



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2023-2024

Trabajo de Fin de Máster

**Adaptación y Aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual en
adolescentes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria.**

Autora: Paula Gil Ferris
Tutora: Yolanda Quiles Marco
Tutora: María José Quiles Sebastián
COIR: TFM.MPG.YQMYMJQS.PGF.231007

Resumen

Objetivos. Implementar un programa basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en adolescentes (Rathus y Miller, 2014) con un trastorno de conducta alimentaria (TCA) y evaluar los cambios en las variables tolerancia al malestar, sintomatología alimentaria, estado anímico, conciencia plena, regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

Método. Se realizó un estudio cuasi-experimental pre-post con un único grupo de 13 pacientes diagnosticadas con un TCA con una media de 15,38 años (DT=0,961). Se aplicó una adaptación de la DBT que constó de 9 sesiones semanales, de 90 minutos, donde se aplicaron los módulos de habilidades de mindfulness y de tolerancia al malestar. Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario ad-hoc de variables sociodemográficas y clínicas, Cuestionario de evaluación de los trastornos alimentarios (EDE-Q), Escala de atención plena (MAAS), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), Escala de tolerancia al estrés (DTS) y el Inventario multidimensional de estimación del afrontamiento (COPE-28). *Resultados.* Se observaron diferencias significativas pre y post intervención en las puntuaciones del EDE-Q que evalúa sintomatología alimentaria y en las puntuaciones del DTS, que evalúa tolerancia al estrés. *Discusión.* Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la aplicación de los dos primeros módulos de la DBT para adolescentes puede ser adecuadas para mejorar la tolerancia al malestar y la sintomatología alimentaria en pacientes con TCA.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, terapia dialéctico conductual, adolescentes, terapia grupal, mindfulness y tolerancia al malestar.

Abstract

Objective: Applying a programme based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) for teenagers (Rathus and Miller, 2014) with eating disorders (ED) to evaluate the changes observed in the variables such as distress tolerance, eating symptomatology, mood symptomatology, mindfulness, emotional regulation, and coping strategies. *Method.* We conducted a pre-post quasi-experimental study with a single experimental group of 13 patients diagnosed with ED with an average of age of 15.38 years (SD=0.961). This adaptation of DBT consisted of 9 weekly sessions of 90 minutes applying two modules: Mindfulness and Distress Tolerance. The following instruments were used: ad-hoc questionnaire to collect sociodemographic and clinic variables, Eating Disorder Examination (EDE-Q), Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Stress Tolerance Scale (DTS), and the Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-28). *Results:* Significant differences were observed in EDE-Q scores assessing eating symptomatology and in DTS scores assessing stress tolerance. *Discussion.* The results of this study show that the application of the first two modules of the DBT for adolescents may be suitable for improving distress tolerance and symptomatology in patients with ED.

Key words: eating disorders, dialectical behavior therapy, teenagers, group therapy, mindfulness and distress tolerance.

Introducción

De acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos que se caracterizan por un patrón perturbado en la alimentación, motivado por una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal. Este patrón está acompañado de un intenso temor a aumentar de peso, así como de un comportamiento alimentario alterado, utilizándolo como una estrategia para gestionar las emociones de manera desadaptativa.

Los TCA representan la tercera enfermedad de larga evolución más común en la población joven, siendo uno de los diagnósticos más frecuentes entre las mujeres adolescentes (Gaete y López, 2020). Estos trastornos tienden a manifestarse a edades cada vez más tempranas, en parte debido a la actual importancia otorgada al aspecto físico, la sobrevaloración de la delgadez y la presión asociada a los estándares de belleza (Rojo-Moreno et al., 2015). La prevalencia de los TCA en España se sitúa entre el 3,6% y el 4,1%, y alcanza un 2,2% en Europa (Arija-Val et al., 2022).

Históricamente, se ha considerado que estos trastornos afectaban principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes de nivel económico medio, sin embargo, la población afectada se ha diversificado, evidenciándose en un amplio rango de edades y en ambos sexos (Godart et al., 2015). Se ha encontrado un aumento en la prevalencia en el género masculino, como en los diferentes niveles socioeconómicos (Gaete y López, 2020).

La etiología de los TCA es de naturaleza multifactorial (Fairburn, 2008). Se ha resaltado la presencia de una asociación genética en todos los tipos de TCA (Thornton, Mazzeo, Bulik, 2011), donde factores genéticos y disfunciones neurobiológicas, especialmente en la regulación de la serotonina, desempeñan un papel crucial en su desarrollo (Kaye et al., 2010). La investigación actual destaca la importancia de los

factores sociales y las situaciones estresantes en la génesis de estos trastornos (Mota et al., 2023). La presión social, especialmente en relación con la imagen corporal y el peso, se ha identificado como un factor significativo en el desarrollo de estos trastornos, donde la percepción distorsionada de la imagen corporal puede ser influenciada por comentarios negativos o juicios relacionados con la apariencia física, contribuyendo así a la vulnerabilidad hacia estos trastornos alimentarios (Bustinzar et al., 2023). Además, situaciones estresantes como conflictos familiares o abusos han sido asociadas con su aparición (Calleja, 2021). En el ámbito de los factores psicológicos, investigaciones recientes resaltan la importancia de la baja autoestima, la sobrevaloración de la imagen corporal y el peso, la intolerancia emocional, las dificultades en la regulación y reconocimiento de las emociones, la pobre flexibilidad cognitiva y la tendencia a centrarse en los detalles como factores psicológicos predisponentes (Fuglset, 2019). La etiología de los TCA también revela la influencia significativa de la dinámica familiar en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Según Salgueiro y Kirszman (2012), la preocupación desmesurada por la imagen corporal y las expectativas elevadas en el seno familiar pueden contribuir a la vulnerabilidad de los individuos en su desarrollo. Además, Losada y Bidau, (2017) destacan que la falta de apoyo emocional y problemas en la comunicación pueden crear un entorno propicio para la adopción de conductas alimentarias desordenadas.

La probabilidad de comorbilidad con otras patologías mentales es elevada (APA, 2014). Es frecuente que personas con un TCA también presenten otros diagnósticos como la depresión y la ansiedad manifestándose en alrededor del 50% de los pacientes con TCA (Belloch, 2020). Además, se ha observado comorbilidad con el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y abuso de sustancias (Arija-Val et al., 2022). Los TCA presentan complicaciones serias

para la salud, además una elevada tasa de mortalidad y una propensión a la cronicidad (Rojo et al., 2015). El bajo peso puede ocasionar complicaciones médicas graves como la desnutrición, bradicardia, hipotensión y atrofia muscular (Baile y Gonzalez, 2014). Por otra parte, los vómitos pueden llevar a desequilibrios electrolíticos, erosión dental y síndrome de vómito cíclico (Mitchell et al., 2016). También presentan alteraciones psicosociales ya que la preocupación por el peso y la figura corporal llegan a abarcar todas las áreas personales, llegando a convertirse en el objetivo central y único, y en motivo de aislamiento (Castejón y Berengüí, 2019). Socialmente, estos trastornos pueden conducir al aislamiento, estigmatización y dificultades en las relaciones interpersonales (Murray, Rieger y Byrne, 2013). La dinámica familiar que se establece puede experimentar tensiones considerables, caracterizadas por la preocupación constante por la salud del afectado y la necesidad de adaptarse a cambios en los hábitos alimentarios y comportamientos relacionados (Lock y Le Grange, 2019). Además, la familia puede enfrentarse a desafíos emocionales y comunicativos al lidiar con la angustia y la incertidumbre asociadas con los TCA (Salgueiro y Kirszman, 2012).

Entre los TCA, en este trabajo destacamos la anorexia y la bulimia nerviosa, el trastorno de atracón y los trastornos de la conducta no especificados. La anorexia nerviosa se caracteriza, según los criterios del DSM-5 (APA, 2014), por la restricción de la ingesta que conduce a una reducción significativa del peso corporal. El manual no especifica un punto de corte de peso, pero indica que debe ser inferior al mínimo esperado según la edad, sexo, desarrollo y salud del individuo. Además, para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, se deben cumplir criterios como el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la imagen corporal. El DSM-5 también diferencia entre dos tipos de anorexia nerviosa: el patrón restrictivo y el patrón de atracones/purgas (APA, 2014). La bulimia nerviosa se define principalmente por la presencia de atracones, que

consisten en el consumo de una cantidad significativamente grande de alimentos en un período de tiempo corto, acompañado por la sensación de pérdida de control. Asimismo, en este trastorno se observan conductas compensatorias inadecuadas, las cuales se llevan a cabo con el objetivo de contrarrestar el aumento de peso asociado a los episodios de atracón (APA, 2014). La característica que define al trastorno de atracón en la presencia de atracones, pero en ausencia de conductas compensatorias (APA, 2014). Por su parte, el trastorno de conducta alimentaria no especificado es una categoría diagnóstica que engloba patrones alimentarios y preocupaciones por el peso que no cumplen los criterios específicos de otros trastornos. Se utiliza cuando hay síntomas significativos de trastornos alimentarios, pero no se ajustan claramente a clasificaciones específicas (APA, 2014).

Respecto al tratamiento en niñas y adolescentes diagnosticadas de anorexia nerviosa la terapia basada en la familia (Family Based Treatment, FBT; Lock y Le Grange, 2005), es la intervención que se considera más eficaz (Agras et al., 2014, Couturier et al., 2020, Le Grange et al., 2016, Lock y Le Grange, 2019, Peterson et al., 2020). En adultos, el tratamiento de primera elección es la Terapia cognitivo conductual (TCC) centrada en los trastornos de la alimentación en formato individual de Fairburn, (2008), (NICE, 2017). Se ha demostrado que la eficacia de la terapia psicológica aumenta cuando los problemas médicos han sido abordados, superados y el índice de masa corporal (IMC) se mantiene en niveles razonablemente altos, alrededor de 18 (Fairburn, 2008). Por ende, se destaca la importancia de combinar enfoques psicológicos con intervenciones nutricionales (Fonseca, 2021). En el caso de la bulimia nerviosa, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) individual o en forma de libro de autoayuda (Fairburn, 2008) se presenta como la primera opción de tratamiento psicológico (Fairburn et al., 2015; Hay, 2013). La guía NICE (2017) recomienda

considerar la autoayuda guiada centrada en la bulimia nerviosa como la principal intervención para adultos con este trastorno. Además, se sugiere incorporar la terapia familiar en casos que involucren a jóvenes (Agras et al., 2014). En lo que respecta a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), el profesional de la salud decidirá la terapia más apropiada, seleccionando entre las modalidades diseñadas para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, según la sintomatología predominante (NICE, 2017).

La eficacia de los tratamientos aplicados a las pacientes jóvenes con TCA es baja (Keel et al., 2010), lo que subraya la necesidad de explorar nuevas herramientas y enfoques que puedan complementar y mejorar la adherencia y eficacia de los tratamientos existentes. En este sentido se ha iniciado la investigación sobre la eficacia de las terapias de tercera generación aplicadas a los TCA. Un metaanálisis reciente (Linardon et al., 2017) que abarcó 24 estudios, incluyendo 13 ensayos aleatorizados, concluye que las intervenciones de tercera generación podrían tener efectos potencialmente beneficiosos en estas pacientes, especialmente en la mejora de la alimentación alterada y la preocupación por la imagen corporal.

La Terapia Dialéctico Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT) desarrollada por Marsha Linehan (1993ab), se considera un tratamiento transdiagnóstico, dentro de las terapias de tercera generación, aplicable tanto a adultos y adolescentes que presentan dificultades en la regulación emocional (Wisniewski y Kelly 2003). La DBT puede beneficiar a los pacientes con TCA al abordar la desregulación emocional, un desencadenante y mantenedor común de las conductas alimentarias patológicas como la restricción, atracones o purgas (Rathus y Miller, 2014). La DBT ha dado lugar a versiones específicas para la anorexia nerviosa, como la DBT-apertura radical (Radically Open-DBT; Lynch, 2018ab) centrada en abordar el exceso de control.

También en esta misma línea, se realizó otra adaptación de la DBT para bulimia nerviosa centrada en las señales apetitivas como factores contribuyentes del desarrollo y mantenimiento de los síntomas bulímicos, llamada DBT focalizada en el apetito (DBT-Aptettite-Focused; Hill, Craighead y Safer, 2011). También en esta línea encontramos una adaptación para el trastorno por atracón (Telch, Agras y Linehan, 2001). Se ha demostrado que la DBT es un tratamiento efectivo tanto para pacientes con comorbilidades en otros trastornos mentales como para aquellos con sintomatología alimentaria aislada (Wisniewski y Ben-Porath, 2015).

Según la Guía Canadiense para los tratamientos aplicados a niñas y adolescentes con TCA (Couturier et al., 2020) se subraya que la DBT ha demostrado resultados prometedores en todos los tipos de TCA, aunque destaca que la evidencia disponible hasta el momento es limitada, y se requieren más investigaciones en este ámbito (Lock y La Via, 2015). Respecto a la revisión de la literatura, Fonseca (2021) recoge algunos estudios en los que se ha utilizado la DBT en pacientes con TCA. Salbach-Andrae y colaboradores (2008) presentaron una serie de casos donde evaluaron la eficacia de un tratamiento de 25 semanas basado en DBT, que incluía terapia individual y grupo de entrenamiento en habilidades con doce adolescentes con diagnóstico de BN y AN. Encontraron disminución en la sintomatología alimentaria y en la psicopatología general. En un estudio piloto, se examinó la eficacia de un programa formado por terapia individual, grupos de entrenamiento en habilidades y acceso a asesoramiento entre sesiones en un grupo de 10 adolescentes con BN, ideación suicida y autolesiones. Las participantes experimentaron una reducción significativa en el número de episodios de atracones, así como en la ideación suicida y las conductas purgativas (Fischer y Peterson, 2015). En una muestra de mujeres con diagnóstico de BN junto con TLP donde se aplicó la DBT con una duración de entre 3 y 12 meses, se encontraron

resultados satisfactorios en todos los casos de BN excepto en uno, consiguiendo eliminar los atracones, las conductas purgativas, el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo, las conductas autolesivas y el vómito (Safer, Telch y Agras, 2001). En el año 2015, Crespo llevó a cabo una revisión sistemática centrándose en la DBT y sus efectos sobre los síntomas de los atracones (Crespo, 2015). En 9 de los 10 estudios se mostró una reducción significativa en el estado de ánimo deprimido, en el comer emocional y conducta de atracones, así como una mejora en la estabilización del peso, encontrando un efecto más marcado en los casos de trastornos comórbidos con el TLP. Se concluyó que la implementación de la DBT demostró ser beneficiosa en el tratamiento de trastornos alimentarios, destacando su eficacia en la reducción de los atracones. En una revisión Block (2016) sugiere que la DBT sigue siendo beneficiosa para los TCA, incluso cuando no se ofrece en su formato integral. Los estudios revisados encontraron resultados positivos tanto al proporcionar un programa completo de DBT como en modalidades más específicas, como terapia individual, grupo de habilidades, guía de autoayuda combinada con coaching telefónico y enfoques centrados únicamente en el módulo de atención plena, todos los cuales contribuyeron a la reducción de los síntomas de los TCA (Block, 2016).

La DBT presenta una estructura básica muy clara, formada por una parte de terapia individual dirigida a trabajar la motivación, otra parte grupal que sirve para el entrenamiento en habilidades y otra también individual, pero de contacto telefónico (Linehan, 1993). Está dividida por etapas, y cada una de ellas tiene su jerarquía de prioridades y objetivos (Linehan, 1993ab). La etapa, conocida como pretratamiento, se centra en la evaluación del consultante, la orientación hacia la DBT y la garantía del compromiso. Se centra en ayudar a los pacientes a adquirir habilidades para mantenerse a salvo y en control conductual. La etapa 2 involucra procesos emocionales de traumas

pasados y experiencias emocionales angustiantes. La etapa 3 aborda la gestión de la felicidad y la infelicidad, así como los desafíos cotidianos. Por último, la etapa 4 se centra en alcanzar la trascendencia, la alegría, y la construcción del significado de la vida (Linehan 1993ab). Las habilidades que se entrenan se agrupan en cuatro módulos: Habilidades de Mindfulness, Habilidades de Regulación Emocional, Habilidades de Efectividad Interpersonal y Habilidades de Tolerancia al Malestar. La cumplimentación de todos los módulos generalmente lleva alrededor de 6 meses (Linehan 1993ab). Sin embargo, en el entrenamiento de habilidades para adolescentes tiene cinco módulos. El módulo de Habilidades de Caminado por el Sendero del Medio fue específicamente desarrollado para adolescentes y sus familias (Miller, Rathus y Linehan, 2006) y consiste en enseñar métodos que sirven para reducir los conflictos familiares a través de la validación, los principios para lograr cambios conductuales y favorecer el pensamiento dialéctico. Por lo tanto, se dedica menos tiempo a cada módulo que en la DBT estándar, ya que la duración total es la misma. Rathus y Miller (2014) autores de la adaptación de la DBT para adolescentes aplicada en este trabajo, mantienen los elementos esenciales de DBT (Miller, Rathus y Linehan, 2006), sus modificaciones se basan en características inherentes a los adolescentes como pueden ser el diferente desarrollo emocional y cognitivo respecto a los adultos, asisten a la escuela, conviven y dependen de su familia para el funcionamiento diario, incluyendo la realización de terapia (Rathus y Miller, 2014). Estos autores indicaron que la DBT es un tratamiento efectivo tanto en adultos que presentan comorbilidad entre TLP y TCA (Palmer, 2003), así como independiente para trastornos alimentarios (Safer, Telch, & Agras, 2001; Safer, Telch, & Chen, 2009; Telch, Agras, & Linehan, 2001).

El tratamiento sigue una distribución de una sesión semanal, donde cada módulo tiene una duración de cuatro sesiones, exceptuando el módulo conjunto de Orientación y

Habilidades Mindfulness que se aplica antes de cada nuevo módulo, repitiéndose cuatro veces a lo largo de todo el tratamiento, y se aplica en dos sesiones cada vez que se repite. Igualmente, el módulo de Habilidades Mindfulness también se aplica en dos sesiones (Miller, Rathus y Linehan, 2006). Además, los autores indican que la frecuencia y la duración de las sesiones del entrenamiento en habilidades puede variar, lo que refleja esta estructura flexible que conforma la DBT. Los autores también proponen algunas adaptaciones que se pueden realizar de esta terapia aplicando únicamente alguno de sus módulos. Así, por ejemplo, en el estudio que realizaron Cohen-Katz et al., (2004) donde se entrenaron, durante 2 semanas, habilidades de mindfulness, una selección de habilidades de tolerancia al malestar y de regulación emocional. También destacan que dependiendo de la problemática que presente el paciente, se trabajará un módulo u otro, por lo que no es necesario seguir siempre la misma estructura. Por ejemplo, señalan que, si se identifican problemas interpersonales como su dificultad primaria, se recomienda el módulo DBT en efectividad interpersonal y mindfulness; o si una persona solo presenta desregulación del self, incluyendo falta de conciencia de experiencias y metas actuales, con poca o ninguna afectación en otras áreas de funcionamiento, se recomendaría el entrenamiento en mindfulness DBT (Rathus y Miller, 2014).

En la literatura podemos encontrar diversos estudios en los que se han aplicado únicamente alguno de los módulos de la DBT, sobre todo en TLP, encontrando mejorías tanto en los módulos que se aplicaron (mindfulness, regulación emocional o tolerancia al malestar) como en sintomatología depresiva (Carmona, 2019; Maleva, 2017; Modares, 2011).

El objetivo de este estudio fue aplicar una adaptación de la DBT basada en la aplicación de los módulos de mindfulness y tolerancia al malestar en pacientes

adolescentes con un TCA, así como analizar si se producen cambios en las dimensiones atención plena, tolerancia al malestar, estrategias de afrontamiento, dificultades en regulación emocional, depresión, ansiedad y estrés y sintomatología alimentaria. En este sentido, la hipótesis que se plantea es que las puntuaciones en dichas variables mejorarán tras la aplicación del programa.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron un total de 13 mujeres adolescentes, de las cuales finalmente 8 completaron la intervención. Todas presentaban diagnóstico de TCA y estaban recibiendo tratamiento especializado en régimen de hospital de día en un centro especializado. La media de edad fue 15,38 años ($DT=0,961$). Respecto al diagnóstico, 8 pacientes estaban diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) restrictiva (61,5%) y 5 pacientes (38,46%) recibieron el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Este diagnóstico fue facilitado por las profesionales sanitarias que atendían a estas pacientes en el hospital de día, atendiendo a criterios del DSM-V. En relación con el nivel de estudios, 9 pacientes (69,3%) cursaban la educación secundaria obligatoria, 2 de ellas (15,4%) bachillerato y 2 pacientes (15,4%) formación profesional. En cuanto a la duración del TCA, el rango osciló entre los 1 y 3 años ($M=1,87$ y $DT=0,75$). En cuanto al tratamiento farmacológico, 5 pacientes (38,4%) no recibían medicación, 4 de ellas (30,7%) tomaban antidepresivos, 2 pacientes (15,38%) antidepresivos junto con ansiolíticos y 2 de ellas (15,38%) tomaba antidepresivos junto con antipsicóticos. En cuanto a la comorbilidad, un 53,84% no presentaba comorbilidad con ningún diagnóstico, un 15,38% estaban diagnosticada de TLP, una paciente presentaba trastorno de la personalidad no especificado, otra de ellas

trastorno del espectro autista (TEA), otra presentaba trastorno de ansiedad y una presentaba diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas y de salud.

Variables sociodemográficas y clínicas: cuestionario elaborado ad-hoc (ver anexo). Las variables clínicas fueron cumplimentadas por la psicóloga que atendía a cada participante en el centro de día: diagnóstico, duración del TCA, comorbilidad, tratamientos e ingresos previos, tratamiento farmacológico e índice de masa corporal (IMC).

Sintomatología propia del TCA

Eating Disorder Examination (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1993). Evalúa comportamientos, actitudes y sentimientos con respecto a la alimentación y la imagen corporal en los TCA. Compuesto por 38 ítems la mayoría se responden en una escala de respuesta en formato Likert con 7 opciones de respuesta desde “ningún día” a “todos los días” y otros de respuesta abierta o binaria que se distribuyen en cuatro factores: restricción alimentaria, preocupación por el peso, la figura y por comer. Puntuaciones elevadas indican mayor sintomatología. La validación española presenta una consistencia interna de entre $\alpha=,74$ y $\alpha=,93$ en las dimensiones y en la escala total (Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2013).

Conciencia plena

Escala de atención plena (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS; Brown y Ryan, 2003). Cuestionario unifactorial de 15 ítems con opciones de respuesta en escala Likert donde el participante elige la opción que mejor describe su nivel de acuerdo con cada afirmación evaluando la disposición de una persona a prestar atención de manera plena

y consciente. Ha sido validado al español con una muestra de estudiantes de universidad y pacientes con cáncer (Soler et al., 2012), presentando un índice de fiabilidad de $\alpha=,89$.

Ansiedad y depresión

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Cuestionario compuesto por 21 ítems donde los participantes deben calificar en qué medida cada afirmación describe su experiencia puntuando en una escala de cuatro puntos, desde "nada aplicable" hasta "muy aplicable". Los ítems se dividen en tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. La validación española presenta consistencia interna entre $\alpha=,70$ y $\alpha=,84$ (Badós, Solanas y Andrés, 2005).

Regulación emocional

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004). Escala de 28 ítems diseñada para medir las dificultades en la regulación emocional. Compuesto por las subescalas: descontrol, rechazo, interferencia, desatención y confusión. Las puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación emocional. La adaptación al español (Hervás, 2008) tiene un buen nivel de consistencia interna entre $\alpha=,73$ y $\alpha=,71$, y una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 6 meses ($p=0,74$, $p<.001$).

Tolerancia al malestar

Escala de tolerancia al estrés (Distress Tolerance. Scale, DTS; Simons y Gaher, 2005.) Es un instrumento de 15 ítems desarrollado para evaluar la capacidad de una persona para tolerar y manejar situaciones estresantes o aversivas. Cuenta con 4 subescalas: habilidad percibida para tolerar el estrés emocional (tolerancia), la valoración subjetiva del estrés (valoración), atención a emociones negativas (absorción) y esfuerzos para aliviar el estrés (regulación). Se utilizó la validación española (Sandín et al., 2017) que

presenta una consistencia interna de $\alpha=.82$ y adecuada estabilidad temporal al evaluar 7 meses después (DTS total $r=.70$).

Afrontamiento

Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (Coping Orientation to Problems Experienced, COPE; Carver, 1997). Evalúa las estrategias de afrontamiento utilizada por individuos para hacer frente a situaciones estresantes. Está formada por 28 ítems en formato Likert entre 0 a 3, donde los participantes seleccionan la opción que mejor refleje su comportamiento. Las dimensiones son: afrontamiento activo, planificación, supresión de la expresión emocional, búsqueda de apoyo instrumental, enfrentamiento positivo de la reevaluación, afrontamiento mediante la religión, aceptación, negación, desconexión, afrontamiento humorístico, autoacusación, ventilación y autocontrol. Puntuaciones más altas en esa escala, reflejan un uso mayor de esa estrategia de afrontamiento. La consistencia interna para la puntuación total del inventario de la validación española de Morán et al. (2010) es de $\alpha=.78$.

Satisfacción con el programa

Cuestionario elaborado ad-hoc (ver anexo).

Procedimiento

El desarrollo del programa siguió los principios éticos establecidos para la investigación con personas y obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital General Universitario de Elche (ver anexo). Previamente a su aplicación, se proporcionó a las participantes información detallada acerca de los objetivos del estudio y se obtuvo su consentimiento voluntario mediante la firma de un documento de consentimiento informado.

Las sesiones se llevaron a cabo en el centro de día de CREA, especializado en el tratamiento de los TCA. Se realizó una sesión para explicar los propósitos del estudio, garantizando la confidencialidad de la información recopilada y asegurando que los datos serían utilizados exclusivamente con fines de investigación.

El programa consistió en 9 sesiones semanales de 90 minutos, distribuidas a lo largo de 2 meses. Estas sesiones fueron conducidas por dos terapeutas y en la misma franja horaria todos los lunes. El formato de las sesiones fue grupal, y la implementación del programa se llevó a cabo de manera complementaria a las sesiones psicológicas, psiquiátricas y nutricionales de cada paciente en este centro y todas las participantes asistían al centro de día especializado de este centro.

El número de sesiones y distribución de las mismas sigue el protocolo propuesto en el *Manual de habilidades DBT para adolescentes* de Rathus y Miller (2014). En este trabajo se aplicó únicamente los dos primeros módulos propuestos: Mindfulness y Tolerancia al Malestar, motivo por el cual el número de sesiones se reduce a 9. Se decidió aplicar únicamente los módulos de Habilidades de Mindfulness y Habilidades de Tolerancia al Malestar debido a varios motivos. En concreto, los módulos de Mindfulness y Tolerancia al Malestar se seleccionaron siguiendo las necesidades del grupo, siendo las habilidades que se detectaron como más necesarias de trabajar. La DBT está más enfocada a sintomatología impulsiva, sin embargo, la mayoría de las pacientes no presentaban dificultades en el plano impulsivo, si no que su dificultad se centraba en la dificultad para tolerar el malestar durante una crisis, con el fin de no realizar sintomatología alimentaria, en su mayoría restricción. El módulo de Habilidades de Mindfulness, como señalan los autores, es necesario para trabajar el resto de las habilidades (Rathus y Miller, 2014), motivo por el que se incluyó en este estudio. Por otra parte, resulta interesante estudiar los efectos de la aplicación de únicamente dos

módulos con el fin de ampliar la literatura con programas más reducidos en el tiempo y, por tanto, más eficientes, valorando el coste-beneficio con la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación.

La temática de las sesiones se resume en la tabla 1.



Resumen del contenido de las sesiones.

Sesión	Objetivos	Materiales
1. Evaluación inicial.	Informar sobre el programa. Aplicar los cuestionarios para la recogida de datos previa.	Consentimiento informado y hoja de información al paciente. Batería de cuestionarios.
2. Introducción a la DBT.	Psicoeducar sobre conceptos básicos de la DBT. Acuerdos grupales.	Fichas de orientación (Rathus y Miller, 2014): - ¿Qué es la DBT? - Objetivos del entrenamiento en habilidades (HH). - Formato de grupo de entrenamiento de HH de DBT - Teoría biosocial - Supuestos de DBT - Acuerdos del grupo de entrenamiento de adolescentes - Contrato DBT
3. Tres estados de la mente.	Introducir el módulo de mindfulness, por qué se incluye en este programa y beneficios que aporta. Explicar los tres estados de la mente.	Fichas de mindfulness (Rathus y Miller, 2014): - Toma el control de tu mente - ¿Por qué molestarse en hacerlo? - Tres estados de la mente
4. Habilidades “qué” y “cómo”.	Explicar las habilidades necesarias para desarrollar la mente sabia.	Fichas de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Observándote a ti mismo en cada estado de la mente Fichas de mindfulness (Rathus y Miller, 2014): - HH mindfulness “qué” - Hoja de repaso de Mindfulness - HH mindfulness “cómo” - Mindfulness de las emociones actuales
5. Distraerse con mente sabia.	Introducir el módulo de tolerancia al malestar, por qué se incluye en este programa y beneficios que aporta. Explicar qué es una crisis, así como nombrar las estrategias que se pueden llevar a cabo para sobrellevarlas. Explicar habilidades de distracción.	Fichas de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Habilidades “qué” y “cómo” Fichas de tolerancia al malestar (Rathus y Miller, 2014): - Metas de la tolerancia al malestar - Habilidades de sobrevivir a crisis - Cuando usar HH de sobrevivencia a crisis - Distracción con mente sabia Ficha de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Distrayéndote con mente sabia

6. Calmarse con los sentidos. Mejorar el momento.	Enseñar habilidades para auto-calmarse utilizando los sentidos. Enseñar habilidades para mejorar el momento presente.	Fichas de tolerancia al malestar (Rathus y Miller, 2014): - Calmarse a sí mismo con los sentidos - Mejorar el momento
7. Pros y contras. Habilidades para cambiar la química corporal.	Explicar cómo realizar una lista de pros y contras. Enseñar habilidades para cambiar la química corporal.	Ficha de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Calmarse a sí mismo con los sentidos - Mejorar el momento Fichas de tolerancia al malestar (Rathus y Miller, 2014): - Pros y contras - Habilidades para cambiar la química corporal Ficha de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Pros y contras - Cambiando tu química corporal - Crea tu propio kit de supervivencia a las crisis
8. Kit de supervivencia a crisis. Aceptar la realidad.	Proponer realizar un kit de “supervivencia a crisis” con las habilidades aprendidas que les han servido. Explicar los beneficios de la aceptación radical de la realidad.	Fichas de tolerancia al malestar (Rathus y Miller, 2014): - Habilidades de aceptación de la realidad - Elecciones que podemos hacer - Conduciendo la mente - Buena disposición frente a la terquedad - Formas de practicar aceptar la realidad - Media sonrisa y manos con buena disposición
9. Evaluación final.	Aplicar los cuestionarios para la recogida de datos post-tratamiento. Valorar la satisfacción de las pacientes con el programa y posibles mejoras.	Ficha de ejercicio práctico (Rathus y Miller, 2014): - Aceptar la realidad Batería de cuestionarios. Cuestionario de satisfacción.

En la primera sesión se presentó información general sobre el programa y se llevó a cabo una evaluación previa. En la sesión 2 el objetivo principal fue introducir la terapia dialéctico conductual a las adolescentes, adaptando el lenguaje para su comprensión y ofrecer psicoeducación sobre conceptos básicos. En la 3ª sesión se comenzó con el primer módulo, Habilidades de Mindfulness, donde se enseñaron técnicas para comprender las emociones sin juzgarlas con el propósito de estar en el momento presente. En esta sesión se abordaron los tres estados de la mente: mente emocional, mente racional y mente sabia, siendo este último estado el objetivo a desarrollar en la terapia, considerándolo una combinación de los dos primeros. En la sesión 4, continuando con el módulo de Mindfulness se explicaron las habilidades “qué” y las habilidades “cómo”, necesarias para desarrollar la mente sabia. Las habilidades “qué” son las acciones que se necesitan para desarrollar mente sabia, como observar, describir y participar o sumergirse en el momento presente. Las habilidades “cómo” hacen referencia a la forma de llevar a cabo estas acciones nombradas, e incluyen no juzgar, hacer una cosa a la vez y ser efectivo. En la 5ª sesión se comenzó con el módulo de tolerancia al malestar, donde se explicaron habilidades para reconocer impulsos que podrían resultar ineficaces y empeorar la situación. Se enseñó la habilidad de distraerse con mente sabia como estrategia para reducir el malestar al disminuir el contacto con situaciones emocionalmente dolorosas. En la sesión número 6, se impartieron habilidades para auto-calmarse a través de los sentidos, adaptándose a la población de estudio al evitar el uso del sentido del gusto. También se enseñaron habilidades para mejorar el momento presente. La séptima sesión consistió en enseñar a realizar una lista de pros y contras, con el objetivo de demostrar enfrentar el dolor y los impulsos conlleva a resultados más positivos que actuar impulsivamente y rechazar la realidad. Además, se proporcionaron habilidades para modificar la química corporal, con

adaptaciones ajustadas a la población de estudio, ya que una de las habilidades es el ejercicio intenso. Esto fue debido a que algunas de las pacientes se encontraban en régimen de ingreso domiciliario o por pautas médicas y nutricionales tienen prohibido realizar ejercicio físico. En la 8ª sesión se abordó la aceptación de las situaciones dolorosas que no pueden modificarse y elaborar un kit de “supervivencia a crisis” que la paciente puede llevar consigo para consultarlo cuando se exponga a situaciones difíciles. También se llevó a cabo una revisión y repaso de las sesiones para abordar dudas y concluir el programa. Por último, en la 9ª sesión se realizó la evaluación final.

El objetivo general del programa fue mejorar las habilidades de tolerancia al malestar, conciencia plena, de regulación emocional, sintomatología alimentaria y anímica.

Tipo de diseño

En este estudio se ha empleado un diseño cuasi-experimental de grupo pretest-postest (N=13).

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables. A continuación, dado que los datos de la muestra no presentaban una distribución normal, se emplearon estadísticos no paramétricos. Para analizar las diferencias entre las puntuaciones pre-test y post-test de las pacientes que completaron el tratamiento, se utilizó la prueba de los rangos de Wilcoxon.

Resultados

Cumplimiento de la intervención

Se analizaron los datos de 13 pacientes en el momento pre-tratamiento y 8 pacientes en el post-tratamiento. De las 5 pacientes que no completaron el tratamiento dos pasaron a otra modalidad de tratamiento de centro de día, dos de ellas recibieron el alta de centro de día y una de ellas pidió alta voluntaria. Para realizar el análisis de efectividad del tratamiento se tuvieron en cuenta los datos de las 8 pacientes que completaron el programa o asistieron al menos al 80% de las sesiones.

Efectividad de la intervención

Los datos de la efectividad de la intervención se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Efectividad de la intervención.

	Mediana		Rg		W de Wilcoxon	p	d
	Pre (n=13)	Post (n=8)	Pre (n=13)	Post (n=8)			
Escala de atención plena (MAAS)							
MAAS-TOTAL	52,10	55,50	19-79	28-76	9,00	0,25	-0,50
Examen de trastornos alimentarios (S-EDE-Q)							
SEDEQ-TOTAL	4,05	3,52	0,66-5,6	0,46-5,22	36	0,01	1,00
Restricción	2,60	2,00	0,4-6,0	0,20-4,4	27,00	0,03	0,93
Preocupación por comer	3,40	2,30	0,8-4,8	0,4-5	33,00	0,04	0,83
Preocupación por el peso	5,20	3,80	0,8-5,8	0,6-5,6	34,00	0,03	0,89
Preocupación por la figura	5,00	4,44	0,63-6,0	0,25-5,88	30,00	0,10	0,67
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)							
DASS_TOTAL	23,00	25,00	2-62	2-49	14,50	1,00	0,04
Depresión	8	10,00	1-21	0-18	12,50	0,86	-0,11
Ansiedad	6	5,50	0-20	0-18	16,00	0,29	0,52
Estrés	10,00	9,50	0-21	2-18	14,50	0,67	-0,19
Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)							
DERS-TOTAL	85,00	81,50	42-128	61-110	29,00	0,14	0,61
Desatención	12,00	14,00	5-19	6-19	15,50	0,34	0,48
Confusión	11,00	10,50	4-17	8-12	7,00	0,52	-0,33

Rechazo	21,00	19,50	7-34	12-33	22,00	0,20	0,57
Interferencia	15,00	14,50	8-20	8-19	27,00	0,22	0,50
Descontrol	32,00	24,00	10-44	18-40	29,50	0,12	0,64
Escala de Tolerancia al Estrés (DTS)							
DTS-TOTAL	2,13	2,46	1,58-3,71	2,04-3,67	1,00	0,05	-0,90
Tolerancia	2,00	2,50	1-4,33	1,33-4	7,00	0,14	-0,61
Valoración	2,50	2,67	1,17-4,5	1,83-4,33	2,50	0,03	-0,86
Absorción	2,00	2,33	1-4,33	1,33-4,33	5,00	0,14	-0,64
Regulación	3,00	2,83	1-3,67	1,67-4,00	3,50	0,04	-0,81
Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)							
Afrontamiento activo	2,00	1,50	0,5-3	0,5-3	6,00	0,85	0,20
Planificación	1,50	1,25	0,5-3	1-3	0,00	1,00	-1,00
Apoyo emocional	1,69	2,00	0,5-3	1-3	1,00	0,42	0,34
Apoyo social	1,50	1,00	0-3	0-3	7,50	1,00	0,00
Religión	0,00	0,25	0-1	0-1,5	3,00	0,57	-0,40
Reevaluación positiva	1,00	1,25	0-2	0-2,5	8,50	0,38	-0,39
Aceptación	1,00	1,00	0,5-3	0-3	10,00	0,57	0,33
Negación	1,50	1	0-3	0-3	23,00	0,14	0,64
Humor	1,50	0,25	0-3	0-3	3,00	0,37	1,00
Autodistracción	2,00	2,00	1-3	1,5-3	2,50	0,46	-0,50
Autoinculpación	2,50	2,75	0,5-3	1,5-3	0,00	0,34	-1,00
Desconexión	1,00	1,25	0-3	0-3	5,00	0,57	-0,33
Desahogo	1,50	1,00	0-2,5	0-2	21,00	0,03	1,00
Uso de sustancias	0,00	0,00	0-1	0-1,5	1,00	1,00	-0,33

Se encontraron diferencias significativas pre y post intervención en varias escalas del EDE-Q. En concreto encontramos diferencias en la variable restricción, preocupación por comer, preocupación por subir de peso, y en la puntuación de la escala total, encontrando una disminución de puntuaciones en todas ellas.

Por su parte, en la Escala de Tolerancia al Estrés (DTS) encontramos un aumento en todas las puntuaciones, así como diferencias significativas en concreto en valoración, regulación, y en la puntuación total de la escala..

En el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE), se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala desahogo, encontrando una disminución en sus puntuaciones.

En la Escala de Atención Plena (MAAS), no se observaron diferencias significativas ($p>0,05$), aunque la puntuación aumentó.

En la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) aumentaron las puntuaciones, no observando diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Por último, en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de sus respectivas subescalas ($p>0,05$), aunque la mayoría de las puntuaciones disminuyeron.

Análisis de satisfacción

Los resultados del análisis de satisfacción se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3.

Análisis de satisfacción con el programa.

Pregunta	Media	Mínimo	Máximo
1. ¿Las sesiones has resultado útiles para entender tus reacciones emocionales?	7,17	2	10
2. ¿Te han ayudado a entender cómo pueden causar problemas algunos impulsos?	7,92	4	10
3. ¿Han sido útiles para aprender estrategias para manejar tus reacciones emocionales en tu día a día?	8,17	5	10
4. ¿Han sido útiles para entender y mejorar el pensamiento dialéctico?	7,67	4	10
5. ¿Crees que han mejorado tus habilidades en conciencia plena?	7,17	3	10
6. ¿Crees que han mejorado tus habilidades en tolerancia al malestar?	7,33	4	10
7. ¿Ha aumentado tu motivación a poner en práctica habilidades para reducir conductas problemáticas?	7,42	5	10
8. ¿En qué medida estas sesiones han sido satisfactorias para ti?	7,00	5	10
9. ¿Han sido lo que esperabas?	6,17	3	8
10. ¿Recomendarías este taller a alguien con el mismo problema?	8,83	4	10

Los resultados del nivel de satisfacción con el programa mostraron puntuaciones elevadas en la mayoría de los ítems, oscilando entre 6,17 y 8,83, destacando los ítems relacionados con la recomendación a otras personas con la misma problemática (ítem 10) y su utilidad para aprender a manejar sus reacciones emocionales en el día a día (ítem 3).

Discusión

El objetivo de este estudio fue aplicar una adaptación de la DBT en adolescentes con un TCA, así como analizar si se producían cambios en las dimensiones atención plena, tolerancia al malestar, estrategias de afrontamiento, dificultades en regulación emocional, depresión, ansiedad y estrés y sintomatología alimentaria.

Los resultados del estudio reflejan el impacto de la intervención en varias variables evaluadas. Se evidenciaron efectos significativos en la tolerancia al malestar y en sintomatología alimentaria. Estos resultados no permiten confirmar la hipótesis inicial en la que se esperaba encontrar cambios significativos en todas las variables. Los resultados son similares a los encontrados por Salbach-Andrae et al., (2008) y Block (2016) en los que tras la aplicación de la DBT en pacientes con un TCA se redujo la sintomatología alimentaria. También concuerdan con los resultados obtenidos por Modares, (2011) encontrando mejorías en la tolerancia al malestar tras la aplicación de la DBT.

Respecto a la sintomatología alimentaria, evaluada a través del EDE-Q, los resultados ponen de manifiesto que tras la aplicación del programa se produjo una mejora en las dimensiones: restricción, preocupación por el peso, preocupación por subir de peso y en la escala total. En este programa la sintomatología alimentaria se trabajó de manera indirecta, explicando la relación que tenía la falta de tolerancia al

malestar con el síntoma alimentario. Además, muchos de los ejemplos que traían las pacientes a las sesiones grupales tras haber usado alguna habilidad aprendida tenía relación con la sintomatología alimentaria.

En lo que respecta a la tolerancia al malestar, los resultados mostraron una mejor tolerancia, encontrándose diferencias significativas en concreto en valoración, regulación y en tolerancia al malestar global tras la intervención. Desarrollar la tolerancia al malestar puede influir a largo plazo en la evolución de estas pacientes debido a que aprenden a tolerar, y no evitar, el dolor emocional cuando los problemas no pueden ser resueltos de inmediato, permitiendo desarrollar nuevas formas de relacionarse con el dolor que no sea realizar síntoma alimentario.

En el resto de las escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, cabe destacar que en la Escala de Atención Plena (MAAS) se encontró una diferencia de dos puntos entre la medida pre y post-tratamiento, lo que indica un aumento en la disposición a prestar atención de manera plena y consciente, aunque no fue significativa. En el programa completo de la DBT (Rathus y Miller, 2014) este módulo vuelve a ser aplicado antes de empezar cada nuevo módulo, es decir, cuatro veces en total, lo que puede influir en la obtención de cambios en esta medida, ya que este programa únicamente se aplicó una vez.

Respecto al estado anímico, no se encontraron diferencias significativas en la escala DASS-21. Sería recomendable aumentar el número de sesiones para que se pudieran observar cambios significativos en esta dimensión. También ha podido influir que en esta adaptación no se ha aplicado el módulo de regulación emocional, lo que podría influir en el resultado.

Los datos de la escala DERS ponen de manifiesto que, aunque de nuevo no se encontraron resultados significativos, disminuyeron todas las puntuaciones, excepto en

la subescala desatención. Esto puede deberse a que, aunque en nuestro estudio era una variable que se trabaja de forma indirecta, no se aplicó el módulo específico de Habilidades de Regulación Emocional incluido en la DBT (Linehan, 1993ab, Rathus y Miller, 2014).

Respecto al afrontamiento, únicamente se encontró diferencias significativas en desahogo. Sería recomendable evaluar esta dimensión pasados unos meses para poder observar cambios. Este programa funciona de forma que, aunque cada semana se enseñe una habilidad nueva, se mantiene la puesta en marcha de las estrategias aprendidas previamente. Esto ayuda a consolidar las estrategias de afrontamiento aprendidas, y podría mostrar cambios cuando las pacientes hayan tenido oportunidad de utilizarlas en su día a día.

Los resultados obtenidos hay que considerarlos teniendo en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, exceptuando las variables relacionadas con los datos sociodemográficos que fueron facilitados por los profesionales sanitarios del centro, el resto son medidas de autoinforme, donde podemos encontrar limitaciones relacionadas con el sesgo de respuesta, falta de autoconciencia para expresar con precisión ideas subjetivas, así como dificultades en comprensión de los ítems (Rosset y Uclés, 2019). Por otra parte, no se ha contado en el diseño del estudio con un grupo control con el que poder comparar los resultados y la muestra cuenta con un pequeño número de sujetos, por lo que se recomienda en futuras investigaciones llevar a cabo un ensayo clínico con un mayor tamaño muestral. También hubiera sido interesante haber realizado un estudio longitudinal con el fin de realizar un seguimiento y comprobar si los cambios se mantienen. Otra limitación que presenta la muestra es que existía un diagnóstico predominante, la AN restrictiva, junto con algunos casos de TCANE, por lo que no se pueden generalizar los resultados a todas las pacientes con diagnóstico de TCA. Sería

recomendable contar con muestras de pacientes más representativas con en el resto de los diagnósticos de TCA, como en AN purgativa, BN o TA. Es aconsejable, además, poder comparar los resultados de este programa donde se han aplicado únicamente dos módulos, con otro grupo donde se aplique el programa completo, con el fin de valorar la relación coste-beneficio. Se plantea, por otra parte, la necesidad de centrar las futuras investigaciones en diseños controlados aleatorizados (Fontes et al., 2010).

Por último, es importante resaltar que el estudio se ha realizado de forma integrada dentro del contexto de un centro de día, donde las pacientes recibían además otros tratamientos, como terapia individual psicológica, psiquiátrica, nutricional o farmacológica en algunos casos, lo que supone que estos datos deben ser interpretados con precaución y teniendo en cuenta la posible interacción entre todas las intervenciones.

Este estudio piloto pone de manifiesto la importancia de continuar avanzando en la investigación de tratamientos psicológicos específicos para TCA, dado que resulta imprescindible la combinación de tratamiento nutricional junto con terapéutico para encontrar mejorías (Fairburn, 2008), así como ampliar la literatura de tratamientos en población adolescente en los TCA, y en concreto en programas basados en la DBT (Keel et al., 2010).

Referencias

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15.

- Badós, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.
- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2014). Tratando... anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas. Recursos Terapéuticos. *Pirámide*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. Tercera edición. (Vol. I). Madrid: Mc-Graw-Hill.
- Block, C. (2016). Effectiveness of utilizing components of dialectical behavior therapy in eating disorder treatment. *Master of Social Work Clinical Research Papers*.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). Mindful attention awareness scale. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Bustinzar, A. R. P., Valdez, M., Moreno, L. R., Vázquez, C. C. R., & Barriguete-Meléndez, J. A. (2023). Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con trastornos alimentarios: un modelo explicativo. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 1-9.
- Calleja Múgica, S. (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria y abusos sexuales en la infancia: investigación sobre su relación en población clínica y jóvenes universitarios* (Doctoral dissertation, Universidad Europea del Atlántico).
- Carmona, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., Martín-Blanco, A., Pomarol-Clotet, E., ... & Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on the default mode network in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 562-571.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Castejón Martínez, M. Á., & Berengüí Gil, R. (2019). Personality differences and psychological variables related to risk for eating disorders. *conducta alimentaria Eating. Boletín Médico del Hospital Infantil México*, 65, 579-
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study. *Holistic nursing practice*, 18(6), 302-308.
- Courbasson, C. (2011). Outcome for DBT for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 434-449.

- Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., ... & Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-80.
- Crespo Ramos, G. (2015). Terapia Dialéctica Conductual y Trastornos Alimentarios: Revisión Sistemática de Literatura. *Revista de Psicología GEPU*, 6(2), 103-111. <https://search.proquest.com/docview/1950390222?accountid=43860>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64-71.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: a pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78.
- Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Fontes, S., Garcia-gallego, C., Quintanilla, L., Rodriguez, R., Rubio, P. Sarria, E. (2010). *Fundamentos de Investigación en Psicología*. Madrid. UNED.
- Fuglset, T. S. (2019). Set-shifting, central coherence and decision-making in individuals recovered from anorexia nervosa: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 7, 1-14.
- Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., ... & Flament, M. F. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*, 185, 115-122.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469.

- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y salud, 19*(2), 139-156.
- Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders, 44*(3), 249-261.
- Kaye, W. H., Bailer, U. F., Klabunde, M., & Brown, H. (2010). Is anorexia nervosa an eating disorder? How neurobiology can help us understand the puzzling eating symptoms of anorexia nervosa. *Eating Disorders Center for Treatment and Research, University of California, San Diego School of Medicine*. Retrieved from eatingdisorders.ucsd.edu/research/biocorrelates/PDFs/Kaye2010NeurobiologyofAN.pdf.
- Keel, P. K., McCormick, L., Grilo, C. M., & Mitchel, J. E. (2010). *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*.
- Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(8), 683-692.
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review, 58*, 125-140.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lock, J., & La Via, M. C. (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(5), 412-425.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S64-S67.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 52*(4), 481-487.apa
- Losada, A. V., & Bidau, C. (2017). *Familia y trastornos de la conducta alimentaria*.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lynch, t. R. (2018a). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy Skills Manual*. Reno, nV: Context Press, an imprint of new harbinger Publications, inc.
- Lynch, t. R. (2018b). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol*. Reno, nV: Context Press, an imprint of new harbinger Publications, inc
- Maleva, V. (2017). *Emotion regulation and mindfulness DBT modules on emotion dysregulation in Pre-Adolescents with Borderline Personality Features*. Hofstra University.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319-323.
- Modares, M. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(50), 35-124.
- Morán, C., Landero, R. & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Mota, G. E., Toussaint, A. O., Yakovlev, R. R., González, J. E., & García, A. P. L. (2023). Relationship between resilience and risk eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(2), 134-144.
- Murray, K., Rieger, E., & Byrne, D. (2013). A longitudinal investigation of the mediating role of self-esteem and body importance in the relationship between stress and body dissatisfaction in adolescent females and males. *Body image*, 10(4), 544-551.
- National Institute for Health and Care Excellent (NICE) (2017). *Eating Disorders: Recognition and treatment, full guideline*. Autor.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder—description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286.

- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the eating disorders examination questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107-114.
- Peterson, C. M., Van Diest, A. M. K., Mara, C. A., & Matthews, A. (2020). Dialectical behavioral therapy skills group as an adjunct to family-based therapy in adolescents with restrictive eating disorders. *Eating disorders*, 28(1), 67-79.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Rojo, 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.
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., ... & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52-57.
- Rosset, C. M., & Uclés, I. R. (2019). *Evaluación psicológica*.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and behavioral practice*, 15(4), 415.
- Salgueiro, M., & Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-171.
- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Propiedades psicométricas de la versión española y relación con la personalidad y los síntomas psicopatológicos de la escala de tolerancia al estrés. *Psicothema*, 29(3), 421-428.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29, 83-102.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual Segovia, J. C., Cebolla Marti, A., Soriano, J., ... & Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 1061.
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Behavioral neurobiology of eating disorders, 141-156*.
- Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 129-140.
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(2), 131-138.



Anexos.

A. Cuestionario ad-hoc: Datos clínicos y sociodemográfico.

1. **Nombre:**
2. **Edad:**
3. **Altura:**
4. **Peso:**
 - Al ingreso:
 - Inicio de sesiones de intervención del programa de DBT (hace 2 meses):
 - Finalización de sesiones de intervención (actualmente):
5. **IMC:**
 - Al ingreso
 - Inicio de sesiones de intervención:
 - Finalización de sesiones de intervención:
6. **Nivel educativo**
 - Estudios primarios
 - Graduado escolar (ESO)
 - Bachillerato
 - Formación profesional
 - Otro:
7. **Diagnóstico atendiendo a criterios DSM-V**
 - AN Restrictiva
 - AN Atracones/purga
 - BN
 - T. de atracón
 - TCA no especificado
8. **Edad de inicio del problema:**
9. **Tiempo de evolución de la enfermedad:**
10. **Tiempo que es atendida en el Centro de día hasta que se le da el alta:**
11. **¿Ha tenido algún ingreso en este dispositivo o en otros recursos previo al actual?**
 - No
 - Sí Dónde:
 - Tiempo:
12. **¿Ha tenido algún reintegro después del alta en el dispositivo? ¿Cuántos?:**
13. **Tratamientos previos a este recurso:**

	Sí	No	Tipo
Psicológico			
Farmacológico			
Nutricional			
Pautas familiares			
Ingreso en otro dispositivo			
Otro			
14. **Tratamiento farmacológico actual:**
15. **Comorbilidad**

	Sí	No	Tipo
Trastorno afectivo			
Trastorno de ansiedad			
Abuso de sustancias			
Trastornos de personalidad			
Otro:			

B. Cuestionario ad-hoc: Escala de satisfacción con el programa

A continuación, se presentan unas preguntas para valorar tu opinión y satisfacción con el Taller de Terapia Dialéctico Conductual. Responde cada una de las preguntas a continuación empleando una escala del 1 al 10, donde el 1 es igual a “nada en absoluto” y el 10 es igual a “bastante”.

1. ¿Las sesiones has resultado útiles para entender tus reacciones emocionales?
2. ¿Te han ayudado a entender cómo pueden causar problemas algunos impulsos?
3. ¿Han sido útiles para aprender estrategias para manejar tus reacciones emocionales en tu día a día?
4. ¿Han sido útiles para entender y mejorar el pensamiento dialéctico?
5. ¿Crees que han mejorado tus habilidades en conciencia plena?
6. ¿Crees que han mejorado tus habilidades en tolerancia al malestar?
7. ¿Ha aumentado tu motivación a poner en práctica habilidades para reducir conductas problemáticas?
8. ¿En qué medida estas sesiones han sido satisfactorias para ti?
9. ¿Han sido lo que esperabas?
10. ¿Recomendarías este taller a alguien con el mismo problema?



C. Autorización del comité de ética



Dra. Dña. Yolanda Quiles Marcos
Dra. Dña. María José Quiles Sebastián
Dpto. Psicología de la Salud

Elche, 9 de enero de 2024

Tutoras	Yolanda Quiles Marcos y María José Quiles Sebastián
Estudiante	Paula Gil Ferris
Tipo de actividad	TFM
Título del trabajo	Aplicación de la Terapia Dialectico Conductual (DBT) en pacientes adolescentes con TCA
Alcance de la evaluación	<input checked="" type="checkbox"/> Proyecto completo <input type="checkbox"/> Evaluación parcial (subproyecto/provisional) <input type="checkbox"/> Adenda un de proyecto previamente autorizado
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	-
Evaluación de riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación DNSH	No procede
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado
Evaluación ética humanos	Favorable (Aprobado por el CEIm del Hospital General Universitario de Elche)
Evaluación ética animales	No solicitado
Código provisional	231007040813
Código de autorización COIR	TFM.MPG.YQMYMJQS.PGF.231007
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético, ha sido evaluado por el CEIm del Hospital General Universitario de Elche, siendo este favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,

Fdo. digitalmente por:
Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación y Transferencia

Javier Sáez Valero
Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación y Transferencia

Página 1 de 2



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

