



GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2025/2026

Convocatoria Junio



Modalidad: Revisión sistemática.

Código COIR: TFG.GPS.JML.LLL.260526

Título: Los trastornos de la conducta alimentaria abordados desde la Terapia de Aceptación y Compromiso: una revisión sistemática.

Autora: Lucía Liébanas Latorre

Tutor: Javier Manchón López

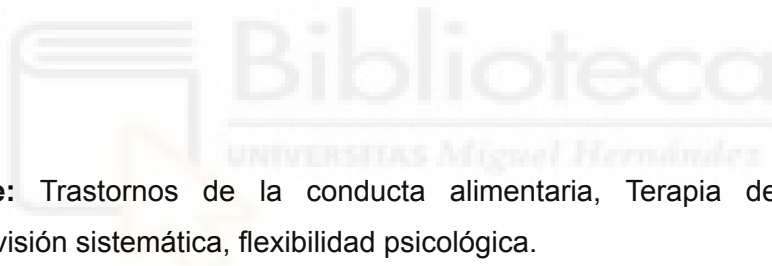
Elche a 04 de junio de 2026

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MÉTODO.....	6
2.1. Bases de datos, palabras clave y criterios de elegibilidad.....	6
Tabla 1.....	7
2.2. Procedimiento y síntesis de resultados.....	7
Figura 1.....	8
2.3. Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo.....	9
Tabla 2.....	9
3. RESULTADOS.....	10
3.1. Resultados de la evaluación de riesgo de sesgos.....	10
3.2. Resumen de las publicaciones seleccionadas.....	10
3.3. Ampliación de la anterior revisión.....	14
4. DISCUSIÓN.....	15
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
6. ANEXOS.....	19
Tabla 3.....	19
Tabla 4.....	20
Tabla 5.....	24

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud mental grave, asociado a deterioro físico, psicológico y social. En los últimos años, ha aumentado el interés por las terapias contextuales, entre ellas la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), debido a su abordaje de procesos como la evitación experiencial, la inflexibilidad psicológica y la conducta orientada a valores. El presente estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones basadas en ACT en personas con trastornos de la conducta alimentaria, actualizando la revisión previa de Onnink et al. (2022). La revisión se llevó a cabo siguiendo el protocolo PRISMA, mediante las bases de datos PubMed, PsycInfo y Web of Science. Tras el proceso de cribado, se incluyeron cinco artículos publicados entre febrero de 2022 y mayo de 2026. Los resultados mostraron mejoras en sintomatología alimentaria, episodios de atracón, malestar psicológico y variables relacionadas con procesos de ACT. No obstante, la evidencia continúa siendo escasa, heterogénea y metodológicamente limitada. Finalmente, los hallazgos sugieren que ACT puede ser un enfoque prometedor en el abordaje de los TCA, aunque se requieren estudios más rigurosos.



Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Terapia de Aceptación y Compromiso, revisión sistemática, flexibilidad psicológica.

ABSTRACT

Eating disorders constitute a serious mental health problem, associated with physical, psychological and social impairment. In recent years, there has been growing interest in contextual therapies, including Acceptance and Commitment Therapy (ACT), due to their focus on processes such as experiential avoidance, psychological inflexibility and value-oriented behaviour. The aim of this study was to conduct a systematic review of ACT-based interventions in people with eating disorders, updating the previous review by Onnink et al. (2022). The review was carried out in accordance with the PRISMA protocol, using the PubMed, PsycInfo and Web of Science databases. Following the screening process, five articles published between February 2022 and May 2026 were included. The results showed improvements in eating symptoms, binge-eating episodes, psychological distress and variables related to ACT processes. However, the evidence remains scarce, heterogeneous and methodologically limited. Finally, the findings suggest that ACT may be a promising approach to treating EDs, although more rigorous studies are required.

Keywords: Eating disorders, Acceptance and Commitment Therapy, systematic review, psychological flexibility.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) forman parte de un grupo de trastornos mentales graves caracterizados por alteraciones persistentes en la conducta alimentaria y una preocupación excesiva por el peso, la figura corporal y la alimentación. Estas alteraciones tienen un gran impacto en el funcionamiento diario de las personas que las presentan, generando deterioro a nivel físico, psicológico y social (Arija Val et al., 2022; van Hoeken & Hoek, 2020). Según Arija Val et al. (2022), la etiología de los TCA presenta un origen multifactorial en el que interactúan factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que se manifiestan generalmente en la adolescencia y adultez temprana. Dentro del término TCA, se encuentran diversos diagnósticos entre los que destacan la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón o binge eating disorder (siglas en inglés, BED) y otros trastornos alimentarios especificados, conocidos como OSFED (por sus siglas en inglés, Other Specified Feeding or Eating Disorder).

En términos epidemiológicos, la prevalencia de estos trastornos presenta diferencias relevantes en función del sexo y la edad, siendo predominante en mujeres adolescentes y jóvenes. Van Eeden et al. (2021) estiman que la prevalencia de la AN puede alcanzar hasta un 4% en mujeres y el 0,3% en hombres, y la BN hasta un 3% en mujeres y más del 1% en varones. En el contexto español, las cifras se sitúan entre el 3% y el 6,2% de la población. Sumado a esto, revisiones recientes señalan que los TCA afectan a entre el 2% y el 5% de la población mundial y constituyen un problema de salud pública presente en diferentes contextos culturales y sociodemográficos (Attia & Walsh, 2025).

Sin embargo, la relevancia de estos trastornos va más allá de su frecuencia poblacional, puesto que generan una gran carga global de enfermedad debido al deterioro funcional que produce en las personas afectadas (Santomauro et al., 2021). En esta misma línea, van Hoeken y Hoek (2020) destacan que los TCA son trastornos altamente discapacitantes, asociados a costes sanitarios importantes, deterioro, y dificultades significativas en el ámbito académico, laboral y económico. A nivel físico, se asocian con múltiples complicaciones médicas que pueden comprometer la salud y aumentar el riesgo de mortalidad en las personas afectadas (American Psychiatric Association, 2023).

Del mismo modo, la literatura científica ha mostrado que generan un gran impacto sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida. Según Jenkins et al. (2011), el deterioro psicosocial puede ser comparable al de enfermedades crónicas, debido a que estas personas experimentan aislamiento social, conflictos familiares y dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Además, señalan que determinadas

características como los atracones, las purgas y la preocupación por el peso y la figura corporal, pueden empeorar el deterioro percibido en la calidad de vida. Desde una perspectiva clínica, los TCA se asocian a elevadas tasas de depresión, ansiedad, conductas autolíticas e intentos de suicidio. Además, presentan una elevada comorbilidad con otros trastornos como TOC y TDAH (Attia & Walsh, 2025; American Psychiatric Association, 2023). Por estos motivos, es fundamental comprender los trastornos de la alimentación como una manifestación de un malestar psicológico más amplio y complejo, atendiendo a los procesos psicológicos que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento.

El tratamiento psicológico resulta uno de los abordajes clave para los TCA. Las recomendaciones clínicas varían según el diagnóstico y las características del paciente. Según sustenta la American Psychiatric Association (2023) en *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, la terapia basada en familia (Family-Based Treatment, FBT) supone una de las intervenciones de primera línea para adolescentes con anorexia nerviosa. En cuanto a adultos, se recomiendan diferentes tratamientos especializados como la terapia cognitivo-conductual mejorada (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy, CBT-E) y el Modelo Maudsley de Tratamiento de AN para adultos (MANTRA), entre otros. En el caso de la bulimia y el trastorno por atracón, se considera a la CBT-E como uno de los tratamientos con mayor respaldo empírico.

No obstante, aunque estos tratamientos cuentan con respaldo empírico, su eficacia no es completa en todos los casos. Autores como Monteleone et al. (2022) indican que la eficacia de los tratamientos para los TCA continúa siendo moderada, con tasas de remisión variables y recaídas frecuentes, especialmente en casos más graves y prolongados en el tiempo. Esta realidad ha impulsado el interés por identificar y abordar procesos psicológicos mantenedores de la sintomatología de los TCA. En este sentido, Di Sante et al. (2022) consideran procesos psicológicos como la evitación experiencial, la inflexibilidad psicológica y las dificultades de regulación emocional, como variables mantenedoras de conductas alimentarias desadaptativas. Asimismo, destacan que conductas como los atracones o la alimentación emocional pueden funcionar como intentos de evitar o reducir experiencias internas desagradables, como emociones, pensamientos o sensaciones corporales. En conjunto, estos hallazgos sugieren que atender determinadas conductas y procesos psicológicos implicados en el mantenimiento de los TCA podría complementar enfoques centrados principalmente en la reducción de la sintomatología. Desde esta perspectiva, la identificación de dichos procesos ha favorecido el desarrollo de intervenciones dirigidas a modificar la relación que las personas establecen con sus experiencias internas.

En este contexto, las terapias de tercera generación o terapias contextuales tratan de dar respuesta a esta necesidad clínica. Estas intervenciones se centran en la función de los eventos psicológicos y en el contexto en el que suceden, más que en la modificación directa de su contenido (Hayes et al., 2006). Dentro de las terapias contextuales, se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT). Consiste en un enfoque de intervención cuyo objetivo principal es promover la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de contactar con el momento presente y actuar de manera coherente con los propios valores, incluso en presencia de pensamientos o emociones desagradables. Parte de la premisa de que los intentos persistentes por controlar o evitar pensamientos, emociones y sensaciones desagradables pueden contribuir al mantenimiento del sufrimiento psicológico. Por este motivo, ACT se articula en torno a seis procesos que se relacionan entre sí, la aceptación, la defusión cognitiva, la conexión con el momento presente, el yo como contexto, la clarificación de valores y la acción comprometida. Este conjunto de procesos psicológicos pretenden modificar la relación que la persona establece con sus experiencias internas y favorecer patrones de conducta más flexibles (Hayes et al., 2006).

La evidencia científica disponible sugiere que este enfoque puede ser eficaz en una amplia variedad de problemas psicológicos y de salud, lo que ha contribuido a su consideración como una intervención de carácter transdiagnóstico (French et al., 2017). Además, los resultados de diferentes metaanálisis indican que ACT presenta una eficacia comparable a otros tratamientos psicológicos establecidos, como la terapia cognitivo conductual (A-Tjak et al., 2015; Ruiz, 2012). Asimismo, durante los últimos años ha aumentado el interés por explorar la aplicación de este enfoque en los TCA. La revisión sistemática realizada por Onnink et al. (2022) identificó 22 estudios sobre intervenciones basadas en ACT en trastornos alimentarios y problemas relacionados con la alimentación, concluyendo que este enfoque mostraba resultados prometedores en la reducción de sintomatología alimentaria y en variables psicológicas asociadas. No obstante, los autores señalaron que la evidencia disponible seguía siendo limitada, debido al reducido número de ensayos clínicos aleatorizados o *randomised controlled trials* (siglas en inglés, RCT). Además, gran parte de los estudios incluidos presentaban una calidad metodológica generalmente débil, principalmente por problemas relacionados con el sesgo de selección y la ausencia de cegamiento, por lo que confirmaron la necesidad de continuar investigando la eficacia de ACT mediante diseños más rigurosos.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la gravedad y complejidad clínica de los TCA, el creciente interés por la aplicación ACT en esta población y las limitaciones metodológicas señaladas

en la revisión de Onnink et al. (2022), resulta pertinente actualizar la evidencia existente. De este modo, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de los estudios publicados entre 2022 y 2026 sobre intervenciones basadas en ACT en personas con trastornos de la conducta alimentaria, analizando su eficacia y calidad metodológica.

2. MÉTODO

2.1. Bases de datos, palabras clave y criterios de elegibilidad

La revisión sistemática se realizó mediante el protocolo PRISMA (Page et al., 2021). Las bases de datos utilizadas para la revisión de la literatura publicada entre 2022 y 2026 fueron PsycInfo, PubMed y Web of Science. En cuanto a los criterios de elegibilidad, se consideró que los artículos incluidos tenían que aplicar intervenciones de aceptación y compromiso (ACT) o basadas en ella, la intervención debía incluir al menos tres procesos de ACT, la muestra debía estar compuesta por personas con sintomatología clínicamente significativa de TCA (completa o parcial), concretamente de AN, BN y TA, el estudio debía utilizar dos o más instrumentos de medida validados, y el artículo estaba publicado en una revista *peer-reviewed* o revisada por pares. Respecto a los criterios de exclusión, se prescindió de libros, tesis, metaanálisis, revisiones sistemáticas, programas de prevención, estudios transversales y artículos sobre intervenciones cuyo objeto de estudio fuera obesidad y trastornos de la alimentación especificados. La estrategia de búsqueda utilizada fue ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "Acceptance Based Behavioral Therapy" OR "Emotion Acceptance Behavior Therapy") AND ("eating disorder" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR "disordered eating"), replicando la búsqueda original de Onnink et al. de 2022. El detalle de la búsqueda en las bases de datos mencionadas, junto a los filtros de búsqueda asociados y el resultado de las mismas, se encuentra en la siguiente tabla.

Tabla 1*Estrategias de búsqueda*

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Número de resultados
PsycINFO	("Acceptance and Commitment Therapy" OR "Acceptance Based Behavioral Therapy" OR "Emotion Acceptance Behavior Therapy") AND ("eating disorder" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR "disordered eating")	Búsqueda en título y resumen. Publicaciones arbitradas. Rango de publicación: febrero 2022-mayo 2026.	17
PubMed	("Acceptance and Commitment Therapy" OR "Acceptance Based Behavioral Therapy" OR "Emotion Acceptance Behavior Therapy") AND ("eating disorder" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR "disordered eating")	Búsqueda en título y resumen. Rango de publicación: febrero 2022-mayo 2026.	58
Web Of Science	("Acceptance and Commitment Therapy" OR "Acceptance Based Behavioral Therapy" OR "Emotion Acceptance Behavior Therapy") AND ("eating disorder" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR "disordered eating")	Búsqueda en <i>Topic</i> (título, resumen e índice). Rango de publicación: febrero 2022-mayo 2026.	33

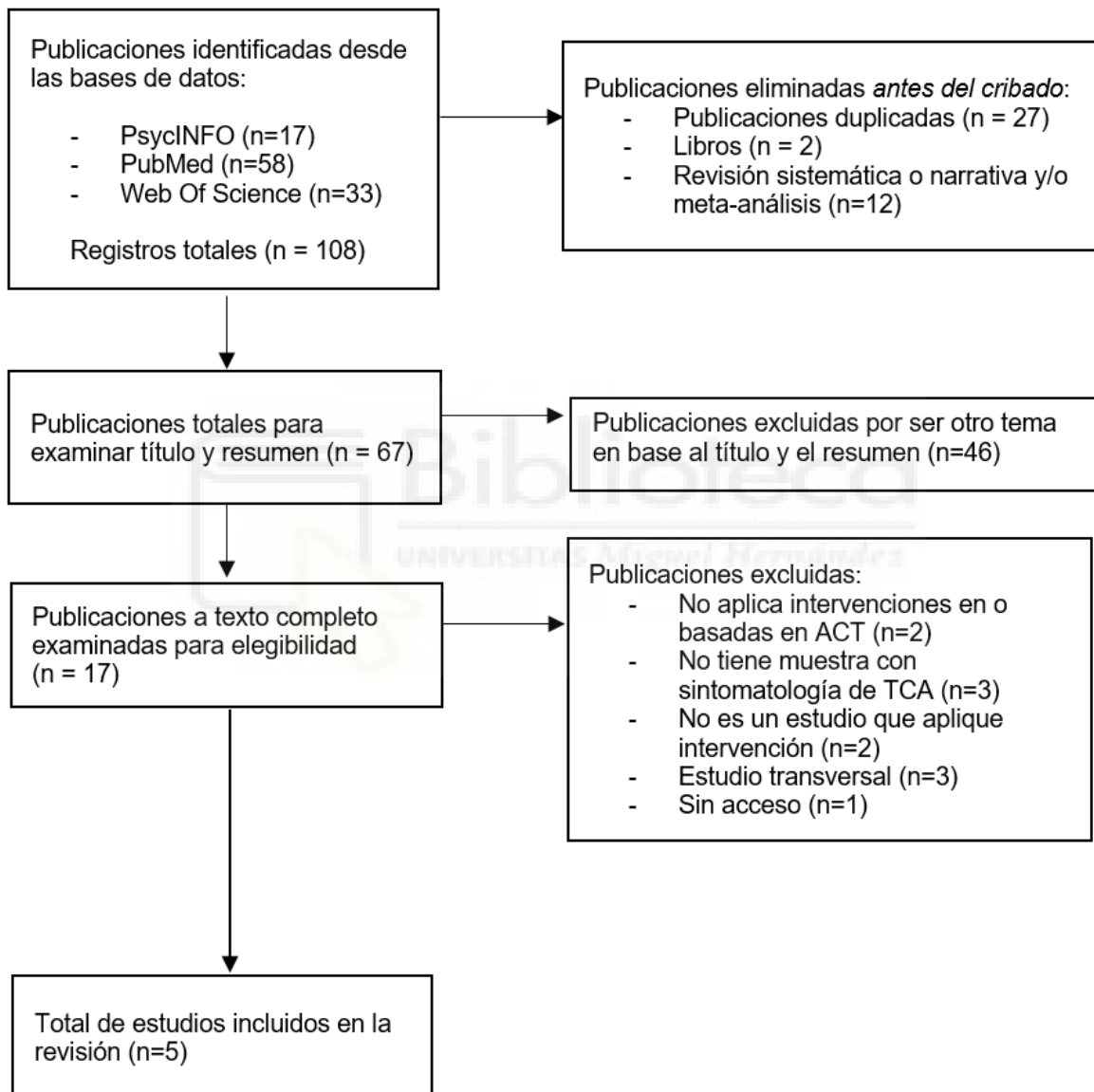
2.2. Procedimiento y síntesis de resultados

La revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las etapas del diagrama de flujo mostrado en la Figura 1. En primer lugar, se realizó una exploración en base a la estrategia de búsqueda en las bases de datos mencionadas. Seguidamente, las publicaciones obtenidas se revisaron por título y resumen. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión a texto

completo de los artículos resultantes. Después, para la resolución de posibles dudas, se contó con la opinión de un investigador adicional experto en TCA y terapias de tercera generación. Finalmente, se realizó una evaluación del riesgo de sesgo de los artículos definitivos incluidos en la revisión.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos



2.3. Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo

Se realizó una evaluación del riesgo de sesgo a los artículos incluidos finalmente en la revisión, con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de los mismos. La herramienta utilizada fue *Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* (EPHPP) elaborada por Thomas et al. (2004), que valora estudios cuantitativos con diferentes diseños metodológicos mediante seis componentes, descritos en la Tabla 2. Cada componente se clasifica como fuerte (F), moderado (M) o débil (D) y, a partir de esas puntuaciones se obtiene una valoración global de la calidad metodológica. De acuerdo con los criterios de la herramienta, una valoración global fuerte se asigna cuando ningún componente es clasificado como débil; moderada cuando existe un solo componente débil; y débil cuando dos o más se clasifican de tal modo. Cabe destacar que esta herramienta se aplicó a los estudios incluidos en la revisión con diseños de ensayo clínico aleatorizado (RCTs) y estudios piloto. En cambio, el estudio de caso único de Timek et al. (2024) no se sometió a esta evaluación, debido a que la herramienta no fue diseñada para evaluar estudios de caso único. Asimismo, el estudio de Fogelkvist et al. (2022) tampoco fue evaluado al tratarse de un análisis secundario.

Tabla 2

Criterios de la herramienta de evaluación de sesgos EPHPP

Dominio	Descripción
Sesgos de selección	Q1. ¿Es probable que los individuos seleccionados para participar en el estudio sean representativos de la población objetivo? Q2. ¿Qué porcentaje de los individuos seleccionados aceptó participar en el estudio?
Diseño del estudio	- Indique el diseño del estudio. - ¿Se describió el estudio como aleatorizado? - En caso afirmativo, ¿se describió el método de aleatorización? - En caso afirmativo, ¿el método de aleatorización fue apropiado?
Factores de confusión	Q1. ¿Existían diferencias importantes entre los grupos antes de la intervención? Q2. En caso afirmativo, ¿se controlaron estos factores de confusión en el diseño o en el análisis?
Cegamiento	Q1. ¿El evaluador de los resultados conocía la condición o intervención asignada a los participantes? Q2. ¿Los participantes conocían la hipótesis o pregunta principal de investigación?
Métodos de	Q1. ¿Se demostró que los instrumentos de recogida de datos eran

recogida de datos	válidos? Q2. ¿Se demostró que los instrumentos de recogida de datos eran fiables?
Abandonos y pérdidas	Q1. ¿Se informaron el número y/o motivos de los abandonos y pérdidas en cada grupo? Q2. ¿Qué porcentaje de participantes completó el estudio?

3. RESULTADOS

Inicialmente, se obtuvieron 108 publicaciones en total mediante la estrategia de búsqueda utilizada para las tres bases de datos. Tras ello, se descartaron 27 artículos duplicados y se excluyeron 14 publicaciones por ser libros, revisiones sistemáticas o meta-análisis. Seguidamente, se excluyeron 46 artículos debido al cribado por título y resumen. Por tanto, se seleccionaron los 17 estudios restantes para examinar a texto completo, de los cuales resultaron 5 para incluir en la revisión sistemática. Respecto a los criterios para la no inclusión de los artículos revisados a texto completo, se descartaron publicaciones que no incluyesen la aplicación de intervenciones en o basadas en ACT ($n=2$), la población no fuera TCA ($n=3$), no aplicaran una intervención ($n=2$), fueran un estudio de diseño transversal ($n=3$) y cuyo texto completo no estuviera disponible para su revisión ($n=1$).

3.1. Resultados de la evaluación de riesgo de sesgos

El análisis de la evaluación del riesgo de sesgo de los artículos examinados se recoge en la Tabla 3. De los tres estudios evaluados mediante la herramienta EPHPP, uno obtuvo una valoración global moderada (Boalt et al., 2026) y dos se clasificaron como una valoración débil (Senra et al., 2025; Tone et al., 2025). Ninguno de los estudios alcanzó una valoración global fuerte. En relación con los componentes evaluados, los métodos de recogida de datos fueron el componente con mejores resultados, obteniendo los tres una valoración fuerte. Asimismo, los factores de confusión se clasificaron como fuertes en dos de los tres estudios. En cambio, el cegamiento resultó el peor valorado, obteniendo una calificación débil en la totalidad de los estudios. Respecto a abandonos y pérdidas, un estudio obtuvo una valoración fuerte, uno moderada y otro débil. En conjunto, los resultados reflejan una calidad metodológica entre moderada y débil.

3.2. Resumen de las publicaciones seleccionadas

Los datos recogidos de los cinco artículos incluidos en la revisión se encuentran en la Tabla 4. La información recabada fue la siguiente: autoría, fecha de publicación, diseño del

estudio, tipo de diagnóstico o sintomatología de TCA, participantes, contexto del estudio, formato de intervención, procesos de ACT, variables principales y secundarias y seguimiento.

Respecto al diseño de los estudios, se observó una heterogeneidad metodológica. Dos de las publicaciones utilizaron diseños aleatorizados. En primer lugar, Boalt et al. (2026) desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado piloto centrado en la viabilidad, contrastando la combinación de CBT-E (*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy*, en español terapia cognitivo-conductual mejorada) + ERGT (*Emotional Regulation Group Therapy*, en español terapia grupal de regulación emocional) frente al uso exclusivo de CBT-E. De igual modo, Senra et al. (2025) ejecutaron un estudio aleatorizado de carácter remoto y grupos paralelos para evaluar el programa eBEfree frente a una condición de lista de espera. Por otro lado, el trabajo de Tone et al. (2025) consistió en una serie de casos no controlada de un solo brazo con evaluaciones pre y postratamiento. Por último, mientras que Timek et al. (2024) optaron por un diseño de caso clínico único, Fogelkvist et al. (2022) llevaron a cabo un análisis derivado de un ensayo aleatorizado previo, comparando una modalidad grupal fundamentada en ACT con el tratamiento habitual.

En cuanto a las condiciones clínicas analizadas, se observó una notable diversidad en los diagnósticos y manifestaciones sintomatológicas de los TCA. El trabajo de Boalt et al. (2026) contó con una muestra diagnosticada que abarcaba AN, BN, TA y OSFED. Por su parte, Fogelkvist et al. (2022) centraron su estudio en mujeres dentro del espectro restrictivo de la anorexia o del espectro bulímico. En el caso de Senra et al. (2025), la investigación se focalizó en individuos con alta sintomatología de TA, verificada mediante criterios DSM-5 y la escala BES. Asimismo, Timek et al. (2024) documentaron un cuadro de AN grave y de larga duración, acompañado de TDM-R y desnutrición severa. Finalmente, el estudio de Tone et al. (2025) involucró a pacientes en lista de espera con perfiles compatibles con AN, BN, TA/BED, OSFED, UFED (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*, en español Trastorno de la Conducta Alimentaria No especificado) y ARFID (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*, en español Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos).

En relación con los participantes, se observó una variabilidad en el tamaño de las muestras analizadas. Boalt et al. (2026) trabajaron con 32 mujeres adultas, repartidas equitativamente en dos grupos de 16 personas. Por su parte, Fogelkvist et al. (2022) contaron con 77 mujeres, de las cuales 37 recibieron ACT y 40 el tratamiento habitual. En el estudio de Senra et al. (2025), de los 200 sujetos inscritos, 142 finalizaron la valoración de inicio ($n=70$ en intervención; $n=72$ en lista de espera). Asimismo, Tone et al. (2025) incluyeron a 43 adultos en el programa bITE. Finalmente, el reporte de Timek et al. (2024) se limitó a una

única mujer de 33 años. En consecuencia, el volumen muestral fluctuó desde el estudio de caso único hasta investigaciones con más de cien individuos, lo que añade complejidad a la comparativa de hallazgos.

En lo referente a los contextos de aplicación, las intervenciones se desarrollaron en entornos clínicos diversos. Por una parte, las investigaciones de Boalt et al. (2026) y Fogelkvist et al. (2022) se situaron en el marco de servicios ambulatorios de alta especialización en trastornos alimentarios. En una línea metodológica distinta, Senra et al. (2025) centraron su análisis en la efectividad de una herramienta terapéutica digital administrada íntegramente a distancia. Por otro lado, Timek et al. (2024) aportaron la perspectiva del entorno de hospitalización médica para casos de alta severidad. Finalmente, el estudio de Tone et al. (2025) se desarrolló en un centro ambulatorio especializado, orientándose específicamente a pacientes en régimen de lista de espera. En síntesis, los artículos seleccionados integran diferentes perspectivas de propuestas terapéuticas.

En cuanto a los procesos de ACT, todos los estudios incorporaron componentes compatibles con este enfoque, aunque con distinto grado de centralidad. Los procesos más frecuentes fueron aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, clarificación de valores y acción comprometida. Boalt et al. (2026) incluyó procesos relacionados con la aceptación emocional, la disposición a experimentar emociones, la reducción de la evitación experiencial, la regulación emocional y la conducta orientada a valores. Fogelkvist et al. (2022) incorporó mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, valores, acción comprometida y reducción de la evitación experiencial. Senra et al. (2025) incluyó aceptación, flexibilidad psicológica, fusión cognitiva relacionada con la imagen corporal, clarificación de valores de salud, mindfulness y no reactividad. Timek et al. (2024) aplicó procesos como contacto con el momento presente, yo como contexto, defusión cognitiva, aceptación, valores y acción comprometida. Tone et al. (2025), al utilizar FACT, presentó una aplicación breve de ACT orientada a dotar a los participantes de habilidades, estrategias de afrontamiento y recursos durante la espera para recibir tratamiento.

Respecto a las variables principales, la sintomatología alimentaria fue el resultado clínico más frecuentemente evaluado, aunque no todos los estudios la establecieron como variable principal. Boalt et al. (2026) tuvo como objetivo principal valorar la viabilidad, aceptabilidad y seguridad de añadir ERGT al tratamiento CBT-E, mientras que la sintomatología alimentaria se incluyó como resultado clínico secundario. En Fogelkvist et al. (2022), el resultado principal fue la sintomatología alimentaria en el seguimiento a dos años. Senra et al. (2025) evaluó como variable principal la sintomatología de atracón. Tone et al. (2025) analizó el impacto del programa sobre la sintomatología de TCA y el malestar psicológico en una

evaluación pre-post. Por su parte, Timek et al. (2024) se centró principalmente en la sintomatología depresiva, la ideación suicida y la evolución clínica durante el ingreso hospitalario.

En cuanto a los instrumentos de evaluación de la sintomatología alimentaria, el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) fue la medida más utilizada, apareciendo en Boalt et al. (2026), Fogelkvist et al. (2022) y Tone et al. (2025). Este cuestionario permite valorar la sintomatología de TCA durante las semanas previas a la evaluación e incluye puntuaciones relacionadas con restricción, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura, además de una puntuación global. Por ello, fue utilizado en estudios con muestras diagnósticas mixtas o con distintos tipos de TCA. En cambio, la Binge Eating Scale (BES) fue empleada principalmente en los estudios centrados en TA, como Senra et al. (2025), y también apareció en la evaluación del caso de Timek et al. (2024).

Además de estas medidas principales, los estudios incorporaron instrumentos orientados a variables psicológicas asociadas. Boalt et al. (2026) evaluó deterioro psicosocial, conductas impulsivas o destructivas, autolesiones y desregulación emocional. Fogelkvist et al. (2022) incluyó sintomatología depresiva y percepción subjetiva de recuperación. Senra et al. (2025) evaluó IMC, depresión, autocompasión, flexibilidad psicológica, bienestar, autocrítica, vergüenza, fusión cognitiva corporal y conducta basada en valores. Timek et al. (2024) recogió variables relacionadas con flexibilidad cognitiva, disposición a modificar patrones de pensamiento sobre la comida, tolerancia a alimentos más calóricos, evolución del IMC/peso y seguridad de la intervención. Tone et al. (2025) incluyó malestar psicológico, frecuencia de conductas alimentarias problemáticas, recuperación percibida y tiempo de espera para recibir apoyo. Esta diversidad de instrumentos refleja la amplitud de variables clínicas y psicológicas evaluadas en los estudios, aunque también dificulta la comparación directa de los resultados entre publicaciones.

En cuanto a los resultados de los estudios seleccionados, en líneas generales, la mayor parte de las investigaciones reportaron cambios favorables tras las intervenciones fundamentadas en la ACT o que integran sus fundamentos teóricos. En este sentido, Boalt et al. (2026) constataron que la adición de ERGT a CBT-E resultó ser una estrategia viable, aceptable y carente de riesgos, además de asociarse con mejoras descriptivas de la sintomatología de TCA, el ajuste psicosocial y la gestión emocional. Paralelamente, en el análisis de Fogelkvist et al. (2022), encontraron una mayor reducción de la sintomatología alimentaria en el grupo ACT que en el grupo de tratamiento habitual, especialmente en participantes más jóvenes, con menor duración del tratamiento previo, menor sintomatología

depresiva inicial y perfil restrictivo. Por su parte, Senra et al. (2025) detectaron disminuciones de gran relevancia estadística en los síntomas de sobreingesta, junto con optimizaciones en indicadores de depresión, niveles de autocrítica y procesos de atención plena. Por otro lado, la descripción clínica de Timek et al. (2024) reflejó una remisión de la clínica depresiva, la extinción del pensamiento suicida y una tendencia ascendente en el peso tras el proceso terapéutico. Por último, los hallazgos de Tone et al. (2025) subrayaron mejoras sustanciales en la patología alimentaria, la recurrencia de episodios de atracón y la carga de malestar psicológico, coincidiendo con una valoración subjetiva favorable sobre el avance en la recuperación por parte del grupo intervenido.

Finalmente, en cuanto al seguimiento, la duración y el tipo de evaluación posterior variaron entre estudios. Boalt et al. (2026) incluyó evaluación postratamiento y seguimiento a los tres meses. Fogelkvist et al. (2022) analizó resultados postratamiento y seguimientos a uno y dos años. Senra et al. (2025) realizó evaluación al final del tratamiento y seguimiento a las 26 semanas. Timek et al. (2024) describió la evolución durante la hospitalización y una actualización clínica posterior. Tone et al. (2025) realizó una evaluación pre-post, sin seguimiento longitudinal posterior.

En conjunto, las publicaciones seleccionadas muestran una evidencia reciente heterogénea tanto en diseño como en formato de intervención, población clínica y variables de resultado. No obstante, todas ellas comparten el interés por aplicar procesos de ACT al abordaje de la sintomatología alimentaria o de variables psicológicas relacionadas con los TCA, ya sea como intervención principal, como componente complementario o como estrategia clínica integrada en tratamientos más amplios.

3.3. Ampliación de la anterior revisión

Para dotar de perspectiva a los hallazgos encontrados, se realizó un análisis comparativo entre la selección actual y el trabajo previo de Onnink et al. (2022), cuya revisión sistemática analizó el impacto de ACT en el ámbito de los TCA. Con el propósito de aportar una perspectiva comparada entre la evidencia previa y las investigaciones que conforman la presente revisión, la Tabla 5 recoge de manera sintetizada las características fundamentales de las publicaciones examinadas en la anterior revisión.

La comparación entre ambas revisiones muestra que los estudios posteriores a la revisión previa, no modifican de forma sustancial el estado general de la evidencia, sino que lo actualizan con cinco trabajos con características metodológicas y clínicas diversas. Al igual que en la revisión de Onnink et al. (2022), la evidencia actual sigue incluyendo diseños heterogéneos y muestras de tamaño variable. Sin embargo, los estudios recientes

incorporan algunos elementos menos representados en la revisión anterior, tal como una intervención digital, un programa breve en lista de espera y combinaciones de tratamientos con ACT. En cuanto a los resultados, tanto la revisión previa como la selección actual muestran cambios favorables en sintomatología de TCA y variables psicológicas asociadas, aunque la calidad metodológica continúa siendo limitada. Por tanto, los estudios incluidos en esta revisión deben entenderse como una actualización de la evidencia disponible, que confirma las conclusiones planteadas por los autores de la revisión anterior.

4. DISCUSIÓN

El presente trabajo tenía como objetivo realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones basadas en Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con trastornos de la conducta alimentaria, actualizando la revisión previa llevada a cabo por Onnink et al. (2022). Para ello, se analizaron los estudios publicados entre febrero de 2022 y mayo de 2026, resumiendo sus principales características. Finalmente, fueron seleccionados cinco estudios que cumplían los criterios de elegibilidad. A pesar de que los resultados muestran una tendencia favorable, la evidencia continúa siendo escasa, heterogénea y metodológicamente limitada.

Los hallazgos de esta revisión sugieren que las intervenciones basadas en ACT, o que integran algunos de sus procesos, podrían asociarse con mejoras en la sintomatología alimentaria y en variables psicológicas vinculadas a los TCA. En concreto, los estudios examinados indicaron mejoras en síntomas de TCA, episodios de atracón, malestar psicológico, sintomatología depresiva, desregulación emocional, flexibilidad cognitiva y percepción subjetiva de recuperación. Estos resultados convergen con las conclusiones de Onnink et al. (2022), quienes señalaron el potencial de este enfoque para mejorar la psicopatología alimentaria, aunque también advirtieron de la falta de rigor metodológico en gran parte de la literatura previa. Por tanto, los resultados actuales señalan la conveniencia de continuar investigando ACT en esta población, ya que la evidencia disponible aún no permite determinar con claridad su eficacia.

Uno de los aspectos más relevantes de esta revisión es que los estudios recientes no parecen modificar de manera significativa el estado de la literatura existente. Onnink et al. (2022) recopilaron 22 investigaciones de las cuales solo cinco corresponden a ensayos clínicos aleatorizados. Además, la calidad metodológica fue predominantemente débil mediante la herramienta EPHPP, debido principalmente a limitaciones en el cegamiento y sesgos de selección. En esta misma línea, el presente análisis refleja una tendencia similar, puesto que de los estudios evaluados con dicha herramienta, uno alcanzó una valoración

moderada y dos fueron catalogados como débiles, sin que ninguna publicación lograra una calificación global fuerte. En consecuencia, pese a la publicación de nuevos trabajos, no se constata un avance sustancial en la solidez metodológica.

Asimismo, se comprobó una notable heterogeneidad en las poblaciones, los instrumentos y los procesos evaluados. Los trabajos examinados integraron a individuos con diversos diagnósticos, tales como AN, BN, TA, además de trastornos no especificados. Si bien esta variabilidad es congruente con la naturaleza transdiagnóstica del modelo ACT, complica la identificación de los perfiles específicos que obtendrían un mayor provecho terapéutico. De igual modo, pese al uso mayoritario del EDE-Q y la BES para medir la psicopatología alimentaria, la disparidad de instrumentos empleados para las variables psicológicas limita la síntesis de hallazgos. Respecto a los componentes de la terapia, la mayoría incorporaron procesos como la defusión, aceptación, valores y acción comprometida, pero no todas ellas constaban únicamente como ACT. En consecuencia, futuros trabajos deberían adoptar diseños más rigurosos y homogéneos, empleando baterías comunes y seguimientos longitudinales que permitan profundizar en los procesos de cambio conductual.

La presente revisión también presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, la delimitación temporal de la búsqueda entre 2022 y 2026 implica la posible omisión de investigaciones en curso o no publicadas. Asimismo, el número de artículos incluidos es reducido, dificultando establecer conclusiones firmes acerca de la efectividad de la ACT en población con TCA. Por otra parte, la disparidad en los diseños, poblaciones e instrumentos impidió realizar una síntesis cuantitativa de los resultados. Finalmente, la herramienta de evaluación del riesgo de sesgo no pudo aplicarse a todos los estudios, lo que limita la comparación homogénea de la calidad metodológica.

En conclusión, en este trabajo se ha realizado una actualización de la literatura reciente acerca de las intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con TCA. Los estudios incluidos muestran resultados favorables en síntomas presentes en trastornos de la alimentación y variables asociadas, lo que justifica la pertinencia de profundizar en investigaciones sobre este enfoque. A pesar de ello, la literatura continúa siendo reducida, heterogénea y con un procedimiento metodológico limitado. Al contrastar estos datos con el trabajo previo de Onnink et al. (2022), se confirma que no ha habido un progreso notable respecto al rigor metodológico de los estudios recientes. En consecuencia, resulta fundamental que las futuras investigaciones prioricen la realización de ensayos controlados aleatorizados (RCTs) con muestras de mayor representatividad y la aplicación de intervenciones de ACT íntegras. Asimismo, el uso de

instrumentos validados y fiables que permitan un análisis profundo de los procesos ACT implicados en la intervención, tal como podría ser el AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II) para la flexibilidad o el VLQ (Valued Living Questionnaire) para la conducta orientada a valores. De esta manera, atendiendo a las consideraciones anteriormente expuestas, futuras líneas de investigación podrán determinar con mayor precisión la posible aportación de ACT al tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2023). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- 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(Spe 2), 8–15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Armijo-Olivo S., Stiles, C. R., Hagen, N.A., Biondo, P.D., Cummings, G.G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice*, 1, 12-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x>
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2025). Eating disorders: A review. *JAMA*, 333(14), 1242-1252. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.0132>
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Boalt, A., Ghaderi, A., & Sahlin, H. (2026). A Pilot Randomized Controlled Feasibility Trial of Emotion Regulation Group Therapy as an Adjunct to Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders. *The International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.70065>
- Di Sante, J., Akeson, B., Gossack, A., & Knäuper, B. (2022). Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 171, 105929. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105929>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of eating disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>

- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., ... Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 11-28. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 333-357.
- Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H. A., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: An extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 320–328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
- Senra, H., Duarte, C., Carvalho, S. A., Simoes, L., Ferreira, C., Palmeira, L., Matos, M., Cunha, M., Castilho, P., Sousa, B., Cordeiro, L., & Pinto-Gouveia, J. (2025). eBEfree: Combining Psychoeducation, Mindfulness, and Self-Compassion in an App-Based Psychological Intervention to Manage Binge-Eating Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *International journal of eating disorders*, 58(7), 1199-1218. <https://doi.org/10.1002/eat.24432>
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically

reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-84.
<https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x>

Timek, A., Daniels-Brady, C., & Ferrando, S. (2024). Improvement in depressive symptoms in a patient with severe and enduring anorexia nervosa and comorbid major depressive disorder using psychotherapy-assisted IV ketamine: A case report. *Journal of eating disorders*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01039-3>

Tone, J., Chelius, B., & Miller, Y. D. (2025). A Pilot Evaluation of a Focused Acceptance and Commitment Therapy Program for Individuals With an Eating Disorder Waitlisted for Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 58(11), 2116-2125.
<https://doi.org/10.1002/eat.24517>

Van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

6. ANEXOS

Tabla 3

Evaluación de riesgo de sesgos

Estudio	Diseño	C 1	C2	C3	C4	C5	C6	G
Boalt et al. (2026)	RCT	M	F	F	D	F	F	M
Senra et al. (2025)	RCT	M	M	F	D	F	D	D
Tone et al. (2025)	Serie de casos no controlada, de un solo brazo. Medidas repetidas pre-post.	M	M	D	D	F	M	D

Nota. C= Componente; G= Valoración global; RCT= Ensayo Clínico Aleatorizado (Randomized Controlled Trial); F=Fuerte; M= Moderado; D= Débil.

Tabla 4

Resumen de los estudios

Estudio	Diseño y contexto	Diagnóstico/ síntomas TCA y participantes	Formato	Procesos de ACT	Variables principales	Variables secundarias	Resultados y seguimiento
Boalt et al. (2026)	RCT piloto de viabilidad. CBT-E + ERGT vs CBT-E. Servicio ambulatorio especializado en Estocolmo.	TCA diagnosticado. Incluye AN, BN, TA y OSFED. N=32 mujeres adultas. CBT-E + ERGT (n=16). CBT-E (n=16)	CBT-E individual más ERGT grupal de 14 sesiones semanales de horas en el experimental.	Compatibles con ACT: Aceptación emocional, willingness/disposición a experimentar emociones, reducción de evitación experiencial, regulación emocional, conducta orientada a valores y reducción de conductas impulsivas.	Viabilidad y aceptabilidad de añadir EGRT a CBT-E.	Síntomas TCA (EDE-Q), deterioro psicosocial (CIA), conductas impulsivas/destruictivas (BSL-23), autolesiones (DSHI-9r) y desregulación emocional (DERS-16).	ERGT + CBT-E fue viable, aceptable y segura. Ambos grupos mejoraron en sintomatología alimentaria y deterioro psicosocial; el grupo ERGT mostró mayores mejoras descriptivas en desregulación emocional. Postratamiento y seguimiento a 3 meses.
Fogelkvist et al. (2022)	Estudio derivado de un RCT;	TCA diagnosticado. Incluye	Intervención grupal basada en ACT para	Mindfulness, aceptación, defusión	Sintomatología TCA (EDE-Q).	Sintomatología depresiva (MADRS-S) y	Mayor reducción de sintomatología

comparación ACT grupal y TAU. Clínica ambulatoria especializada en TCA.	espectro AN/restrictivo y espectro BN. N=77 mujeres. ACT (n=37) TAU (n=40).	imagen corporal. 12 sesiones semanales, más 1 sesión individual antes y después del grupo	cognitiva, valores acción comprometida y reducción de evitación experiencial.	percepción subjetiva de recuperación.	alimentaria en ACT frente a TAU a los 2 años, especialmente en participantes jóvenes, con menor duración del tratamiento previo, menor depresión inicial y sintomatología restrictiva. Evaluación postratamiento y seguimientos a 1 y 2 años.
---	---	---	---	---------------------------------------	---



Senra et al. (2025)

RCT remoto. Programa eBEfree vs lista de espera. Intervención digital mediante una aplicación, realizada de forma remota.	Sintomatología elevada de TA/BED; evaluada mediante entrevista basada en criterios DSM-5 para BED y BES>17. N=142. Intervención (n=70); control/lista de espera (n=72).	Programa eBEfree de 12 sesiones semanales	Aceptación, flexibilidad psicológica, valores, fusión cognitiva relacionada con imagen corporal, clarificación de valores de salud, mindfulness y no reactividad.	Sintomatología de TA (BES).	IMC, depresión (BDI), autocompasión (SCS), flexibilidad psicológica (AAQ-II), bienestar (ORWELL-97), autocrítica (FSCRS), vergüenza (OSS), fusión cognitiva	Reducción significativa de la sintomatología de atracón y mejoras en IMC, depresión, autocrítica y mindfulness. Elevada tasa de abandono. Seguimiento a 26 semanas.
---	---	---	---	-----------------------------	---	---

						corporal (CFQ-BI) y conducta basada en valores (ELS).	
Timek et al. (2024)	Estudio de caso clínico. Hospital durante ingreso médico.	Una mujer de 33 años con AN severa y persistente, con TDM-R y malnutrición severa.	Intervención de 7 sesiones de ketamina asistida con psicoterapia basada en ACT.	Contacto con el momento presente, yo como contexto, defusión cognitiva, aceptación, valores y acción comprometida.	Sintomatología depresiva (BES) e ideación suicida.	Flexibilidad cognitiva (observación clínica), disposición a modificar patrones de pensamiento sobre la comida, tolerancia a alimentos más calóricos, evolución del IMC/peso y seguridad de la intervención.	Disminución de la sintomatología depresiva e ideación suicida, aumento del IMC y mayor flexibilidad cognitiva. Evolución durante hospitalización y actualización clínica posterior.
Tone et al. (2025)	Serie de casos no controlada, de un solo brazo. Medidas repetidas pre-post.	Personas en lista de espera para tratamiento de TCA. Incluyó sintomatología compatible con AN, BN, TA/BED, OSFED, UFED	Programa bITE, con 6 sesiones individuales de FACT, semanales o quincenales, presenciales o telemáticas.	Procesos no especificados. FACT como aplicación breve de ACT orientada a dotar de habilidades, estrategias de afrontamiento y	Sintomatología de TCA (EDE-Q).	Malestar psicológico (K10), frecuencia de conductas alimentarias problemáticas, recuperación percibida y tiempo de	Reducciones significativas en sintomatología de TCA, episodios de sobreingesta y malestar psicológico. El 80% informó

y ARFID.

recursos.

espera para
recibir apoyo.

avances en su
recuperación.
Evaluación
pre-post, sin
seguimiento.

Nota. ACT=Acceptance and Commitment Therapy; AN=Anorexia Nervosa; ARFID=Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder; BDI=Beck Depression Inventory; BED=Binge Eating Disorder; BES=Binge Eating Scale; BN=Bulimia Nervosa; CBT-E=Enhanced Cognitive Behaviour Therapy; CFQ-BI=Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image; CIA=Clinical Impairment Assessment; DERS=Difficulties in Emotion Regulation Scale; EDE-Q=Eating Disorder Examination Questionnaire; ERGT=Emotion Regulation Group Therapy; FACT=Focused Acceptance and Commitment Therapy; FFMQ=Five Facet Mindfulness Questionnaire; IMC=Índice de Masa Corporal; K10=Kessler Psychological Distress Scale; MDD=Major Depressive Disorder; OSFED=Other Specified Feeding or Eating Disorder; SCS=Self-Compassion Scale; SE-AN=Severe and Enduring Anorexia Nervosa; TA=Trastorno por Atracón; TAU=Treatment As Usual; TCA=Trastornos de la Conducta Alimentaria; TDM-R=Trastorno Depresivo Mayor Resistente; UFED=Unspecified Feeding or Eating Disorder.

Tabla 5

Resumen de los estudios

Diseño y contexto	Participantes	Diagnóstico/síntomas TCA	Formato	Procesos ACT	Variables principales y resultados	Calidad metodológica
22 estudios: estudios de caso ($n=4$), series de casos ($n=5$), serie de casos con línea base múltiple no concurrente ($n=1$), ensayos abiertos de un solo brazo ($n=4$), CCT ($n=3$) y RCTs ($n=5$). Predominio de estudios ambulatorios ($n=21$) y un único estudio residencial.	674 en total. Adultos ($n=19$), adolescentes ($n=2$) y muestra mixta adolescente-adulta ($n=1$). Muestras solo femeninas ($n=15$) y mixtas ($n=7$), con predominio femenino.	Predominio de AN ($n=10$) y TA/BED ($n=6$), seguido de muestras mixtas de TCA ($n=3$), BN ($n=1$) y trastorno purgativo ($n=1$).	Intervención individual ($n=13$), grupal ($n=6$), sesión grupal presencial con apoyo online posterior ($n=1$), intervención basada en internet ($n=1$) e intervención individual combinada con aplicación móvil ($n=1$).	Seis procesos ACT en 13 estudios; cinco procesos en 1; cuatro procesos en 1; tres procesos en 7. Todos incluyeron aceptación y valores.	Sintomatología alimentaria, conductas alimentarias problemáticas EDE-Q, IMC, remisión clínica y procesos de cambio vinculados a ACT. Mejoras en sintomatología alimentaria, IMC, atracones, purgas o remisión clínica.	17 de los 18 estudios evaluados mediante EPHPP obtuvieron valoración global débil y 1 moderada; las principales limitaciones fueron el sesgo de selección y el cegamiento.

Nota. CCT= Controlled Clinical Trial (en español, ensayo clínico no aleatorizado).