diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 74.

Mccabe, E. B., & Marcus, M. D. (2002). Question: is Dialectical Behavior Therapy useful in the management of Anorexia Nerviosa?. *Eating Disorders*, 10, 335-337

Shaw, C. L. (2010). *Dialectical Behavior Therapy in the treatment of eating disorders*. University of Arkansas.

B) Por tratar sobre intervenciones de TDC en TCA pero no aportar datos específicos de los pacientes con AN:

Palmer, R. L., Birchall, H., Damani S., Gatward, N., McGrain , L., & Parker, L. (2003). A Dialectical Behavior Therapy Program for People with an Eating Disorder and Borderline Personality Disorder – Description and Outcome. *International Journal Eating Disorders*, 33, 281-286.

Harnerd, M. S., Chapman A. L., Cexter-Mazza, E. T., Murray A., Comtois K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating Co-Ocurring Axis I Disorders in Recurrently Suicidal Women With Borderline Personality Disorder: A 2-Year Randomizad Trial Of Dialectical Behavior Therapy Versus Community Treatment by Experts. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 76(6), 1068-1075.

Lenz, S. A., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treatment Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92.