



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión Bibliográfica

Título: La Terapia de Aceptación y Compromiso en trastornos de la conducta alimentaria

Autor: Miriam Menárguez Bailén

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Elche a 3 de junio de 2015

Índice

1. Resumen.....	3
2. Marco teórico.....	4
3. Método.....	10
4. Resultados.....	11
5. Conclusiones.....	18
6. Referencias bibliográficas.....	19
Figura 1. <i>Hexaflex</i>	8
Figura 2. <i>Cuestionarios más empleados</i>	15
Tabla 1. <i>Número de artículos encontrados en las bases de datos</i>	10
Tabla 2. <i>Resumen de los estudios incluidos en la revisión</i>	12
Tabla 3. <i>Limitaciones halladas en los estudios escogidos</i>	17

Resumen

En la actualidad, no existe una terapia completamente eficaz para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) puede ser una buena opción para esta población. En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión sistemática para recabar todos aquellos estudios que han aplicado la ACT en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, así como en pacientes que presentan patología alimentaria, pero no cumplen los criterios diagnósticos. Se realizó la búsqueda en un total de 12 bases de datos. Tras descartar aquellos artículos que no eran relevantes para el objeto de estudio, quedaron 9 estudios. Ocho de estos nueve sugieren que la ACT es efectiva para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que en uno de ellos no hay diferencias de mejoría entre la ACT y otros tratamientos. En todos estos estudios se recalcan las limitaciones que presentan y, por tanto, la necesidad de realizar más investigaciones que determinen si efectivamente la ACT es la mejor opción para ayudar a esta patología.

Palabras clave: Terapia de aceptación y compromiso, trastornos de la conducta alimentaria, sintomatología alimentaria, revisión sistemática.

Marco teórico

Con el término 'trastornos alimentarios' nos referimos a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Así define Rosa María Raich (2011) los trastornos de la conducta alimentaria, entre los que destacamos la anorexia y la bulimia.

La anorexia nerviosa consiste en un trastorno grave de la conducta alimentaria en el que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura (Raich, 2011). La anorexia nerviosa puede ser de dos tipos según las conductas predominantes: tipo restrictivo, si la pérdida de peso es debida a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo y no al vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas o, de tipo purgativo si, por el contrario, el individuo ha tenido episodios de atracones o purgas (American Psychiatric Association, 2013). Por otro lado, se entiende la bulimia nerviosa como un trastorno severo de la conducta alimentaria en el cual la persona que la padece presenta frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso (Raich, 2011).

Son muchas las características cognitivas, emocionales y conductuales que presentan las personas afectadas por alguno de estos trastornos. Una de las características es el miedo obsesivo e irracional que sienten estas pacientes ante la posibilidad de engordar, además de una excesiva preocupación por el cuerpo, el peso y los alimentos (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997). A su vez, presentan una serie de distorsiones cognitivas, las cuales quedan englobadas en la Docena sucia de Cash y Brown (1987):

1. La bella o la bestia: hace referencia al pensamiento dicotómico que presentan, como por ejemplo, "o soy guapa o soy fea".
2. El ideal irreal: aparece cuando se comparan con el ideal que la sociedad impone en el momento actual.
3. La comparación injusta: en esta ocasión, se comparan con la gente que se encuentran en su vida diaria, pero escogiendo sólo a aquellas personas que presentan las características que les gustaría tener.
4. La lupa: se centran en las partes de su apariencia que consideran más negativas.
5. La mente ciega: minimizan aquellas partes de su apariencia que puedan considerarse atractivas.
6. La fealdad radiante: a raíz de criticar algún aspecto de la apariencia, se comienza a criticar otras partes hasta infravalorar cualquiera de los aspectos.
7. El juego de la culpa: creen que su aspecto corporal es el causante de cualquier fallo o desengaño.

8. La mente que lee mal: interpretan el pensamiento de los demás en función de algún aspecto de su cuerpo.
9. La desgracia reveladora: predicen desastres que ocurrirán por culpa de la apariencia.
10. El error de la belleza limitadora: ponen condiciones a cosas que las hacen imposible de llevar a cabo.
11. Sentirse fea: convierten un sentimiento personal en una verdad universal.
12. El reflejo del malhumor: traspasan el malhumor al propio cuerpo.

Otra característica cognitiva que presentan las personas afectadas por un trastorno alimentario es la distorsión de su imagen corporal. La imagen corporal es la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración, el desequilibrio o perturbación de la misma (Thompson, 1990). Las pacientes afectadas por trastornos alimentarios perciben su cuerpo como más grande de lo que realmente es. Esto, la percepción corporal, es uno de los elementos centrales de los TCA, puesto que es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007). También se han observado pensamientos obsesivos relacionados con el peso y la comida en pacientes con anorexia y bulimia (Lechuga y Gámiz, 2005).

Por último, respecto a las características emocionales, las personas afectadas por un TCA presentan sentimientos de culpabilidad tras la ingesta de alimentos, así como sentimientos depresivos: llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia, insomnio... (Raich, 2011) además de la ansiedad. En las afectadas por bulimia, señalan Lechuga y Gámiz (2005), la ansiedad precede al atracón, el cual la calma momentáneamente, aunque después vuelve con gran intensidad. En cuanto a la anorexia, la ansiedad se manifiesta, sobre todo, en los momentos en los que la paciente se enfrenta a las comidas (Lechuga y Gámiz, 2005).

Mencionar también la disfunción a nivel social que presentan estas pacientes, pues ellas mismas se aíslan al evitar situaciones sociales en las que creen que pueden ser observadas o juzgadas, por lo que se mantiene una pobre relación social con su entorno (Raich, 2011).

Entre las consecuencias físicas, aquellas personas que padecen anorexia nerviosa presentan una disminución anormal en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, osteoporosis, pérdida de músculo y debilidad muscular, deshidratación severa que puede ocasionar un fallo renal, sensación de desmayo, fatiga y debilidad, cabello y piel seca, crecimiento de lanugo (National Eating Disorders Association, NEDA, 2012), además de amenorrea, palidez y sensación de frío (Grupo de Trabajo, 2009).

Respecto a las consecuencias de la bulimia nerviosa, la NEDA (2012) advierte de las siguientes: desbalance electrolítico que puede llevar a latidos cardíacos irregulares, pudiendo provocar un fallo cardíaco y la muerte. También puede ocasionarse una ruptura gástrica durante el período de atracón, además de una ruptura del esófago debido al vómito. Otra consecuencia recae en los dientes, pues pueden destruirse debido al ácido estomacal al vomitar. Se producen también movimientos intestinales irregulares, úlceras pépticas y pancreatitis. Además, el SNS (2009) añade como consecuencias menstruaciones irregulares, dolor muscular y fatiga, irritación crónica de la garganta e inflamación de las glándulas salivares.

Respecto a los tratamientos que se están aplicando actualmente en estos trastornos, es el trastorno de la anorexia nerviosa sobre el que menor consenso existe sobre cuál es el mejor tratamiento para abordarla (Rodríguez y Rodríguez-Arias, 2008). Saldaña (2011) señala que, a pesar de que la terapia cognitivo-conductual produzca mejorías clínicas significativas, todavía no está muy clara su eficacia. Añade que actualmente es la rehabilitación nutricional el tratamiento que está mejor establecido, pero es necesario el desarrollo de una intervención psicosocial posterior.

En cuanto a la bulimia nerviosa, encontramos que la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección hoy en día, en concreto la diseñada por Fairburn, ya que es la que ha obtenido resultados positivos (Celis y Roca, 2011). A pesar de estos resultados positivos, su eficacia es limitada, puesto que sólo la mitad de los pacientes tienen una respuesta completa y duradera (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003).

Dado el incremento de la prevalencia estos últimos años de estos trastornos en la sociedad actual, con las características y las gravísimas consecuencias que acarrear, es obvia una necesidad cada vez mayor de hallar aquella intervención o tratamiento eficaz para tratar adecuadamente y con éxito estos trastornos, pues aún hoy día, a pesar del avance realizado, hay un número significativo de pacientes que se benefician poco o nada de los tratamientos, y otros muchos que recaen durante el período de seguimiento (Saldaña, 2001).

Es aquí donde entran las llamadas terapias de tercera generación, en concreto la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes en 1999 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). A diferencia de la terapia cognitivo-conductual, en la que se consideran las cogniciones como las causantes de los problemas emocionales y conductuales, y por tanto se centra en modificar, eliminar, reducir o alterar esas cogniciones, la terapia de aceptación y compromiso postula que es ese intento de controlar, reducir o eliminar las cogniciones el verdadero problema, pues ese intento de control puede provocar el efecto contrario y producir

un incremento en la intensidad, frecuencia y duración de esas cogniciones no deseadas (Mañas, 2007). A esto se le llama Trastorno de Evitación Experiencial, presente en muchas pacientes con trastornos alimentarios, pues tratan de controlar la presencia de eventos privados así como el malestar y las circunstancias que los producen (Luciano y Valdivia, 2006). Esto provoca, como hemos dicho, precisamente el efecto opuesto de lo que las pacientes quieren, resultándoles imposible alejarse de esos eventos privados.

Por ello, el objetivo de la ACT no va a ser modificar o eliminar esa cognición desagradable para la persona, sino conseguir que ésta amplíe su repertorio conductual recortado por ese condicionamiento aversivo. Básicamente, se trata de aceptar que tenemos esa cognición y actuar en función de la consecución de nuestros valores personales sin tener que modificar esa cognición (García, 2006).

El motivo por el que la ACT considera que no hay que tratar de modificar la cognición que nos genera malestar, sino aceptarla, es porque el sufrimiento es inevitable. La ACT parte de la asunción de que existe un grado de sufrimiento inherente a la vida que no se puede eliminar, por lo que hay que aceptar este hecho y dejar de luchar contra nuestras propias cogniciones y actuar de manera que nuestra conducta nos lleve a alcanzar nuestras metas y valores (García, 2006).

Afirman Heffner y Eifert (2004) que una de las mejores maneras de entender las ideas básicas de la ACT es usar sus tres siglas: Accept (aceptar), Choose (elegir) y Take action (actuar). *Aceptar* los pensamientos y sentimientos que no pueden ser controlados, dejar de luchar contra ellos y no tratar de modificarlos o eliminarlos para poder finalmente dejarlos ir. *Elegir* qué dirección queremos que siga nuestra vida, identificando qué es lo que valoramos en ella. Se trata de descubrir qué es realmente importante para nosotros y tomar entonces una decisión. Por último, *actuar* de manera que nuestras acciones nos conduzcan a la realización de nuestros objetivos. Se trata de comprometerse a tomar medidas y cambiar aquello que sí está en nuestras manos cambiar. La ACT ayuda a aprender a comportarse de una manera que nos guía hacia la consecución de los valores identificados.

Para ello, debe darse en el paciente lo que se denomina *flexibilidad psicológica*. La flexibilidad psicológica consiste en un proceso en el cual el paciente acepta los eventos privados incómodos para elegir una dirección valorada y pasar a la acción a pesar las dudas y las dificultades (Barraca, 2007). Esta flexibilidad psicológica conforma el núcleo central de la terapia de aceptación y compromiso, el cual tiene a su vez seis procesos asociados. Esto se puede observar de manera más clara si dibujamos esos seis procesos como los vértices de

un hexágono dejando en el centro el concepto de flexibilidad psicológica, tal y como vemos en la Fig. 1



Figura 1
Hexaflex

Por tanto, para alcanzar esa flexibilidad psicológica observamos que es necesario que el paciente:

1. Acepte los eventos privados que le desagradan o incomodan.
2. Se distancie de sus pensamientos y tome conciencia de que un pensamiento es tan sólo eso, un pensamiento, y que ese pensamiento no es un hecho, no le define como persona ("sentirse gorda" lo perciben igual que "ser gorda").
3. Se centre en el momento presente, en el aquí y ahora, ser plenamente consciente de la experiencia y las sensaciones que está viviendo en ese momento.
4. Sea consciente de que él es el contexto en el que se dan sus experiencias y que sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones no le definen.
5. Identifique aquellas áreas de su vida más importantes para él. Heffner y Eifert (2004) proponen nueve categorías: familia, amigos, relaciones románticas, ocio, educación, formación, participación comunitaria, salud y espiritualidad.

6. Se comprometa a actuar de forma que su conducta esté basada en aquellos valores identificados previamente.

Además de estos seis procesos, encontramos una serie de fases que conforman la estructura del tratamiento de la ACT. Pearson, Follete y Hayes (2012) proponen las siguientes:

1. *Desesperanza creativa*. En esta fase se ayuda al paciente a identificar aquellas estrategias que está llevando a cabo para sentirse mejor con su cuerpo (en el caso de los TCA) y si estas estrategias le están resultando útiles o si por el contrario, la insatisfacción corporal persiste. Con esto se pretende que el paciente sea consciente de que no sólo no se ha solucionado el problema, sino que incluso empeora, por lo que las estrategias que está realizando no son las que le van a ayudar a salir de la situación en la que se encuentra.

2. *El control es el problema*. Se le hace ver al paciente que no es posible controlar de manera consciente y deliberada los eventos privados. Tal y como dicen Heffner y Eifert (2004), puedes controlar algunas cosas en el mundo externo, pero no puedes controlar tu mundo interno. De hecho, cuanto más te dices que no pienses en algo concreto, más piensas en ello (Heffner y Eifert, 2004).

3. *Mindfulness y aceptación*. Se trabaja la defusión cognitiva, la cual consiste en ayudar al paciente a tomar distancia psicológica de sus pensamientos y sentimientos y comprobar que las asociaciones emocionales entre las palabras y los pensamientos se producen de forma accidental, por lo que podemos aprender a experimentar esas asociaciones de una manera diferente, sin necesidad de eliminarlas (Juarascio et al., 2013). Esto podemos conseguirlo mediante las técnicas del mindfulness.

4. *Clarificación de valores personales*. Se trata de ayudar al paciente a identificar lo que realmente valora en su vida y examinar la manera en la que el trastorno alimentario entra en conflicto con esos valores (Juarascio et al., 2013).

5. *Barreras a los valores*. En esta fase del tratamiento se pretende que los pacientes identifiquen aquellas cosas que podrían entorpecer el camino hacia la consecución de los valores escogidos.

6. *Acción comprometida*. Por último, se trata de que el paciente se comprometa a actuar en función de sus valores personales aun cuando eso implique enfrentarse al malestar que le provocan sus eventos privados.

Los métodos que se usan en la ACT para lograr trabajar los procesos y superar las fases son el uso de paradojas, metáforas y ejercicios experienciales. Estas tres herramientas son clave para el logro del cambio (García, 2006).

Con el fin de determinar si la Terapia de Aceptación y Compromiso podría ser una opción acertada para las personas que sufren un trastorno de la alimentación o presentan

sintomatología alimentaria, hemos llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura, cuyo desarrollo presentamos a continuación.

Método

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se realizó una selección de bases de datos científicas tanto en español como en inglés. Las bases de datos seleccionadas fueron ScienceDirect, Web of Science, Psycinfo, Psycodoc, ISOC, Scielo, Redalyc, LILACS y las revistas especializadas International Journal of Eating Disorders, European Eating Disorders, Behavior Modification e International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Excepto en esta última, en el resto se utilizaron los descriptores “acceptance and commitment therapy AND anorexia”, “acceptance and commitment therapy AND bulimia”, “acceptance and commitment therapy AND eating disorders” y “acceptance and commitment therapy AND eating pathology” (acotando la búsqueda “en título”). En la página web de la International Journal of Psychology and Psychological Therapy sólo se usó la palabra clave “acceptance and commitment therapy” debido a que no dejaba introducir más de un descriptor. No se restringió la búsqueda a un determinado rango de años. Se encontraron resultados en la International Journal of Eating Disorders, Science Direct, Web of Science, Psycinfo, Redalyc, Behavior Modification e International Journal of Psychology and Psychological Therapy, un total de 37 artículos. A continuación les presentamos una tabla con el número de artículos encontrados en cada página de búsqueda.

Tabla 1

Número de artículos encontrados en las bases de datos.

Base de datos	Número de artículos
International Journal of Eating Disorders/European Eating Disorders	1
Science Direct	5
Web of Science	9
PsycINFO	9
Psycodoc	0
ISOC en español	0
Scielo	0
Scielo España	1
International Journal of Psychology	10

Behavior Modification	2
Lilacs	0

En una segunda fase, tras la revisión de los abstract, se descartaron los artículos que no encajaban con el objetivo del presente trabajo, es decir, no aplicaban la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un trastorno alimentario o con sintomatología alimentaria, quedando un total de 20 artículos.

Dentro de esta selección, se descartaron aquellos artículos que bien se repetían en diferentes páginas de búsqueda o bien se trataban de capítulos de libros, siendo 11 los artículos restantes.

A continuación, se leyeron estos artículos para comprobar si efectivamente podrían ser relevantes para el tema de estudio. De esos 11 artículos, uno se descartó porque se trataba del diseño de un manual de tratamiento grupal basado en la ACT, pero no se aplicaba. Otro de los artículos se descartó porque se basaba en un caso que ya explicaba otro de los artículos. Otros dos artículos coincidían en la muestra y su finalidad, aunque el título y la extensión del artículo fueran diferentes, por lo que también se descartó uno de ellos. Por lo tanto, quedaron un total de 8 artículos.

Posteriormente, se revisaron las referencias de los artículos seleccionados para llegar a otros posibles artículos que no constasen en las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos. Se encontraron dos artículos de relevancia, quedando finalmente un total de 10 artículos. Nueve de ellos tratan de estudios empíricos a analizar en el presente trabajo, mientras que el restante es una revisión bibliográfica de la ACT en trastornos de la conducta alimentaria realizada por Manlick, Cochran y Koon en el año 2013. En esta revisión, se mencionan cuatro de los nueve estudios a analizar, siendo cinco nuestra aportación.

Como criterios de inclusión, se incluyeron todos aquellos estudios que aplicaban la ACT a cualquier tipo de trastorno de la conducta alimentaria, además de a grupos no clínicos, es decir, pacientes con sintomatología propia de un trastorno de la conducta alimentaria pero que no cumplían los criterios para ser diagnosticados.

Resultados

En la Tabla 2 se presenta la información principal extraída de los nueve artículos seleccionados: autores del estudio, año en el que se llevó a cabo, su finalidad, el tamaño de la muestra así como su descripción (sexo, edad y diagnóstico), método de evaluación y resultados obtenidos.

Tabla 2

Resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Autores	Año	Finalidad	N	Descripción de la muestra	Evaluación	Resultados
Heffner et al	2002	Mostrar a través de un caso cómo las técnicas de la ACT pueden ser efectivas	1	Mujer, 15 años, anorexia nerviosa restrictiva	EDI-2, IMC	Remiten los síntomas de la anorexia (excepto la insatisfacción corporal), incremento del peso a un nivel saludable, disminuye el deseo por adelgazar y sentimientos de ineficacia, recupera su ciclo menstrual.
López y Diéguez	2007	Mostrar a través de un caso la efectividad de la ACT	1	Mujer, 26 años, anorexia nerviosa subtipo mixto	IMC, Nº atracones por semana	Abandona la lucha contra pensamientos e imágenes relacionadas con la comida, tolera la ansiedad, disminuye frecuencia y magnitud de los atracones, aumento mantenido del peso en un rango más saludable
Berman et al	2009	Evaluar la efectividad de la ACT en pacientes previamente tratadas	3	Mujeres; 24, 56 y 24 años, anorexia nerviosa	IMC, SCL-90-R, EDE-Q, BDI-II, BI-AAQ, EDDS	Ganancia de peso, disminución de síntomas del trastorno alimentario
Juarascio et al	2010	Comparar la efectividad de la TCC con la ACT	55	92,6% mujeres, 7,4% hombres. Media de edad= 26 años. Patología alimentaria subclínica.	BDI-II, BAI, GAF, QOLI	Mayor disminución de la patología alimentaria en el grupo de la ACT.

Pearson et al	2012	Evaluar la efectividad de una sesión de ACT comparando con la lista de espera	73	Mujeres, de 18 a 68 años. Insatisfacción corporal.	PEWS, Appetite Awareness Self-Monitoring Forms, EAT-26, PASTAS-S, AAQ, AAQ-W	Más mejorías en actitudes respecto a la comida, ansiedad por el cuerpo y preocupaciones por comida, peso y figura en el grupo de la ACT
Juarascio et al	2013	Investigar la efectividad de tratamiento ACT grupal comparando TCC con TCC+ACT	105	Mujeres, de 18 a 65 años. Anorexia nerviosa, bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado.	EDE-Q, % de comida prohibida consumida, DDS, AAQ-II, DERS, IMC, rehospitalizaciones, BSQ, TAQ	Grupo de la ACT muestra mayor disminución en preocupación por el peso, preocupación por la figura y patología alimentaria. Mayor mejora en la voluntad de consumir alimentos estresantes en la condición de la ACT. Mayor incremento de la flexibilidad psicológica en el grupo de la ACT. Menor número de re hospitalizaciones en el grupo de la ACT.
Merwin et al	2013	Evaluar la efectividad de la ACT. Incluye sesiones familiares	6	Mujeres, de 12 a 18 años. Anorexia nerviosa.	IMC, EDE, EDE-Q, BASC-2, YQOL-R, ABOS, AFQ-Y	5 de las 6 recuperan su IMC ideal y su menstruación, la mayoría reducción de intentos de restringir comida, aumenta funcionamiento adaptativo: relaciones interpersonales, autoestima, ajuste personal; mejora calidad de vida, disminuye evitación y fusión.
Hill et al	2014	Investigar la efectividad de diez sesiones individuales de ACT	2	Mujeres, 42 y 22 años. Trastorno por atracón.	Nº de atracones al día, BI-AAQ, EDE-Q, MAC-R, EES, CIA 3.0	Paciente 1: ya no cumple criterios para Trastorno por Atracón, aumenta la flexibilidad de la imagen corporal. Paciente 2: Reduce el número de

						atracones, aumenta la flexibilidad de la imagen corporal.
Juarascio et al	2015	Examinar la relación entre los constructos de la ACT y la calidad de vida y evaluar si un tratamiento grupal basado en la ACT puede mejorar la calidad de vida más allá que un tratamiento grupal basado en la TCC	105	Mujeres, de 18 a 65 años. Anorexia nerviosa, bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado.	EDE-Q, EDQoL, DERS, AAQ-II, DDS	La mejoría en la habilidad de distanciarse de los eventos internos estresantes (defusión) correlaciona con mejoría en la calidad de vida. No diferencias entre la condición TCC y la condición TCC + ACT.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: EDI-2 =Eating Disorders Inventory (Garner, 1998); IMC=Índice de Masa Corporal; SCL-90-R=Symptom Checklist 90 Revised (Derogatis, 1994); EDE-Q=Eating Disorders Examination Questionnaire (Fairburn y Beglin, 1994); BDI-II=Beck Depression Inventory-II (Beck, Steer y Brown, 1996); BI-AAQ=Body Image Acceptance and Action Questionnaire (Sandoz y Wilson, 2006); EDDS=Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice, Telch y Rizvi); BAI=Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988); GAF=Global assesment of functioning scale (APA, 2000); QOLI=Quality of life index (Frisch, Cornell, Villanueva y Retzlaff, 1992); PEWS=Preoccupation with Eating, Weight and Shape (Neimeier et al., 2002); Appetite Awareness Self-Monitoring Forms (Craighead, 2006); EAT-26=Eating Attitudes Test (Garner et al., 1982); PASTAS-S= Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale: State Version (Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1991); AAQ= Acceptance and Action Questionnaire (Bond y Bunce, 2003); AAQ-W= Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties (Lillis y Hayes, 2008); DDS= Drexel Defusion Scale (Forman, Herbert et al., 2012); AAQ-II=Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011); DERS= Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz y Roemer, 2004); BSQ= Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987); TAQ= Treatment Acceptability (sin publicar); EDE=Eating Disorder Examination (Cooper y Fairburn, 1987); BASC-2= Behavior Assessment System for Children-2 Adolescent Version (Reynolds y Kamphaus, 2004); YQOL-R=Youth Quality of Life-Revised (Edwards, Huebner, Connell y Patrick, 2002; Patrick, Edwards y Topolski, 2002); ABOS=Anorectic Behavior Observation Scale (Vandereycken, 1992); AFQ-Y=Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (Greco, Lambert y Baer, 2008); MAC-R=Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised (Mizes et al., 2000); EES=Emotional Eating Scale (Arnow, Kenardy y Agras, 1995); CIA 3.0=Clinical Impairment Assessment 3.0 (Bohn et al., 2008); EDQoL=Eating Disorder Quality of Life (Engel et al., 2006).

Se aprecia que los estudios datan desde el año 2002 hasta el año 2015, siendo la mayoría relativamente recientes (no hace más de 5 años). En seis de ellos se aplica la ACT en población que padece anorexia nerviosa, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado. En dos de ellos se trata de una muestra no clínica (presentan algunos síntomas de los trastornos alimentarios pero no cumplen los criterios diagnósticos). En el estudio restante, se aplica la terapia a pacientes diagnosticadas de trastorno por atracón.

Las muestras de todos los estudios están compuestas por mujeres, excepto un estudio en el que hay un pequeño porcentaje de sujetos masculinos. El rango de edad comprende desde los 15 años hasta los 68 años.

En cuanto a la evaluación, además del IMC, con los diferentes cuestionarios empleados se han evaluado aspectos como síntomas del trastorno alimentario, aceptación psicológica, calidad de vida, regulación emocional, actitudes y conductas desadaptativas respecto a la alimentación, ansiedad y depresión.

Aquellos cuestionarios más empleados en varios de los estudios se muestran en la Figura 2.

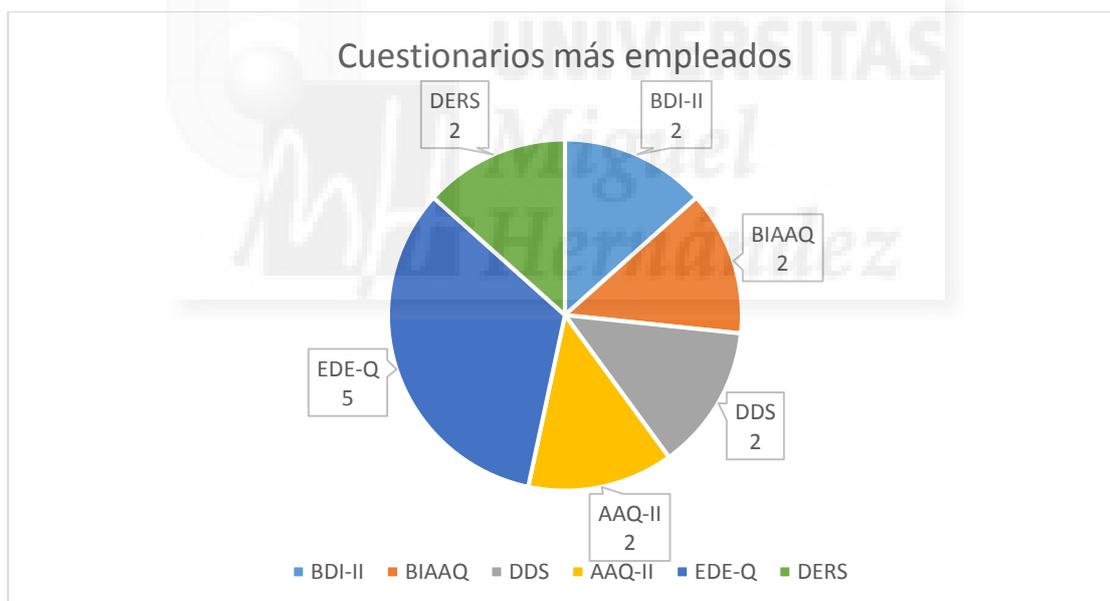


Figura 2

Cuestionarios más empleados.

Como podemos observar, es el EDE-Q el cuestionario más empleado para evaluar síntomas del trastorno alimentario.

Retomando la pregunta que tratamos de responder con esta revisión, ¿es la ACT un tratamiento eficaz en trastornos de la conducta alimentaria o en sintomatología asociada?, encontramos que ocho de los nueve estudios hallados muestran evidencias de que la ACT

podría ser una opción con la que obtener resultados positivos en pacientes con patología alimentaria.

En el estudio de Hill, Masuda, Melcher, Morgan y Twohig (2014) en el que se aplica la terapia a dos pacientes diagnosticadas de trastorno por atracón, observamos que ambas pacientes muestran mejorías tras la terapia: se reduce el número de atracones a 0 en una de las pacientes, mientras que en la otra se reduce a 3 atracones por semana (antes de comenzar el tratamiento había ocho atracones por semana). En ambas mejora la flexibilidad de su imagen corporal. Estas mejorías se mantienen en el seguimiento tres meses después de finalizar la terapia. Además, las dos pacientes refieren haber disfrutado durante la terapia y consideran que los ejercicios empleados les resultaron muy útiles.

En los dos estudios en los que se aplica la ACT en una muestra subclínica (Juarascio, Forman y Herbert, 2010; Pearson et al., 2012) podemos observar que la terapia es efectiva en ambos casos. Esto se comprueba, en el estudio de Juarascio et al. (2010) comparando los resultados de un grupo al que se le aplica la terapia cognitivo-conductual con otro grupo al que se aplica la ACT. En el estudio de Pearson et al. (2012) se comparan los resultados de un grupo al que se le aplica la ACT con otro grupo control. Los resultados de los dos estudios son similares: la patología alimentaria se reduce de forma más significativa en aquellos grupos en los que se ha aplicado la ACT.

Por último, son seis los estudios en los que se ha aplicado la ACT en pacientes con un trastorno alimentario diagnosticado. En cinco de ellos los resultados son positivos. En cuatro de esos cinco, tan solo se aplica la ACT en mujeres con anorexia nerviosa, mientras que en el quinto se compara la ACT + TCC con sólo TCC en mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado. En esos cuatro estudios en los que solo se aplica la ACT (Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; López y Diéguez, 2007; Berman, Boutelle y Crow, 2009 y Merwin, Zucker y Timko, 2013) se encuentran mejorías: incrementa el peso a un nivel saludable y remiten los síntomas asociados a la anorexia nerviosa. En el quinto caso en el que se compara la ACT + TCC con sólo TCC (Juarascio et al., 2013) hallamos que, aunque se observaron mejorías en ambas condiciones, es en la condición que incluye la ACT donde se consiguen mayores beneficios.

En el sexto y último estudio (Juarascio, Schumacher, Shaw, Forman y Herbert, 2015) se compara un grupo en el que se ha aplicado TCC con otro grupo en el que se ha aplicado TCC + ACT. Se hipotetiza que en ambas condiciones mejoraría la calidad de vida, pero es en la segunda condición (TCC + ACT) donde se darían mayores mejorías. Esta hipótesis no se confirma a la vista de los resultados obtenidos, pues aunque hay mejorías en ambas condiciones, no se hallan diferencias entre ellas.

A pesar de los resultados positivos obtenidos en ocho de los nueve estudios, debemos tener en cuenta las limitaciones que presentan. Podemos ver un resumen de estas limitaciones en la Tabla 3.

Tabla 3

Limitaciones halladas en los estudios escogidos

Autor	Año	Limitaciones
Heffner et al	2002	Las técnicas ACT son combinadas con técnicas cognitivo-conductuales. La paciente tiene un buen funcionamiento y está en fases tempranas de la anorexia, por lo que no se pueden extrapolar los resultados a pacientes crónicas u hospitalizadas.
Berman et al	2009	El diseño no es experimental. Escaso número de observaciones de referencia.
Juarascio et al	2010	La muestra es subclínica, por lo que no se puede generalizar a pacientes diagnosticadas de un trastorno de la conducta alimentaria. Método de medida de la patología alimentaria simplista. Incapaz de medir el grado de qué patología alimentaria es el foco del tratamiento.
Pearson et al	2010	Falta de un seguimiento más extenso en el tiempo. Falta de especificación con la cual la muestra fue seleccionada y definida. Falta de medidas de conductas observables.
Juarascio et al	2013	El uso del programa del tratamiento residencial no era el grupo de comparación ideal. Necesidad de un diseño más riguroso donde se use asignación aleatoria. Es posible que los efectos observados se debiesen a un mayor contacto con los terapeutas de la condición ACT. También, la poca implicación anterior de los investigadores en la residencia. El estudio no utilizó medidas formales de adherencia y fidelidad.
Merwin et al	2013	Se centra en las contingencias de refuerzo negativo, cuando hay otros factores que también influyen. Falta de datos de medida. Necesario un seguimiento más completo y mantenido en el tiempo. No se incluyó una medida de la rigidez de los adolescentes con respecto a la comida y a la imagen corporal.
Hill et al	2014	La duración del tratamiento no está empíricamente determinada. El tamaño de la muestra es pequeño. Todos los datos han sido registrados por las propias pacientes, por lo que pueden haberse sentido presionadas y haber contestado de maneras deseables.
Juarascio et al	2015	Los datos han sido obtenidos de un estudio ya realizado en un centro en el cual las pacientes de la condición TAU ya podrían haber recibido tratamiento basado en la ACT. La estructura del tratamiento limita la cantidad de entrenamiento en ACT. Escasos criterios de selección. Alta

tasa de abandonos. Necesario un seguimiento más completo y mantenido en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

A pesar de las limitaciones, los estudios presentados en este trabajo arrojan resultados esperanzadores respecto al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que en la actualidad todavía no es conocido un tratamiento eficaz en todas o la mayoría de estas pacientes. La ACT puede ser la mejor opción debido a que su elemento central, el cual es la flexibilidad psicológica, carga contra los elementos centrales de los trastornos de la conducta alimentaria: estrategias de control ineficaces y la falta de voluntad de contactar con emociones o pensamientos negativos (Heffner et al., 2002).

Los tratamientos actuales se centran en reducir los síntomas (Pearson et al., 2012), lo cual es verdaderamente difícil debido a la naturaleza egosintónica que presentan las cogniciones propias de estos trastornos (Juarascio et al, 2010). Por tanto, la ACT puede resultar eficaz porque su objetivo no es cambiar esas cogniciones, sino ser capaces de experimentarlas sin responder a ellas restringiendo comida, sin estar de acuerdo con ellas, sin discutir con ellas (Heffner y Eiffer, 2004).

Otra de las razones principales por las que la ACT podría ser la mejor opción es por el abordaje de la falta de motivación que normalmente tienen las pacientes afectadas por este tipo de trastornos. Sus objetivos están enfocados hacia la comida y la apariencia física, y la única manera que conciben para conseguir esos objetivos es restringiendo comida o llevando a cabo conductas de purga. Uno de los componentes de la ACT, identificar lo que realmente valoran en la vida, les puede ayudar a aumentar esa motivación para así reorientar sus conductas hacia la consecución de esos valores, además de ser capaces de tolerar eventos internos incómodos pues la reacción a un pensamiento o sentimiento se puede modificar, pero la experiencia interna no (Juarascio et al., 2010).

Además de los estudios que aplican la ACT en pacientes diagnosticadas de algún trastorno de la conducta alimentaria nos parecía interesante incluir en esta revisión los estudios en los que se aplica la ACT en aquella población que no cumple los criterios diagnósticos para uno de estos trastornos, pero que sí sufren día tras día las limitaciones que puede suponer mantener una insatisfacción corporal, debido a los sentimientos, pensamientos y conductas que se derivan de esta insatisfacción, como por ejemplo, conductas de purga, atracones, hacer dieta de forma crónica, depresión, ansiedad, baja autoestima, pobre calidad de vida, etc (Pearson et al., 2012). Aunque no cumplan todos los criterios necesarios para ser un

trastorno alimenticio, estos síntomas pueden suponer un grado de malestar tan intenso que puede impedir a este tipo de población vivir una vida plena basada en sus valores, por lo que la ACT podría resultarles beneficiosa.

A la vista de los resultados positivos obtenidos en estos estudios, consideramos necesaria la realización de investigaciones más extensas para poder desarrollar tratamientos basados en esta terapia, examinar de manera más amplia y profunda sus efectos y poder así obtener mayor seguridad acerca de la eficacia de esta terapia y concluir si efectivamente es la mejor opción para tratar los trastornos de la conducta alimentaria, así como población subclínica.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Washington, DC.
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.
- *Berman, M. I, Boutelle, K. N. y Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17, 426-434.
- Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41, 509-528.
- García, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé*, 5(2), 287-304.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M. y Eifert, G. H. (2004). *The Anorexia Workbook: How to accept yourself, heal your suffering and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- *Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nerviosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.
- *Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R. y Twohig, M. P. (2014). (en prensa). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- *Juarascio, A., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190.
- Juarascio, A. S., Kerrigan, S., P. Goldstein, S., Shaw, J., Forman, E., Butryn, M. y Herbert, J. D. (2013). Baseline eating disorder severity predicts response to an acceptance and commitment therapy-based group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 74-78.
- *Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 42-47.
- *Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M.,..., Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489.
- Juarascio, A. S., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L. y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 85-94.
- Lechuga, L. y Gámiz, M. N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria: aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 142-157.
- *López, M. y Diéguez, M. (2007). «No pienses en un oso blanco». Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99), 85-89.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V. y Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *The Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 115-122.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Mateos-Parra, A. y Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista electrónica de Psicología*, 1.

- *Merwin, R. M., Zucker, N. L. y Timko, C. A. (2013). A pilot study of an acceptance-based separated family treatment for adolescent anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*, 485-500.
- National Eating Disorders Association (2012). *Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios*. Recuperado el 16 de marzo de 2015 desde <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>
- *Pearson, A. N., Follette, V. M. y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disorderer eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 181-197
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, J. E. y Rodríguez-Arias, J. L. (2008). Abordaje clínico de los trastornos de la alimentación. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria, 8(2)*, 167-183.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz, 8*, 171-183.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema, 13(3)*, 361-392.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance. Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.