



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ATLETAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

VERÓNICA VARGAS CORONADO



TUTOR: DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ  
COMITÉ: DR. ALEJANDRO PÉREZ ORTIZ  
DRA. RAQUEL RODRÍGUEZ ALCÁNTARA  
MTRO. GABRIEL MARTÍN VILLEDA VILLAFAÑA  
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE DE 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

### **A mí misma:**

Por atreverme a tomar este camino, a pesar de todos mis miedos y dudas, por haber tenido la determinación y el compromiso necesarios para la realización de este proyecto, aún en los días difíciles. Me agradezco por no rendirme ante este desafío, en donde he aprendido tanto de esta hermosa profesión y de mí.

### **A mis papás:**

Les agradezco inmensamente su apoyo y comprensión incondicional, además de siempre estar en todas mis terribles crisis, los amo demasiado.

### **A mis abuelos:**

Por siempre escucharme y querer lo mejor para mí, ustedes me enseñaron a afrontar la vida y la muerte.

### **A mi familia:**

Por su apoyo y empatía, que me ha acompañado a lo largo de mi vida, gracias especialmente a mi tío Roberto, mi tía Patricia y mi tía Verónica.

### **Al pequeño Saji:**

Por ser mi gran amigo y compañero.

### **A Mme. Yunuet:**

Por compartir conmigo su entusiasmo por la vida y la lengua francesa.

### **A mis amigas:**

Por compartir su vida conmigo, por siempre escucharme y darme aliento en los momentos difíciles, ustedes que hicieron mi vida universitaria maravillosa.

### **A la Dra. Ana Leti:**

Por aceptar dirigir mi proyecto, colaborar con usted ha sido un sueño hecho realidad, es usted una gran fuente de inspiración para mí.

### **A mis asesores el Dr. Ale y la Dra. Raquel:**

Por siempre ser tan amables, cálidos y considerados conmigo, los apreció mucho.

### **A mi sínodo:**

Por valiosa colaboración en este proyecto.

### **A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza:**

Por darme la oportunidad, de crecer y aprender a lo largo de los años, en sus instalaciones.

## Índice

Resumen .....	1
Introducción .....	2
Conceptualización de los TAIA.....	5
Panorama epidemiológico internacional de los TAIA .....	5
Panorama epidemiológico nacional de los TAIA .....	7
Factores de riesgo asociados a los TAIA .....	8
Clasificación según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión .....	9
Tratamiento farmacológico y psicológico para los TAIA.....	15
Tratamiento farmacológico para los TAIA.....	15
Tratamiento psicológico para los TAIA .....	16
Análisis de los tratamientos psicológicos para personas con síntomas de algún TAIA..	21
TAIA en atletas de alto rendimiento.....	33
Método.....	38
Pregunta de investigación.....	38
Objetivo general .....	38
Procedimiento .....	38
Criterios de Inclusión.....	40
Criterios de exclusión.....	40
Criterios de eliminación.....	40
Resultados.....	41
Análisis de los tratamientos psicológicos basados en la TCC para atletas de alto rendimiento con síntomas de algún TAIA .....	42
Discusión .....	51
Referencias.....	55
Anexo 1.....	65

## Resumen

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAIA), son alteraciones en el comportamiento alimentario, estrechamente ligadas a la insatisfacción corporal, que conllevan un fuerte deterioro físico y/o psicosocial en el individuo. Por eso, es fundamental el abordaje psicológico de los TAIA en atletas, quienes enfrentan complejidades únicas en comparación con la población general. Adicionalmente, la prevalencia de TAIA en deportes como atletismo y natación, oscila entre el 6 y 45% en las mujeres, y entre el 0 y 19% en los hombres, en Alemania, Australia, Estados Unidos, Francia, Malasia y Noruega (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013)

Bajo estos argumentos, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la atención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, en atletas de alto rendimiento, por ende, se realizó una búsqueda sistemática bajo la metodología PIO (*Population, Intervention y Outcomes*), en las bases de datos: *Pubmed, Scopus, OVID (PsycINFO y PsycArticles), Wiley Library, Science Direct, Redalyc*. Tres artículos en la revisión, cumplieron con los criterios de inclusión preestablecidos, y los resultados mostraron evidencia a favor de las intervenciones, basadas en la TCC para el abordaje de los TAIA en atletas de alto de rendimiento, que demuestran que esta terapia es viable, económica y eficaz para reducir la sintomatología de los TAIA, sin embargo, la intervención de trastornos alimentarios en atletas se encuentra en etapas iniciales, así que se sugiere continuar su estudio, considerando las características del contexto deportivo.

**Palabras claves:** Trastornos alimentarios de la ingesta de alimentos, atletas, terapia cognitivo conductual, revisión sistemática y metodología PICO.

## Introducción

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAIA) son procesos psicopatológicos que constan de alteraciones significativas en el comportamiento alimentario y en la absorción de los alimentos y no pueden ser explicados por condiciones médicas preexistentes, tampoco pertenecen a prácticas culturales (*American Psychiatric Association [APA], 2013*).

Estos comportamientos atípicos se caracterizan por una preocupación excesiva vinculada con el peso, la figura corporal y los alimentos, así como la ingesta de sustancias no comestibles (dependiendo del trastorno), creando un deterioro significativo físico y/o psicosocial en el individuo. Estos trastornos tienen su origen en las distorsiones cognitivas relacionadas con la percepción corporal y el temor irracional a subir de peso (Garner et al., 1998; Mancilla et al., 2006, citado en Ortega, 2010; Vázquez et al., 2015).

Entre los TAIA se engloban trastornos tales como: Pica, rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Gaete & López, 2020).

Es más, los TAIA tienen mayor incidencia en la adolescencia, porque durante esta etapa del ciclo vital se experimentan cambios físicos, en la apariencia y en la imagen corporal. Además, existe mayor influencia de los pares y de los modelos estéticos de belleza, aspectos que los hacen más vulnerables para el desarrollo de síntomas asociados con estos tipos de trastornos (Arija et al., 2022; Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Asimismo, hay otros grupos de la población que enfrentan condiciones sociales, culturales y psicológicas que pueden predisponerlos al desarrollo de trastornos alimentarios, como lo son, los adolescentes deportistas de alto rendimiento. A causa de los siguientes factores de riesgo: La edad de inicio en el deporte, la dieta rigurosa que deben de seguir, la insatisfacción corporal, los rasgos de la personalidad, la presión de los pares, la influencia de los medios de comunicación, las lesiones del atleta, la conducta del entrenador, la etapa del entrenamiento y el tipo del deporte realizado (Eichstadt et al., 2020; Garner et al., 1998; Martinsen et al., 2010; Wells et al., 2020).

De acuerdo con datos epidemiológicos en deportes como natación y atletismo, se estima que la prevalencia de los TAIA oscila entre el 6 y 45% en las mujeres, y entre el 0 y 19% en los hombres. Estas cifras se han observado en países como Alemania, Australia, Estados Unidos, Francia, Malasia y Noruega (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

En México, son pocos los estudios que han abordado los TAIA en deportistas. Uno de ellos fue el realizado por Salinas y Gómez-Peresmitré (2009), quienes, en una muestra de 300 participantes, de los cuales 150 eran deportistas de alto rendimiento, cuya edad promedio fue de 15.32 años ( $DE \pm 1.4$ ) y que practicaban deportes acuáticos como: Natación ( $n = 78$ ), nado sincronizado ( $n = 52$ ), clavados ( $n = 13$ ) y *waterpolo* ( $n = 7$ ); se encontró que el factor de riesgo de Insatisfacción Corporal (IC) jugó un papel central y mediador en la preocupación por el peso ( $B = 0.51$ ). A su vez, este factor presentó una relación significativa con la dieta crónica y restringida ( $B = 0.59$ ), incluso, la IC mostró una relación directa con la conducta alimentaria compulsiva ( $B = 0.34$ ). Estas variables también tienen un efecto mediador en la sintomatología de depresión ( $B = 0.16$ ) y la hostilidad hacia su entorno ( $B = 0.08$ ).

De igual modo, Guerrero (2023) examinó la conducta alimentaria compulsiva y normal, en una muestra representativa de 200 adultos mexicanos (143 mujeres y 66 hombres) de los cuales 100 eran deportistas. Estos practicaban una variedad de deportes, incluyendo aquellos de contacto ( $n = 25$ ), de pelota ( $n = 16$ ), competitivos ( $n = 8$ ) y de fuerza y resistencia ( $n = 6$ ). Se calculó una media de 14.05 y ( $DE \pm 5.09$ ) de conducta alimentaria normal en los deportistas, mientras que en los adultos no deportistas se reportó una media de 11.31 y ( $DE \pm 4.77$ ), en el caso de la conducta alimentaria compulsiva se registró una media de 4 ( $DE \pm 4.22$ ), mientras que en los deportistas se observó una media de 2.96 ( $DE \pm 3.70$ ).

Los TAIA ejercen un impacto significativo en el ámbito psicológico, generando en el individuo cambios de humor, irritabilidad, sentimientos de minusvalía, baja autoestima, pensamientos intrusivos y aislamiento social. Y constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos, ansiosos, obsesivos-compulsivos y un mayor riesgo de suicidio, ya que se han observado

correlaciones positivas entre estos factores, por ejemplo, a mayor grado de aislamiento, mayores son los síntomas depresivos (Hilbert et al., 2017; Garner et al., 1998; Salinas & Gómez-Peresmitré 2009).

Ante ello, es fundamental el abordaje psicológico de los TAIA en atletas, por complejidades únicas que enfrentan en comparación con la población general, ya que vivir bajo este ambiente que siempre exige cuidado, su salud psicológica está en riesgo latente de deteriorarse. Se recomienda el abordaje de los TAIA con un equipo multidisciplinario, formado por endocrinólogos, entrenadores, médicos, nutriólogos y psicólogos, donde la participación del psicólogo es crucial, debido a que se encarga de las siguientes actividades: Evaluación de los síntomas y la severidad de los TAIA, identificación y modificación de las creencias desadaptativas sobre la autoevaluación corporal del deportista y el comportamiento alimentario disfuncional. Asimismo, se encarga de fomentar la adherencia al tratamiento por parte del atleta y de crear una red de apoyo que integre al entrenador y a la familia del atleta (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Eichstadt et al., 2020; Voelker et al 2019; Wells et al., 2020).

Pese a la propuesta señalada, la investigación en esta área aún es limitada y se necesitan de más estudios para identificar estrategias efectivas de prevención y tratamiento dirigidas específicamente a esta población de riesgo. Bajo los argumentos anteriores, el objetivo de la presente investigación será efectuar una revisión sistemática de la literatura y así identificar la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la atención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en atletas de alto rendimiento.

## **Conceptualización de los TAIA**

Los TAIA son procesos psicopatológicos que implican anomalías significativas en las creencias, las valoraciones y los comportamientos asociados con la ingesta alimentaria. Además, tienen su origen en las distorsiones cognitivas relacionadas con la percepción corporal y el temor excesivo a subir de peso (Mancilla et al., 2006; citado en Ortega, 2010).

De manera similar, la APA (2013) define a estos trastornos como una alteración continua en el comportamiento alimentario, ya sea en el consumo o en la asimilación de los alimentos, que causa un fuerte deterioro físico o psicosocial.

En tanto, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2024) define a los TAIA como conductas anómalas vinculadas con la alimentación, que no tienen explicación médica, tampoco corresponden al nivel de desarrollo del individuo, ni se ajustan a normas sociales. Estos trastornos abarcan una amplia gama de alteraciones conductuales, tales como la ingestión de sustancias no alimenticias, la regurgitación voluntaria, el vómito autoinducido, la dieta restrictiva y/o el ejercicio vigoroso, por mencionar algunos.

## **Panorama epidemiológico internacional de los TAIA**

La prevalencia mundial de los TAIA a lo largo de la vida oscila en un rango entre el 18.1 y 36.1%, sumado a esto, el Continente Americano encabeza la lista, con un rango del 0.2 al 13.5% y una media del 4.6%. Posteriormente, la región de Asia, dado que posee una estimación del 0.6 a 17.8%; mientras que Europa posee un rango del 0.2 al 13.1 % y un promedio de 2.2% (Arija et al., 2022; Kessler et al., 2009).

En ese sentido, la prevalencia durante la vida de los TAIA se presenta mayoritariamente en los jóvenes, siendo los trastornos predominantes, en las regiones de América, Asia y Europa; la Anorexia Nerviosa (AN) con el 3.6%, la Bulimia Nerviosa (BN) con el 2.1% y el Trastorno por Atracón (TPA) con el 2.0%. Ahora bien, en cuanto a su distribución por sexo, se calcula que el 8.4% de las mujeres presentan uno de estos trastornos, en cambio, el 2.2% de los hombres lo padecen. En el caso de la AN, 1.4% de las mujeres la padecen y 0.2% de los

hombres cursan el trastorno. La BN afecta al 1.9% y 0.6% de las mujeres y los hombres, respectivamente. Finalmente, 2.8% y 1% de las mujeres y de los hombres presentan el TPA, respectivamente (Galmiche et al., 2019).

Considerando que los TAIA se desarrollan con mayor frecuencia en la adolescencia, es entendible que los estudios de carácter epidemiológico se orienten a este grupo etario. Al respecto, la OMS (2021), estima que la AN y la BN son los trastornos alimentarios más comunes en la adolescencia y la juventud, sin embargo, no hay datos exactos sobre el número de casos de estos padecimientos.

En la misma línea, Wagner et al. (2017) en una muestra conformada por 3477 adolescentes (55.3% mujeres y 44.7% hombres) en Austria, con un rango de edad de 10 a 18 años, identificaron la prevalencia de los TAIA a lo largo de la vida en 3.73% ( $DE \pm 1.9$ ) de la muestra. En el caso de la AN, la prevalencia fue de 1.44% ( $DE \pm 1.1$ ), para la BN fue de 0.32% ( $DE \pm 0.5$ ), y para el TPA fue de 0.20% ( $DE \pm 0.4$ ). Mientras tanto, el punto de prevalencia para los TAIA fue 1.56% ( $DE \pm 1.2$ ), en la prevalencia específica para la AN de 1.01% ( $DE \pm 0.9$ ), para la BN de 0.17% ( $DE \pm 0.4$ ), y para el TA de 0.20% ( $DE \pm 0.4$ ).

Conforme a los datos proporcionados por el *National Comorbidity Survey* (NCS, 2007 por sus siglas en inglés; citado en Swanson et al., 2011), en una muestra representativa de 10,123 adolescentes estadounidenses, con un rango de edad de 13 a 18 años, se detectó que la prevalencia de los TAIA a lo largo de la vida para ambos sexos es de 5.85%. En cuanto a la distribución específica para cada padecimiento, se observó que el TPA presentó una prevalencia de 1.6%, seguido por la BN con 0.9% y la AN con 0.3%. Continuando con este punto, la distribución por sexos muestra una diferencia significativa: Para el TPA 2.3% de las mujeres lo presentan y 0.8% de los hombres lo experimentan, en el caso de la BN 1.3% de las mujeres lo padecen y el 0.5% de los hombres lo presentan, finalizando con la AN, 0.3% de ambos sexos lo cursan.

En América, especialmente en América Latina, se calcula una alta prevalencia de AN y BN, que podría ser consecuencia del estilo de vida occidental donde los medios de comunicación promueven la idealización de un cuerpo delgado (Kolar et al., 2016).

Por otra parte, el *Global Burden of Disease* (2019; citado en Kolar & Mebarak, 2022) encontró una prevalencia estandarizada por edad del 0.23% [IC del 95% (0.17, 0.30)] en la región de América Latina y el Caribe, también, se identificó la prevalencia en América del Sur, Argentina, Chile y Uruguay obtuvieron 0.34% [IC del 95% (0.25, 0.43)] de los casos. Mientras que, en dicha zona, se detectó la prevalencia del 0.28% [IC del 95% (0.20, 0.38)], en la región andina, constituida por Bolivia, Ecuador y Perú. Por su parte, en Centroamérica, es decir, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela, se cuenta con un 0.22% ([IC del 95% (0.17, 0.30)]) de los casos de AN y BN.

Otro de los países que han monitoreado la prevalencia de estos padecimientos en América Latina es Argentina, pues en el estudio de Herscovici et al. (2005) se identificó en una muestra representativa de 1,971 adolescentes (1231 mujeres y 740 hombres), entre 10 a 19 años, una prevalencia a lo largo de la vida en el caso del TPA de 6.6%, mientras que para la BN de 0.5%, no se reportaron casos de AN. En cambio, en una muestra de 1209 adolescentes brasileños (670 mujeres y 539 hombres) con un rango de edad entre los 14 a 19 años, se localizó un punto de prevalencia de 1.90% en el caso de la BN y de 1.82% para el TPA para ambos sexos (Pivetta & Gonçalves-Silva, 2010). Por último, en una muestra de 247 mujeres adolescentes en Colombia, entre los 10 a los 19 años, se detectó un punto de prevalencia de 5.35% para la BN y 1.65% en la AN (Rueda-Jaimes et al., 2005).

### **Panorama epidemiológico nacional de los TAIA**

En México las estadísticas nacionales sobre la prevalencia de los TAIA son limitadas debido a la falta de estudios, pese a ello, con base en los datos proporcionados por la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes (Benjet et al., 2012), con una muestra representativa de 3,005 adolescentes (51% mujeres y 49% hombres), entre los 12 a los 17 años de edad, se describió la prevalencia a

lo largo de vida: El TPA de 1.4%, para la BN de 1.0% y la AN de 0.5%. Respecto a los datos en función del sexo, en el caso del TPA, el 2.1 % de las mujeres lo experimentan, mientras que el 0.7%, de los hombres lo padecen; la BN impacta al 1.4% de las mujeres y al 0.6% de los hombres; por su parte, la AN afecta al 0.5% y el 0.4% de los hombres y las mujeres, respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo

Datos más recientes sobre la prevalencia de estos padecimientos en los adolescentes son los proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT; Villalobos-Hernández et al., 2023), dado que se identificó que los síntomas de TAIA son cada vez más frecuentes en este grupo etario, pues se detectó en 3,547 adolescentes, de entre 10 y 19 años, alto riesgo de padecerlos en un 1.6 % (2% en mujeres y 1.2% en hombres). Por ende, las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) con mayor frecuencia acumulada (alguna vez, frecuente y muy frecuente) durante por lo menos una vez en los últimos tres meses en la población adolescente fueron: Comer demasiado (45.7%), preocupación por engordar (35%), pérdida del control sobre lo que se come (23.4%), ejercicio excesivo con la finalidad de perder de peso (14.2 %), dietas restrictivas (11.5%) y el uso de pastillas, diuréticos y laxantes (1%). En cuanto a la distribución por sexos, las CAR más comunes en las mujeres fueron: Preocupación por engordar (6.5%), comer demasiado (3.9%) y pérdida del control sobre lo que se come (2.2%). Del mismo modo, las CAR más frecuentes en los hombres fueron: Preocupación por engordar (2.2%) y ejercicio en exceso para perder peso (2.4%).

### **Factores de riesgo asociados a los TAIA**

El *National Institutes Health* (NIH, 2016), define a un factor de riesgo como una característica que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno. En apego al tema de estudio y de acuerdo con Culbert et al. (2015), en la Tabla 1 se presentan los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de un TAIA.

**Tabla 1***Factores de riesgo asociados a los TAIA*

Individuales	Socioculturales	Rasgos de la personalidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Genética</li> <li>• Insatisfacción corporal</li> <li>• Dieta restrictiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idealización de la delgadez</li> <li>• Presión social</li> <li>• Influencia de los pares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencias obsesivo-compulsivas</li> <li>• Perfeccionismo</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de "Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research" por K.M. Culbert, S.E Racine, E., & K. L. Klump, 2015, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(11), pp. 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

### **Clasificación según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión**

Según la APA (2013), los TAIA son una alteración frecuente en la conducta alimentaria, en la ingesta o en la asimilación de los alimentos, que causan un significativo deterioro físico y/o psicosocial.

Todos los TAIA poseen dos rasgos en común, a saber: Patrones anormales en la alimentación y distorsión en la percepción de la imagen corporal (solo en pica y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, no existe distorsión en la percepción corporal; Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Dichas características son posibles de identificarse, en manuales diagnósticos, tales como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5, por sus siglas en inglés; APA, 2013).

En el DSM-5 (APA, 2013), se han realizado algunos cambios relevantes para estos padecimientos, tales como su definición conceptual general, su taxonomía y sus criterios diagnósticos. En cuanto al primer punto, esta organización los define como anomalía persistente en la conducta alimentaria, que a su vez altera el consumo o la absorción de nutrientes, que conlleva al deterioro significativo de la funcionalidad del individuo. Respecto a su taxonomía, se eliminó la división entre trastornos alimentarios de la infancia y de la adolescencia, por tanto, se amplió la edad para su diagnóstico (Vázquez et al., 2015).

A continuación, se presenta una descripción breve de cada uno de los TAIA

- *Pica*. Es un trastorno alimentario que consta del consumo persistente de sustancias carentes de nutrientes y no alimentarias, esta conducta no pertenece a ninguna práctica cultural (Vázquez et al., 2015).

*Trastorno de Rumiación*. Es definido como la regurgitación repetida de alimentos y no se puede explicar por problemas médicos (Attia & Wash, 2022).

*Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA)*. Es un trastorno alimentario que consiste en la falta de interés o evitación por determinados alimentos, debido a sus características físicas o al temor de efectos adversos por su consumo (Medina-Tepal et al., 2023).

*Anorexia Nerviosa*. Es un TAIA que se caracteriza por el miedo excesivo a subir de peso y el consumo de una dieta calórica excesivamente baja, acompañados por la alteración en la percepción corporal (Herpertz, 2015).

- *Bulimia Nerviosa*. Es un trastorno que consta de episodios frecuentes de atracón, ligados a comportamientos compensatorios disfuncionales, entre ellos el vómito autoinducido, el abuso de los laxantes y diuréticos, así como el ayuno y el ejercicio excesivo (García-Camba, 2001; citado en Ortega, 2010).
- *Trastorno Por Atracón*. El TPA es un patrón alimentario originado por comportamientos compulsivos y disfuncionales, su principal atributo es la pérdida subjetiva del control sobre la manera de comer (Baile, 2014).

En la presente investigación se utilizarán los parámetros establecidos en el DSM-5, ya que los sistemas de salud, las políticas de salud pública y los procedimientos consultados suelen estar orientados a este manual (APA, 2013), en la Tabla 2 se presentan los criterios diagnósticos para los TAIA.

**Tabla 2***Criterios diagnósticos para TAIA propuestos por el DSM-5*

Trastorno	Criterios diagnósticos
Pica	DSM-5
	Criterio A
	Ingestión incesante de sustancias sin nutrientes y no alimentarias en un período mínimo de un mes.
	Criterio B
La ingestión de sustancias carentes de nutrientes y no alimentarias es inapropiada para el desarrollo del individuo, no se diagnostica, en personas menores de dos años.	Criterio C
El comportamiento alimentario es una práctica fuera de la norma social y cultural.	Criterio D
Sí el comportamiento alimentario se produce en comorbilidad con otro trastorno mental (trastorno del desarrollo intelectual, trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (entre ellas el embarazo), se requiere de atención clínica adicional.	
Rumiación	Criterio A
	Regurgitación repetida, es decir, los alimentos deglutidos se vuelven a masticar, a tragar y/o a escupir durante al menos un mes.
	Criterio B
	La regurgitación repetida no se puede atribuir a un problema médico o gastrointestinal.
Criterio C	El trastorno alimentario no se cursa únicamente en la AN, la BN, el TPA o el TERIA.
Criterio D	Si los síntomas aparecen en conjunto con otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del desarrollo intelectual u otro trastorno del neurodesarrollo) se apoya el uso de la atención clínica adicional.
TERIA	Criterio A
	Falta de interés por comer, debido a las características físicas de los alimentos (color, olor, sabor y/o textura), lo cual ocasiona una marcada deficiencia en las necesidades nutrimentales y/o energéticas y debe estar vinculado con una o más de las siguientes circunstancias:
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de peso notable, fracaso para alcanzar el peso o crecimiento adecuado.</li> <li>2. Deficiencia nutrimental severa.</li> <li>3. Necesidad de alimentación enteral o suplementos nutricionales vía oral.</li> <li>4. Deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial.</li> </ol>
Criterio B	El trastorno no es producto de inseguridad alimentaria o costumbres.

Continuación de la tabla 2 Criterios diagnósticos para TAIA propuestos por el DSM-5

---

	<p>Criterio C El trastorno alimentario no se produce en la AN o en la BN, asimismo no hay evidencia de presencia de un trastorno que altere la percepción corporal.</p> <p>Criterio D El trastorno alimentario no se puede atribuir a un problema médico concurrente u otro trastorno mental. Si existe comorbilidad, se apoya el uso de la atención clínica adicional.</p>
AN	<hr/> <p>Criterio A Ingesta energética baja para las necesidades del individuo, conduciendo a un peso corporal significativamente inferior al esperado.</p> <p>Criterio B Miedo intenso a subir de peso, vinculado a un comportamiento persistente que afecta a la ganancia.</p> <p>Criterio C Alteración en la autopercepción corporal. Especificar sí es: Restrictiva: la persona no ha presentado episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes, diuréticos y/o lavativas) en los últimos tres meses, sin embargo, el individuo ha presentado comportamiento restrictivo orientado a la pérdida de peso (dietas calóricas bajas, ayuno y/o ejercicio excesivo). Atracones/purgas: el individuo ha pasado por episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos tres meses. Especificar si: En remisión parcial: Tras padecer todos los criterios, algunos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado. En remisión total: Tras padecer todos los criterios para el diagnóstico de AN, todos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado. Gravedad actual: La gravedad mínima en la AN, en adultos se sustenta en el índice de masa corporal (IMC), del mismo modo, la gravedad aumenta conforme a los síntomas clínicos, al grado de discapacidad y la necesidad de supervisión. Leve: IMC <math>\geq</math> 17kg/m<sup>2</sup> Moderado: IMC 16 – 16,99 kg/m<sup>2</sup> Grave: IMC 15 -15,99 kg/m<sup>2</sup> Extremo: IMC &lt;15 kg/m<sup>2</sup></p> <hr/>

Continuación de la tabla 2 Criterios diagnósticos para TAIA propuestos por el DSM-5

---

BN	<p>Criterio A A. Los episodios recurrentes de atracones se caracterizan por los siguientes hechos: 1. Ingestión durante un corto periodo de tiempo (menor o igual a dos horas), de una cantidad de alimentos superior, a la que la mayoría de las personas comería dentro de un contexto similar. 2. Sensación subjetiva de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio de atracón, en otras palabras, sensación de no poder parar de comer o de limitar la cantidad de lo que se ingiere.</p> <p>Criterio B Comportamiento compensatorio disfuncional y recurrente, con el objetivo de evitar la ganancia de peso: vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno y/o ejercicio excesivo.</p> <p>Criterio C Los atracones y las conductas compensatorias disfuncionales ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>Criterio D La autoevaluación es influenciada por el peso y la forma corporal.</p> <p>Criterio E La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.</p> <p>Detallar si: En remisión parcial: Después de presentar todos los criterios, algunos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado. En remisión total: Después de presentar todos los criterios para el diagnóstico de AN, todos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado.</p> <p>Gravedad del trastorno Leve: Con una media de uno a tres episodios de comportamientos compensatorios disfuncionales a la semana. Moderado: Con una media de cuatro a siete episodios de comportamientos compensatorios disfuncionales a la semana. Grave: Con una media de ocho a 13 episodios de comportamientos compensatorios disfuncionales a la semana. Extremo: Con una media de 14 episodios de comportamientos compensatorios disfuncionales a la semana.</p>
TPA	<hr/> <p>Criterio A Episodios recurrentes de atracones, se caracterizan por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión durante un corto periodo de tiempo (menor o igual a dos horas), de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas comería dentro de un contexto similar. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio de atracón, es decir, sensación de no poder parar de comer, o limitar lo ingerido.</p> <p>Criterio B Los episodios de atracones se vinculan a tres (o más) de las siguientes situaciones</p> <hr/>

*Continuación de la tabla 2 Criterios diagnósticos para TAIA propuestos por el DSM-5*

---

Los episodios de atracones se vinculan a tres (o más) de las siguientes situaciones:

1. Comer más rápido de lo habitual.
2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos, a pesar de no sentir hambre.
4. Comer en soledad debido a la vergüenza provocada por la cantidad que de alimentos consumidos.
5. Posterior a la ingesta alimentaria, sentirse mal con uno mismo, deprimido o avergonzado.

Criterio C

Malestar intenso respecto a los atracones.

Criterio D

Los atracones se experimentan, en promedio, al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses.

Criterio E

El atracón no se asocia a un comportamiento compensatorio disfuncional y repetitivo, como en la BN.

Precisar si:

En remisión parcial: Luego, de cursar todos los criterios para el diagnóstico de TPA, algunos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado.

En remisión total: Luego, de cursar todos los criterios para el diagnóstico de TPA, todos han desaparecido, en un periodo de tiempo prolongado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se establece acorde a la frecuencia de episodios de atracones, puede aumentar según los síntomas clínicos y grado de discapacidad disfuncional.

Leve: 1 a 3 atracones por semana.

Moderado: 4 a 7 atracones por semana.

Grave: 8 a 13 atracones por semana.

Extremo: 14 atracones o más por semana.

---

**Nota.** Adaptado de " Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos " por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5a ed.), pp. 329-355. <https://doi-org/10.1176/lappi.books.9780890425596>

## **Tratamiento farmacológico y psicológico para los TAIA**

Es crucial el abordaje psicológico y farmacológico de los TAIA, debido a sus complicaciones médicas y psicológicas. Los pacientes que experimentan estos trastornos se enfrentan a un mayor riesgo de suicidio y comorbilidad con otros trastornos psicológicos, entre ellos, la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y el consumo de sustancias. Por lo tanto, los planes de intervención deben adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, es por estas razones, que la mayoría de las guías clínicas enfatizan en la necesidad de la atención multi y/o interdisciplinar, en donde todos los profesionales participantes tengan una formación en estos padecimientos. En la que no sólo se priorice el aspecto nutricional y biológico del padecimiento, sino también el componente cognitivo-afectivo y conductual (Hilbert et al., 2017; *National Institute of Mental Health*, 2024).

### ***Tratamiento farmacológico para los TAIA***

El uso de fármacos en el tratamiento de los TAIA es un tema controversial, puesto que algunas guías clínicas no los recomiendan, mientras que, otras sugieren su uso, exclusivamente en pacientes que no responden adecuadamente a la terapia o como complemento de esta (Bryson et al., 2024). En el caso de los pacientes adultos con TAIA, se les suele prescribir: Antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y estimulantes; dependiendo del trastorno alimentario y de las condiciones del paciente (Crow, 2019; Garner et al., 2016).

Ahora bien, los antidepresivos se introdujeron como tratamiento para los TAIA a causa de los altos niveles de síntomas comórbidos, es decir, ansiosos, depresivos y obsesivo-compulsivos. También se emplean los antipsicóticos entre ellos la olanzapina, dado que se estima que mejora el apetito en los pacientes que experimentan síntomas de AN (Bryson et al., 2024; Muratore & Attia, 2021).

En el caso de AN, los medicamentos utilizados son los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), tales como la fluoxetina o la sertralina, debido a que aumentan los niveles de serotonina en el cerebro. Por ende,

pueden mejorar el estado de ánimo y su uso acompañado con psicoterapia podrían evitar las recaídas (Márquez, 2022).

Recientemente se ha documentado el uso de antipsicóticos específicamente de la olanzapina, porque podría aminorar la ansiedad, el insomnio y ser un auxiliar para el aumento de peso (Attia et al., 2019).

En cambio, para la BN, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés; 2018), avala el uso de la fluoxetina al observar reducciones en la frecuencia de los periodos de atracón y purgas. Sin embargo, existe un creciente interés en la búsqueda de otros fármacos auxiliares para la BN, se ha experimentado con antidepresivos ISRS (citalopram, fluvoxamina y sertralina), Tricíclicos (amitriptilina e imipramina), y anticonvulsivos (topiramato). Se estima que ayudan a reducir algunas de las conductas psicopatologías de la BN y/o síntomas comórbidos, no obstante, la evidencia es limitada, y los efectos secundarios, a largo plazo aún son inciertos (Crow, 2019; Himmerich et al., 2021).

De igual manera para el TPA, la FDA (2023) aprueba el uso de lisdexanfetamina dimesilato, un estimulante creado para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, debido a que ha mostrado un efecto reductor en la frecuencia de los atracones y los síntomas psicopatológicos. Asimismo, la evidencia indica que los antidepresivos ISRS (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, y sertralina) y anticonvulsivos (topiramato), pueden causar mejoría en la conducta alimentaria psicopatológica (Crow, 2019; Garner et al., 2016; Peat et al., 2017).

El tratamiento farmacológico se aconseja como un complemento de la terapia psicológica, no como un tratamiento único. Ya que las intervenciones farmacológicas no pueden abordar por completo los factores de mantenimiento de los trastornos de alimentarios (Bryson et al., 2024; Himmerich et al., 2021; *National Institute of Mental Health*, 2024; Peat et al., 2017).

### ***Tratamiento psicológico para los TAIA***

El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, por sus siglas en inglés; 2020) recomienda el tratamiento psicológico de los trastornos alimentarios a través de diversos enfoques terapéuticos. Entre estos se incluyen: La psicoterapia

interpersonal, el tratamiento Maudsley para la anorexia nerviosa en adultos, el manejo clínico especializado de apoyo, la TCC y sus variantes (terapia cognitivo conductual mejorada para los trastornos alimentarios y la terapia cognitivo conductual dialéctica). A continuación, se presenta una breve descripción de cada enfoque terapéutico:

1) La psicoterapia interpersonal (TI), es un enfoque psicológico centrado en la resolución de problemas interpersonales en el contexto social, considerando que estos son cruciales en el mantenimiento de los TAIA, es empleado como tratamiento psicológico para la AN y la BN (Hilbert et al., 2017).

2) El tratamiento Maudsley para la anorexia nerviosa en adultos (MANTRA, por sus siglas en inglés) tiene por objetivo el abordaje de los cuatro factores de mantenimiento de la AN: La rigidez cognitiva, las creencias sobre la utilidad de la AN en la vida del paciente, es decir, una personalidad pro-anorexia; las deficiencias en las habilidades sociales y la evitación de emociones intensas que contribuyen al déficit en las relaciones sociales del paciente y perpetúan el trastorno alimentario. En este tipo de tratamiento, se enfatiza la participación de la familia, dependiendo de la gravedad del trastorno (Hay, 2013; Kass et al., 2013; Schmidt et al., 2012).

3) El manejo clínico especializado de apoyo (SSCM, por sus siglas en inglés), es una intervención que integra diversas técnicas psicoterapéuticas, no está sustentada por una corriente psicológica definida y se centra exclusivamente en la persona. Los objetivos de SSCM son normalizar el comportamiento alimentario, restaurar el peso, proporcionar psicoeducación y reducir los síntomas asociados con la AN y la BN (Kiely et al., 2022).

4) La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los tratamientos psicológico más empleados y de primera línea de atención en adultos que cursan algún TAIA entre ellos AN, BN y TPA. Debido a su eficacia y rapidez en la reducción de los síntomas asociados al trastorno, así como a su enfoque centrado en la modificación de los patrones conductuales y las distorsiones cognitivas desadaptativas que perpetúan al trastorno alimentario, también se busca incrementar la flexibilidad cognitiva (Agras, 2019; Hay, 2013; Kass et al., 2013).

De este último enfoque se deriva la terapia cognitivo-conductual mejorada en los trastornos alimentarios (TCC-E, por sus siglas en inglés), la cual se basa en la teoría transdiagnóstica y se centra en la psicopatología alimentaria. Su objetivo principal es modificar las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación, la inflexibilidad cognitiva, el control del peso y la imagen corporal. Una de sus principales ventajas es su adaptabilidad al trastorno y las necesidades específicas de cada paciente (Fairburn, 2008; citado en Fairburn & Murphy, 2015). Este enfoque ha demostrado efectos positivos en las habilidades sociales, la regulación emocional, la autoestima, el aumento de peso y la disminución de recaídas, por consiguiente, suele ser empleado en el tratamiento de la AN, la BN y el TPA (Murphy et al., 2010).

A partir de la TCC, también se ha desarrollado la terapia cognitivo conductual dialéctica (TCC-D), la cual parte de la premisa de que los episodios de atracón y otros comportamientos alimentarios disfuncionales, actúan como un mecanismo desadaptativo regulador de las emociones intensas, por esa razón, está diseñada para incrementar las habilidades sociales, la regulación emocional y la tolerancia a la frustración. La TCC-D se utiliza frecuentemente en manuales de autoayuda para BN, debido a que se considera una opción rentable y eficaz (Kenny et al., 2020; Vogel et al., 2020).

Ahora bien, la guía NICE (2020) otorga una serie de directrices para el abordaje de los TAIA, por medio de diversas intervenciones tales como MANTRA y TCC de segunda y tercera generación. En la Tabla 3 se presenta la serie de recomendaciones emitidas por esta guía.

**Tabla 3**

Recomendaciones de la guía NICE para el tratamiento de la AN, la BN y el TPA.

Trastorno	Recomendaciones de la guía NICE
Anorexia Nerviosa (AN)	<p>Terapia cognitivo-conductual mejorada para los trastornos alimentarios (TCC-E, por sus siglas en inglés).</p> <p>El tratamiento se conforma por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Alrededor de 40 sesiones semanales, en las primeras tres semanas se recomiendan, dos sesiones por semana.</li> <li>•Elaboración de un plan de intervención personalizado basado en los comportamientos de mantenimiento del TAI.</li> <li>•Fomento de una alimentación saludable, orientada a alcanzar un peso corporal adecuado.</li> <li>•Explicación sobre los riesgos de la desnutrición y el bajo peso corporal.</li> <li>•Mejorar de la autoeficacia del paciente.</li> <li>•Instrucción en la automonitoreo de la ingesta calórica, así como de los pensamientos y sentimientos asociados a la alimentación.</li> <li>•Inclusión de tareas para que el paciente practique lo aprendido, en la intervención.</li> </ul> <p>Si el tratamiento es contraindicado o el paciente no responde, después de cuatro semanas, es pertinente probar con MANTRA.</p> <p>Tratamiento Maudsley para la anorexia nerviosa en adultos (MANTRA, por sus siglas en inglés).</p> <p>El tratamiento consiste en: Aproximadamente 20 sesiones semanales. Se recomienda flexible con los módulos de MANTRA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Trabajo en equipo.</li> <li>•Nutrición</li> <li>•Experiencia con el trastorno alimentario.</li> <li>•Metas</li> <li>•Tipos de pensamiento</li> <li>•Mente emocional y social,</li> <li>•Identidad</li> <li>•Prevención de recaídas.</li> <li>•Impulsar al paciente a trabajar en conjunto, con el terapeuta.</li> <li>•Motivar a la persona a crear una "identidad no anoréxica".</li> <li>•Involucramiento de los miembros de la familia o los cuidadores para ayudar a la persona a comprender su condición y los problemas que causa, así como la conexión con el contexto social.</li> </ul> <p>Si el tratamiento no es adecuado para el paciente o no presenta mejorías, después de cuatro semanas, sería recomendable considerar el uso de SSCM como una alternativa.</p> <p>Manejo clínico especializado de apoyo (SSCM, por sus siglas en inglés).</p> <p>El proceso terapéutico implica: En promedio 20 sesiones semanales, dependiendo de la gravedad del trastorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Es necesario la evaluación, identificación y revisión continua de los problemas clave.</li> <li>•Restauración del peso, al establecer un rango de peso objetivo.</li> <li>•Identificación de la conexión entre los síntomas y el comportamiento alimentario anormal.</li> <li>•Psicoeducación y motivación de una alimentación saludable.</li> <li>•Monitoreo de salud física.</li> <li>•El paciente decide sobre los elementos de su tratamiento.</li> </ul>

---

Bulimia Nerviosa (BN)	<p>Terapia cognitivo-conductual autosugestiva (TCC-A). La intervención implica de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de materiales de autoayuda, basados en la TCC orientada para los TAIA</li><li>• El programa de Biblioterapia con sesiones breves de apoyo psicológico, de cuatro a nueve sesiones con una duración de 20 minutos, durante 16 semanas, al inicio se sugiere, una sesión por semana.</li></ul> <p>Si el tratamiento inicial no es adecuado para el paciente o no se registra mejoría después de un mes, es apropiado evaluar la posibilidad de utilizar TCC-D</p> <p>Terapia cognitivo-conductual dialéctica (TCC-D). El tratamiento consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta 20 sesiones semanales, en la primera fase, se aconsejan dos sesiones por semana durante la primera fase.</li></ul> <p>En la primera fase, se debe enfocar en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El compromiso y la educación del paciente.</li><li>• Establecer un patrón de alimentación dentro de la normalidad.</li><li>• Proporcionar motivación, orientación y apoyo al paciente</li></ul> <p>En la segunda fase, se aborda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La conducta psicopatológica del TAIA, por ejemplo, los periodos de atracón, la preocupación excesiva por el peso, entre otras</li></ul> <p>Hacia el final del tratamiento es conveniente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Espaciar las sesiones</li><li>• Centrarse en los cambios positivos</li><li>• Reducir el riesgo de posibles recaídas.</li></ul>
Trastorno por Atracón (TPA)	<hr/> <p>Terapia cognitivo-conductual autosugestiva (TCC-A). La intervención consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 16 sesiones grupales y semanales, de apoyo psicológico, de 90 minutos durante cuatro meses.</li><li>• Uso de materiales de autoayuda basados en TCC.</li><li>• Enfoque en la adherencia terapéutica hacia el programa.</li></ul> <p>Si esta intervención es contraindicada o no se presentan mejorías después de un mes, es aconsejable el empleo de la TCC grupal.</p> <p>Terapia cognitivo-conductual grupal (TCC). La intervención consta de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 16 sesiones grupales semanales de 90 minutos durante cuatro meses.</li></ul> <p>Se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psicoeducación, orientada a enseñar autocontrol en la ingesta alimentaria.</li><li>• Instrucción en el autorregistro de ingesta de alimentos e identificación las señales de atracones.</li><li>• Entrenamiento de exposición corporal para identificar y modificar creencias negativas sobre el cuerpo.</li><li>• Enseñanza de las estrategias de afrontamiento, para hacer frente a los desencadenantes actuales y futuros, con el objetivo de evitar recaídas.</li></ul> <p>Si la TCC en grupo para los TAIA no está disponible o la persona la rechaza, se pasa a la TCC individual, para adultos con trastorno por atracón</p>

---

Continuación de la tabla 2 Recomendaciones de la guía NICE para el tratamiento de la AN, la BN y el TPA.

---

Terapia cognitivo-conductual, individual (TCC).

La intervención se basa en:

De 16 a 20 sesiones.

- Elaboración de un análisis de la conducta para determinar los factores ambientales, fisiológicos y estados emocionales que desencadenan los atracones alimentarios.
- Basado en la formulación se debe:
- Establecer un horario de comidas y colocaciones.
- Abordar los desencadenantes emocionales de los atracones, por medio de la reestructuración cognitiva, y la exposición.

Incluir el monitoreo semanal de la ingesta calórica de los periodos de atracón, y el peso.

---

*Nota.* Adaptado de “Psychological treatment for eating disorders” por NICE. National Institute of Health and Care Excellence, 2020, Eating disorders: recognition and treatment, pp. 1-45. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng6>

### ***Análisis de los tratamientos psicológicos para personas con síntomas de algún TAIA***

Las características y los resultados de las investigaciones donde se evaluó el efecto de un tratamiento psicológico sobre los síntomas de TAIA se pueden visualizar en Tabla 4. En tanto, el contenido de los estudios se presenta a continuación:

**País.** Tres estudios fueron realizados en Alemania (Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016; Zipfel et al., 2014), mientras que los restantes fueron realizados en Australia (Byrne et al., 2017), Canadá (Masson et al., 2013), Dinamarca (Poulsen et al., 2014), Estados Unidos (Le Grange et al., 2015) y Reino Unido (Schmidt et al., 2012).

**Edad y sexo.** En dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se incluyeron a participantes adolescentes (Le Grange et al., 2015; Stefini et al., 2017) con un rango de edad entre los 14 y los 20 años. En cambio, los participantes de las investigaciones restantes fueron adultos, en un rango de edad entre los 22 y los 47 años. En cuanto al sexo, en seis de las ocho investigaciones, más el 50 % de la muestra estuvo conformada por mujeres (Byrne et al., 2017; Le Grange et al., 2015; Masson et al., 2013; Poulsen et al., 2014; Schmidt et al., 2012; Wagner et al., 2016) en tanto, en los estudios restantes, la muestra fue exclusivamente compuesta por mujeres (Stefini et al., 2017; Zipfel et al., 2014).

**Objetivo terapéutico de la intervención.** Tres de los estudios tuvieron como objetivo contrastar la eficacia y seguridad de los tratamientos basados en los protocolos

MANTRA, SSCM, TAU, TCC-E y TI, para el abordaje psicológico de la AN (Byrne al., 2017; Schmidt et al., 2012; Zipfel et al., 2014). Además, dos investigaciones se compararon la eficacia entre la TCC tradicional, la TCD y la terapia familiar para la reducción de los episodios de atracón (Le Grange et al., 2015; Poulsen et al., 2014). Finalmente, dos investigaciones evaluaron la eficacia de la TCC *online* y la TCD autoguiada, en adultos que cursaban TPA (Masson et al., 2013; Wagner et al., 2016).

**Características clínicas de la muestra.** Todos los participantes en el momento de la intervención tenían un diagnóstico de AN, BN o TAP a partir de los criterios dictados por el DSM IV, en conjunto con una entrevista diagnóstica basada en el mismo, o en apego a la puntuación obtenida en la escala *Eating Disorders Examination* (EDE, por sus siglas en inglés) Se registró que el número de años de padecimiento del trastorno alimentario osciló entre 4 a 12.3 años. Asimismo, en la muestra se detectó comorbilidad con ansiedad, estrés y depresión (Byrne al., 2017; Schmidt et al., 2012; Wagner et al., 2016).

**Tamaño de la muestra, diseño y aleatorización.** El número de participantes fluctuó entre 60 y 242 ( $M= 111.5$ ). Todos los artículos consultados fueron ECA, por lo tanto, se describieron los procedimientos para aleatorizar las condiciones de tratamiento asignadas para el grupo de intervención y para el grupo control o en lista de espera.

**Instrumentos.** En siete investigaciones se utilizó el instrumento EDE (Byrne et al., 2017; Le Grange et al., 2015; Masson et al., 2013; Poulsen et al., 2014; Schmidt et al., 2012; Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016), mientras que en sólo en uno se retomó una entrevista semiestructurada previa a la intervención, la cual, estuvo apegada conforme a los criterios del DSM IV, con el objetivo de identificar la sintomatología de los TAIA (Zipfel et al., 2014).

**Modelo terapéutico.** Los modelos teóricos que sustentaron el abordaje psicológico fueron: El tratamiento Maudsley para la anorexia nerviosa en adultos (MANTRA, por sus siglas en inglés, Byrne al., 2017; Schmidt et al., 2012), Manejo clínico especializado de apoyo (SSCM, por sus siglas en inglés, Byrne al., 2017; Schmidt et al., 2012), Tratamiento habitual (TAU, por sus siglas en alemán Zipfel et al., 2014), TCC (Byrne et al., 2017; Le Grange et al., 2015; Poulsen et al., 2014; Wagner et al., 2016; Zipfel et al., 2014) TCD autoguiada (Masson et al., 2013), Terapia familiar (TF por sus

siglas en español, Le Grange et al., 2015) y Terapia psicoanalítica (TP, por sus siglas en español, Le Grange et al., 2015; Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017; Zipfel et al., 2014).

**Características de intervención.** Seis de las ocho intervenciones fueron presenciales e impartidas por psicoterapeutas y médicos entrenados, la duración de estas intervenciones osciló entre una sesión semanal durante dos años (Zipfel et al., 2014) y 20 sesiones semanales de 50 minutos, cada una durante cinco meses (Poulsen et al., 2014). En cambio, dos ECA fueron en la modalidad asincrónica; una de tipo telefónica con seis sesiones quincenales de 20 minutos guiadas por un psicoterapeuta, durante 13 semanas, en conjunto con un manual de TCD autosugestivo (Masson et al., 2013). Y otra online con una página web que contenía información sobre el trabajo con textos centrados en enseñar los patrones alimentarios, la resolución de problemas y la prevención de recaídas, aunado con 16 sesiones semanales de retroalimentación individual por mensaje de texto otorgada por un psicólogo (Wagner et al., 2016).

**Acerca del contenido y técnicas de la intervención.** Se abordaron temáticas y técnicas específicas de acuerdo con los enfoques terapéuticos empleados. En MANTRA se enfocó en la rigidez cognitiva, la personalidad pro anorexia, el déficit social y la evitación de emociones intensas (Byrne et al., 2017; Schmidt et al., 2012). En SSCM se trabajó en la normalización de la alimentación, recuperación del peso y la psicoeducación orientada a los síntomas claves de los TAIA (Byrne et al., 2017). En TAU se monitoreó el IMC, los marcadores bioquímicos y se realizó psicoeducación sobre los síntomas de AN (Zipfel et al., 2014). La TCC se centró en la modificación de las distorsiones cognitivas involucradas con la alimentación, el peso, la figura corporal, la psicoeducación estuvo dirigida a una alimentación saludable, además se brindó un entrenamiento en habilidades sociales (Le Grange et al., 2015; Poulsen et al., 2014). De manera similar, la TCC-E se centró en la motivación al cambio, el abordaje sobre las preocupaciones del peso y figura corporal, la modificación de las CAR y la modificación de las distorsiones cognitivas, (Byrne et al., 2017; Stefini et al., 2017). En TF se tuvo como principal estrategia la creación de una alianza con los padres orientada al cambio e identificación del patrón alimentario disfuncional (Le Grange et al., 2015). No obstante, la TP se enfocó en desplazar los síntomas y signos de los TAIA hacia del yo psicológico al yo corporal, así

como en la comprensión de los mecanismos inconscientes vinculados al TAIA y en el trabajo de las relaciones personales (Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017; Zipfel et al., 2014).

**Variables dependientes y resultados.** Las variables evaluadas durante las intervenciones fueron: Aumento en el IMC (Byrne et al., 2017; Schmidt et al., 2012; Zipfel et al., 2014), los periodos de purga y atracón (Le Grange et al., 2015; Masson et al., 2013; Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016), comportamiento alimentario restrictivo, así como preocupación por el peso y figura corporal (Schmidt et al., 2012; Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016). En cuanto a los resultados obtenidos se reportó un aumento en el IMC en los participantes que cursaban AN, BN y TPA (Byrne et al., 2017; Stefini et al., 2017; Zipfel et al., 2014), también se registró un incremento en las tasas de abstinencia de los periodos de purga y atracón en los participantes que presentaban BN y TPA (Le Grange et al., 2015; Masson et al., 2013; Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016). Por último, se observó una disminución en los patrones alimentarios disfuncionales, métodos orientados a la pérdida de peso, en conjunto con la insatisfacción corporal en quienes padecían AN, BN y TPA, debido a que se obtuvieron puntuaciones saludables en el instrumento EDE (Schmidt et al., 2012; Stefini et al., 2017; Wagner et al., 2016).

**Tabla 4**

*Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración	Técnicas y tópicos de la intervención	Resultados	Seguimiento
Byrne et al. (2017).	ECA	120 adultos (115 mujeres y 5 hombres), con AN, con una media de 26.19 años.	EDE DASS CIA CEQ	Presencial y ambulatorio	25 a 40 sesiones, durante diez meses, dependiendo del IMC de los participantes. IMC <16 a 40 sesiones. IMC ≥17.5 a 30 sesiones. IMC 17.5≥18.5 a 25 sesiones	<p><i>MANTRA</i> (<i>n</i> = 41) Libro de trabajo Enfoque en La rigidez cognitiva. La personalidad pro anorexia. Las deficiencias sociales. La evitación de emociones intensas). <i>SSCM</i> (<i>n</i> = 40) Normalización de la alimentación. Recuperación del peso. Psicoeducación especializada en los síntomas claves de la AN. El resto del programa depende del paciente. TCC E 39 participantes. Motivación al cambio, Establecimiento de metas. Abordaje de las preocupaciones sobre el peso y la figura corporal. Mantenimiento de los cambios obtenidos.</p>	<p>En las tres condiciones se registraron disminuciones en las medias, <i>MANTRA</i> paso de 3.32 (<i>DE</i> ± 1.40) a 1.87 (<i>DE</i> ± 1.19), en el caso de la <i>SSCM</i> bajo de 3.32 (<i>DE</i> ± 1.40) a 1.92 (<i>DE</i> ± 1.17), por último, TCC-E disminuyó de 3.32 (<i>DE</i> ± 1.40) a 2.13 (<i>DE</i> ± 1.09) También se registró un aumento de 2.16 en el IMC de los pacientes tratados con TCC-E, de 1.90 en el grupo con <i>SSCM</i> y de 1.50 en el grupo con <i>MANTRA</i>, (<i>p</i> 0.53)</p>	<p>En el seguimiento de 12 meses, <i>SSCM</i> obtuvo una media saludable de EDE 1.59 (1.10), seguido por <i>MANTRA</i> 1.78 (<i>DE</i> ±1.19) y TCC-E 1.93 (<i>DE</i> ± 1.16). Por otro lado, la TCC obtuvo mayores puntuaciones saludables de IMC en los participantes, con el 59% en comparación con el 47.5% para <i>SSCM</i> y el 44% para los grupos <i>MANTRA</i> (<i>p</i> 0.37 &lt;0.05). Igualmente se registraron las tasas de remisión (IMC &gt;18.5, EDE &lt; 1.81 y la abstinencia de atracones y purgas), del 32.5% para <i>SSCM</i>, del 30.5% para TCC-E y del 22% para <i>MANTRA</i>.</p>

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA

							Desarrollo de estrategias para prevenir recaídas. Aceptación de las emociones negativas		
Schmidt et al. (2012)	ECA	71 adultos (66 mujeres y 5 hombres) con una edad promedio de 26.6 años, cursando AN durante cuatro años.	EDE BSAT WCST. TMT	Presencial e individual	20 sesiones individuales, semanales, con cuatro sesiones de seguimiento mensuales. En pacientes con un IMC menor a 15kg/m <sup>2</sup> la intervención podía ser extendida a 30 sesiones semanales con cuatro sesiones de seguimiento.		Se registró que, al final del tratamiento, el 45% de los pacientes sometidos a SCCM y el 43% del grupo tratado con MANTRA lograron una puntuación saludable en la escala EDE. Además, el 13% de los participantes con SCCM y el 7% del grupo sometido a MANTRA lo lograron un IMC >18.5 kg/m. ( $p > 0.05$ ).	A los 12 meses se observó que el 73% del grupo tratado con SSCM y el 59% de los pacientes tratados con MANTRA obtuvieron una puntuación normal en la escala EDE. Por otro lado, el 19% y 14% de los pacientes tratados con SSM y MANTRA respectivamente lograron un IMC >18.5 kg/m ( $p > 0.05$ ).	
Zipfel et al. (2014)	ECA	242 mujeres adultas, que ha cursado AN durante seis años, con una media de edad de 27.7 años y un IMC entre 15 kg/m <sup>2</sup> a 18.5 kg m <sup>2</sup>	Entrevista semiestructurada conforme a los criterios diagnósticos del DSM IV. EDI-2	Presencial y ambulatorio	Alrededor de 40 sesiones semanales, en un periodo de 10 meses	Tratamiento habitual (TAU) (De acuerdo con la legislación alemana) ( $n = 82$ ) Monitoreo del IMC y marcadores bioquímicos.	Todos los pacientes experimentaron un aumento en el IMC. El grupo sometido a la TCC registró un incremento de 0.93 kg/m <sup>2</sup> , en el caso de aquellos	A los 12 meses de seguimiento, se observó un incremento en el IMC, de 1.64 kg/m <sup>2</sup> para el grupo sometido a TPF, 1.30 kg/m <sup>2</sup> para aquellos que recibieron TCC-E.	

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA

<p>Psicoeducación sobre la AN  Terapia Psicoanalítica Focal (TPF)  <i>(n = 80)</i>  Alianza terapéutica  Identificación de la conducta Pro anorexia y las creencias egosintónicas.  Identificación entre la asociación de las relaciones interpersonales y la AN  transferencia de los aprendizajes terapéuticos a la vida cotidiana,  TCC  <i>(n = 80)</i>  Psicoeducación sobre la alimentación saludable  Creación de hábitos alimentarios saludables  Mejora en la autoeficacia y el autocontrol.</p>	<p>que recibieron TPF fue de 0.73 kg/m<sup>2</sup> y de 0.69 kg/m<sup>2</sup> para el grupo con TAU  (<math>p &gt; 0.05</math>, para las tres condiciones)</p>	<p>Y 1.22 kg/m<sup>2</sup> para el grupo que siguió el TAU  (<math>p &gt; 0.05</math>, en el caso de las tres condiciones).</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA

Le Grange et al. (2015).	ECA	109 adolescentes (94% mujeres y 6% hombres), con una edad promedio de 15.9 años	EDE BDI FES CY-BOCS YBCEDS K-SADS-PL RSES	Individual y ambulatorio	Todas las intervenciones constaron de 18 sesiones durante seis meses.	TCC ( <i>n</i> = 58) Psicoeducación para los padres sobre la BN Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Modificación del comportamiento disfuncional.  TF ( <i>n</i> = 51) Creación de una relación colaborativa con los padres orientada al cambio.	En los participantes sometidos a TF, se observó una tasa de abstinencia del 39.4%, mientras que para TCC E fue del 19.7%, con una asociación significativa entre el tipo de tratamiento y la abstinencia ( <i>p</i> =0.040). Adicionalmente se reportó una media de 7.8 ( <i>DE</i> ± 21.5) para los episodios de atracón en el grupo tratado con TCC-E y 4.1 ( <i>DE</i> ± 7.4) en el grupo de TF. En cuanto a los episodios de purga, la media fue de 13.2 ( <i>DE</i> ± 21.5) para TCC-E y 7.6 ( <i>DE</i> ± 10.9) para TF.	A los seis meses de seguimiento, se reportó una tasa de abstinencia de 44% y 25.4 % para TF y TCC, respectivamente con un valor de ( <i>p</i> =0.030). No obstante, al año de seguimiento, la diferencia en las tasas de asistencia se redujo a un valor de con un valor de ( <i>p</i> =0.130). En el caso de los periodos de atracón a los 12 meses de seguimiento, se observó una media de 6.7 ( <i>DE</i> ± 19) en el caso de TP y de 5.8 ( <i>DE</i> ± 9.5) en el caso de TCC-E, También se registró una media de 7 para ambos tratamientos, ( <i>DE</i> ± 11.4) para los pacientes tratados con TCC-E y ( <i>DE</i> ± 10.8) para el grupo sometido a TF, en el caso de los episodios de purga
--------------------------	-----	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA

Poulsen et al. (2014)	ECA	70 adultos (69% mujeres y 1 hombre), con una edad promedio de 25 años, que ha sufrido BN, durante 12.3 años.	BDI-II. EDE Entrevista clínica semiestructurada en torno a los criterios diagnósticos del DSM IV PSE STAI	Individual y ambulatorio	El tratamiento consistió en; TP Una sesión semanal de 50 minutos, en un periodo de dos años, TCC 20 sesiones en cinco meses.	TCC (n = 36) Modificación de las creencias disfuncionales sobre el peso y la silueta. Modificación de la conducta patológica Entrenamiento en resolución de conflictos. TP (n = 34) Enfoque no directivo. Alianza terapéutica Comprensión de los mecanismos que ocultan aspectos inconscientes y repudiados por el paciente, que generan los síntomas bulímicos.	Al finalizar los tratamientos, se informó que 42 % de los participantes sometidos a la TCC-E cesaron sus periodos de atracón y purga, en comparación con el 6% obtenido con la TP ( $p < 0.01$ ).	Solo se llevó a cabo el seguimiento para el grupo sometido a la TCC-E, 18 meses posteriores al término de la intervención, se observó que el 44% de los pacientes había dejado de experimentar episodios de atracón y purgas, en contraste con el 15% de la TP ( $p = 0.02$ ).
Stefini et al. (2017)	ECA	81 mujeres adolescentes que cursan BN Con un rango de edad entre los 14 y 20 años	Entrevista estructurada en torno a los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV. EDE Inventario de Beck	Presencial e individual	60 sesiones en un año.	TP (n = 42) Delimitación del TAIA, en términos psicoanalíticos. Desplazamiento de los síntomas de la BN, del Yo psicológico al Yo corporal.	Al término de la intervención, las tasas de remisión fueron del 33.3% para la TCC- E y del 31%, para TP, no hay diferencias significativas entre los grupos ( $p=0.82$ ).	A los 12 meses de seguimiento, el 38% de los pacientes tratados con TCC-E y el 31% de los sometidos a TP estaban en remisión total ( $p=0.69$ ).

**Tabla 4**

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA

<p>Abordaje de los déficits ego-estructurales del paciente. Trabajo en las relaciones personales Implementación de nuevas conductas y una nueva conciencia emocional. TCC-E (Adaptada por la legislación alemana) (<i>n</i> = 39) Evaluación de la conducta problema. Psicoeducación sobre los TAIA Modificación de la CAR. Modificación de las distorsiones cognitivas Entrenamiento en habilidades sociales, y resolución de conflictos</p>	<p>El puntaje de EDE global en el grupo sometido a TCC-E paso de (<i>M</i>= 3.29 <i>DE</i> ± 1.08) a (<i>M</i>= 2.23 <i>DE</i> ± 1.41, <i>p</i>&lt; 0.01) y disminuyeron los períodos de atracción de (<i>M</i>= 19.49 <i>DE</i> ± 20.20) a (<i>M</i>= 6.46 <i>DE</i> ± 9.88 <i>p</i>=0.05), además el grupo tratado con TP mostró una disminución del puntaje global de (<i>M</i>= 3.28 <i>DE</i> ± 1.05) a (<i>M</i>= 2.05 <i>DE</i> ± 1.39, <i>p</i> &lt; 0.01) y de los periodos de atracción (<i>M</i>= 16.24, <i>DE</i> ± 15.20) a (<i>M</i>= 8.81, <i>DE</i> ± 12.55, <i>p</i> &lt; 0.01).</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA.

Masson et al. (2013).	ECA piloto.	60 participantes (88% mujeres y 12% hombres) con una media de 42.8 años que cursaron TPA	EDE. EDE-Q DERS	Telefónica individual	e	El tratamiento duró 13 semanas, con una sesión de orientación de forma presencial de 45 minutos y seis llamadas quincenales. Con una duración de 20 minutos, de apoyo psicológico para los pacientes.	Psicoeducación Manual basado en TCD, con módulos de: Atención plena Tolerancia a la frustración Regulación emocional, por ende, reducción en los períodos de atracón.	Al finalizar la intervención, se observó una reducción en la frecuencia de los atracones, pasando de 18.67 (DE ± 13.17) a 5.97 (DE ± 9.42). Además, se registró un aumento en la tasa de abstinencia, 3.30% al 40%. Por otro lado, no se observaron diferencias en el grupo en lista de espera	A los seis meses de seguimiento se calculó una media de atracones de 9.53 (DE ± 11.17) y una tasa de abstinencia del 30%.
Wagner et al (2016).	ECA	139 participantes (134 mujeres y 5 hombres) que cursan TPA con una media 35 de años de edad.	EDE-Q BDI BSIS SDPD	Online asincrónica con retroalimentación individual por mensaje de texto.	y	El programa tenía una duración de 16 sesiones semanales. Cada sesión incluía una retroalimentación entre 25 y 50 minutos.	TCC (n = 69) Psicoeducación Registro diario de la ingesta alimentaria e inclusión de comidas regulares y saludables. Reestructuración cognitiva de las distorsiones sobre el peso y la figura corporal Identificación de los patrones alimentarios.	Al concluir tratamiento, el 48.5% de los pacientes con TCC se encontraban en remisión parcial ante los atracones, en comparación con el 4.3% de LE, además el 14.6% sometidos a TCC se encontraban en remisión total, mientras que ningún paciente de LE entró en remisión total.	A los 12 meses de seguimiento, la tasa de remisión parcial fue del 44.9% y de remisión total fue del 24.6%. Se reportó una media estadísticamente significativa en de 7.8 (DE ± 7.9) para EDE (p < 0.001)

Continuación de la tabla 4 Características de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico de AN, BN y TPA.

---

	Implementación de actividades recreativas y deportivas. Previsión de recaídas. Lista de espera (LE) 70 participantes
	También existió una reducción en las medias de EDE 16 ( $DE \pm 5.6$ ) a 6.8 ( $DE \pm 7.6$ , $p < 0.001$ ).

---

Nota. EDE = Escala global de Trastornos Alimentarios (por sus siglas en inglés), DASS = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (por sus siglas en inglés), CIA= Cuestionario de Discapacidad Clínico, (por sus siglas en inglés), CEQ= Cuestionario de Credibilidad y Expectativas (por sus siglas en inglés), D-KEFS = Sistema de Funcionamiento Ejecutivo Delis Kaplan (por sus siglas en inglés), WCST =Tarea de Clasificación de Cartas de Wisconsin (por sus siglas en inglés), WAIS-III= Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler, 3 era edición (por sus siglas en inglés), BID= Inventario para Depresión de Beck (por sus siglas en inglés), RSE= Escala de Autoestima de Rosenberg (por sus siglas en inglés), TSPE= Idoneidad de la Terapia y Expectativas del Paciente (por sus siglas en inglés), HRQ=Cuestionario de Relación de Ayuda (por sus siglas en inglés), HADS= Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (por sus siglas en inglés), BSAT=Tarea de Anticipación Espacial de Brixton (por sus siglas en inglés) WCST=Tarea de Clasificación de Cartas de Wisconsin (por sus siglas en inglés), TMT=Test del trazo (por sus siglas en inglés), FES= Escala de Ambiente Familiar (por sus siglas en inglés), YBCEDS= Escala de Trastornos de la Conducta Alimentaria Yale-Brown-Cornell (por sus siglas en inglés), STAI= Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (por sus siglas en inglés), DERS= Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (por sus siglas en inglés), BSIS = Escala para la Ideación Suicida de Beck (por sus siglas en inglés), SDPD= Detección de Trastornos Psicóticos (por sus siglas en inglés), PSE= Examen del Estado Actual (por sus siglas en inglés), EDE-Q= Cuestionario de trastornos alimentarios (por sus siglas en inglés)

## TAIA en atletas de alto rendimiento

Existen otros grupos de la población que enfrentan condiciones sociales, culturales y psicológicas únicas, que los predisponen al desarrollo de los trastornos alimentarios, como es el caso de los adolescentes o jóvenes atletas de alto rendimiento (Eichstadt et al., 2020; Martinsen et al., 2010; Wells et al., 2020).

Al respecto, Bratland-Sanda y Sundgot-Borgen (2013), indican que existen factores de riesgo específicos en deportistas de alto rendimiento, en la Tabla 5 se presentan los factores de riesgo en atletas que aportan al desarrollo de un TAIA.

**Tabla 5**

*Factores riesgo asociados a los TAIA en deportistas de alto rendimiento*

Individuales	Socioculturales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Personalidad del deportista.</li><li>• Edad de inicio en el deporte.</li><li>• Lesiones</li><li>• Etapa en el entrenamiento.</li><li>• Búsqueda por la musculatura</li><li>• Uso de complementos nutricionales</li><li>• Dieta rigurosa</li><li>• Uso de anabólicos y esteroides</li><li>• Orientación sexual</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Influencia de los medios de comunicación.</li><li>• Presión social</li><li>• Tipo de deporte (<i>Lean Sport, non-lean sport</i>)</li><li>• Conducta del entrenador.</li><li>• Lineamientos y reglas del deporte.</li></ul>

*Nota.* Adaptado de "Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment" por S. Bratland-Sanda, & J. Sundgot-Borgen, 2013, *European journal of sport science*, 13(5), pp. 499–508. <https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>

Asimismo, en el panorama internacional, el atleta y/o deportista de alto rendimiento es definido como el atleta seleccionado por su federación deportiva para competir nacional e internacionalmente representando a su país (Rousselet et al., 2016).

Mientras que, en nuestro país, el deporte de alto rendimiento es aquel practicado con altas exigencias técnicas y científicas, que permiten al deportista participar en

preselecciones y selecciones nacionales para competir a nivel internacional (Diario Oficial de la Federación, 2023).

En cuanto a la prevalencia de los TAIA en atletas de alto rendimiento, se estima entre un rango del 0 al 19%, afectando al 45% para las mujeres y al 6% de los hombres, en deportes como la natación y el atletismo. Estas cifras se han registrado en países como Alemania, Australia, Estados Unidos, Francia, Malasia y Noruega, sin embargo, esta cifra puede cambiar, conforme a las demandas del deporte (Bratland-Sanda y Sundgot-Borgen, 2013).

Sin embargo, no se reportan las cifras exactas de prevalencia de AN, BN y TA en esta población, pese a ello, existen registros sobre la ejecución de CAR. Las cuales se definen como prácticas vinculadas con la alimentación, cuyo principal propósito es la reducción del peso corporal. Estas acciones resultan perjudiciales, porque conllevan al deterioro del individuo y a un impacto negativo en la calidad de vida, entre ellas están: El ayuno, la restricción alimentaria, la abstención de la ingesta sólida optando por la ingesta exclusiva de líquidos, el vómito autoinducido, el uso de laxantes o diuréticos sin prescripción médica, y el ejercicio excesivo, aunque no cumplan con todos los criterios diagnósticos establecidos para estos los TAIA (Stice et al., 2011).

Aunado a lo anterior, se estima que los deportes con mayor prevalencia de las CAR son los *lean sports*, es decir, deportes donde se enfatiza el alcanzar y mantener un peso bajo, porque se cree que un peso por debajo de la media es igual a un mejor rendimiento. Entre ellos se encuentran las disciplinas relacionadas con la resistencia (ciclismo, natación y atletismo), la estética (gimnasia, baile y patinaje artístico), y el contacto (karate, judo y lucha; Mancine et al., 2020; Martinsen et al., 2010).

Entre los países que han conducido estas investigaciones de manera reciente, se encuentran Alemania, España, Francia, Grecia y Noruega. Giel et al. (2016), encontraron en una muestra de 1,138 atletas alemanes de elite (638 hombres y 500 mujeres), en donde el 66% competía a nivel estatal y el 44% competía a nivel nacional. Además, se registró que el 35.9% de los participantes eran practicantes de algún deporte de pelota en conjunto (*bádminton, basquetbol, tenis, fútbol soccer o voleibol*), el 28.9% pertenecía a algún deporte de resistencia (atletismo, ciclismo, natación o triatlón), el 16.2% hacía deportes técnicos (equitación, salto de altura, esquí, por mencionar algunos), 8.6%

entrenaba un deporte de peso (boxeo, halterofilia, *judo* y *tae kwon do*), 6.3% participaba en deportes de poder (carrera de velocidad, lanzamiento de jarocho, disco o bala) y el 4.1% practicaba un deporte estético (gimnasia, baile o patinaje artístico). La edad promedio de los participantes fue de 16.1 años ( $DE \pm 1.10$ ). Asimismo, los deportes que reportaron mayor presencia de síntomas asociados a los TAlA, entre los practicantes fueron: Deportes de pelota (228 en hombres y 170 en mujeres), de resistencia (195 hombres y 127 mujeres) y técnicos (101 hombres y 77 mujeres). En cuanto a las conductas compensatorias (ayuno, saunas, ejercicio con ropa plástica, uso de diuréticos y vomito autoinducido) se detectó una alta prevalencia entre las mujeres que practicaban de deportes de peso (80.4%), técnicos (14.8%) y de poder (7.9%). Seguidas del comportamiento encaminado al control de peso, en las atletas mujeres, que entrenaban disciplinas estéticas (21.4%), de peso (13%) y técnicas (6.5%).

De manera similar se observó una alta autoevaluación corporal negativa por parte de las atletas mujeres en los deportes: técnicos (19.5%), estéticos (17.9%) y de resistencia (12.7%). En lo que respecta a los atletas hombres, se registró una autoevaluación negativa mayor en las disciplinas: Estéticas (6.2%), técnicas (5.9%), y de resistencia (4.2%). Aunado con que el 11.8% de los atletas que practicaban un deporte de peso, el 5.2% de resistencia y el 4.9% de deporte técnico seguían una dieta restrictiva continua. Por último, el 76.5 % de los atletas que hacían un deporte de peso ejecutaban al menos una conducta compensatoria para evitar aumentar de peso (Giel et al., 2016).

Además, Teixidor-Batlle et al. (2021) realizaron una investigación en una muestra de 646 atletas de elite en España, con una media de edad 16.7 años ( $DE \pm 4.4$ ), participantes de una gran variedad categorías deportivas; pelota en conjunto (50.5%) de resistencia (18.7%), estéticos (17.3%) técnicos (7.7%), de peso (3.4%) y de poder (2.6%), incluso se detectó en las mujeres atletas una mayor puntuación en la categoría de dieta restrictiva ( $M 4.3 \pm 5.3$ ) en comparación la media de ( $2.5 \pm 3.3$ ) la puntuación obtenida por atletas hombres, sin embargo, respecto a los datos en función del sexo es distinta dependiendo del tipo de deporte, por ejemplo en las mujeres practicantes los deportes con mayor de síntomas asociados fueron de resistencia ( $M = 10.2 \pm 6.1$ ), estéticos ( $M = 9.3 \pm 9$ ) y técnicos ( $M = 9.1 \pm 11.2$ ), en contraste con medias obtenidas

por los atletas hombres en los deportes de peso ( $M = 7 \pm 5$ ), de resistencia ( $M = 6.3 \pm 6.7$ ) y de pelota en conjunto ( $M = 5.6 \pm 6.4$ ).

En cambio, Rousselet et al. (2016) en una muestra 340 atletas mujeres inscritas en el alto rendimiento francés, practicantes de: Atletismo, ciclismo, danza, fútbol soccer, gimnasia, *judo*, *karate*, natación, *tae kwon do* y tenis, entre otros, con una edad promedio de 16.8 años. Se informó que el 32% de las participantes realizaba al menos una CAR, siendo las más comunes la baja ingesta de carbohidratos con un 54.2% y saltarse las comidas con un 22.4%.

De manera similar Kampouri et al. (2019) en una muestra de 129 atletas mujeres de alto rendimiento en Grecia, provenientes de los siguientes deportes de pelota en conjunto: *Basquetbol* ( $n = 53$ ), *voleibol* ( $n = 42$ ), y *waterpolo* ( $n = 34$ ), con una media de 23.66 años ( $DE \pm 5.8$ ), quienes solían entrenar en promedio  $13.5 \pm 0.3$  horas durante 4 días a la semana. Se registró que el 56.6 % de las atletas presentaban alguna CAR tales como: La ingesta alimentaria por encima de lo normal, la pérdida de control sobre lo ingerido y el ejercicio excesivo. Incluso, las jugadoras de waterpolo obtuvieron puntuaciones significativamente altas  $p < 0.01$ , en las categorías, dieta restrictiva episodios de atracones y episodios bulímicos, en contraste con las jugadoras de voleibol y basquetbol.

Ahora bien, Martinsen et al. (2010) detectaron en una muestra representativa de adolescentes atletas de alto rendimiento, de nacionalidad noruega (389 hombres y 217 mujeres), con una edad promedio de 16 años y practicantes de diferentes deportes (ciclismo, danza, fútbol soccer, gimnasia, ciclismo, *judo*, *karate*, natación, *surf* y *tae kwon do*), la ejecución de CAR. Entre las más comunes en las mujeres se encuentran: Vómito autoinducido (8.8%), consumo de medicamentos para bajar de peso (2.8%), uso de diuréticos (1.4%) y uso los laxantes (1.4%). Por su parte, en hombres se practicaron: Uso de diuréticos (1.4%), uso los laxantes (0.8%) y vómito autoinducido (1%).

Al indagar la presencia de estos padecimientos en América Latina, y particularmente en México, son pocos los estudios que han identificado la presencia de síntomas de TAIA en deportistas. Pese a ello, la investigación realizada por Salinas y Gómez-Peresmitré (2009), quienes, en una muestra de 300 adultos mexicanos (150 eran deportistas de alto rendimiento), con una media de 15.32 años ( $DE \pm 1.4$ ) y que practicaban deportes

acuáticos como natación ( $n = 78$ ), nado sincronizado ( $n = 52$ ), clavados ( $n = 13$ ) y *Waterpolo* ( $n = 7$ ); se encontró que el factor de riesgo de Insatisfacción Corporal (IC) jugó un papel central y mediador en la preocupación por el peso ( $B = 0.51$ ). A su vez este factor presentó una relación significativa con la dieta crónica y restringida ( $B = 0.59$ ), como también, la IC mostró una relación directa con la conducta alimentaria compulsiva ( $B = 0.34$ ). Estas variables también tienen un efecto mediador en la sintomatología de depresión ( $B = 0.16$ ) y la hostilidad hacia su entorno ( $B = 0.08$ ).

De igual modo, Guerrero (2023) observó la conducta alimentaria compulsiva y normal, en una muestra representativa de 200 adultos mexicanos (143 mujeres y 66 hombres) de los cuales 100 eran deportistas. Estos practicaban una variedad de deportes, incluyendo aquellos de contacto ( $n = 25$ ), de pelota ( $n = 16$ ), competitivos ( $n = 8$ ) y de fuerza y resistencia ( $n = 6$ ), se calculó una media de 14.05 y ( $DE \pm 5.09$ ) de conducta alimentaria normal en los deportistas, mientras que en los adultos no deportistas se reportó una media menor de 11.31 y ( $DE \pm 4.77$ ), en el caso de la conducta alimentaria compulsiva se registró una media de 4 y ( $DE \pm 4.22$ ) en los participantes que no practicaban deporte, en tanto los deportistas se observó una media de 2.96 ( $DE \pm 3.70$ ).

Si bien la investigación respecto a los TAIA y su abordaje psicológico ha tomado fuerza durante los últimos años, aún es limitada. Por lo tanto, es pertinente continuar con el desarrollo de protocolos de investigación, de tal suerte que se logre la identificación, diagnóstico e intervención oportuna en este grupo vulnerable con características únicas (Zach et al., 2011).

## Método

### Pregunta de investigación

¿Cuáles son los tratamientos psicológicos basados en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y su eficacia para la atención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en atletas de alto rendimiento?

### Objetivo general

Evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la terapia cognitivo-conductual para la atención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en atletas de alto rendimiento, por medio de una revisión sistemática de la literatura.

### Procedimiento

Se trata de una revisión sistemática de la literatura con base en los lineamientos de la metodología *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis* (PRISMA, por sus siglas en inglés; Page et al., 2021). Y el uso de la estrategia de búsqueda PIO, que proviene de la metodología PICO *Population* (Población), *Intervention* (Intervención), *Comparison* (Comparación) y *Outcomes* (Resultados), la cual tiene por objetivo facilitar la búsqueda bibliográfica y la obtención de información para la toma de decisiones en el ámbito clínico (Booth et al., 2000; citado por Schiavenato & Chu, 2021). La revisión se realizó en siete bases de datos: *Pubmed*, *Scopus*, *OVID (PsycINFO y PsycArticles)*, *Wiley Library*, *Science Direct*, *Redalyc* y *LILACS*, en el periodo comprendido de 17 de mayo al 19 de junio de 2024, no se estableció una periodicidad para las publicaciones incluidas en esta revisión. En la Tabla 6 se presentan los términos *Mesh* y palabras claves empleados en la búsqueda de los artículos.

**Tabla 6**

*Términos Mesh y palabras clave en inglés y español empleadas en la búsqueda de los artículos.*

Population	Intervention	Outcome
<i>Athletes [MeSH Terms]</i>	<i>Cognitive Behavioral</i>	<i>Feeding and eating disorders</i>
<i>Elite Athlete</i> (palabras clave).	<i>Therapy [MeSH Terms]</i>	<i>[MeSH Terms]</i>
<i>Athletes Elite</i> (palabras clave).	<i>Psychotherapy, Cognitive</i>	<i>Eating disorder</i> (palabras
<i>High- performance sport</i> (palabras	(palabras clave)	clave).
clave).	<i>Cognitive Behavioral</i>	<i>Appetite Disorders</i> (palabras
<i>Colleges Athletes</i> (palabras clave).	<i>Therapies</i> (palabras clave)	clave).
	<i>Cognitive Therapies</i>	<i>Binge-Eating Disorder [MeSH</i>
	(palabras clave)	Terms]
Atletas de Élite (descriptor en	<i>Cognitive Behaviour</i>	<i>Anorexia nervosa [MeSH]</i>
ciencias de la salud)	<i>Therapies</i> (palabras clave)	<i>Bulimia nervosa [MeSH]</i>
Atletas Profesionales	Psicoterapia Cognitiva	Trastornos Alimentarios
(descriptor en ciencias de la salud)	(descriptor en ciencias de	(descriptor en ciencias de la
	la salud).	salud).
	Psicoterapias Cognitivas	Trastornos Alimentarios y de la
	(descriptor en ciencias de	Ingestión de Alimentos
	la salud).	(descriptor en ciencias de la
	Terapia Cognitiva	salud).
	Conductual	Trastornos de Alimentación
	(descriptor en ciencias de	(descriptor en ciencias de la
	la salud).	salud).
	Terapia Conductista	Trastornos de la Conducta
	Cognitiva (descriptor en	Alimentaria (descriptor en
	ciencias de la salud).	ciencias de la salud).
	Terapia Conductual	Trastornos de la Ingesta de
	Cognitiva (descriptor en	Alimentos
	ciencias de la salud).	(descriptor en ciencias de la
	Terapias Cognitivas	salud).
	Conductuales (descriptor	Trastornos de la Ingestión de
	en ciencias de la salud).	Alimentos (descriptor en
	Terapias Cognitivo-	ciencias de salud).
	Conductuales (descriptor	Trastornos del Apetito
	en ciencias).	(descriptor en ciencias de la
		salud).
		Anorexia Nerviosa (descriptor
		en ciencias de la salud).
		Bulimia Nerviosa (descriptor en
		ciencias de la salud).
		Trastorno por Atracón
		(descriptor en ciencias de la
		salud).

Nota. Elaboración propia.

En el anexo 1 se presentan las combinaciones empleadas en la búsqueda.

### ***Criterios de Inclusión***

Los criterios de inclusión establecidos para la revisión sistemática fueron:

- Población: Atletas de alto rendimiento.
- Intervenciones Basadas en la terapia cognitivo-conductual (segunda y tercera generación).
- Diseños de los estudios: Estudios experimentales (con o sin aleatorización) y observacionales que evalúen el efecto de terapias cognitivo-conductuales en el abordaje de los TAIA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y/o trastorno por atracón).
- Artículos que contengan en el título y/o resumen, los términos *MeSH* y palabras claves sugeridas
- Idiomas: Estudios escritos en inglés o español.

### ***Criterios de exclusión***

- Población: Que no sean atletas de alto rendimiento.
- Intervenciones: No basadas en la terapia cognitivo-conductual.
- Diseños de los estudios: Estudios que no sean experimentales (con o sin aleatorización), ni observacionales que no evalúen el efecto de terapias cognitivo-conductuales para el abordaje de los TAIA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y/o trastorno por atracón).
- Artículos que no contengan en el título y/o resumen, los términos *MeSH* y palabras claves sugeridas
- Idiomas: Estudios no escritos en inglés o español.

### ***Criterios de eliminación***

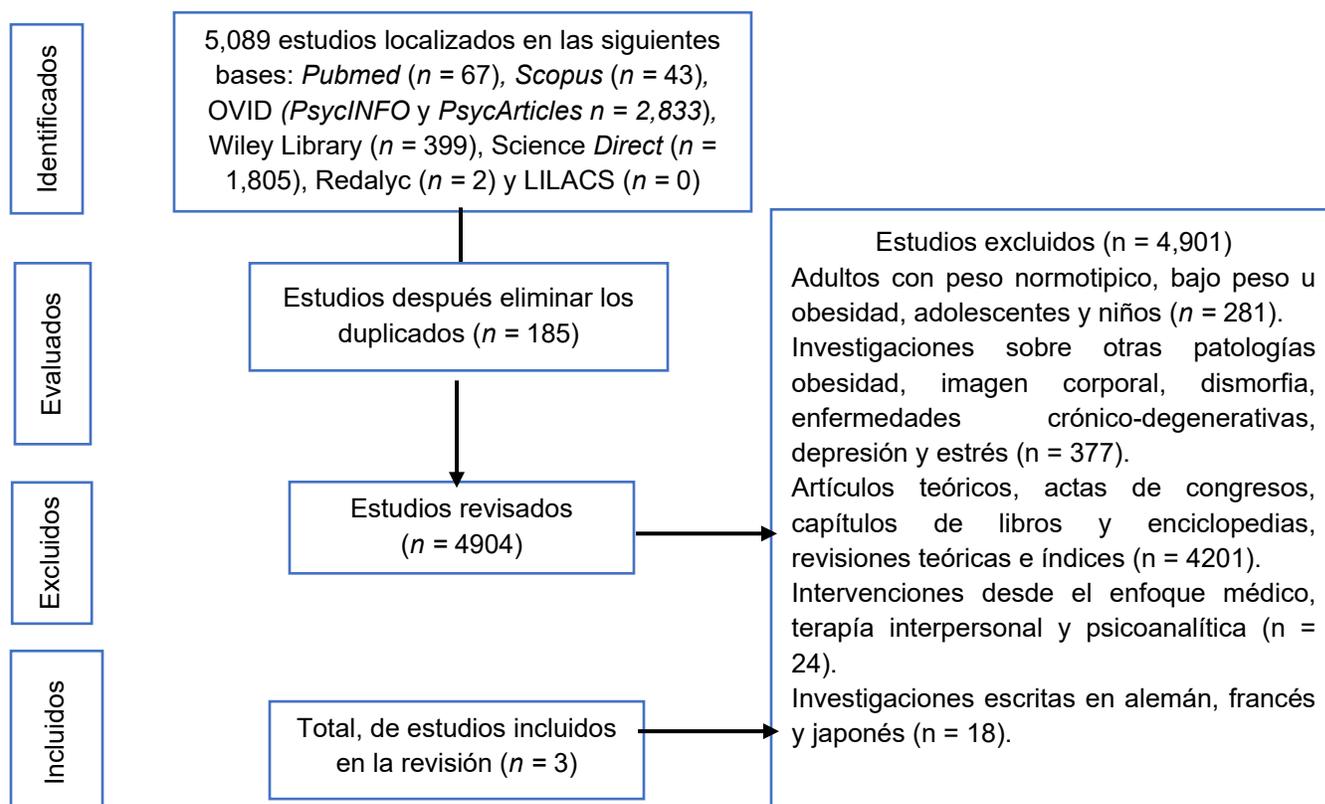
- Artículos duplicados
- Artículos incompletos
- Capítulo de libro
- Memorias de congreso

## Resultados

En total se obtuvieron 5,089 resultados de los cuales 5,086 fueron eliminados debido a los siguientes motivos: Repetición en las bases de datos ( $n = 185$ ), abordar a población distinta a atletas de alto rendimiento (adultos con peso normal, bajo peso u obesidad, así como adolescentes y niños  $n = 285$ ), abordar patologías diferentes a los TAIA (obesidad, imagen corporal, dismorfia, enfermedades crónico-degenerativas, depresión y estrés  $n = 377$ ), al no ser estudios experimentales (con o sin aleatorización) u observacionales en donde se evaluara el efecto de TCC en el abordaje de los TAIA (artículos teóricos, actas de congresos, capítulos de libros, enciclopedias, revisiones teóricas e índices  $n = 4,207$ ), intervenciones no basadas en la TCC (desde el enfoque médico, terapia interpersonal y psicoanalítica  $n = 24$ ) y estudios no escritos en español o inglés (alemán, francés y japonés  $n = 18$ ). Por lo tanto, tres artículos publicados entre 2022 y 2023 cumplieron con los criterios de inclusión (en Figura 1).

**Figura 1**

*Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de artículos científicos*



Nota. Elaboración propia

## **Análisis de los tratamientos psicológicos basados en la TCC para atletas de alto rendimiento con síntomas de algún TAIA**

Los datos sociodemográficos y los resultados de las investigaciones donde se evaluó la eficacia de un tratamiento psicológico sobre los síntomas de TAIA en atletas de alto rendimiento se pueden visualizar en Tablas 8 y 9. Por consiguiente, el contenido de los estudios se presenta a continuación:

**País.** Dos de las tres investigaciones fueron realizadas en Reino Unido Sandgren et al. (2022, 2023), en cambio el estudio restante fue realizado en España (Ibáñez-Caparrós, 2023).

**Edad y sexo.** En las tres investigaciones se trabajó con adultos jóvenes, de entre 19 y 29 años. En cuanto al sexo, en la investigación de Ibañez-Caparrós et al. (2023) la muestra se constituyó por 78 mujeres y 26 hombres, de los cuales 52 eran atletas profesionales que realizaban; atletismo, básquetbol, ciclismo, futbol, gimnasia rítmica, *korfball*, *karate*, halterofilia, natación, patinaje artístico, senderismo, *snowboarding*, triatlón y vóleibol, mientras que el resto eran pacientes adultos que no practicaban deporte. No obstante, la muestra de Sandgren et al. (2022,2023) se conformó por 22 mujeres y ocho hombres atletas, quienes 12 competían a nivel local, siete a nivel nacional, seis a nivel regional, seis a nivel universitario y cuatro de manera internacional, sin embargo, no se especificó el tipo de deporte que realizaban los participantes.

**Objetivo terapéutico de la intervención.** Dos de los estudios tuvieron por objetivos evaluar la viabilidad del programa *Motivational and Psycho-Educational Self-Help Programme for Athletes with Mild Eating Disorders Symptoms* (MOPED-A), así como su eficacia en la reducción de los síntomas propios de los TAIA en atletas (Sandgren et al., 2022, 2023). Mientras que la investigación conducida por Ibañez-Caparrós et al. (2023), tuvo por objetivos comparar los rasgos clínicos psicopatológicos y de la personalidad entre atletas profesionales y no atletas que cursan trastornos alimenticios, además de analizar la diferencia de respuesta al tratamiento entre ambos grupos y comprender del factor que desempeña el tipo de deporte en el desarrollo de los TAIA.

**Características clínicas de la muestra.** En dos de tres estudios, la muestra fue constituida exclusivamente por atletas con diagnóstico y/o sintomatología propia de TAIA, en las investigaciones realizadas por Sandgren et al. (2022, 2023) los atletas reportaron síntomas leves de algún trastorno alimentario (restricción alimentaria, períodos de atracones y/o purgas). El número promedio de años del padecimiento de síntomas leves fue de 5.6 ( $DE \pm 5.1$ ).

En cambio, en la investigación de Ibañez-Caparrós et al. (2023), la muestra estuvo compuesta por 104 pacientes que cursaban TAIA, ( $n = 38$ ), AN ( $n = 36$ ) y BN ( $n = 26$ ). Otro Trastorno Alimentario y de la Ingesta Alimentos especificado fue TAP ( $n = 4$ ) TAP) y el número promedio de años de duración del trastorno alimentario fue de 6.8 ( $DE \pm 5.8$ ). A su vez, la muestra se dividió en dos grupos emparejados conforme al tipo de trastorno alimentario, cada uno de 52 participantes, uno formado por adultos no deportistas y otro por atletas profesionales con TAIA; además, en los participantes no atletas, se observó una media significativamente mayor en la dimensión de insatisfacción corporal de 17.25 ( $DE \pm 8.52$ ), en contraste con la media obtenida por los participantes atletas 13.06 ( $DE \pm 9.46$ ,  $p = 0.019$ ), sin embargo, en los atletas pertenecientes de deportes estéticos, se identificó una media significativamente mayor en la dimensión de obsesión por la delgadez de 14.59 ( $DE \pm 6.19$ ) y en insatisfacción corporal de 15.56 ( $DE \pm 9.30$ ), en comparación con las medias obtenidas por los atletas de disciplinas no estéticas, 10.48 ( $DE \pm 7.63$ ,  $p = 0.037$ ) y 10.36 ( $DE \pm 9.05$ ,  $p = 0.047$ ) respectivamente, en las mismas dimensiones.

**Tamaño de la muestra y aleatorización.** El número de participantes osciló entre 35 y 104 ( $M = 69.5$ ). Al tratarse de estudios preexperimentales, no se realizó la aleatorización de las condiciones de tratamiento y el muestreo empleado fue no probabilístico de tipo por conveniencia.

**Instrumentos.** En los tres estudios localizados se utilizaron las escalas psicométricas: *Inventory Eating Disorders 2* y *Eating Disorders Examination Questionnaire* 6.0, con el fin de evaluar los cambios en la variable dependiente, trastornos alimentarios. Los instrumentos estaban validados y adaptados en los países que se realizaron las investigaciones (Ibañez-Caparrós et al., 2023; Sandgren et al., 2022, 2023). En los estudios de Sandgren et al. (2022, 2023), se empleó el *Inventory*

*Eating Disorders 2*, también se utilizó la escala *Level of concern about eating disorder symptoms*, y se creó una escala tipo *Likert* para evaluar la aceptación de la intervención por parte de los atletas. Mientras que en la investigación de Ibáñez-Caparrós et al. (2023), se utilizó el *Eating Disorders Examination Questionnaire 6.0*, en conjunto con la *Symptom Checklist-90 Revised* y el *Temperament and Character Inventory-Revised* con el fin de evaluar los rasgos de la personalidad de los participantes y la comorbilidad con síntomas ansiosos, depresivos, psicóticos y obsesivos-compulsivos.

**Modelo terapéutico.** Los enfoques bajo los cuáles estuvieron sustentadas las intervenciones fueron: TCC (Ibáñez-Caparrós, et al., 2023) y TCC autosugestivo, quienes entendieron esta modalidad como una intervención individual basada en evidencia, de tal suerte que los pacientes no requieren del acompañamiento de un terapeuta (Sandgren et al., 2022, 2023).

**Características de la intervención.** Una de las intervenciones fue online y asincrónica, mientras que la otra fue presencial, la duración de estas intervenciones osciló entre seis (Sandgren et al., 2022, 2023) y 16 semanas (Ibáñez-Caparrós et al., 2023).

En el caso de la intervención de Sandgren et al. (2022, 2023), la modalidad fue autosugestiva, por lo que, a cada atleta se les entregó un manual impreso y se les sugirió leer dos capítulos o en su defecto dedicarle una hora de revisión a la semana, además de realizar un resumen de cada capítulo. Por el contrario, la intervención de Ibáñez-Caparrós et al. (2023) fue en presencial, administrada por psicólogos expertos y adaptada según al TAIA de los participantes, ya que quienes cursaban AN, asistían cinco días a la semana durante cuatro horas, a diferencia de los participantes que padecían BN, TAP y otro Trastorno Alimentario y de la Ingesta Alimentos quienes asistían a una sesión semanal grupal con una duración de 90 minutos.

**Acerca de la técnicas y tópicos de las intervenciones.** La intervención de Ibáñez-Caparrós et al. (2023) consistió en: Psicoeducación sobre la conducta alimentaria y los TAIA, reestructuración cognitiva, entrenamiento en la solución de problemas, regulación emocional y prevención de recaídas. No obstante, en la intervención de Sandgren et al. (2022, 2023) se elaboró un manual autosugestivo, donde se abordaron los siguientes tópicos: TAIA y sus síntomas, el desarrollo de los trastornos alimentarios,

patrones en la alimentación, motivación para el cambio, ¿Cómo cambiar?, eliminación de atracones, manejo de los periodos de purga, mantenimiento del progreso, problemas y soluciones.

***Variables dependientes, resultados y seguimiento.*** Las variables evaluadas por Ibáñez-Caparrós et al. (2023) fueron: Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Y las variables evaluadas por Sandgren et al. (2022, 2023) fueron: Conducta alimentaria restrictiva, preocupación por la alimentación, figura corporal, y el peso, aunado con periodos de atracón, purgas y nivel de preocupación sobre los síntomas propios de los trastornos alimentarios.

Respecto a los resultados en la intervención de Ibáñez-Caparrós et al. (2023) se identificaron las tasas de remisión total, remisión parcial y no remisión, quienes entendieron a la remisión total como la ausencia completa de los síntomas necesarios para el diagnóstico de TAIA durante al menos cuatro semanas consecutivas, acorde al DSM-5 (APA, 2013). A la remisión parcial como una mejoría significativa, con algunos síntomas persistentes y a la no remisión como la falta de mejoría o la presencia de todos los síntomas.

Ahora bien, se reportaron tasas de abandono del 32.7% en los participantes no deportistas y del 28.8% en los participantes atletas. En cuando a las tasas de remisión se observó que el 40.4% de los participantes no atletas, alcanzaron la remisión total, el 17.3 % la remisión parcial y el 9.36% no logró la remisión, en contraste el 32.7 % de los atletas lograron la remisión total, el 21.2 % la remisión parcial y el 17.3% no logró la remisión, no se encontraron diferencias significativas entre grupos ( $p = 0.596$ ,  $C-V = 0.135$ , Ibáñez-Caparrós et al., 2023).

Acerca de las diferencias en las tasas de abandono y de remisión entre deportes estéticos y no estéticos, se identificó que el 44.4% de los practicantes de deportes estéticos y el 12 % en los deportes no estéticos abandonaron el tratamiento, en el caso de las tasas de remisión, en los deportes no estéticos, se observó que el 36% de los participantes consiguió la remisión total, el 32% la remisión parcial y el 20% no consiguió la remisión, en tanto en los deportes estéticos se registró que el 29% llegó a la remisión

total, el 11% a la remisión parcial y el 14 % no lo logró la remisión, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.50$ ,  $C-V=0.387$ , Ibáñez-Caparrós, et al., 2023).

En contraste, en las investigaciones de Sandgren et al. (2022, 2023) se registraron los cambios en las medias y desviaciones estándar durante los tres momentos de la evaluación: Línea base, post test y seguimiento

En la evaluación entre la línea base y el post test se observó una reducción estadísticamente significativa en la media global EDE que descendió de 3.37 ( $DE \pm 1.36$ ) a 2.75 ( $DE \pm 1.58$ ) con el valor de  $Z= 2.41$  ( $r= 0.45$ ,  $p <0.05$ ), asimismo se identificaron disminuciones en las medias de las dimensiones evaluadas por este instrumento: En la conducta restrictiva, se presentó la mayor reducción, ya que pasó 2.89 ( $DE \pm 1.48$ ) a 1.73 ( $DE \pm 1.05$ )  $Z= 2.60$  ( $r = 0.49$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación alimentaria bajó de 2.69 ( $DE \pm 1.27$ ) a 1.97 ( $DE \pm 1.35$ )  $Z= 2.18$  ( $r= 0.48$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación por la figura se redujo de 3.75 ( $DE \pm 1.55$ ) a 2.91 ( $DE \pm 1.68$ )  $Z= 2.22$  ( $r= 0.41$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación por el peso descendió de 3.37 ( $DE \pm 1.36$ ) a 2.75 ( $DE \pm 1.58$ )  $Z=1.82$  ( $r=0.34$ ), los periodos de atracón pasaron de 5.26 ( $DE \pm 5.90$ ) a 4.07 ( $DE \pm 4.64$ )  $Z= 0.88$  ( $r=0.16$ ), las purgas bajaron de 3.29 ( $DE \pm 3.80$ ) a 2.74 ( $DE \pm 2.92$ )  $Z$  de  $=0.09$  ( $r= 0.01$ ), finalmente el nivel de preocupación por los síntomas propios de los TAIA, disminuyeron de 3.34 ( $DE \pm 0.68$ ) a 2.93 ( $DE \pm 0.99$ )  $Z= 2.14$  ( $r=0.40$ ,  $p <0.01$ ).

En el segundo momento de la evaluación entre el post test y el seguimiento, se observó una disminución en la media global de 3.17 ( $DE \pm 1.21$ ) a 1.91 ( $DE \pm 1.22$ )  $Z= 1.27$  ( $r= 0.24$ ). En las dimensiones evaluadas por el instrumento, se identificó un descenso en la conducta restrictiva, de 1.73 ( $DE \pm 1.05$ ) a 1.60 ( $DE \pm 1.19$ )  $Z= 0.35$  ( $r = 0.06$ ), la preocupación alimentaria pasó de 1.97 ( $DE \pm 1.35$ ) a 1.42 ( $DE \pm 1.18$ )  $Z= 1.63$  ( $r= 0.30$ ), la preocupación por la figura se redujo de 2.91 ( $DE \pm 1.68$ ) a 2.37 ( $DE \pm 1.61$ )  $Z= 1.05$  ( $r= 0.19$ ), la preocupación por el peso disminuyó de 2.75 ( $DE \pm 1.58$ ) a 2.27 ( $DE \pm 1.74$ )  $Z=1.15$  ( $r= 0.21$ ), los periodos de atracón pasaron de 4.07 ( $DE \pm 4.64$ ) a 2.04 ( $DE \pm 2.35$ )  $Z= 2.07$  ( $r=0.39$ ,  $p < 0.05$ ), las purgas bajaron de 2.74 ( $DE \pm 2.92$ ) a 1.81 ( $DE \pm 2.58$ )  $Z=1.34$  ( $r=0.25$ ) y el nivel de preocupación por los síntomas propios de los TAIA, descendió de 2.93 ( $DE \pm 0.99$ ) a 2.39 ( $DE \pm 0.83$ )  $Z= 2.11$  ( $r=0.39$ ,  $p <0.05$ ).

En la evaluación entre la línea base y el seguimiento, se localizó una disminución estadísticamente significativa en la media global EDE, porque descendió de 3.17 (1.21) a 1.91 (1.22)  $Z= 2.93(r=0.55, p <0.01)$ . En la conducta restrictiva, se identificó una reducción de 2.89 ( $DE \pm 1.48$ ) a 1.60 ( $DE \pm 1.19$ )  $Z= 2.63 (r = 0.50, p <0.01)$ , la preocupación alimentaria pasó de 2.69 ( $DE \pm 1.27$ ) a 1.42 ( $DE \pm 1.35$ )  $Z= 2.94 (r= 0.55, p <0.01)$ , la preocupación por la figura bajo de 3.75 ( $DE \pm 1.55$ ) a 2.37 ( $DE \pm 1.61$ )  $Z= 2.57(r= 0.48, p <0.01)$ , la preocupación por el peso paso de 3.37 ( $DE \pm 1.36$ ) a 2.27 ( $DE \pm 1.47$ )  $Z=2.70 (r= 0.51, p <0.01)$ , los periodos de atracón pasaron de 5.26 ( $DE \pm 5.90$ ) a 2.04 ( $DE \pm 2.53$ )  $Z= 2.51 (r=0.48, p <0.01)$ , las purgas descendieron de 3.29 ( $DE \pm 3.80$ ) a 1.81 ( $DE \pm 2.58$ )  $Z=1.64 (r=0.31)$ , por último, el nivel de preocupación por los síntomas propios de los TAIA, bajo de 3.34 ( $DE \pm 0.68$ ) a 2.39 ( $DE \pm 0.83$ )  $Z= 4.04 (r=0.76, p <0.001)$ .

Durante el seguimiento, el 89% de los participantes mencionaron que realizaban las actividades propuestas por el manual, mientras que el 75% comentó seguir buscando guía o soporte en el manual.

Adicionalmente, se realizaron 15 entrevistas para profundizar en la viabilidad del tratamiento, donde 13 atletas indicaron que dedicar dos horas semanales al manual les era adecuado y las seis semanas de la intervención, les permitió observar un progreso notable, 12 atletas comentaron que el uso y el contenido del manual era claro, finalmente el 11 de los 15 atletas reportaron mejorar significativamente su relación con la comida, además seis de ellos, surgieron algunas mejoras a considerar en caso de que la intervención pasará a un ensayo con un mayor muestra, tales como un manual electrónico, lo cual facilitaría su acceso, así como el envío de recordatorios por correo electrónico o mensaje de texto con controles más frecuentes (Por ejemplo una vez a la semana) para recordar la participación en MOPED-A.

**Características metodológicas de los estudios.** Dado que, todos los artículos empleados en la presente revisión son diseños preexperimentales, no es posible aplicar los criterios propuestos por la declaración CONSORT, ni realizar la evaluación de riesgo de sesgo, debido a que esos criterios solo operan en ECAS (Moraga & Cartes-Velásquez, 2015).

**Tabla 8**

Datos sociodemográficos de los estudios de la revisión

<i>Autor</i>	<i>Sexo</i>	<i>País</i>	<i>Idioma</i>	<i>Raza/Etnia</i>	<i>n y tipo de TAIA</i>	<i>Número de años de padecimiento del TAIA</i>
Ibañez-Caparrós et al. (2023).	61.54 % mujeres	España	Inglés	Hispanos	AN (n = 38) BN (n = 36) OTAIAE (n = 26) TAP (n = 4)	6.8 años
Sandgren et al. (2022, 2023)	61 % mujeres	Reino Unido	Inglés	No especificado	No especificado	5.6 años

Nota. Elaboración propia

**Tabla 9**

*Características metodológicas de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico basado en la TCC para el abordaje de los TAIA en atletas de alto rendimiento*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración	Técnicas y tópicos de la intervención	Resultados	Seguimiento
Ibáñez-Caparrós et al. (2023).	Preexperimental	104 participantes, de los cuales 52 participantes eran atletas (39 mujeres y 13 hombres) que cursaban (n = 19 AN, n = 18 BN, n = 13 OTAAE y n = 2 TAP). Y una media de 25.3 años de edad ( $DE \pm 6.8$ ), en toda la muestra.	EDI 2 SCL TCL-R	Ambulatoria y presencial	En el caso de la AN, los participantes asistieron cuatro horas, durante cinco días a la semana en un periodo de 15 semanas. En cambio, para los otros TAIA, la intervención constó en 16 sesiones semanales de terapia grupal con una duración de 90 minutos.	Psicoeducación sobre los síntomas propios de los TAIA y conducta alimentaria saludable. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en solución de problemas y regulación emocional. Prevención de recaídas.	Al finalizar la intervención, el 40.4% de los participantes no se encontraban en remisión total y el 17.3 % en remisión parcial, en contraste con el 32.7 % de los atletas lograron la remisión total de los síntomas y el 21.2 % en remisión parcial ( $p = .596$ en ambos grupos).	No se realizó seguimiento
Sandgren et al. (2022, 2023)	Preexperimental	35 atletas (22 mujeres y 8 hombres), con una media de edad de 27.1 años ( $DE \pm 8.2$ ), quienes habían experimentado alguna CAR o síntoma de algún trastorno alimentario durante 5.6 años	EDE Q LCEDS Y los autores desarrollaron una escala tipo <i>Likert</i> con el fin de evaluar la viabilidad de la intervención	Asincrónica	La intervención duro seis semanas	En el manual se abordaron las siguientes temáticas: TAIA y sus síntomas El desarrollo de los trastornos alimentarios. Patrones en la alimentación. Motivación para el cambio	Al concluir, la intervención, se registró una disminución significativa en las medias de EDE de 3.17( $DE \pm 3.70$ ) a 2.34 ( $DE \pm 1.25$ , $Z= 2.41$ , $r= 0.55$ $p < 0.05$ ) y nivel de preocupación sobre la sintomatología de los TAIA bajo de	A las cuatro semanas de seguimiento, se obtuvieron las siguientes puntuaciones en EDE de 1.91 ( $DE \pm 1.22$ ) y nivel de preocupación sobre la sintomatología de los TAIA de

Continuación de la tabla 9 Características metodológicas de los artículos revisados sobre el tratamiento psicológico basado en la TCC para el abordaje de los TAIA en atletas de alto rendimiento.

¿Cómo cambiar? Eliminación de atracones Manejo de los periodos de purga. Mantenimiento del progreso. Problemas y soluciones.	3.34 (DE ± 0.68) a 2.93(DE ± 0.99, Z= 2.14, $r= 0.40$ , $p < 0.05$ ).	2.39 (DE ± 0.83), agregando a lo anterior el 89% los deportistas informaron continuar con las actividades propuestas, y el 75 % comunicó seguir utilizando el contenido del manual como un referente o guía.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Nota.* OTAIAE =Otro Trastorno Alimentario y de la Ingesta Alimentos (por sus siglas en español), EDI 2 = Inventario global de Trastornos Alimentarios (por sus siglas en inglés), EDE= Escala general de Trastornos Alimentarios (por sus siglas en inglés), TCL-R =Inventario Revisado de Temperamento y Carácter (por sus siglas en inglés), SCL-90 =Lista de síntomas psicológicos (por sus siglas en inglés). LCEDS = Nivel de preocupación por sintomatología de los trastornos alimentarios (por sus siglas en inglés)

## Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática fue evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la terapia cognitivo-conductual para la atención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en atletas de alto rendimiento, por medio de una revisión sistemática.

Para dar respuesta al objetivo se realizó una revisión sistemática de la literatura, por lo que fue necesario considerar los términos *Mesh* y las palabras claves, en conjunto con los criterios de inclusión y exclusión, que permitieron identificar una cantidad limitada de artículos dentro de las bases de datos, esta escasez evidencia la necesidad de continuar la investigación en esta población.

Ahora bien, fueron tres los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión porque tuvieron como objetivo evaluar el efecto de la intervención sobre la variable dependiente, es decir, en algún TAIA y como participantes a adultos jóvenes de entre los 19 y 29 años, provenientes de Europa (España y Reino Unido, Ibáñez-Caparrós et al., 2023; Sandgren et al., 2022, 2023).

Las investigaciones de Sandgren et al. (2022, 2023) se enfocaron en evaluar la viabilidad del programa *Motivational and Psycho-Educational Self-Help Programme for Athletes with Mild Eating Disorders Symptoms* (MOPED-A) basado en la TCC autosugestiva enfocada en los trastornos alimentarios y su eficacia en la reducción de la sintomatología de los TAIA en atletas.

En cambio, la investigación de Ibáñez-Caparrós et al. (2023) se centró en comparar la psicopatología y los rasgos de personalidad entre adultos no deportistas y atletas profesionales que cursan algún trastorno alimentario, analizar la diferencia de respuesta al tratamiento basado en la TCC en ambos grupos y comprender del factor que desempeña el tipo de deporte en el desarrollo de los TAIA.

Respecto a los resultados, en el estudio de Ibáñez-Caparrós (2023) se refirió una tasa de abandono del 32.7% en los participantes no atletas y del 28.8% en los participantes atletas, sumado a esto, se reportó que el 40.4% de los participantes no atletas, alcanzaron la remisión total, el 17.3 % la remisión parcial y el 9.36% no logró la remisión, en contraste el 32.7 % de los atletas lograron la remisión total, el 21.2 % la

remisión parcial y el 17.3% no logró la remisión, ( $p = 0.596$ ,  $C-V= 0.135$ ) no se encontraron diferencias significativas y la relación entre las variables es pequeña.

Lo cual indica que el tratamiento no funcionó a favor de los atletas aunado con las altas de abandono, esto puede deberse a diversos factores incluyendo la frecuencia, duración y estructura de las sesiones. En el caso del abordaje de AN, la intervención constó de cinco sesiones semanales de cuatro horas cada una durante 15 semanas, siendo más de las 20 sesiones semanales sugeridas por la guía NICE (2020) para una intervención eficaz. Por otro lado, el tratamiento para BN, TPA, OTAIAE consistió en 16 sesiones semanales en grupo de 90 minutos cada una, alineadas con las recomendaciones de la guía NICE (2020) para BN y TPA.

Sin embargo, con el fin de estandarizar el tratamiento para AN, BN, TPA y OTAIAE, no se consideraron las características específicas de cada trastorno y su abordaje eficaz, elementos tales como: la modificación de la conducta alimentaria disfuncional, el autorregistro del comportamiento alimentario y los pensamientos asociados este, la exposición corporal, la creación de redes de apoyo, la mejora de la autoeficacia, la identificación y la reducción de periodos de atracón, así como el manejo de purgas fueron omitidos, componentes esenciales para un abordaje efectivo. Estas razones podrían explicar la ineficacia del tratamiento y las altas tasas de abandono.

Por el contrario, en las investigaciones de Sandgren (2022, 2023), se observó la disminución estadísticamente significativa de la media global de 3.17 ( $DE \pm 1.21$ ) a 1.91 ( $DE \pm 1.22$ )  $Z= 2.93$  ( $r=0.55$ ,  $p <0.01$ ) entre la línea base y el seguimiento, particularmente se identificaron diferencias significativas en las dimensiones: Conducta restrictiva, la cual bajo de 2.89 ( $DE \pm 1.48$ ) a 1.60 ( $DE \pm 1.19$ )  $Z= 2.63$  ( $r = 0.50$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación alimentaria se redujo de 2.69 ( $DE \pm 1.27$ ) a 1.42 ( $DE \pm 1.35$ )  $Z= 2.94$  ( $r= 0.55$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación por la figura disminuyó de 3.75 ( $DE \pm 1.55$ ) a 2.37 ( $DE \pm 1.61$ )  $Z= 2.57$  ( $r= 0.48$ ,  $p <0.01$ ), la preocupación por el peso paso de 3.37 ( $DE \pm 1.36$ ) a 2.27 ( $DE \pm 1.47$ )  $Z=2.70$  ( $r= 0.51$ ,  $p <0.01$ ), los periodos de atracón descendieron de 5.26 ( $DE \pm 5.90$ ) a 2.04 ( $DE \pm 2.53$ )  $Z= 2.51$  ( $r= 0.48$ ,  $p <0.01$ ), las purgas se aminoraron de 3.29 ( $DE \pm 3.80$ ) a 1.81 ( $DE \pm 2.58$ )  $Z=1.64$  ( $r= 0.31$ ) y el nivel de preocupación por los síntomas propios de los TAIA, se redujo de 3.34 ( $DE \pm 0.68$ ) a 2.39 ( $DE \pm 0.83$ )  $Z= 4.04$  ( $r=0.76$ ,  $p <0.001$ ). Incluso, el 89% de los participantes mencionó seguir realizando las actividades

propuestas por el manual y el 75% comento seguir buscando guía o soporte en el manual.

Los resultados coinciden con los reportados por Masson (2013) y Wagner (2016), quienes trabajaron con adultos que experimentaban TPA, de manera asincrónica a través de un manual y una página web, también disminuyeron los periodos de atracón, por consiguiente, es pertinente considerar que los adolescentes y adultos jóvenes atletas de alto rendimiento se enfrentan a condiciones específicas del contexto deportivo. En estas se incluye; el tipo de deporte realizado ya que en los *lean sports* se asocia un menor peso a un mejor rendimiento, aunado con la conducta del entrenador o el equipo quienes pueden influir para que los atletas adopten medidas orientadas a bajar de peso o cumplir con estándares estéticos, en conjunto con los controles de peso regulares, la falta de educación nutrimental o la intensidad del entrenamiento especialmente durante la etapa de torneos o en evaluaciones del desempeño, la alta competitividad y la presión social (Eichstadt et al., 2020; Ibáñez-Caparrós et al., 2023; Sandgren et al., 2022, 2023; Sundgot-Borgen et al., 2024; Wells et al., 2020).

Por lo tanto, es esencial determinar si la respuesta al tratamiento es diferente según su modalidad (*online* o presencial), sumado a esto es relevante el abordaje psicológico de los TAIA al final de la carrera deportiva, si bien los adolescentes y/o adultos jóvenes poseen mayor vulnerabilidad, los atletas cercanos al retiro experimentan cambios en sus hábitos, necesidades nutrimentales, quema calórica y condición física.

Dicho esto, entre las limitaciones de la presente investigación, se encuentra en el difícil acceso a la literatura dedicada al tema en español e inglés, a pesar de contar con literatura de libre acceso y la licencia proporcionada por la universidad, algunos documentos estaban restringidos o no disponibles para la región. Por lo que se sugiere en futuras investigaciones, recurrir a la consulta de la literatura gris como repositorios institucionales de pregrado y posgrado, en conjunto con artículos en idiomas adicionales al español e inglés. Igualmente, no se localizaron estudios en Latinoamérica ni en México, sumado a la falta de heterogeneidad en los diseños de los estudios, lo que imposibilita el cálculo del tamaño del efecto, a través de un metaanálisis, por estas razones es pertinente continuar con la investigación.

En conclusión, se localizó evidencia a favor de las intervenciones realizadas en Europa, basadas en la TCC para el abordaje de los TAIA en atletas de alto de rendimiento *practicantes de*: Atletismo, básquetbol, ciclismo, fútbol, gimnasia rítmica, *korfball*, *karate*, halterofilia, natación, patinaje artístico, senderismo, *snowboarding*, triatlón y vóleibol. Por lo que esta terapia ha demostrado ser viable, económica y eficaz para reducir la sintomatología de los TAIA en diferentes estratos poblacionales, no obstante, esta revisión evidencia que la intervención de trastornos alimentarios en atletas está en etapas iniciales, lo que dificulta mejorar la atención de los TAIA y la calidad de vida de los deportistas. Por lo tanto, se sugiere continuar con su estudio, considerando las características del contexto deportivo, con el fin de aumentar la validez interna y externa.

## Referencias

Las referencias señaladas con un asterisco indican los estudios incluidos en esta revisión.

- Agras, W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- Arija, V., V., Santi, M. J., Novalbos, J. P., Canals, J., & Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). <https://doi-org/10.176lappi.books.9780890425596>
- Attia, E., & Wash, T. (2022). *Rumination Disorder*. En *MSD Manual for the Professional*. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/eating-disorders/rumination-disorder>
- Attia, E., Steinglass, J. E., Walsh, B. T., Wang, Y., Wu, P., Schreyer, C., Wildes, J., Yilmaz, Z., Guarda, A. S., Kaplan, A. S., & Marcus, M. D. (2019). Olanzapine Versus Placebo in Adult Outpatients With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. *The American journal of psychiatry*, 176(6), 449-456. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18101125>
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 138-139. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58225137005.pdf>
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508. <https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>

- Bryson, C., Douglas, D., & Schmidt, U. (2024). Established and emerging treatments for eating disorders. *Trends in Molecular Medicine*, 30(4), 392-402. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2024.02.009>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., & Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 47(16), 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Crow S. J. (2019). Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 253-262. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Eichstadt, M., Luzier, J., Cho, D., & Weisenmuller, C. (2020). Eating Disorders in Male Athletes. *Sports health*, 12(4), 327-333. <https://doi.org/10.1177/1941738120928991>
- Fairburn, C. G., & Murphy, R. (2015). Treating eating disorders using the internet. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 461-467. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000195>
- Gaete P, V., & López C, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784-793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, D. M., Anderson, M. L., Keiper, C. D., Whyntott, R., & Parker, L. (2016). Psychotropic medications in adult and adolescent eating disorders: clinical practice

- versus evidence-based recommendations. *Eating and weight disorders: EWD*, 21(3), 395-402. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0253-0>
- Garner, D. M., Rosen, L. W., & Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes. Research and recommendations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 7(4), 839-856. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30215-3](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30215-3)
- Giel, K. E., Hermann-Werner, A., Mayer, J., Diehl, K., Schneider, S., Thiel, A., & Zipfel, S. (2016). Eating disorder pathology in elite adolescent athletes. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 553-562. <https://doi.org/10.1002/eat.22511>
- Guerrero, M. D. (2023). Deporte y factores de riesgo en trastornos alimentarios, ¿Cómo intervienen el temor al fracaso, desregulación emocional, perfeccionismo y afecto negativo?. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. TesisUNAM.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Herpertz, D. B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177-196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
- Herscovici, C. R., Bay, L., & Kovalskys, I. (2005). Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community-based survey. *Eating Disorders*, 13(5), 467-478. <https://doi.org/10.1080/10640260500296855>
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Himmerich, H., Kan, C., Au, K., & Treasure, J. (2021). Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition, and physical health consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 217(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107667>
- \*\*Ibáñez-Caparrós, A., Sánchez, I., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Rosinska, M., Thiel, A., Zipfel, S., de Pablo, J., Camacho-Barcia, L., & Fernandez-Aranda, F. (2023).

- Athletes with Eating Disorders: Analysis of Their Clinical Characteristics, Psychopathology and Response to Treatment. *Nutrients*, 15(13), 3003. <https://doi.org/10.3390/nu15133003>
- Kampouri, D., Kotopoulea-Nikolaidi, M., Daskou, S., & Giannopoulou, I. (2019). Prevalence of disordered eating in elite female athletes in team sports in Greece. *European Journal of Sport Science*, 19(9), 1267-1275. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1587520>
- Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 549-555. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a30e>
- Keel, P. K., & Haedt, A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(1), 39-61. <https://doi.org/10.1080/15374410701817832>
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2020). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eating Disorders*, 28(2), 202-211. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678982>
- Kessler, R. C., Aguilar, G. S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33. <https://doi.org/10.1017/s112118G9x00001421>
- Kiely, L., Touyz, S., Conti, J., & Hay, P. (2022). Conceptualising specialist supportive clinical management (SSCM): current evidence and future directions. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00557-2>
- Kolar, D. R., & Mebarak, M. (2022). An update on the epidemiology of eating disorders in Latin America: current findings and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 385-389. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000813>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current*

- Opinion* in *Psychiatry*, 29(6), 363-371.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-94. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Ley General de Cultura Física y Deporte. (2023, 18 de octubre). *Reformada, Diario Oficial de la Federación* [D.O.F.].  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCFD.pdf>
- Mancine, R. P., Gusfa, D. W., Moshrefi, A., & Kennedy, S. F. (2020). Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 8, 47. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00323-2>
- Márquez, C. M., Sánchez, J. M., Salazar, A. M., Martínez, C. V., Valderrama, F., & Rojas-Gualdrón, D. F. (2022). Efficacy and safety of antipsychotics and antidepressants in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review. *Revista Colombiana de psiquiatria*, 51(3), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2022.08.007>
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K., & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British journal of sports medicine*, 44(1), 70-76. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.068668>
- Masson, P. C., von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 723-728. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.001>
- Medina-Tepal, K. A., Vazquez-Arevalo, R., Trujillo-ChiVacuán, E. M., & Mancilla-Diaz, J. M. (2023). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): systematic review of case studies. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 71-84. <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/748/872>

- Muratore, A. F., & Attia, E. (2021). Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.006>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Moraga, J., & Cartes-Velásquez, R. (2015). Pautas de Chequeo, Parte I: CONSORT y TREND. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(2), 225-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000200019>
- National Institute of Health. (2016). *Understanding Health Risks*. <https://newsinhealth.nih.gov/2016/10/understanding-health-risks#:~:text=A%20health%20risk%20is%20the,risks%20are%20high%20or%20low>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2020). *Eating disorders* [Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos]. NICE Guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- National Institute of Mental Health. (2024). Eating disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (11a ed.). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1412387537>
- Ortega, M. (2010). *Prevalencia de la sintomatología de bulimia nerviosa en mujeres: análisis del periodo 1994-2007*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TesisUNAM.
- 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., McGuinness, L. A., Moher, D. (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.rec.2021.07.010>
- Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., Quattlebaum, M. J., & Bulik, C. M. (2017). Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(5), 317-328. <https://doi.org/10.1002/erv.2517>
- Pivetta, L. A., & Gonçalves-Silva, R. (2010). Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 337-346. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X201000020001>
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1), 109-116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>
- Rousselet, M., Guérineau, B., Paruit, M. C., Guinot, M., Lise, S., Destrube, B., Ruffio-Thery, S., Dominguez, N., Brisseau-Gimenez, S., Dubois, V., Mora, C., Trolonge, S., Lambert, S., Grall-Bronnec, M., & Prétagut, S. (2016). Disordered eating in French high-level athletes: association with type of sport, doping behavior, and psychological features. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 22(1), 61-68. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0342-0>
- Rueda-Jaimes, E., Cadena A. D., Díaz-Martínez, A., Ortiz, B. P., Pinzón, P. C., & Rodríguez, M. J. (2005). Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 375-385. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634304.pdf>
- Salinas Polanco, J., & Gómez Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 19(2), 271-280. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986012.pdf>
- \*\*Sandgren, S. S., Haycraft, E., Arcelus, J., & Plateau, C. R. (2023). An intervention mapping adaptation framework to develop a self-help intervention for athletes with

- eating disorder symptoms. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(11), 2022–2031. <https://doi.org/10.1002/eat.24044>
- \*\*Sandgren, S. S., Haycraft, E., Arcelus, J., & Plateau, C. R. (2022). Evaluating a motivational and psycho-educational self-help intervention for athletes with mild eating disorder symptoms: A mixed methods feasibility study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 30(3), 250-266. <https://doi.org/10.1002/erv.2891>
- Schiavenato, M., & Chu, F. (2021). PICO: What it is and what it is not. *Nurse education in practice*, 56(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103194>
- Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. (2012). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 48-71. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K., Bents, H., Rutz, U., Frost, U., von Boetticher, A., Ruhl, U., Specht, N., & Kronmüller, K. T. (2017). Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.019>
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Sundgot-Borgen, C., Wisting, L., Sundgot-Borgen, J., Steenbuch, K., Skrede, J. V., Nilsen, K., Stice, E., & Mathisen, T. F. (2024). The "Young Athlete Body Project"- A pilot study evaluating the acceptability of and results from an eating disorder prevention program for adolescent athletes. *The International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 568-580. <https://doi.org/10.1002/eat.24140>

- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, *68*(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Teixidor-Battle, C., Ventura, C., & Andrés, A. (2021). Eating Disorder Symptoms in Elite Spanish Athletes: Prevalence and Sport-Specific Weight Pressures. *Frontiers in Psychology*, *11*, 559832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559832>
- U.S. Food and Drug Administration. (2018, 20 de febrero). *2017 First Generic Drug Approvals*. <https://www.fda.gov/drugs/first-generic-drug-approvals/2017-first-generic-drug-approvals>
- U.S. Food and Drug Administration. (2023, 28 de Agosto). *FDA approves multiple generics of ADHD and BED treatment*. [Comunicado de prensa]. <https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fda-approves-multiple-generics-adhd-and-bed-treatment>
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, T., & Mancilla-Díaz, M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *6*(2), 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Villalobos-Hernández A., Bojórquez, I., Hernández, I., & Unikel-Santoncini, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, *65*(1), 96-01. <https://doi.org/10.21149/14800>
- Voelker, D. K., Petrie, T. A., Huang, Q., & Chandran, A. (2019). Bodies in Motion: An empirical evaluation of a program to support positive body image in female collegiate athletes. *Body image*, *28*(1), 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.008>
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>
- Wagner, B., Nagl, M., Dölemeyer, R., Klinitzke, G., Steinig, J., Hilbert, A., & Kersting, A. (2016). Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Cognitive-Behavioral

- Treatment Program for Binge-Eating Disorder. *Behavior Therapy*, 47(4), 500-514.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.01.006>
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L., & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483-1499.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>
- Wells, R., Jeacocke, A., Appaneal, R., Smith, D., Vlahovich, N., Burke, M., & Hughes, D. (2020). The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1247-1258.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101813>
- Zach, K. N., Smith Machin, A. L., & Hoch, A. Z. (2011). Advances in management of the female athlete triad and eating disorders. *Clinics in sports medicine*, 30(3), 551-573. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2011.03.005>
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W., & ANTOP study group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(1), 127-137.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)617](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)617)

## Anexo 1

### *Combinaciones empleadas en la búsqueda sistemática*

<i>Base de datos</i>	<i>Combinación</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>
Pubmed	(((((athletes OR elite athlete OR athletes Elite OR High- performance sport OR Professional Athletes Or College Athlete) AND (Cognitive Behavi* Therapy OR Psychotherapy, Cognitive OR Cognitive Behavi* Therapies OR Cognitive Therapies OR Cognitive behavi* therapies)) AND (Feeding and eating disorders OR Eating disorder* OR Appetite Disoders OR Anorexia nervosa OR Bulimia nervosa OR Binge-Eating Disorder)	Ninguno	67
Scopus	(( ( athletes OR "elite athlete" OR "athletes elite" OR "high performance sport" OR "professional athletes" OR "college athlete") AND ( "cognitive behavioral therapy" OR "psychotherapy, cognitive" OR "cognitive behavioral therapies" OR "cognitive therapies" OR "cognitive behaviour therapies" ) AND ( "feeding and eating disorders" OR "eating disorders" OR "appetite disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge-eating disorder" ) ) )	Ninguno	43
Science Direct	(athletes OR elite athlete) AND (cognitive behavioral therapy OR psychotherapy, cognitive OR cognitive behavioral therapies) AND (feeding and eating disorder OR eating disorders OR appetite disorders)	Ninguno	1805

Ovid	(( ( athletes OR "elite athlete" OR "athletes elite" OR "high performance" ) AND ( "cognitive behavioral therapy" OR "psychotherapy, cognitive" OR "cognitive behavioral therapies" OR "cognitive therapies" OR "cognitive behaviour therapies" ) AND ( "feeding and eating disorders" OR "eating disorders" OR "appetite disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge-eating disorder" ) ) ) {Sin términos relacionados}	Ninguno	2833
Wiley Online Library	(( ( athletes OR "elite athlete" OR "athletes elite" OR "high performance sport" OR "college athlete") AND ( "cognitive behavioral therapy" OR "psychotherapy, cognitive" OR "cognitive behavioral therapies" OR "cognitive therapies" OR "cognitive behaviour therapies" ) AND ( "feeding and eating disorders" OR "eating disorders" OR "appetite disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge-eating disorder" ) ) )	Ninguno	339
Redalyc	("Atletas de Élite" OR "Atletas Profesionales" OR "Atletas universitarios" ) AND ("Psicoterapia Cognitiva" OR "Psicoterapias Cognitivas" OR "Terapia Cognitiva Conductual" OR "Terapia Conductista Cognitiva" OR "Terapia Conductual Cognitiva" OR "Terapias Cognitivas Conductuales" OR "Terapias Cognitivo-Conductuales") AND ("Trastornos Alimentarios" OR "Trastornos de la Conducta Alimentaria" OR "Trastornos de Alimentación" OR "Trastornos de la Ingestión de Alimentos" OR "Trastornos de la Ingesta de Alimento" OR "Anorexia Nerviosa" OR "Bulimia Nerviosa" OR "Trastornos por atracón")	Ninguno	2

---

LILACS	("Atletas de Élite" OR "Atletas Profesionales"OR"Atletas universitarios" ) AND ("Psicoterapia Cognitiva" OR "Psicoterapias Cognitivas" OR "Terapia Cognitiva Conductual" OR "Terapia Conductista Cognitiva" OR "Terapia Conductual Cognitiva" OR "Terapias Cognitivas Conductuales" OR "Terapias Cognitivo-Conductuales") AND ("Trastornos Alimentarios" OR "Trastornos de la Conducta Alimentaria" OR "Trastornos de Alimentación" OR "Trastornos de la Ingestión de Alimentos" OR "Trastornos de la Ingesta de Alimento" OR "Anorexia Nerviosa" OR "Bulimia Nerviosa" OR "Trastornos por atracón")	Ninguno	0
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	---

---