



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Abordaje desde la terapia cognitivo conductual para los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: trastorno no especificado, trastorno por atracón, trastorno evitativo restrictivo, pica y rumiación.

Trabajo final de grado

Artículo científico de revisión bibliográfica

Estudiante: Silvia Adriana Vázquez Maritán

C.I.: 2.671.593-0

Docente tutora: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz

Montevideo, 2019

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCA) son afecciones psicopatológicas que implican modificaciones en las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los TCA se encuentran entre los trastornos de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. Existen varias formas de tratamiento para estos trastornos, una de las más utilizadas es la terapia cognitiva. Esta se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se desarrollaron modalidades que permitieron tratar otros trastornos. La terapia cognitiva es eficiente para el tratamiento de estos trastornos ya que las disfunciones cognitivas de los TCA corresponden a creencias referidas al peso, al cuerpo y a la alimentación. Cabe agregar que esta forma de intervención está enfocada en modificar los pensamientos y las conductas disfuncionales. El objetivo de esta revisión fue recopilar la evidencia disponible sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual (TCC) para los trastornos de la conducta alimentaria excluyendo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Para cumplir con este objetivo se seleccionaron 19 artículos empíricos. Para el análisis de estos estudios se extrajo la siguiente información: autor/es, año de publicación, idioma, país, método utilizado, objetivo de la investigación y resultados principales. Esta produjo mejoras sustanciales en general en los trastornos estudiados. En el trastorno por atracón se observa que la TCC mejora la frecuencia de los atracones, pero no el peso o IMC, en el trastorno evitativo/restrictivo los pacientes respondieron positivamente a la TCC, aumentando su IMC (en algunos casos) y mejorando su calidad de vida. En el trastorno no especificado se lograron mejoras en los síntomas de ansiedad, depresión, somáticos y estado de ánimo. En el trastorno de rumia la aplicación de TCC disminuye la frecuencia de los atracones.

Palabras clave: Trastorno de la alimentación, Terapia Cognitivo Conductual, Ensayo Clínico.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCA) son afecciones psicopatológicas que implican modificaciones en las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos. Se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o de los comportamientos relacionados con esta, que afectan principalmente el consumo o la absorción de los alimentos y que daña seriamente la salud física o el funcionamiento psicosocial (APA, 2013). El DSM-5 plantea las siguientes categorías diagnósticas para los TCA: anorexia nerviosa (restrictiva, compulsiva y purgativa), bulimia nerviosa (purgativa y no purgativa), trastorno de la conducta alimentaria no especificado (UFED, por sus siglas en inglés), trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés), pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID por sus siglas en inglés) (APA, 2013).

Estos trastornos generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también pueden comenzar en la niñez (NIHM, 2011) y tienen alta prevalencia en la población femenina adolescente (Góngora, Grinhauz & Suarez, 2009). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los TCA se encuentran entre los trastornos de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el UFED, seguido por el de anorexia nerviosa y, finalmente, el de bulimia nerviosa (López & Treasure, 2011). Son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona (Gascón & Migallón, 2002; Turón, Fernández & Vallejo, 1992).

En la presente revisión se excluirán la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ya que son los trastornos más conocidos y mejor descritos (Flament, Buchholz, Henderson, Obeid, Maras, Schubert & Goldfield, 2015) para hacer foco en el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, trastorno evitativo/restrictivo, trastorno por atracón, trastorno de rumiación y la pica.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (UFED)

Según la última actualización del DSM-5, en el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado existen síntomas relacionados con un TCA que causan deterioro social o malestar clínico, pero no cumplen suficientes criterios para diagnosticar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Por lo tanto, encontramos síntomas similares a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón compulsivo o evitativo/restrictivo pero sin llegar a configurar un cuadro completo; aunque no por ello menos graves (APA, 2013).

Para Farrera (2002), se podrán conceptualizar dentro de este trastorno los casos de bulimia nerviosa cuya sobrealimentación no correspondería a la definición de atracón, ya sea

por la frecuencia o por la cantidad de alimento. Con respecto a la anorexia nerviosa, por ejemplo, la persona puede no presentar un infrapeso pero si tener otras características del trastorno (Farrera, 2002).

Existen, a su vez, los trastornos de conducta alimentaria especificados (OSFED), que incluyen entidades nosológicas heterogéneas, tales como: anorexia nerviosa atípica (AN atípica), trastorno de purga (EP), bulimia nerviosa subliminal (Sub-BN), trastorno de atracón bajo el umbral (Sub-BED) síndrome de ingesta nocturna (NES) (Riesco, Agüera, Granero, Jiménez-Murcia, Menchón & Fernández-Aranda, 2018).

Trastorno evitativo/restrictivo (ARFID)

Este trastorno se caracteriza por la evitación o restricción de alimentos que pone en riesgo la salud física y el desarrollo. El rechazo o la negación hacia determinados alimentos puede llevar a tener deficiencias a nivel energético y carencias nutricionales graves. Otra característica es la falta de interés aparente por comer o alimentarse. En niños pequeños puede necesitarse alimentación enteral o suplementos orales y en casos graves puede llegar a ser mortal. La evitación o restricción de determinados alimentos puede tener que ver con las características organolépticas del mismo (olor, color, textura), esto puede transformarse en: "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria" (APA, 2013. p 335). También este trastorno puede estar determinado por una experiencia aversiva como puede ser el atragantamiento, una exploración clínica traumática o vómitos repetitivos. Estos síntomas frecuentemente comienzan en el periodo lactancia o en la primera infancia (APA, 2013).

Según el DSM-5, deben presentar las siguientes características: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. Se afirma que los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de comportamientos de evitación o restricción de la alimentación o la ingesta (APA, 2013).

El trastorno evitativo/restrictivo de la alimentación es un problema común de la infancia. Estudios indican que entre el 13 y el 22% de los niños de entre 3 y 11 años son quisquillosos en cuanto a los alimentos, se ha demostrado que entre el 18 y el 40% de la rigidez en relación con los alimentos, persiste en la adolescencia (Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak & Ornstein, 2014).

Trastorno por atracón (BED)

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva de alimentos (atracción) en un periodo determinado (inferior a dos horas). El “episodio de atracón” tiene determinadas características: la persona ingiere una cantidad excesiva de alimentos experimentando después un sentimiento de culpa, la ingesta compulsiva debe acompañarse de una sensación de falta de control. Están determinados por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos, manifiestan malestar intenso al comer hasta sentirse desagradablemente llenos, los atracones suelen producirse a escondidas ya que las personas se sienten avergonzadas por padecerlo y, a diferencia de quienes padecen bulimia, los afectados por el trastorno por atracón no tienen conductas compensatorias sobre la sobreingesta (ni inducción del vómito, ni purgantes, ni ejercicio intenso). Según el DSM-5, este trastorno es considerado el más frecuente en la población obesa y está en aumento su incidencia en la población en general (APA, 2013).

Algunos de los elementos desencadenantes del trastorno por atracón son: la dieta restrictiva, los cambios en el peso, percepción pobre de la imagen corporal, ansiedad y depresión. Este trastorno suele generar estados de culpa, remordimientos, tristeza, autorechazo, problemas al relacionarse con familiares, amigos, pareja, dificultades laborales, e incluso, puede llegar a generar autolesiones e ideación suicida. Cabe destacar que este tipo de trastorno afecta a aproximadamente del 2 al 5% de la población general y es más frecuente en las mujeres que en los hombres, afectando al 30% de las personas que participan en programas de control de peso.

Trastorno de Rumiación

Según el DSM-5, la principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes. Las personas con este trastorno regurgitan en repetidas ocasiones la comida después de comer sin tener náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. Pueden volver a masticar el alimento regurgitado y luego escupirlo o tragarlo de nuevo. La regurgitación debe producirse a diario por lo menos varias veces a la semana. El trastorno puede ocurrir en bebés, niños, adolescentes o adultos.

La pérdida de peso en niños es una característica común del trastorno de rumiación, además muestran una postura característica, de esfuerzo y de arqueado de la espalda con la cabeza mantenida hacia atrás, mientras realizan movimientos de succión con la lengua (APA, 2013). Los adultos son conscientes de que este comportamiento es socialmente inaceptable y tratan de disimularlo tapándose la boca con la mano o tosiendo a la vez, otros directamente no lo realizan en público (APA, 2013).

Este trastorno es poco común y de difícil diagnóstico, por el desconocimiento del mismo y su presentación clínica, esto trae como consecuencia la realización de múltiples pruebas complementarias, la aplicación de diferentes tratamientos, y diagnósticos tardíos o erróneos, en la mayoría de los casos. El tratamiento de la Rumia es difícil y complejo dada su naturaleza multifactorial. Estudios recientes afirman que la prevalencia de este trastorno no se conoce aún (Casado, Orozco, Garaventa, Beltrán, Vidaur & Canton, 2018).

Pica

La pica se caracteriza por la ingestión persistente de sustancias no comestibles durante un período mínimo de un mes. La pica no conlleva ausencia o rechazo de los alimentos. Según el DSM-5, las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad, estas pueden ser: cuerdas, ropa, pelo, pintura, lana, tierra, tiza, polvos de talco, papel, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, jabón, almidón o hielo. Debe tenerse en cuenta que, en algunas zonas, comer cosas que no son alimentos forma parte de una tradición cultural, como la medicina popular, los ritos religiosos o la práctica común. Hasta los dos años este comportamiento se considera dentro del desarrollo normal. Durante el embarazo se realiza el diagnóstico de pica si dicha ingestión supone riesgos clínicos potenciales. Este trastorno a menudo se produce en personas con otros trastornos mentales (comorbilidad) como el autismo, la discapacidad intelectual, trastorno obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia.

Los síntomas de la pica son: malestar estomacal, dolor de estómago, sangre en las heces, problemas intestinales. El consumo de estos elementos no comestibles puede provocar lesiones en los dientes, infecciones, envenenamiento por plomo (ej. pintura) y obstrucción intestinal que muchas veces tienen como resolución la intervención quirúrgica. La prevalencia de este trastorno en las personas con discapacidad intelectual aumenta según el grado de afección (APA, 2013).

Etiología y factores de riesgo

Los TCA tienen una etiología multifactorial y se configuran en función de una serie de factores predisponentes o de vulnerabilidad (biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales). Surgen bajo la influencia de uno o varios factores desencadenantes y se asientan en función de factores mantenedores que es importante conocer y cambiar si queremos obtener resultados eficaces en las intervenciones (Fernández, Grande, Banzo & Félix-Alcántara, 2015).

Con respecto a los factores biológicos, los estudios indican que un desbalance en el estradiol (hormona esteroide sexual femenina), encargado de regular la transcripción de

genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo (como la serotonina), puede influir en la tendencia genética a producir TCA en la pubertad. En esta etapa del desarrollo, se produce la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, testosterona en el varón y estradiol en la mujer. Estas serán responsables de la maduración de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento lineal acelerado, así como la dinámica de aumento de peso y del desarrollo de la identidad. La acción de las hormonas esteroideas está presente en los cambios físicos, como ser el aumento de la cantidad de grasa corporal en niñas y en el desarrollo de la ansiedad. Es fundamental destacar que existe una fuerte evidencia de que la aparición de la obesidad infantil en niñas tendrá como consecuencia una pubertad precoz ya que el exceso de masa corporal podría estar acelerando el proceso biológico de la pubertad (Portela, da Costa, Mora & Raich, 2012). Esto provoca una discordancia entre la madurez corporal y la edad cronológica pudiendo afectar, por ejemplo, la autoestima. En cuanto a la anorexia, la bulimia nerviosa y la obesidad se observa que están alteradas la serotonina y la dopamina (moléculas neurotransmisoras) (Gordillo, 2014). Esto puede derivar, entre otras cosas, en una alteración de la conducta alimentaria y el estado de ánimo.

Sobre los factores psicológicos, las investigaciones indican que en la base de estos trastornos se encuentra una percepción distorsionada de la imagen corporal, vinculada a la insatisfacción con esta. Los cambios fisiológicos, cognitivos, emocionales y, sobre todo, sociales predisponen a los adolescentes a una considerable preocupación por su apariencia física, convirtiendo a esta etapa en la más vulnerable en relación a este tema. Según Raich (2004) la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente, como la persona se ve a sí misma y como se percibe. Retomando lo expuesto anteriormente se observa que en estos trastornos existe una extrema preocupación por la imagen y el peso corporal. También es frecuente encontrar pensamientos distorsionados con respecto a su peso, sentimientos de inferioridad y baja autoestima (Castellano, Werner, Guzmán & Escursell, 2019). Las personas con un trastorno alimentario manifiestan una preocupación por la comida y por la silueta, están todo el tiempo contando las calorías o midiendo el contenido de grasa (en especial en la anorexia nerviosa), se someten a dietas extremas, se pesan a menudo, utilizan laxantes y diuréticos luego de los atracones de comida, realizan ayunos poco saludables, todo esto con la falsa creencia de que logran controlar el peso (Raich, 2011).

Según estudios realizados por Losada (2018), se destaca una prevalencia en los estilos de crianza para cada TCA, es decir la anorexia se caracteriza por un estilo permisivo (los padres ejercen poco control sobre las conductas de su hijo), en la bulimia un estilo autoritario (los padres ejercen un estricto control sobre su hijo) y en los UFED un estilo

indiferente (Losada, 2018). La familia de una persona con TCA es una familia “disfuncional” donde los vínculos son “ambivalentes y poco afectuosos”, hay también una desorganización en cuanto a las comidas en familia (García, Vegas, Vega, Sanz, Martínez, & Martín, 2014).

Teniendo en cuenta los factores socioculturales, la imagen corporal “ideal” se ve representada por los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad; de tal manera, las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo (Behar, 2010). La imposición de un estándar de belleza determinado hace que las personas con exceso de peso, sean vulnerables a la insatisfacción con la imagen corporal (Portela de Santana, da Costa Ribeiro, Mora Giral & Raich, 2012). Estos trastornos están afectados por los “ideales de belleza” que están establecidos y compartidos socialmente, donde los estereotipos hegemónicos de belleza y éxito tienen que ver con la delgadez. Las presiones socioculturales por tener un cuerpo “ideal” promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente, sobre todo en aquellos con obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos (Shroff & Thompson, 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria han generado un gran interés por parte de la psicología, la psiquiatría y otros profesionales de la medicina (Theander, 2004). Parte de la razón de este interés ha sido el reconocimiento de las graves consecuencias para la salud; la anorexia nerviosa sostiene una larga y consolidada historia de mortalidad. Las complicaciones médicas son típicas durante la fase aguda de un trastorno alimentario (Becker, Grinspoon, Klibanski, & Herzog, 1999) y persisten entre los que son tratados sin éxito (Keel, Mitchell, Davis, & Crow, 2002). Además, los trastornos alimentarios están asociados con una amplia gama de trastornos físicos y emocionales hasta la adultez temprana, incluyendo depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (Johnson, Cohen, Kotler, Kasen, & Brook, 2002; O'Brien y Vincent, 2003).

Las personas en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios tienen creencias sobrevaloradas acerca de las implicaciones de la apariencia física en relación a lo que creen de sí mismos (Spangler, 1997, 1999). Tales creencias acerca de la apariencia resultarán en insatisfacción con la forma y el peso del cuerpo y en el desarrollo de conductas restrictivas de alimentación (y otras) diseñadas para controlar o alterar la forma y el peso del cuerpo. Si la persona permanece en un régimen dietético restrictivo se producirá una fuerte sensación de hambre, a su vez que se centre en determinados alimentos, entonces quedara susceptible a la pérdida de control sobre ellos (por ejemplo, los atracones). Por lo tanto, se cree que las restricciones en la alimentación contribuyen a la perpetuación de los trastornos alimentarios.

De esta forma las creencias de un individuo acerca de la apariencia física pueden ser influenciadas por variables socioambientales tales como valores culturales sobre la delgadez, los medios de comunicación (representan el principal vehículo de los ideales de belleza asociados al cuerpo), los miembros de la familia y compañeros (Spangler, 1999). Estudios afirman que la población que se encuentra en mayor riesgo es la formada por aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, sobrepeso, obesidad, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión, atletas, modelos y deportistas (Baldares, 2013).

Modelo cognitivo

Existen varios modelos psicológicos que explican los TCA. Como este trabajo se enfoca en la TCC se definirá este modelo. Este dispositivo psicoterapéutico es el que ha recibido mayor evidencia experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran variedad de trastornos psicológicos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Esta “se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (Beck, 1995). Este modelo hace referencia a las creencias personales que las define como generalizaciones cognitivas sobre sí mismo, las cuales organizarán y guiarán el procesamiento de la información referida a la persona (Góngora & Casullo, 2008).

La terapia cognitiva tiene la característica de tener un enfoque terapéutico basado en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales que intervienen modificando los pensamientos alterados y promoviendo estilos de cognición adaptativos. Por lo tanto, la terapia se va a enfocar en cambiar dicha representación (Martinez, 2014). Cabe destacar que se distinguen algunos Modelos Clásicos de la Terapia Cognitiva, como la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, las cuales tienen una base común y que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (Tuta, Pores & Camargo 2017).

La Psicoterapia Cognitiva se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se desarrollaron modalidades que permiten tratar otros trastornos. Aaron Beck lleva a cabo la primera exposición de su modelo en el año 1976. Los componentes de cognición que plantea son los siguientes: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes y distorsiones cognitivas. Cabe destacar que la Terapia Cognitiva es reconocida por el interés en la validación empírica (Tuta, Pores & Camargo 2017). Según lo planteado por Judith Beck (1995):

El Modelo Cognitivo de Beck propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo

de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en estos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Para poder comprender este modelo determinaremos brevemente los conceptos de esquema, pensamientos automáticos, creencias centrales, creencias intermedias y distorsiones cognitivas. Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables, mediante los cuales la persona interpreta la realidad. Los pensamientos automáticos son pensamientos o imágenes, que se encuentran en el nivel más inmediato de la conciencia y, por tanto, son de más fácil acceso. Las creencias centrales son las ideas que la persona tiene sobre sí misma, el mundo y el futuro, estas se originan en la infancia. Las creencias intermedias son las “actitudes, reglas y presunciones” que van a influir en como pensamos, sentimos y actuamos (Beck, 1995). Las distorsiones cognitivas tienen que ver con la manera de interpretar el mundo de manera irracional y desadaptativa (Tuta, Pores & Camargo 2017; Beck, 1995).

TCC para los TCA

La TCC para los trastornos alimentarios se ha investigado en varios estudios controlados aleatorios y estudios comunitarios, y ha demostrado eficacia y efectividad (Mulken, de Vos, de Graff & Waller, 2018). Según Spangler la teoría cognitiva de los trastornos alimentarios considera que las actitudes disfuncionales sobre la apariencia física, como la restricción dietética, la insatisfacción corporal y la valoración de la delgadez son factores de riesgo significativos para el desarrollo de los TCA (Spangler, 2002).

Con respecto a los trastornos alimentarios en general existe una alteración en la percepción de la figura y el peso corporal. También se encuentra alterada la conducta alimentaria; en la Bulimia nerviosa el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación donde se juzgan a sí mismos principalmente en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura, su peso corporal y a su capacidad para controlarlos. Por lo tanto en este tipo de trastornos las creencias irracionales y distorsiones cognitivas estarán relacionadas con el miedo a engordar, el peso y la imagen corporal; así como, otro tipo de aspectos cognitivos como el nivel de autoexigencias y el nivel de autoestima (Ekstrand & Villanueva, 2011). Algunas de las técnicas utilizadas para los trastornos de la conducta alimentaria son: reestructuración cognitiva, técnicas de respiración y relajación, psicoeducación, desensibilización sistemática y modificación de la conducta (Camacho, 2003).

Las distorsiones cognitivas referentes a la anorexia nerviosa llevan a una atención selectiva de determinadas conductas como contar calorías, vigilar la forma y el peso corporal y una elevada autocrítica derivada de sesgos cognitivos negativos (Ekstrand & Villanueva, 2011). En el trastorno por atracón la persona ingiere una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de la población comería en el mismo tiempo experimentando después un sentimiento de culpa teniendo en cuenta que esa conducta no respondería a la sensación de hambre, sino a situaciones de ansiedad, malestar e inestabilidad emocional.

Los TCA son un grupo de enfermedades complejas con diferentes características y sintomatología, a su vez cuentan desde hace unos años con mayor visibilidad y relevancia. Sería interesante investigar qué tipos de tratamiento existen y que resultados tienen desde el modelo cognitivo para las categorías que resultan menos conocidas. El objetivo de este trabajo es indagar sobre los resultados de la terapéutica en los trastornos que se refieren en la introducción desde el modelo cognitivo conductual.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases y portales: Timbó, Pubmed, PsychInfo, Scopus, Science Direct y Google Académico. Los criterios de inclusión fueron: 1) artículos empíricos; 2) publicados entre el 2004 y (agosto) 2019; 3) que evaluaran la efectividad de alguna modalidad de TCC para trastornos no especificados, pica, trastorno de rumiación, trastorno evitativo/restrictivo y trastorno por atracón. Se utilizaron los siguientes criterios de búsqueda: unspecified eating disorder, food avoidance/restriction disorder, binge eating disorder, rumination disorder, pica, trastorno de la conducta alimentaria no especificado, trastorno de evitación/restricción de alimentos, trastorno por atracón, trastorno de rumiación (AND) cognitive behavioral therapy, cognitive behavioural therapy, cognitive therapy (AND) clinical trial, ensayo clínico. Se encontraron 11.850 artículos y revisiones. Se excluyeron los artículos que no fueran empíricos o que no evaluaran el efecto de la TCC en los trastornos de la conducta alimentaria. También se excluyeron ensayos monográficos, tesis, libros y capítulos de libros. Se realizó una búsqueda en inglés y español. Finalmente se seleccionaron 19 artículos empíricos. Se elaboró una tabla a partir de la lectura en profundidad de las investigaciones seleccionadas, se extrajeron de las mismas: autor/es, año de publicación, idioma, país, método utilizado, objetivo de la investigación y resultados principales.

Resultados

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la TCC para los trastornos de la conducta alimentaria excluyendo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. De acuerdo con los resultados aportados por las investigaciones seleccionadas, se presentarán los trastornos en

una tabla con cuatro categorías: trastorno de la conducta alimentaria no especificado; trastorno evitativo/restrictivo; trastorno por atracón y rumia. Para el trastorno de pica no se encontraron investigaciones que cumplieran con los criterios necesarios para ser parte de esta revisión. La mayoría de los estudios son ensayos clínicos aleatorizados, están todos en inglés y se han realizado en Estados Unidos, Alemania, Italia, Suiza y Canadá. A continuación se describen los resultados presentados en la tabla, el número en paréntesis rectos corresponde a la ubicación del artículo en la tabla.

Tabla 1: Estudios seleccionados.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (UFED)	
1) <i>Positive Narrative Therapy for an Unspecified Eating Disorder: A Child Case Report</i> (2017) por Vescovelli, Albieri, Ruini. Italia. Inglés.	
<p>Objetivo: Mostrar la viabilidad y la utilidad clínica de un nuevo tratamiento y el enfoque psicoterapéutico secuencial para el tratamiento de UFED.</p> <p>Método: Caso clínico. Se aplicó TCC seguida de estrategias narrativas que mejoran el bienestar a un niño de 10 años con UFED. Se evaluó la angustia mediante autoevaluación y calificaciones de los observadores al inicio, después del tratamiento, y se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se obtuvo resultados positivos en el tratamiento de los síntomas de ansiedad, depresión y somáticos. 2. La segunda parte del tratamiento se centró en la mejora del bienestar, que resultó ser un elemento de protección, previniendo futuras recaídas a largo plazo. 3. Durante el seguimiento, se informó que el paciente había comenzado a comer incorporando variedad de alimentos, aumentó de peso y era capaz de mantenerlo. 4. Experimentó mejoras en el comportamiento y el estado de ánimo.
2) <i>Other Specified Feeding or Eating Disorders (OSFED): Clinical heterogeneity and cognitive-behavioral therapy outcome</i> (2018) por Riesco, Agüera, Granero, Jiménez-Murcia, M. Menchón, Fernández-Aranda. España. Inglés.	
<p>Objetivo: Explorar la respuesta de la TCC a corto plazo e identificar los predictores clínicos del resultado de la terapia entre los diferentes fenotipos del OSFED.</p> <p>Método: El tratamiento para el OSFED consistió en 16 sesiones grupales semanales de TCC para pacientes ambulatorios. Se evaluaron medidas relacionadas con la alimentación, psicopatológicas y de personalidad. Se realizó seguimiento al mes del alta. Participantes: 176 pacientes mujeres con OSFED (82 atípicos anorexia nerviosa, 57 trastorno de purga, y 37 sub-bulimia nerviosa).</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los resultados sugieren que los pacientes con OSFED pueden beneficiarse de la TCC ambulatoria con enfoque de grupo. 2. Las tasas de remisión de la sintomatología osciló entre el 36,6% y el 48,6%. 3. Con respecto a los resultados del tratamiento, los tres grupos no revelan diferencias significativas en las tasas de remisión, adherencia terapéutica o tasas de abandono. 4. Las altas tasas de deserción al tratamiento y la baja motivación parecen ser una limitación importante para la finalización del mismo.
3) <i>Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up</i> (2009) por Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Bohn, Hawker, Wales, Palmer. Reino Unido. Inglés.	

<p>Objetivo: Comparar dos tratamientos cognitivo-conductuales para pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios.</p> <p>Método: Ensayo controlado aleatorizado. Los pacientes fueron asignados al azar a cuatro condiciones de tratamiento: TCC-Ef (forma enfocada), TCC-Eb (forma amplia), o un retraso de 8 semanas en el inicio del tratamiento (grupo control). Se evaluó: características del TCA y psiquiátricas, idoneidad del tratamiento y la severidad de la psicopatología adicional. Seguimiento a las 20, 40 y 60 semanas. Participantes: 154 pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario y el IMC mayor a 17,5.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es posible tratar a estos pacientes utilizando una u otra forma de TCC, ya que los pacientes en las dos condiciones de tratamiento mostraron un cambio sustancial y equivalente, que se mantuvo durante el seguimiento. 2. Los pacientes en la condición de control en lista de espera mostraron pocos cambios en la gravedad de los síntomas. 3. Los pacientes con intolerancia marcada en el estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima o dificultades interpersonales respondieron mejor al tratamiento.
Trastorno evitativo/restrictivo (ARFID)	
<p>4) <i>The (Extremely) Picky Eaters Clinic: A Pilot Trial of a Seven-Session Group Behavioral Intervention for Parents of Children With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder</i> (2019) por Dahlsgaard, Bodie. Estados Unidos. Inglés</p>	
<p>Objetivo: Se evalúan los efectos iniciales, la aceptabilidad y factibilidad, de la intervención grupal (TCC) para padres, cuyos hijos cumplieran con los criterios de ARFID, basados en el deterioro psicosocial debido a su selectividad en la alimentación.</p> <p>Método: Ensayo piloto. Se aplicaron las siguientes escalas y cuestionarios: BPFAS, CBCL, CEBQ y 6 sesiones grupales de TCC con seguimiento a los 3 meses. Se capacitó a los padres como entrenadores efectivos para las exposiciones diarias en el hogar a alimentos no preferidos y reducir los comportamientos problemáticos a la hora de comer. Participantes: 21 padres de niños de entre 4 y 11 años con trastorno de ARFID.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmediatamente después del tratamiento activo (Sesión 6), los comportamientos desafiantes, a la hora de comer del niño, fueron significativamente menos frecuentes y menos problemáticos. 2. La intervención produjo altos niveles de satisfacción en los padres donde el formato de grupo breve, fue un medio de intervención eficaz. 3. Se informó en el postratamiento que los niños disfrutaron comiendo más. 4. Los cambios se mantuvieron desde el final del tratamiento hasta la sesión de refuerzo a los 3 meses. 5. Los resultados en las medidas de alimentación mostraron que los padres fueron efectivos como entrenadores de exposición de alimentos
<p>5) <i>Treatment of co-occurring food avoidance and alcohol use disorder in an adult: Possible avoidant restrictive food intake disorder?</i> (2018) por Steen, Wade. Australia. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Examinar los cambios en la calidad de vida y los síntomas en un hombre de 42 años de edad, comedor restrictivo desde la infancia, a través de un tratamiento.</p> <p>Método: Estudio de caso. Se aplicaron 10 sesiones de TCC, enfatizando la alimentación y la reducción significativa del consumo excesivo de alcohol. Seguimiento al mes y 3 meses.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó una mejora en la ingesta nutricional y en la calidad de vida. 2. También se observó una mejora en el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y estrés. 3. Se indica la terapia a largo plazo ya que los beneficios terapéuticos se vieron reducidos a los tres meses.
<p>6) <i>Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: An Adult Case Responding to Cognitive Behavioral Therapy</i> (2018) por Görmez, Kiliç, Kirpınar. Turquía. Inglés.</p>	

<p>Objetivo: Evaluar la respuesta de una paciente con ARFID luego de la aplicación de TCC.</p> <p>Método: Estudio de caso. Se aplicaron 12 sesiones de TCC como paciente hospitalaria y 8 sesiones como paciente ambulatoria. Seguimiento a los 2 y 6 meses. Participantes: Paciente de 27 años con diagnóstico de ARFID.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La paciente respondió bien a la TCC, con la aplicación exitosa de la exposición in vivo, la desensibilización sistemática y las técnicas de reestructuración cognitiva. 2. Durante el seguimiento, ella continuó mejorando en los dominios cognitivos, sus niveles de energía subieron, y la ansiedad continuó disminuyendo. Aumentó su IMC y disminuyó su ansiedad. 3. La TCC puede ser una modalidad de tratamiento útil en adultos con ARFID.
<p>Trastorno por atracón (BED)</p>	
<p>7) <i>Economic evaluation of cognitive behavioral therapy and Internet-based guided self-help for binge-eating disorder</i> (2017) por König, Bleibler, Friederich, Herpertz, Lam, Mayr, Schmidt, Svaldi, Zipfel, Brettschneider, Hilbert, de Zwaan, Egger. Alemania. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Determinar el costo-efectividad de la TCC individual, en comparación con la autoayuda guiada por terapeutas a través de Internet (GSH-I) en adultos con sobrepeso u obesos con BED.</p> <p>Método: Se aplicaron 20 sesiones de TCC durante 4 meses, en 11 módulos que combinaban intervenciones conductuales, ejercicios que incluían un diario alimentario de autocontrol, psicoeducación y 2 sesiones de coaching presencial. Participantes: 147 personas de 18 años con BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se encontraron pruebas claras de que uno de los tratamientos fuera más rentable. 2. La TCC tiende a ser más eficaz pero también más costosa. 3. Cuando el análisis se limitó a los costos de la atención de la salud mental, el valor adicional de la TCC fue menor, lo que indica que las diferencias de precio también se deben a condiciones médicas o al ausentismo.
<p>8) <i>Cognitive Behavioral Therapy Guided Self-Help and Orlistat for the Treatment of Binge Eating Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial</i> (2005) por Grilo. Masheb. Salant. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Investigar si agregar medicamentos para la obesidad a la TCC facilita la pérdida de peso.</p> <p>Método: Estudio aleatorizado, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tratamientos de 12 semanas de Orlistat más TCC (con autoayuda guiada) o placebo más TCC (con autoayuda guiada). Se les realizó un seguimiento a los 3 meses. Participantes: 50 pacientes obesos con BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las tasas de remisión de atracones fueron significativamente mayores para Orlistat+TCC que para placebo+TCC. 2. El porcentaje de personas que perdieron peso y se mantuvieron fue significativamente mayor para el tratamiento de TCC con Orlistat. 3. En ambos tratamientos se produjeron mejorías significativas y comparables en la psicopatología y la angustia psicológica de los trastornos alimentarios.
<p>9) <i>Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis</i> (2003) por Hilbert, Tuschen-Caffier. Alemania. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Investigar los efectos de la exposición corporal en el tratamiento de BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos tipos de terapia produjeron mejoras sustanciales en las preocupaciones de peso, forma,

<p>Método: Diseño controlado aleatorizado, las pacientes fueron asignadas al azar a TCC-E (con énfasis en la exposición) o TCC-C (con enfoque en intervenciones cognitivas para el tratamiento del cuerpo y la alteración de la imagen corporal). Se aplicaron 8 sesiones de terapia y pos tratamiento de 4 meses. Participantes: 28 mujeres con BED.</p>	<p>insatisfacción corporal y pensamientos automáticos referidos a la alimentación. 2. Un 58,3 % se recuperaron del trastorno por atracón. 3. Los resultados sugieren que ambos componentes del tratamiento son igualmente efectivos en el tratamiento de BED.</p>
<p>10) <i>A Randomized Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Weight Loss Treatment for Overweight Individuals with Binge Eating Disorder</i> (2006) por Munsch, Biedert, Meyer, Michael, Schlup, Tuch, Margraf. Suiza. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Determinar la eficacia de la TCC y el tratamiento de la pérdida de peso conductual, para pacientes con sobrepeso y trastorno de BED.</p> <p>Método: Estudio aleatorizado. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a TCC o BWLT (tratamiento conductual para la pérdida de peso), que consistían en 16 tratamientos semanales y 6 sesiones de seguimiento mensuales. Se evaluó: comidas compulsivas, IMC y psicopatología general. Se realiza seguimiento al año. Participantes: 80 pacientes obesos con BED, entre 18 y 70 años, con un IMC entre 27-40.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los resultados posteriores al tratamiento favorecieron la TCC como el tratamiento más eficaz. 2. El análisis del curso de los tratamientos apuntó a una mejora más rápida de la alimentación compulsiva en función del número de atracones semanales con la TCC, pero una reducción más rápida del IMC con la BWLT. 3. La prevalencia del trastorno por atracón representa una amenaza para la salud ya que muchas veces se acompaña de sobrepeso y puede derivar en obesidad.
<p>11) <i>Treatment of binge eating disorder in racially and ethnically diverse obese patients in primary care: Randomized placebo-controlled clinical trial of self-help and medication</i> (2014) por Grilo, Masheb, White, Gueorguieva, Barnes, Walsh, McKenzie, Genao, Garcia. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Determinar si los tratamientos con eficacia demostrada para la BED, en centros de tratamiento especializados, pueden administrarse de manera efectiva en entornos de atención primaria a pacientes obesos con BED racial/étnicamente diversos.</p> <p>Método: Ensayo clínico aleatorizado con placebo. Los participantes fueron asignados al azar a uno de los cuatro tratamientos de 16 semanas: Sibutramina, placebo, TCC + Sibutramina y TCC + placebo. Seguimiento a los 6 y 12 meses. Participantes: 104 pacientes obesos con BED (73% mujeres, 55% no blancos).</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las tasas de remisión de atracones fueron mayores en el tratamiento con TCC. 2. La Sibutramina logró una pérdida de peso significativamente mayor que el placebo, pero el aumento de peso observado después de la interrupción de la medicación sugiere que es necesario continuar con los medicamentos antiobesidad para el mantenimiento de la pérdida de peso. 3. Se comparó la efectividad de la TCC de autoayuda y la Sibutramina, el medicamento logra una mayor pérdida de peso y la TCC logra una remisión eficaz de los atracones.
<p>12) <i>A pilot study of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder</i> (2017) por Juarascio, Manasse, Espel, Schumacher, Kerrigan, Forman. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Examinar la eficacia preliminar de un tratamiento grupal: la Terapia Conductual Basada en la Aceptación. Esta incluye los componentes conductuales del tratamiento cognitivo conductual para BED y estrategias enfocadas en las emociones desde la terapia de aceptación y la terapia conductual dialéctica.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mayoría de los participantes experimentaron una remisión temprana de los atracones, que se mantuvieron durante el período de seguimiento. Algunas participantes experimentaron un ligero aumento hacia la mitad del tratamiento.

<p>Método: Estudio piloto. Se aplicó TCC basada en la aceptación, el tratamiento se administró por 10 semanas a 3 grupos, seguimiento a los 3 meses. Participantes: 19 mujeres, entre los 20 y 63 años, con diagnóstico de BED.</p>	<p>2. Las estrategias de regulación de las emociones están fuertemente relacionadas con la disminución de la patología alimentaria general.</p>
<p>13) <i>Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison</i> (2005) por Grilo, Masheb, Wilson. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Evaluar la eficacia de la TCC y la Fluoxetina para la BED.</p> <p>Método: Estudio aleatorio controlado con placebo. Los pacientes fueron asignados al azar a uno de los cuatro tratamientos individuales de 16 semanas: Fluoxetina, placebo, TCC + Fluoxetina o TCC + placebo. Los medicamentos se proporcionaron en forma de doble ciego. Participantes: 108 pacientes.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las tasas de remisión (cero atracones durante 28 días), fueron mayores en el grupo de TCC + placebo. 2. Los sujetos que recibieron TCC individual mejoraron en la frecuencia y abstinencia de los atracones de los que no recibieron TCC. 3. La TCC demostró eficacia para las características conductuales y psicológicas de BED, pero no para la obesidad ya que la pérdida de peso fue modesta. 4. El tratamiento con Fluoxetina determinó una mayor reducción de los síntomas depresivos.
<p>14) <i>Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study</i> (2010) por Ricca, Castellini, Manucci, Lo Sauro, Ravaldi, Rotella, Faravelli. Italia. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Evaluar la efectividad de la TCC individual y grupal, y los posibles factores de predicción de resultados.</p> <p>Método: Ensayo clínico aleatorizado. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a TCC individual (I-CBT) o grupal (G-CBT). Se evaluará: pérdida de peso, recuperación a los 3 años de tratamiento, resistencia al tratamiento, recaída y cambio diagnóstico. Seguimiento por 3 años. Participantes: 144 personas con diagnóstico de BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos tratamientos de TCC determinaron una reducción significativa de la frecuencia de atracones y una reducción leve del IMC. También fueron efectivos para reducir la psicopatología general y la alimentación emocional. 2. La ausencia de un historial de consumo de derivados de anfetaminas, la disminución de la ingesta emocional y la gravedad de los atracones al inicio del estudio fueron factores predictores de una recuperación completa a largo plazo. 3. Una alimentación emocional baja es el único predictor de la reducción de peso. 4. El sobrepeso durante la niñez, el diagnóstico completo de BED y la alta alimentación emocional fueron predictores de la resistencia al tratamiento.
<p>15) <i>A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder</i> (2019) por Quilty, Allen, Davis, Knyahnytska, Kaplan. Canadá. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Evaluar la eficacia de los fármacos psicoestimulantes en relación con la TCC para el tratamiento de los síntomas del BED y la capacidad de la impulsividad para predecir los resultados del tratamiento.</p> <p>Método: Ensayo aleatorizado, se aplicó: Metilfenidato o TCC. Los participantes asignados</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El metilfenidato se asoció con una mayor disminución del IMC, lo cual es consistente con el impacto de este medicamento en el apetito y el peso. 2. Se observaron mejorías en los episodios de atracones, así como en los síntomas del trastorno

<p>aleatoriamente para recibir TCC individual, asistieron a 12 sesiones. Seguimiento a los 3 meses. Se evaluó la frecuencia de los episodios de atracones por semana. Participantes: 49 mujeres con BED.</p>	<p>alimentario y la calidad de vida, en ambos grupos de tratamiento. 3. Los resultados proporcionan un apoyo preliminar para el beneficio terapéutico del metilfenidato en el tratamiento de BED. 4. Se mantuvieron las mejoras en el seguimiento a los tres meses.</p>
<p>16) <i>Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy</i> (2017) por Mason, Crosby, Kolotkind, Grilo, Mitchell, Wonderlich, Crow, Peterson. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Examinar las asociaciones entre el IMC, los síntomas del BED y las variables psicosociales en relación con la calidad de vida en adultos con BED.</p> <p>Método: ensayo clínico aleatorizado que evaluó la eficacia de la TCC para BED. Se determinó IMC, psicopatología de los trastornos alimentarios y factores psicosociales. Se midió la autoestima, angustia pública y función física y se aplicó TCC. Participantes: 171 personas con BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El IMC alto está relacionado con una peor autoestima, función física y más angustia pública relacionada con el peso. 2. Las intervenciones que abordan además de los síntomas, los problemas psicosociales y el peso pueden tener el mayor impacto sobre la calidad de vida. 3. La TCC no mejoro el IMC. 4. Añadir componentes de actividad física a la TCC puede ser efectivo para aumentar la pérdida de peso y reducir los síntomas depresivos, además de mejorar la psicopatología.
<p>17) <i>A Brief Strategic Therapy protocol for Binge Eating Disorder</i> (2013) por Pietrabissa, Manzoni, Ceccarini, Castelnuovo. Italia. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Comparar el protocolo de la Terapia Estratégica Breve (BST), como un tratamiento alternativo y/o integrador, con la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional, para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios por teléfono.</p> <p>Método: Ensayo clínico controlado aleatorizado. Los participantes serán asignados aleatoriamente en el grupo TCC o BST. Se medirá el cambio global de la puntuación de progreso de los pacientes (OQ 45.2), episodios de atracones semanales y la pérdida de peso. Seguimiento a los 6, 12 y 18 meses. Participantes: 60 participantes con obesidad y BED.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La BST presenta un alto nivel de eficacia con una eficiencia equivalente a menos de 10 sesiones. 2. Los efectos se pueden percibir en cada fase del tratamiento. Durante la fase de hospitalización los pacientes no están necesariamente expuestos a tentaciones de atracones, pero se los prepara para cuando se les da de alta. Se previenen las recaídas. 3. Las personas con trastornos alimentarios graves, como el atracón compulsivo, pueden ser tratados eficazmente utilizando la TCC. No es eficaz para la pérdida de peso, sino que ayuda a los pacientes a establecer un patrón regular de alimentación.
<p>Rumia</p>	
<p>18) <i>Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review</i> (2019) por Murray, Juarascio, Di Lorenzo, Drossman, Thomas. Estados Unidos. Inglés.</p>	
<p>Objetivo: Evaluar la eficacia de la TCC en un paciente con Rumia y proporcionar recomendaciones para el uso clínico.</p> <p>Método: Estudio de caso donde se aplicó terapia cognitivo-conductual para el trastorno de la rumia. Participante: Hombre de 28 años, con diagnóstico de rumiación.</p>	<p>Resultados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Después de 7 sesiones, el paciente logró una reducción del 95% en las regurgitaciones diarias, dejó de evitar los alimentos y aumentó su actividad física 2. Se recomienda la respiración diafragmática dirigida.

19) ***Cognitive-behavioral treatment of adult rumination behavior in the setting of disordered eating: A single case experimental design*** (2016) por Thomas, Murray. Estados Unidos. Inglés.

Objetivo: Probar la eficacia del tratamiento que trata los mecanismos que mantienen la rumia.

Método: Estudio de caso. Tratamiento de una mujer de 27 años, con un historial de 15 años de Rumiación no tratada, atracones intermitentes y diagnóstico de BED. Se comparó, una fase inicial de 6 semanas (A: solo autocontrol) con una fase de tratamiento activo de 7 semanas (B: autocontrol + TCC), con un seguimiento de 23 semanas.

Resultados principales:

1. Se redujo la frecuencia de rumia durante la fase inicial de referencia (solo autocontrol) y exhibió reducciones significativas durante la fase de intervención activa (autocontrol + técnicas cognitivo - conductuales, incluida la respiración diafragmática y la experimentación conductual)
2. El tomar conciencia de la rumia condujo a una modesta reducción de la frecuencia de ésta.

Elaboración propia (2019)

En la categoría de las personas con trastorno de la conducta alimentaria no especificado se encontraron tres artículos donde se evalúa la TCC con dos ensayos clínicos aleatorizados y un estudio de caso. La modalidad de aplicación de la TCC fue tanto individual como grupal. La terapia se aplicó en combinación con estrategias narrativas y psicoeducación. En uno de los estudios [3] se aplicó TCC, abordando, en un grupo, la preocupación excesiva con la forma y el peso, la dieta extrema, los atracones, la purga, y otro grupo donde se abordaba también la intolerancia en el estado de ánimo, el perfeccionismo clínico y la baja autoestima. Los resultados sugieren que los pacientes pueden beneficiarse de la TCC individual o con enfoque de grupo. Se lograron mejoras en los síntomas de ansiedad, depresión, somáticos y estado de ánimo. Cabe agregar que se muestran los beneficios de un tratamiento enfocado tanto en la reducción de los síntomas como a la promoción de recursos (psicoeducación).

En la categoría de los trastornos evitativo/restrictivo se encontraron tres artículos donde se evalúa la TCC en dos estudios de caso y un ensayo piloto. En una de las investigaciones [4] el estudio se realizó con los padres de niños con ARFID. Se utilizaron escalas que evalúan la frecuencia y los problemas de varios comportamientos a la hora de comer del niño y los reportes del cuidador sobre el enfoque alimentario de los niños y los comportamientos de evitación de alimentos. Por otra parte también se evaluaron mediante estas escalas los problemas de comportamiento, emocionales y sociales. Los resultados indican que los niños mostraron reducciones en el consumo selectivo y los comportamientos negativos asociados a la hora de comer. Asimismo, se debe destacar que los pacientes respondieron positivamente a la TCC, aumentando su IMC (en algunos casos) y mejorando su calidad de vida. Los estudios seleccionados son todos en inglés y se han realizado en Estados Unidos, Australia y Turquía.

La tercera categoría de esta revisión pertenece a las investigaciones sobre el trastorno por atracón. Se encontraron once artículos donde se evalúa la TCC con un diseño de ensayo clínico aleatorizado. Se utilizaron cuatro estudios que incluyen medicación en combinación con TCC, psicofármacos (Fluoxetina, Metilfenidato) y fármacos para la obesidad (Sibutramina, Orlistat). Se observa que las personas que combinan la TCC con medicación presentan una remisión significativa en el peso, pero esta remisión no se mantiene en el tiempo cuando dejan de consumirlos. En el estudio que evalúa el efecto de la TCC y Fluoxetina se observó que la combinación de estos tratamientos produce una mayor reducción de los síntomas depresivos. Cabe agregar que la terapia produjo mejoras sustanciales en las preocupaciones del peso, insatisfacción corporal y pensamientos automáticos referidos a la alimentación. En general, se observa que la TCC disminuye la frecuencia de los atracones, pero no el peso o IMC.

La última categoría de la tabla es la rumia. Para este trastorno se utilizaron dos estudios de caso. Cabe destacar que una de las investigaciones [19] se inicia con técnicas de autocontrol a las cuales se agregan diferentes técnicas de la TCC (respiración diafragmática y la experimentación conductual). Como resultado de esta intervención la paciente pasó de tener catorce episodios de rumia al día a tener uno, se observa que a los seis meses ya no tenía episodios. La frecuencia de rumia mostró una tendencia lineal decreciente en los dos casos que se presentan. Estos estudios están en inglés y se realizaron en Estados Unidos.

Discusión

Los estudios que fueron elegidos para esta revisión cumplen determinados criterios de inclusión, son estudios empíricos donde se aplica TCC evaluando posteriormente los resultados. El objetivo de este trabajo se centra en hallar datos sobre los efectos de la TCC en los diferentes trastornos de la conducta alimentaria, excluyendo la bulimia y anorexia nerviosa. Se abordan estos trastornos dada la poca información que hay sobre ellos y su tratamiento. Un estudio realizado en Estados Unidos estimó que la prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón a lo largo de la vida es de 0.80%, 0.28%, y 0.85%, respectivamente (Udo & Grilo, 2018). En nuestro país no se conocen los datos sobre la prevalencia de estos trastornos. Los estudios encontrados en esta revisión evalúan conductas relacionadas con la alimentación (comidas compulsivas, restricción de alimentos, purgas), características psiquiátricas de los pacientes y efectividad del tratamiento. Cabe destacar que las investigaciones utilizadas provienen mayormente de Estados Unidos y Europa. Dentro de las limitaciones que encontramos en esta revisión debemos destacar que no se halló ningún estudio que aporte evidencia científica sobre la TCC aplicada al trastorno de Pica, por lo tanto, no contamos con datos para analizar sobre este trastorno.

Creemos relevante mencionar que se han modificado los criterios diagnósticos de los TCA del DSM-4 al DSM-5. El DSM-5 es una clasificación categorial de los trastornos mentales, pero estos no siempre se ajustan adecuadamente dentro de las fronteras de un trastorno único. Se deberán tener en cuenta múltiples factores para el diagnóstico de un trastorno alimentario. Se ha observado que diversos pacientes con un mismo diagnóstico pueden presentar perfiles sintomáticos muy variados; por lo tanto, poder establecer un diagnóstico clínico no siempre resuelve el tratamiento a seguir (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014). En el DSM-4 los trastornos de rumia, pica y evitativo/restrictivo estaban incluidos en los trastornos de la infancia y adolescencia, el DSM-5 los integra a los TCA junto con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno no especificado (Vázquez, López, Ocampo & Mancilla, 2015).

En respuesta a las clasificaciones categoriales, se ha desarrollado una nueva línea de investigación llamada RDoC (Research Domain Criteria) que utiliza criterios más amplios. Esta clasificación encuentra sus bases en tres supuestos: las enfermedades mentales son consideradas como “trastornos cerebrales”; la neuroimagen y la electrofisiología son consideradas herramientas que aportan datos importantes sobre la disfunción de los circuitos neurales; y los datos aportados de la genética serán importantes para el manejo clínico de la patología. Cabe destacar que RDoC no es un manual diagnóstico sino que plantea otra mirada de los diagnósticos mediante la incorporación de la genética, neuroimagen y ciencias cognitivas. Esta línea de investigación pretende crear un marco para la investigación en fisiopatología y sobre todo aportar a la investigación en genómica y neurociencias (Insel, Cuthbert, Garvey, Heinssen, Pine, Quinn, Sanislow & Wang, 2010). El programa RDoC fue creado por el National Institute of Mental Health (NIMH), siendo esta la principal agencia de investigación sobre los trastornos mentales de Estados Unidos.

Existen pocos estudios sobre TCA que hayan adoptado el marco de referencia de RDoC pero los datos aportados por esta línea de investigación respaldan la relevancia de las dimensiones de este enfoque para el abordaje de los TCA. Se describe un diseño de investigación en el que las evaluaciones de genes (por ejemplo, el gen transportador de serotonina), moléculas (niveles de cortisol) y circuitos (actividad de la corteza orbitofrontal de la amígdala durante una tarea que conlleve estrés social) podrían utilizarse para predecir el comportamiento alimentario. Tal diseño podría ser usado para probar las hipótesis sobre el papel del estrés en el desarrollo del trastorno alimentario y la identificación de los factores de riesgo para el atracón compulsivo (Wildes & Marcus, 2015). En general, los datos sugieren que las personas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón exhiben hipoactividad en los circuitos frontoestriales. Estos juegan un papel importante en las

decisiones con respecto a qué comer entre los individuos sanos, a su vez están implicados en la percepción de la imagen corporal y las propiedades placenteras de los alimentos. Las conductas alimentarias son reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central donde el centro regulador del apetito es el hipotálamo (Wildes & Marcus, 2015). Las personas con trastornos alimentarios tienen mayor riesgo de suicidio y complicaciones médicas. Asimismo se plantea desde ésta línea que las personas con TCA pueden tener otros trastornos mentales (comorbilidad) como depresión y ansiedad o problemas con el consumo de sustancias. Se establece un tratamiento para estos trastornos que incluye psicoterapia cognitiva, nutricionista, atención médica, fármacos o estos diferentes enfoques combinados (NIMH, 2018).

En relación al trastorno por atracón se ha observado que la frecuencia de los atracones y la patología del trastorno alimentario mejoraron considerablemente durante el tratamiento pero no el IMC (el peso). El tratamiento de este trastorno es clave ya que podría derivar en obesidad. Asimismo, en algunos de los estudios [8, 11 y 15] se utilizan fármacos que están relacionados con el control del apetito y la absorción de las grasas.

Los resultados de estos estudios dan cuenta de que la sibutramina, el orlistat y el metilfenidato que actúan a nivel neuronal y el sistema digestivo, son efectivos en la pérdida de peso y la TCC es favorable para la remisión de los atracones. Cabe destacar que la dopamina está fuertemente implicada en el comportamiento alimentario y su disfunción. Los tratamientos farmacológicos con metilfenidato y sibutramina tienen el potencial de afectar directamente la recompensa alimentaria percibida, el antojo y la ingesta, aumentando la sensación de saciedad, ya que bloquea la recaptación de dopamina y serotonina en la hendidura presináptica (Quilty, Allen, Davis, Knyahnytska & Kaplan, 2019). En el caso del orlistat, este es un inhibidor de la lipasa y actúa evitando que algunas de las grasas de los alimentos consumidos se absorban en los intestinos, eliminándolas luego en las heces y contribuyendo así a la pérdida de peso (Grilo, Masheb & Salant, 2005). Con respecto a la remisión de los atracones la TCC se enfocó en el cambio de conductas alimentarias (incluidos los atracones) y la psicoeducación obteniendo resultados positivos. Por lo tanto, se observa que el tratamiento integral para este trastorno es la combinación de TCC y fármacos.

En cuanto a los resultados de la TCC aplicada para este trastorno observamos mejoras equivalentes y sustanciales en las preocupaciones sobre el peso y la forma y la insatisfacción corporal [9]. Asimismo, los pensamientos automáticos negativos sobre el propio cuerpo y las conductas disfuncionales disminuyeron en el seguimiento.

Se ha observado que los grupos estudiados en el trastorno no especificado comparten síntomas comunes de alimentación y psicopatológicos generales. Con respecto al

tratamiento, se pueden beneficiar de la TCC individual o grupal. Más adelante se abordaran los beneficios de la modalidad grupal. Según uno de los estudios [3] se han desarrollado dos formas de la TCC “mejorada”: una dirigida exclusivamente a la psicopatología de los trastornos alimentarios y una forma más compleja y amplia que además trata ciertos problemas adicionales como la intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales, que por lo general mantienen los trastornos alimentarios o complican su tratamiento (Fairburn, Cooper, Doll, O’Connor, Bohn, Hawker, Wales & Palmer, 2009). Este tipo de intervención llega a tener una mirada sobre la persona en particular y no simplemente sobre un diagnóstico del DSM. La TCC puede ayudar a cambiar los pensamientos y las conductas y así con estos cambios ayudar a que la persona se sienta mejor. Asimismo, podemos concluir que la TCC funciona para la mayoría de los trastornos tal como se ha observado en otras revisiones donde se continúa demostrando la efectividad de la TCC para otras patologías como ser, por ejemplo, la ansiedad y la depresión (Perez & Garcia, 2001; Capafons, 2001). Se evalúa la viabilidad y la utilidad clínica de un nuevo tratamiento con enfoque psicoterapéutico secuencial donde se aplica TCC seguida de estrategias narrativas [1]. Se obtuvieron resultados positivos en cuanto a la mejora de la ansiedad y depresión, hay una mejoría en el bienestar general del paciente lo que se constituye como un factor de protección ante posibles recaídas.

Los niños diagnosticados con el trastorno evitativo/restrictivo presentan comportamientos problemáticos asociados a la hora de comer y alimentación selectiva, siendo para los cuidadores a cargo un problema. Los padres fueron elegidos como receptores del tratamiento para abordar los comportamientos arraigados y disruptivos a la hora de comer [4]. El modo de tratamiento elegido fue grupal para mejorar el acceso a la atención como parte de una iniciativa de mejora de la calidad del tratamiento. El espacio de terapia grupal promueve la escucha y la participación activa, las personas pueden compartir sentimientos y pensamientos con otras personas que están en la misma situación, favorece la puesta en común de diferentes estrategias de afrontamiento entre los integrantes del grupo. Este dispositivo es beneficioso ya que optimiza los tiempos de la terapia, promueve la comunicación de los participantes del grupo y logra realizar cambios favorables para los usuarios (Serebrinsky, 2012). Dado que en la salud mental los recursos económicos son escasos el trabajo grupal puede ser beneficioso y llegar a más personas. En nuestro país, en el marco del Programa Nacional de Salud Mental, el SNIS incluye nuevas modalidades de atención en salud mental. Este plan contempla a todos los usuarios del Sistema de Salud desde la perspectiva de la salud psicológica como un derecho y ofrece varios tipos de dispositivos de atención, entre ellos el grupal (MSP, 2011).

En cuanto a los resultados de otro estudio [4] muestra que los padres fueron efectivos como entrenadores de exposición a los alimentos marcando así una mejora de las conductas de alimentación. Es esencial la capacitación de los padres como entrenadores de exposición ya que serán ellos los que estarán con los niños en la vida diaria fuera del consultorio. Las técnicas conductuales son efectivas en cuanto a que la intervención conductual de los padres va a mejorar la adquisición de nuevos alimentos teniendo en cuenta el interés del niño.

En pacientes adultos se aplican distintas técnicas cognitivo conductuales: exposición in vivo, la desensibilización sistemática y las técnicas de reestructuración cognitiva. Con la aplicación de estas técnicas no solo se logra que el paciente incorpore a su dieta alimentos nuevos sino que aumente el tamaño de las porciones. A su vez la persona obtiene una mejora en la calidad de vida.

En lo que respecta al trastorno de Rumia, según estudios, a menudo el trastorno pasa desapercibido [19], se presenta en niños y adultos, a su vez puede coexistir con otros trastornos alimentarios. En base a lo investigado podemos pensar que en este trastorno es común el diagnóstico erróneo, personas que llevan años de síntomas prolongados y aplicación de tratamientos ineficaces. El síndrome de rumiación puede mantenerse por características que refuerzan las regurgitaciones continuas, ya sea por la probabilidad de regurgitación después de comer alimentos particulares o en respuesta a otro estímulo [18]. Las personas pueden evitar alimentos, situaciones o sensaciones asociadas con la regurgitación, pero aun así no experimentan alivio de los síntomas.

Con la TCC se logra que las personas aprenden a reconocer cuando se produce la rumiación y a inhalar y exhalar usando los músculos abdominales (respiración diafragmática) en esos momentos. Dada la evidencia, se recomienda la técnica de respiración diafragmática ya que esta relaja los músculos de la pared abdominal por lo tanto es más difícil que se produzca la contracción necesaria para la regurgitación (Murray, Juarascio, Di Lorenzo, Drossman & Thomas, 2019). Por lo ya expuesto se recomiendan también técnicas cognitivo conductuales específicas: estrategias alternativas de auto-alivio, evaluación de los miedos de la respiración diafragmática en público y exposiciones conductuales.

Como se menciona en la introducción los TCA tienen comorbilidad con los trastornos de ansiedad y depresión. El uso de las escalas de depresión, ansiedad y estrés en uno de los estudios relevados [5] mostró depresión y estrés moderados, y ansiedad extremadamente severa. En un estudio realizado con adolescentes que tienen sobrepeso se relacionan estos trastornos como factores de riesgo. Según los resultados se destaca que la presencia de ansiedad, depresión y de conductas no saludables de control del peso hace que dichas

adolescentes puedan ser identificadas como un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de alteraciones alimentarias (Cruz-Sáez, Pascual, Włodarczyk, Polo-López & Echeburúa, 2016).

Los estudios relevados presentan las siguientes limitaciones: algunos son estudio de caso entonces los resultados no podrán generalizarse, otros no tenían grupo de control por lo tanto no permite discriminar entre los efectos causados por el tratamiento y los originados por otros factores. Por otro lado, algunos utilizaron entrevistas clínicas no estandarizadas, estos datos clínicos por lo general no son tan confiables y completos como los recabados en la entrevista estandarizada. Además uno de los estudios fue un estudio piloto y por falta de recursos no se realizaron seguimientos. Finalmente, la mayoría de los estudios tuvo un tamaño muestral pequeño por lo que no permitiría detectar diferencias significativas entre los grupos.

Se comprobó que no hay casi investigaciones con evidencia científica realizadas en Latinoamérica sobre este tema. Se necesitan investigaciones futuras con múltiples grupos de TCC, comparada con otro tipo de terapia, que tenga varias mediciones en el tiempo como ser a los 3, 6 y 12 meses. Por sobre todas las cosas se necesitan estudios realizados para nuestra región.

En cuanto a los resultados obtenidos del análisis de la literatura, se puede concluir que la TCC es efectiva en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en la medida que logra mayormente la mejoría de los pacientes tratados o por lo menos la remisión de la sintomatología que los caracteriza. Los beneficios no solo se encuentran en la remisión de las conductas patológicas con respecto a la alimentación, sino que también en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition. Washington, DC. Estados Unidos. (P. 329-354)
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. (P 475, 482)
- Beck, J. 1995, *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa, 2000. Barcelona, España.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092 – 1098.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Casado, A. G., Liñán, M. J. L., Orozco, E. B., Garaventa, A. A., Beltrán, M. Á., Vidaur, F. A., & Cantón, O. S. (2018, February). Síndrome de rumiación: dificultades diagnósticas y terapéuticas de un proceso no tan infrecuente. In *Anales de Pediatría* (Vol. 88, No. 2, pp. 100-105). Elsevier Doyma.
- Centro de Psicología y Psicoterapia. *Obesidad y Trastorno por Atracón* [homepage en Internet]; Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2015. Recuperado de <https://psicologiaypsicoterapia.com/obesidad-y-trastorno-por-atracon/>
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R., & Echeburúa Odriozola, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- Dahlsgaard, K. K., & Bodie, J. (2019). The (Extremely) Picky Eaters Clinic: A Pilot Trial of a Seven-Session Group Behavioral Intervention for Parents of Children With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(3), 492-505.

- Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Ekstrand, A. C., & Villanueva, E. R. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica [Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view]. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Fairburn, C. G., Cooper D Phil, Dip Psych, Z., Doll D Phil, H. A., O'Connor, M. E., Bohn D Phil, Dip Psych, K., Hawker, D. M., ... & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Farmanuario, (2017) Edicion No. 27, Montevideo, Uruguay.
- Farrera Sabioncello, S. (2002). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer.
- Fernando, D., Tuta, G., Paola, A., & Porez, B. (2017) Terapia cognitiva.
- Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N., & Goldfield, G. (2015). Comparative distribution and validity of DSM-IV and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 100-110.
- Galdo Danza, A. (2010). Sibutramina: ¿más riesgos que beneficios? Recuperado de: <https://www.smu.org.uy>
- García-Alonso, I., Jesús, J., Vegas-Miguel, M. I., Sebastián-Vega, C., Sanz-Cid, B., Martínez-Villares, A., & Martín-Martínez, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 267-80.
- Gascón, P. y Migallón, P. (2002). La Guía de la Anorexia. "Trastornos de la alimentación", Dirección General del INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Murcia.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 265-272.

- Góngora, V., Grinhaus, A. S., & Hernández, N. S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. *Anuario de investigaciones*, 16, 25-31.
- Gordillo Benítez, M. I. (2014). Papel de polimorfismos en genes serotoninérgicos y dopaminérgicos en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Görmez, A., Kılıç, A., & Kırpınar, İ. (2018). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: An Adult Case Responding to Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Case Studies*, 17(6), 443-452.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Salant, S. L. (2005). Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1193-1201.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2005). Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*, 57(3), 301-309.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Barnes, R. D., Walsh, B. T. & Garcia, R. (2014). Treatment of binge eating disorder in racially and ethnically diverse obese patients in primary care: randomized placebo-controlled clinical trial of self-help and medication. *Behaviour research and therapy*, 58, 1-9.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1325-1339.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1119 – 1128.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H., & Forman, E. M. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and behavioral practice*, 24(1), 1-13.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2002). Long-term impact of treatment in women diagnosed with BN. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 151 – 158.

- König, H. H., Bleibler, F., Friederich, H. C., Herpertz, S., Lam, T., Mayr, A. & Hilbert, A. (2018). Economic evaluation of cognitive behavioral therapy and Internet-based guided self-help for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 155-164.
- Losada, A. V. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas Metodológicas*, Argentina, 21, 89-112.
- Mason, T. B., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Grilo, C. M., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A. & Peterson, C. B. (2017). Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Eating behaviors*, 27, 1-6.
- Ministerio de Salud Pública. (2011) Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf
- Mulkens, S., de Vos, C., de Graaff, A., & Waller, G. (2018). To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy for eating disorders: Replication and extension of our understanding of why therapists fail to do what they should do. *Behaviour research and therapy*, 106, 57-63.
- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 102-113.
- Murray, H. B., Juarascio, A. S., Di Lorenzo, C., Drossman, D. A., & Thomas, J. J. (2019). Diagnosis and treatment of rumination syndrome: A critical review. *The American journal of gastroenterology*, 114(4), 562.
- National Institute of Mental Health (2018). Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml>
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2(1), 21.
- O'Brien, K., & Vincent, N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and BN: Nature, prevalence and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57 – 74.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).

- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Ceccarini, M., & Castelnuovo, G. (2014). A brief strategic therapy protocol for binge eating disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 113, 8-15.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Quilty, L. C., Allen, T. A., Davis, C., Knyahnytska, Y., & Kaplan, A. S. (2019). A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder. *Psychiatry research*, 273, 467-474.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Sauro, C. L., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665.
- Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2018). Other Specified Feeding or Eating Disorders (OSFED): Clinical heterogeneity and cognitive-behavioral therapy outcome. *European Psychiatry*, 54, 109-116.
- Rojó, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B., & Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5144-5152.
- Serebrinsky, Horacio. (2012). PSICOTERAPIA DE GRUPO. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 10(2), 132-155. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200001&lng=es&tlng=es.
- Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body image*, 3(1), 17-23.
- Spangler, D. L. (1997). The Beliefs About Appearance Scale. Unpublished manuscript.
- Spangler, D. L. (1999). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An illustration. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 55,699-713.

- Spangler, D. L. (2002). Testing the cognitive model of eating disorders: The role of dysfunctional beliefs about appearance. *Behavior Therapy*, 33(1), 87–105. doi:10.1016/s0005-7894(02)80007-7
- Steen, E., & Wade, T. D. (2018). Treatment of co-occurring food avoidance and alcohol use disorder in an adult: Possible avoidant restrictive food intake disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 373-377.
- Theander, S. S. (2004). Trends in the literature on eating disorders over 36 years (1965–2000): Terminology, interpretation and treatment. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 4 – 17.
- Thomas, J. J., & Murray, H. B. (2016). Cognitive-behavioral treatment of adult rumination behavior in the setting of disordered eating: A single case experimental design. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 967-972.
- Turón, J., Fernández, F., & Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(1), 19-25.
- Tuta, D. F. G., Porez, A. P. B., & Camargo, Y. S. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 99-107.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-354.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Vescovelli, F., Albieri, E., & Ruini, C. (2017). Positive Narrative Therapy for an unspecified eating disorder: A child case report. *Clinical Case Studies*, 16(5), 351-369.
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2015). Application of the Research Domain Criteria (RDoC) framework to eating disorders: emerging concepts and research. *Current psychiatry reports*, 17(5), 30.