

**Abordajes Psicoterapéuticos en el Tratamiento
de la Bulimia Nerviosa: Una Revisión Sistemática**

**Psychotherapeutic Approaches in the Treatment
of Bulimia Nervosa: A Systematic Review**

Antonio Sebastián Perea-Beltrán¹
Universidad Católica de Cuenca
antonio.perea.26@est.ucacue.edu.ec

Geovanny Genaro Reivan-Ortiz²
Universidad Católica de Cuenca
greivano@ucacue.edu.ec

doi.org/10.33386/593dp.2025.5.3581

V10-N5 (sep-oct) 2025, pp 1113-1129 | Recibido: 06 de octubre del 2025 - Aceptado: 27 de octubre del 2025 (2 ronda rev.)

1 ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4392-2224>. Estudiante de la maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca.

2 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0643-8022>. Psicólogo clínico, investigador de la Universidad Católica de Cuenca.

Descargar para Mendeley y Zotero

RESUMEN

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por episodios de consumo excesivo de alimentos seguidos de conductas compensatorias inapropiadas. Dado su impacto en el bienestar de los pacientes, surge la necesidad de un conocimiento integral y actualizado de las intervenciones psicológicas disponibles y sus aplicaciones clínicas. Por tanto, esta revisión sistemática tuvo como objetivo describir los principales enfoques psicoterapéuticos empleados en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, con el propósito de discriminar la evidencia empírica disponible y orientar su aplicación en la práctica clínica. Para ello, se realizó una búsqueda en bases de datos académicas utilizando las guías de PRISMA, y la calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante la herramienta CONSORT. Los estudios incluidos fueron analizados según su diseño metodológico, modalidades de intervención y resultados alcanzados. Los hallazgos indicaron que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) sigue siendo el enfoque con mayor respaldo empírico. No obstante, la Terapia Cognitivo-Afectiva Integrativa (TCAI) y la Terapia Basada en la Familia para la Bulimia Nerviosa (TBF- BN) también mostraron resultados prometedores. Además, se identificaron diversas modalidades de aplicación como las individuales, grupales y digitales, con resultados diversos según las características de los pacientes y el contexto de tratamiento. Se concluyó que, si bien la TCC continúa siendo el tratamiento de referencia, la inclusión de enfoques alternativos como la TCAI y la adaptación de las intervenciones a las necesidades individuales podrían mejorar los resultados clínicos. Palabras clave: bulimia nerviosa; psicoterapia; terapia cognitivo-conductual; revisión sistemática; trastornos alimentarios.

ABSTRACT

Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by episodes of excessive food intake followed by inappropriate compensatory behaviors. Given its impact on patients' well-being, there is a need for a comprehensive and up-to-date understanding of the available psychological interventions and their clinical applications. Therefore, this systematic review aimed to describe the main psychotherapeutic approaches used in the treatment of bulimia nervosa, with the purpose of evaluating the available empirical evidence and guiding their application in clinical practice. A search was conducted in academic databases using the PRISMA guidelines, and the methodological quality of the studies was assessed using the CONSORT tool. The included studies were analyzed according to their methodological design, intervention modalities, and outcomes achieved. The findings indicated that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) remains the approach with the strongest empirical support. Similarly, Integrative Cognitive-Affective Therapy (ICAT) and Family-Based Therapy for Bulimia Nervosa (FBT-BN) showed promising results in patient profiles with underlying emotional difficulties. Additionally, various delivery modalities were identified, such as individual and group formats, with outcomes varying according to patient characteristics and the treatment context. It was concluded that, while CBT remains the gold-standard treatment, incorporating alternative approaches such as ICAT and tailoring interventions to individual needs could optimize clinical outcomes.

Key words: bulimia nervosa; psychotherapy; cognitive behavioral therapy; systematic review; eating disorders.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un gran desafío en el ámbito de la salud mental debido a su impacto en el bienestar psicológico y social de quienes los padecen (van Eeden et al., 2021). Dentro de este grupo de patologías, la Bulimia Nerviosa (BN) se ha establecido como uno de los trastornos con mayor prevalencia y riesgo clínico, lo cual significa un reto para su tratamiento.

La BN se caracteriza por episodios frecuentes de atracones, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como: el vómito autoinducido, el uso de laxantes o el ejercicio excesivo, con el fin de evitar subir de peso. Este conjunto de conductas genera un patrón repetitivo que mantiene y aumenta la sintomatología y obstaculiza la recuperación (American Psychiatric Association, 2013).

Además de estas conductas observables, el eje central de la BN radica en la preocupación constante por el peso corporal y la figura, la cual va asociada a una autoevaluación relacionada y limitada al aspecto físico. Esta magnificación de la delgadez y el temor intenso a ganar peso actúan como factores que dan inicio y refuerzan el trastorno, perjudicando de forma significativa la autoestima (Mallaram et al., 2023).

Desde su reconocimiento formal como diagnóstico en los años 80, los estudios sobre la BN han reflejado que su origen es multifactorial, pues incluye aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales (Hoek & van Hoeken, 2003). Si bien en un inicio ha sido considerado un trastorno predominante en mujeres, en el último tiempo se ha evidenciado un aumento de casos en hombres. Esta situación evidencia la influencia de los cambios socioculturales y la globalización en la percepción de la imagen corporal (Lozano-Muñoz et al., 2022). Artículos como el de Arijaval et al. (2022) menciona que la creciente presión social por alcanzar determinados estándares de belleza ha incrementado la prevalencia de este trastorno, generando una gran preocupación en el ámbito clínico.

En relación al tratamiento de la BN, ha evolucionado de forma considerable en las últimas décadas, con la psicoterapia como la principal estrategia de intervención. Entre los diversos enfoques estudiados, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido reconocida como el abordaje de primera elección, respaldada por evidencia empírica que valida su efectividad en la disminución de los atracones y las conductas compensatorias (Fairburn, 2008).

La TCC centra su intervención en la identificación y modificación de esquemas de pensamiento disfuncionales vinculados con la imagen corporal, la comida y la autoevaluación. También trabaja en la regulación emocional y en la prevención de recaídas, lo que le llevado a ser el enfoque más recomendado en guías clínicas (Fairburn, 2008; Moore & Waller, 2023).

No obstante, la heterogeneidad en la presentación clínica de la BN y las diferencias en los resultados al tratamiento han revelado que la TCC, si bien es efectiva en muchos casos, no es una solución definitiva y global (Waller & Beard, 2024). Investigaciones recientes resaltan que un porcentaje significativo de pacientes no consigue una recuperación completa o presenta recaídas tras la intervención (Öst et al., 2024). Esto ha llevado a indagar la posibilidad de abordajes psicoterapéuticos alternativos o complementarios que puedan aumentar las tasas de recuperación.

Entre los principales desafíos del tratamiento de la BN se encuentra la necesidad de estrategias que trabajen no solo los síntomas manifiestos, sino también los factores secundarios que sostienen el trastorno, como la baja autoestima, las dificultades en la regulación emocional y las creencias disfuncionales sobre percepción corporal y la ingesta de alimentación (Hessler et al., 2020). Considerando estas características del trastorno, se reconoce importancia de personalizar los tratamientos como un punto clave en la investigación reciente, ya que se ha demostrado que la respuesta a una intervención psicológica varía según factores como: la historia clínica, la presencia de otros

trastornos y el contexto sociocultural (Agras & Bohon, 2021).

En este contexto, la TCC ha sido objeto de diversos cambios y adaptaciones que buscan mejorar su aplicabilidad en diversos perfiles de pacientes (Wilson & Kagabo, 2024). En relación con lo anterior, la investigación continúa explorando distintas modalidades de aplicación, como aquellas intervenciones que son grupales y los formatos mixtos que combinan sesiones individuales y grupales (Graham, 2024). También ha surgido un interés creciente en la integración de tecnologías digitales en el tratamiento de la BN, incluyendo intervenciones basadas en aplicaciones de celular, teleterapia y programas de autoayuda guiados. (Liu et al., 2024).

Considerando estos avances y la variedad de modalidades terapéuticas disponibles, es importante considerar cómo la evidencia actual sitúa a la TCC frente a otros abordajes psicoterapéuticos, así como explorar si el formato de aplicación (individual, grupal o digital) influye en los resultados y en la accesibilidad del tratamiento (Wiberg et al., 2022). Analizar estas comparaciones facilita comprender mejor el panorama terapéutico de la BN y guiar no solo futuras decisiones clínicas sino también líneas de investigación (Kaidesoja et al., 2023).

En este contexto, resulta necesario actualizar la evidencia disponible, considerando que la última revisión sistemática de características similares a esta investigación fue publicada hace varios años por Hay et al. (2009). Estos aspectos refuerzan la importancia de realizar una nueva revisión de la BN, que contribuya a un análisis actualizado del panorama terapéutico. En consonancia, la presente revisión sistemática tiene como objetivo: describir los principales abordajes psicoterapéuticos empleados en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, con el fin de discriminar la evidencia empírica existente y orientar su aplicación en la práctica clínica.

Método

Pregunta de investigación PIO: En pacientes con Bulimia Nerviosa (P), ¿describir

cuáles son los efectos de los diferentes enfoques psicoterapéuticos? (I) sobre la reducción de síntomas de la Bulimia Nerviosa (O)

Procedimiento

Esta revisión sistemática se realizó siguiendo las directrices de los Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA 2020), garantizando así la transparencia y el rigor metodológico en todas las etapas de la revisión (Page et al., 2021).

Para el proceso de selección de los estudios se utilizó la herramienta Rayyan, la cual agilizó el cribado de los artículos, en primera instancia, facilitó el reconocimiento de los estudios duplicados; posteriormente, ayudó a filtrar los resúmenes y títulos mediante un sistema semiautomático, lo que contribuyó a identificar y seleccionar aquellos artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. Por último, para la selección final de los estudios, se llevó a cabo la lectura a texto completo (Ouzzani et al., 2016).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios que realizaron intervenciones psicoterapéuticas específicas para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, basados en Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), publicados en inglés o español, y revisados por pares entre enero de 2009 y febrero de 2025. Los estudios tenían que centrarse en pacientes con BN y debían emplear medidas de evaluación clínica validadas o reconocidas para valorar resultados clínicos.

Se excluyeron estudios que se enfocaron en tratamientos farmacológicos, que incluyeron participantes con trastornos alimentarios distintos de la BN, publicaciones con acceso restringido, con idiomas distintos al inglés o español y se descartaron estudios que no aplicaron medidas validadas para evaluar los efectos de las intervenciones.

Estrategia de búsqueda y selección de estudios

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diversas bases de datos: PsycINFO, Scopus, Taylor & Francis, PubMed y LILACS utilizando estrategias adaptadas para cada una. Sin embargo, solo se identificaron estudios elegibles con acceso abierto en Scopus y PubMed, en consecuencia, se presentan las estrategias de búsqueda correspondientes.

Tabla 1

Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Limitaciones de búsqueda
Scopus	("bulimia nervosa") AND ("psychotherapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "dialectical behavior therapy" OR DBT OR "interpersonal therapy" OR IPT) AND ("randomized controlled trial" OR RCT) AND (LIMIT-TO(EXACT-KEYWORD, "Bulimia") OR	LIMIT-TO(EXACT-KEYWORD, "Psychotherapy") AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "PSYC")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish")).
PubMed	("bulimia nervosa"[MeSH Terms] OR "bulimia"[Title/Abstract]) AND ("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "RCT"[Title/Abstract]) AND (psychotherapy OR "psychological intervention").	No aplica

Nota. Fecha de última búsqueda: 15 de febrero de 2025.

Evaluación de la calidad de los estudios

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante la lista de verificación CONSORT 2010, diseñada para garantizar la transparencia y el rigor en la presentación de ensayos clínicos aleatorizados (Moher et al., 2009). Esta lista incluye 25 ítems, que fueron condensados en 19 criterios compuestos aplicables a los estudios revisados. La condensación respondió a la agrupación de ítems conceptualmente equivalentes o complementarios, con el fin de evitar redundancias y facilitar una valoración más integrada del cumplimiento de los estándares CONSORT.

Dichos ítems abarcan componentes esenciales del reporte científico, como la redacción del título (incluyendo el diseño del estudio), la estructuración del resumen, la justificación del estudio, la formulación de objetivos e hipótesis, el contexto y lugar de recolección de datos, la descripción detallada de la intervención, la definición de las variables de resultado, el cálculo del tamaño muestral, el método de aleatorización y otros elementos como el registro, protocolo y financiamiento (Cascaes da Silva et al., 2013).

Cada ítem se calificó con 1 punto cuando se cumplía completamente, 0.5 puntos cuando el cumplimiento era parcial y 0 puntos cuando no se reportaba. Posteriormente, se obtuvo una puntuación total de calidad sumando los ítems evaluados y dividiendo el resultado entre el número total de ítems considerados.

Por último, este valor se multiplicó por 100 para obtener un porcentaje de cumplimiento, que se interpretó como un índice inverso del riesgo de sesgo: a mayor porcentaje, menor riesgo metodológico. Este procedimiento permitió cuantificar de manera objetiva el grado de adherencia de los estudios a los estándares CONSORT y estimar su riesgo de sesgo metodológico de forma proporcional al nivel de cumplimiento. Con base en Elagami et al. (2024), esta interpretación constituye una aproximación válida y metodológicamente coherente con el objetivo de valorar la calidad del reporte de los ensayos clínicos incluidos.

Resultados

Descriptivo de los estudios seleccionados

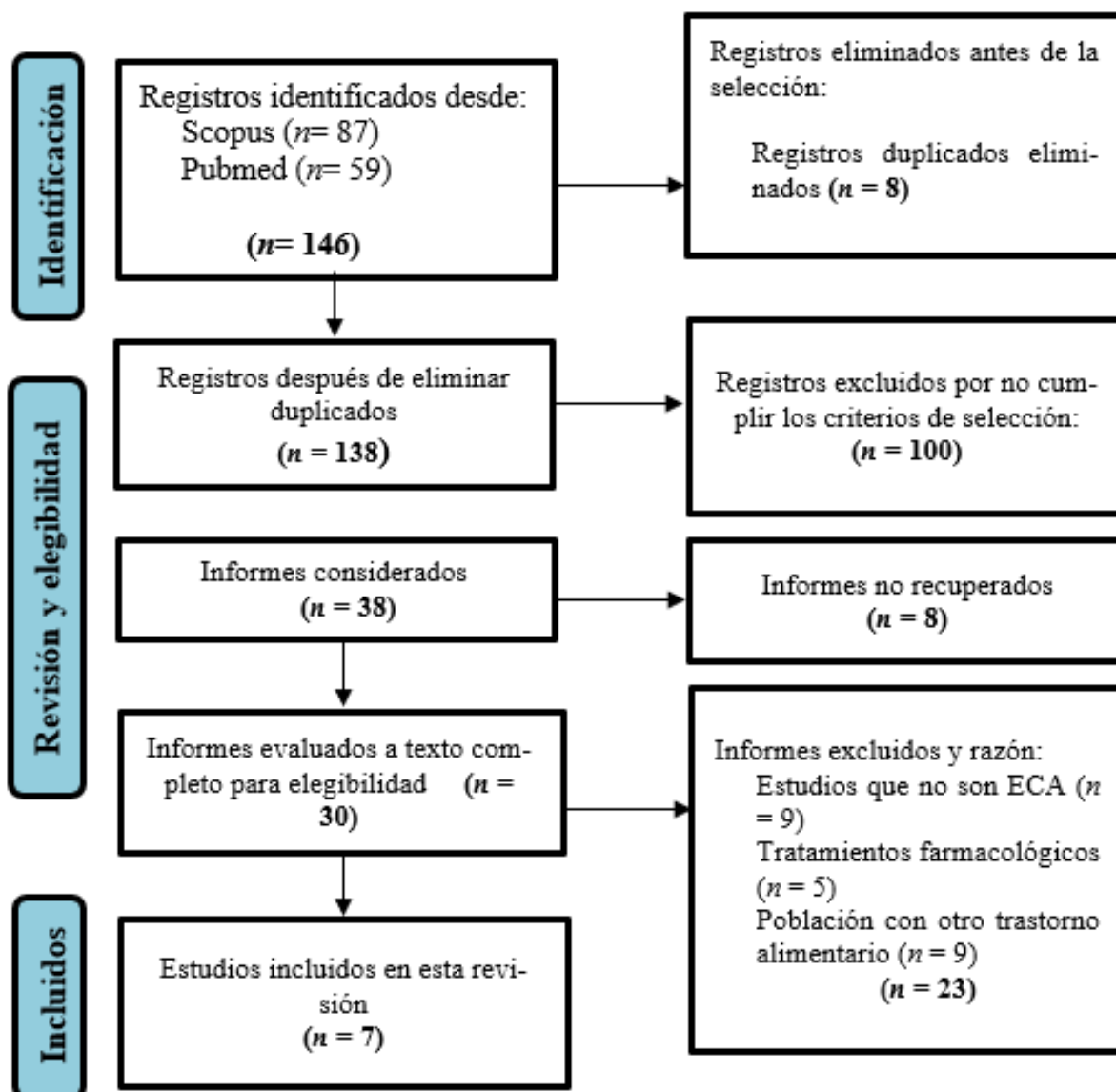
El proceso de selección de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se resume en la Figura 1, siguiendo la estructura del diagrama de flujo PRISMA. En un inicio, se identificaron 146 estudios, después de la eliminación de duplicados ($n = 8$), se analizaron 138 estudios en función de los criterios de inclusión. Luego de la revisión de títulos y resúmenes, se excluyeron 100 estudios por no cumplir con los criterios. A

continuación, se descartaron 8 debido a que no eran de acceso abierto.

Por último, 30 estudios fueron evaluados a texto completo, de los cuales 23 fueron eliminados. Los motivos de exclusión en esta última etapa fueron: el diseño de estudio no primarios ($n = 9$), participantes con un trastorno alimentario distinto al de la bulimia nerviosa ($n = 9$) y abordajes que incluían tratamientos farmacológicos ($n = 5$), dando como resultado final la inclusión de 7 estudios para su respectivo análisis.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA del procedimiento sistemático de búsqueda y extracción



Descripción general de los estudios revisados

Para mejor conocimiento de los artículos incluidos en la revisión se presenta la Tabla 2, la cual incluye información relevante como: autores y año, objetivo, diseño y muestra total, síntomas, intervención y número de sesiones semanales y resultados.

Tabla 2
Resumen de los estudios examinados

N.	Autores y año	Objetivo	Diseño y muestra Total	Síntomas	Intervención # sesiones semanales	Resultados
1	Katzman et al. (2010)	Comparar la TCC en 2 fases: Individual y grupal para la BN	ECA Fase 2 $n=193$ GI: $n=112$ GC: $n=81$	Atracones y conductas compensatorias de tipo purgativo, alteración en ámbito psicosocial.	GI: TCC- I y GC: TCC- G 12 sesiones	Al finalizar el tratamiento: GI= el 25 % de participantes dejó de presentar atracones y vómito autoinducido, y el 72 % dejó de usar laxantes; GC= el 24,4 % dejó de presentar atracones y vómito autoinducido, y el 71,4 % dejó de usar laxantes.
2	Poulsen et al. (2014)	Comparar la PP y la TCC para BN	ECA $n= 70$ GI: $n=34$ GC: $n=36$	Frecuencia elevada de atracones y purgas, preocupación marcada por peso, figura y ansiedad moderada	GI=PP (2 años) y GC= TCC (20 sesiones)	A los 5 meses: GI= el 6% GC=42% sin atracones ni purgas. A los dos años: GI: 15%; GC= 44% sin atracones ni purgas.
3	Wonderlich et al. (2014)	Comparar la terapia TCAI, con la TCC-M para la BN	ECA $n= 80$ GI: $n=40$ GC: $n=40$	Presencia elevada de conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito autoinducido)	GI=TCAI y GC=TCC-M 21 sesiones	Al finalizar el tratamiento: GI= el 37,5% , y GC=22,5 % ya no presentó atracones ni purgas.
4	Le Grange et al. (2015)	Comparar la TCC-A con la TBF-BN para la BN	ECA $n= 130$ GI: $n=65$ GC: $n= 65$	Episodios recurrentes de atracones y purgas, inicio en la adolescencia media, curso de la enfermedad menor a dos años y leve sobrepeso.	GI: TBF-BN y GC: TCC-A 18 sesiones	Al finalizar el tratamiento: GI= el 39 % y el GC= 20%, no presentaron atracones ni purgas.
5	Zerwas et al. (2017)	Comparar la TCC en línea con TCC grupal presencial para la BN	ECA $n= 149$ GI: $n= 74$ GC: $n= 75$	Episodios persistentes de atracones y purgas, elevada presencia de síntomas depresivos y ansiosos.	GI:TCC en línea y GC:TCC G presencial 16 sesiones	Al final del tratamiento: GI=14% y el GC=30% de los pacientes dejó de presentar atracones y purgas.
6	Stefini et al. (2017)	Comparar la TCC y la TFP para la BN	ECA $n= 81$	Atracones y purgas recurrentes, alteraciones físicas (malestar gastrointestinal)	TCC y la TFP 37 sesiones	Al final del tratamiento: GI: TFP: 31% y el GC= 33%, no presentó atracones y purgas.
7	Hartmann et al. (2024)	Evaluar la efectividad de la TCC basada en la web para la BN	ECA $n= 154$ GI: $n=77$ GC: $n= 77$	Atracones y purgas frecuentes con deterioro psicosocial asociado.	GI: TCC basada en la web GC: lista de espera/ atención habitual 12 sesiones	Al final del tratamiento: GI = reducción significativa de atracones (Cohen $d = -0,61$; $P < 0,001$), sin cambios en purgas; GC = sin cambios.

Nota. TCC: Terapia Cognitivo Conductual, ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado, GI: Grupo Intervención, GC: Grupo Control, TCC-I: Terapia Cognitivo Conductual Individual, TCC-G: Terapia Cognitivo Conductual Grupal, PP: Psicoterapia Psicoanalítica, TCAI: Terapia Cognitivo-Afectiva Integrativa, TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada, TCC-A: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada para

Adolescentes, TBF-BN: Terapia Basada en la Familia para la Bulimia Nerviosa, TFP: Terapia Focalizada en lo Psicodinámico, BN: Bulimia Nerviosa.

Evaluación de la Calidad Metodológica, Adherencia y Competencia

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se aplicó la lista de verificación CONSORT 2010. En general, los resultados indican que los estudios presentan un adecuado nivel de calidad metodológica, con una media de 16.28, lo que significa que cumplen en su mayoría con los elementos evaluados. No obstante, para fortalecer aún más la validez y reproducibilidad de sus resultados algunos estudios podrían mejorar en aspectos relevantes como la justificación del tamaño muestral y la transparencia en los procesos de aleatorización y financiamiento (Tabla 3).

Tabla 3

Evaluación de la calidad de los estudios según la lista de verificación CONSORT

Nº	Estudios	Título: incluye tipo de diseño	Resumen: estructurado -completo	Introducción: antecedentes	Introducción: objetivos-hipótesis	Métodos: diseños descritos	Métodos: participantes	Métodos: intervenciones	Métodos: resultados	Métodos: cálculo del tamaño de la muestra: potencia	Métodos: aleatorización	Métodos: implementación	Métodos: procedimiento estadístico	Resultados: flujo de participantes	Resultados: números analizados	Resultados: estimaciones de resultados	Discusión: limitaciones	Discusión: generalización	Discusión: interpretación	Otro registro-Protocolo-Financiación
1	Katzman et al. (2010)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(?)
2	Poulsen et al. (2014)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(?)
3	Wonderlich et al. (2014)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(P)
4	Le Grange et al. (2015)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)
5	Zerwas et al. (2017)	(+)	(P)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)
6	Stefini et al. (2017)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(?)
7	Hartmann et al. (2024)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)

Nota. (+): presentado-reportado. (P): parcialmente presentada o reportada con algunas limitaciones. (?): no presente o no reportada.

Analizando los resultados de cada uno de los estudios se observa que, el estudio de Hartmann et al. (2024) obtuvo el puntaje más alto (18), cumpliendo con la mayor parte de los ítems evaluados, mostrando un nivel de calidad metodológica alto.

Le Grange et al. (2015) y Zerwas et al. (2017), con un puntaje de 17,5, también mostraron un cumplimiento elevado de los estándares CONSORT, reflejando una alta calidad metodológica que evidencia una mayor claridad en la descripción de su diseño, las intervenciones y los resultados.

Wonderlich et al. (2014) alcanzó un puntaje de 17 lo que indica una calidad metodológica confiable, similar a los estudios anteriores, aunque con pequeños márgenes de mejora en áreas específicas como: reporte del cálculo del tamaño de la muestra y la discusión sobre la generalización de los resultados.

Stefini et al. (2017) obtuvo un puntaje de 16, muestra un nivel adecuado de calidad metodológica, aunque requiere de una mejor precisión de aspectos del reporte metodológico, como el método de aleatorización.

Por último, Katzman et al. (2010) y Poulsen et al. (2014) alcanzaron el puntaje más bajo (15), lo que revela la presencia de limitaciones, en específico, en la descripción detallada de los procedimientos, la generalización de los resultados y la transparencia en el financiamiento.

Análisis del sesgo según la escala CONSORT

El análisis de sesgo de los estudios incluidos se realizó con base en la lista CONSORT. Se calculó el porcentaje de cumplimiento de los ítems metodológicos, donde un valor de 100% refleja ausencia de sesgo, mientras que valores menores representan un mayor riesgo de sesgo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Hartmann et al. (2024) con 94,7 %; Le Grange et al. (2015) con 92,11 %; Wonderlich et al. (2014) y Zerwas et al. (2017) con 89,47 %; Stefini et al. (2017) con 84,21 %; y finalmente

Katzman et al. (2010) y Poulsen et al. (2014) con 78,95 %.

De acuerdo con estos valores, todos los estudios presentan un bajo riesgo de sesgo, ya que superan el umbral del 75%. Esto sugiere que, en general, cumplen con la mayoría de los criterios metodológicos de CONSORT, garantizando una mayor validez en sus resultados.

Sin embargo, es importante señalar que aquellos estudios con puntajes próximos al 75%, como Katzman et al. (2010) y Poulsen et al. (2014), presentan algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. No obstante, estos estudios siguen siendo considerados de bajo riesgo de sesgo, aunque las limitaciones en su diseño podrían influir en la consistencia y robustez de sus conclusiones.

Instrumentos de evaluación y criterios de resultado clínico

Los estudios incluidos en esta revisión emplearon una variedad de instrumentos estandarizados y definiciones clínicas para valorar los resultados terapéuticos. La mayoría utilizó el Eating Disorder Examination (EDE) en formato de entrevista estructurada o su versión autoinformada EDE-Q, ambos ampliamente validados para la evaluación de síntomas bulímicos y psicopatología alimentaria. Otros emplearon medidas complementarias, como el Short Evaluation of Eating Disorders (SEED), entrevistas estructuradas de comorbilidad (SCID-I/II) y autorregistros semanales de atracones y purgas.

En cuanto a la definición de los resultados clínicos, los estudios coincidieron en considerar la abstinencia de atracones y conductas purgativas como el principal indicador de remisión (Le Grange et al., 2015; Wonderlich et al., 2014; Zerwas et al., 2017). Sin embargo, algunos trabajos adoptaron criterios más amplios o categorizaciones de frecuencia (Katzman et al., 2010; Hartmann et al., 2024), lo que introduce diferencias en la sensibilidad para detectar cambios y en la interpretación de los efectos terapéuticos.

En general, se observó una variabilidad en los instrumentos de medición empleados, lo cual dificulta la comparación directa entre los estudios y puede explicar parte de la heterogeneidad de los resultados. Es importante considerar esta diferencia metodológica al interpretar los hallazgos y valorar la magnitud de los efectos terapéuticos reportados.

Comparación de la Terapia Cognitivo-Conductual con otros enfoques psicoterapéuticos

Para una descripción y comprensión más detallada de los resultados, se ha realizado un análisis de los estudios en función de sus características similares. En este contexto, 4 estudios seleccionados han analizado la efectividad de la TCC en comparación con otros abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento de la BN.

Poulsen et al. (2014) compararon la TCC con la Psicoterapia Psicoanalítica (PP). Al final de las intervenciones, el 42% de los pacientes tratados con TCC dejó de presentar atracones y purgas, frente al 6% en el grupo de PP. La intervención con TCC se enfocó en modificar las preocupaciones sobre figura y peso, así como en el desarrollo de habilidades para prevenir recaídas. Esto se hizo a través de sesiones estructuradas y revisión de avances. Por el contrario, la PP se centró en explorar dificultades para reconocer y regular los estados afectivos internos, se manejó un estilo psicoterapéutico no directivo, buscando una reflexión sobre como los síntomas impactan la vida del paciente. Las diferencias en los resultados fueron estadísticamente significativas, evidenciando que la TCC produjo una reducción más rápida y consistente de los síntomas bulímicos.

Por otro lado, Wonderlich et al. (2014) compararon la TCC-M con la TCAI. Al finalizar el tratamiento, el 22,5% de los participantes en TCC-M y el 37,5% en TCAI alcanzaron abstinencia completa de atracones y purgas. El abordaje de la TCC-M incluyó las siguientes estrategias: psicoeducación, normalización de patrones de alimentación, seguimiento de

síntomas, eliminación de conductas restrictivas y comprobatorias, tolerancia emocional y reevaluación del peso y la forma física, con hincapié en mantener progresos y prevenir recaídas. La TCAI se enfocó en técnicas motivacionales, identificación de estados de ánimo, planificación de comidas, estrategias de afrontamiento, modificación de conductas, y análisis de patrones interpersonales. A pesar de que las tasas de abstinencia favorecieron a ICAT, los análisis no revelaron diferencias estadísticamente significativas, posiblemente por el tamaño reducido de la muestra y la potencia estadística limitada, lo que sugiere que ambos enfoques resultan eficaces para disminuir síntomas bulímicos.

Asimismo, Le Grange et al. (2015) compararon la TCC-A con el TBF-BN. Al final del tratamiento, la TCC-A alcanzó un 20% y la TBF-BN un 39% de abstinencia de atracones y purgas. La TCC-A se organizó a lo largo de seis meses en tres fases, las cuales incluían un contacto frecuente con el paciente, sesiones paralelas con los progenitores y exploración de dificultades de desarrollo como la autonomía y la toma de decisiones. La TBF-BN se centró en la participación de los padres con el objetivo de favorecer cambios en los patrones de alimentación, abordando el secreto y la vergüenza vinculados con la BN. Las fases de este abordaje buscaron potenciar la colaboración familiar y el control sobre los comportamientos bulímicos. Las diferencias iniciales favorecieron al TBF-BN, pero después de 12 meses de seguimiento (TF-BN: 49 %; TCC-A: 32 %; $p = 0,130$; NNT = 6) no se detectaron diferencias que fueran estadísticamente significativas entre ambos enfoques.

Por su parte, Stefini et al. (2017) compararon la TCC con la TFP. Al final del tratamiento, el 33% de los participantes en TCC y el 31% en TFP alcanzaron abstinencia de atracones y purgas. La TCC se estructuró en cinco etapas: análisis de comportamientos problemáticos y educación sobre el trastorno, cambio de conductas de alimentación y disminución de purgas, trabajo sobre cogniciones y temores relacionados con los alimentos, peso

y figura, entrenamiento en habilidades sociales, regulación emocional y resolución de problemas; por último, prevención de recaídas con un enfoque en la autonomía y autoeficacia. La TFP se diseñó en tres etapas: la primera centrada en la construcción de la relación terapéutica; la segunda, orientada a contextualizar y tratar los síntomas bulímicos según conflictos del ego; y la tercera, dedicada a desarrollar la introspección y el manejo de emociones. A pesar de que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, la TCC mostró cambios más consistentes. Esto se vio reflejado en tamaños de efecto moderados en el grupo de TCC ($d = 0,61$ para los atracones y $d = 0,66$ para las purgas) en comparación con tamaños pequeños en el grupo PDT ($d = 0,44$ y $d = 0,31$, respectivamente).

Comparación según el formato del tratamiento (individual, grupal, presencial o digital)

Un elemento importante dentro de las investigaciones revisadas ha sido el formato de aplicación de la TCC. En este contexto, Katzman et al. (2010) hicieron una comparación entre la TCC Individual (TCC-I) y la TCC Grupal (TCC-G). Al terminar el tratamiento, los dos formatos evidenciaron mejoras similares en la reducción de atracones y vómito autoinducido, con tasas de abstinencia próximas al 25%. La intervención se estructuró en dos fases: en la primera, los participantes fueron aleatorizados a recibir entrevistas motivacionales de manera individual o entrar directamente a TCC grupal. En la segunda fase, los pacientes recibieron TCC en formato individual o grupal, aquí utilizaron estrategias de intervención similares, basadas en el monitoreo de la alimentación, planificación de comidas, modificación de pensamientos disfuncionales, resolución de problemas, psicoeducación acerca de riesgos y prevención de recaídas. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas, lo que señala que ambos formatos son igual de efectivos. No obstante, los autores resaltan que la elección podría depender de las características del paciente y de la disponibilidad de recursos.

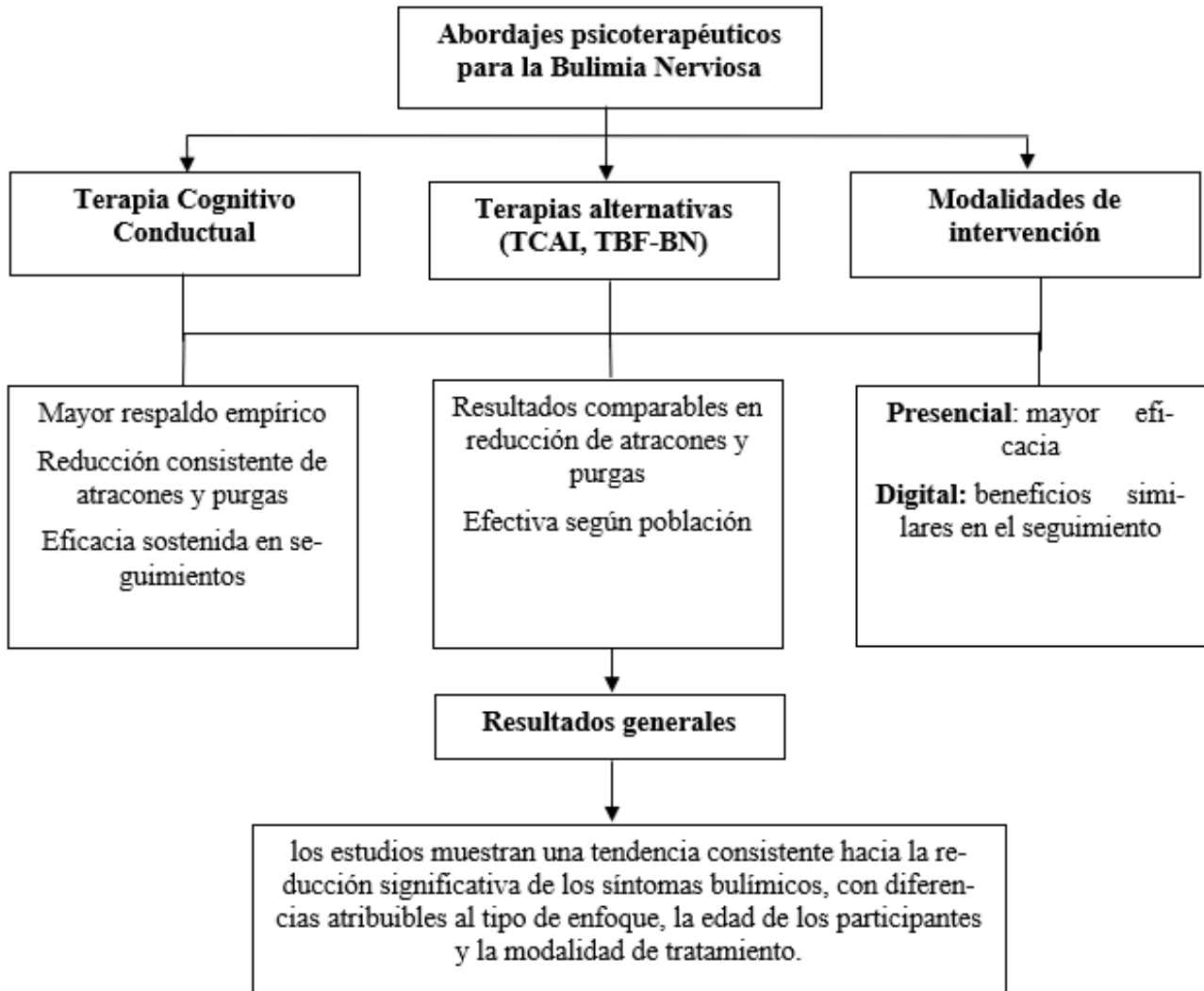
En lo que respecta a las intervenciones digitales, Zerwas et al. (2017) compararon la

TCC individual en línea con la TCC grupal presencial. Cuando acabó el tratamiento, la TCC en línea presentó un 14 % de abstinencia de atracones y purgas, por otro lado, la TCC-G llegó al 30 %. Los dos grupos usaron módulos de psicoeducación, auto-monitoreo, normalización de comidas, detección de señales, cuestionamiento de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, encadenamiento de conductas y prevención de recaídas. También trabajaron sobre la imagen corporal, asertividad y mensajes culturales. Aunque la TCC- G presencial mostró ser más efectiva al final del tratamiento, las diferencias se redujeron en el seguimiento (menos del 5%), lo que señala que, si se asegura un adecuado seguimiento y adherencia, la intervención digital puede ser efectiva.

Por último, en el estudio de Hartmann et al. (2024), no hubo una comparación directa de abordajes, ya que el grupo control fue la lista de espera. Mientras que en el grupo experimental se evaluó la TCC basada en la web. Al finalizar el tratamiento, se evidenció una reducción significativa de atracones (Cohen $d = -0,61$; $p < 0,001$), pero no hubo cambios en purgas. La intervención consistió en módulos de autoayuda digital que contenían técnicas interactivas de TCC, atención plena y manejo del estrés, con una supervisión mínima para el monitoreo de seguridad y la guía técnica. Los hallazgos apuntan a que la efectividad de la TCC digital está condicionada por el compromiso del paciente y el soporte complementario, siendo necesarias estrategias que promuevan la adherencia para maximizar el impacto clínico.

Figura 2

Síntesis visual de la evidencia sobre los abordajes psicoterapéuticos para la Bulimia Nerviosa



Nota. TCC: Terapia Cognitivo-Conductual;
TCAI: Terapia Cognitivo-Afectiva Integrativa;
TBF-BN: Terapia Basada en la Familia para Bulimia Nerviosa.

Discusión

Los hallazgos encontrados indicaron que la Terapia Cognitivo Conductual continúa siendo el abordaje psicoterapéutico con mayor respaldo empírico, evidenciando reducciones consistentes en los síntomas de atracón y purga (Katzman et al., 2010; Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017). No obstante, se ha visto que enfoques alternativos pueden ofrecer similares beneficios; por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Afectiva

Integrativa mostró resultados comparables a la TCC-M en cuanto a las tasas de abstinencia de atracones (Wonderlich et al., 2014), mientras que la Terapia Basada en la Familia para BN también presentó ventajas iniciales sobre la TCC-A, aunque estas diferencias se redujeron en el seguimiento (Le Grange et al., 2015). Estos resultados subrayan la importancia de ajustar la elección del tratamiento a las características individuales y a la etapa del desarrollo del paciente (Agras & Bohon, 2021).

Desde una perspectiva teórica, estos resultados reflejan los principios explicativos centrales de cada enfoque. En la TCC, la

reducción sostenida de síntomas puede atribuirse al abordaje directo de la sobrevaloración del peso y la figura corporal, al establecimiento de patrones alimentarios regulares y a la reestructuración cognitiva de los esquemas disfuncionales sobre el control. En contraste, la Terapia Cognitivo-Afectiva Integra enfatiza la regulación emocional y la autoeficacia interpersonal como mecanismos de cambio, lo que podría explicar su eficacia similar a la TCC en la reducción de atracones. Asimismo, la Terapia Basada en la Familia opera desde un marco sistémico, donde la participación activa de los padres promueve la adherencia y la interrupción de los ciclos de restricción y purga en adolescentes. Estas coincidencias entre mecanismos cognitivos, afectivos y contextuales sugieren que el tratamiento efectivo de la BN depende tanto de la modificación de los pensamientos disfuncionales como del fortalecimiento de los recursos emocionales y relacionales.

Los resultados de esta revisión concuerdan con los encontrados por Hay et al. (2009), quienes identificaron la TCC como el tratamiento con mayor respaldo para BN. Esta similitud se relaciona con la extensa cantidad de estudios primarios disponibles con dicho enfoque psicoterapéutico, lo cual también se ha evidenciado en esta revisión, donde incluso destacan nuevas adaptaciones de la TCC, como la TCC-M y la versión específica para adolescentes (Wonderlich et al., 2014; Le Grange et al., 2015). En esta misma línea, la revisión sistemática de Monteleone et al. (2022) evaluó múltiples intervenciones para los trastornos de la conducta alimentaria y también concluyó que, aunque la TCC sigue siendo el tratamiento con mayor respaldo empírico, la Terapia Basada en la Familia mostró gran eficacia en el tratamiento de la BN. Sin embargo, a diferencia de la presente revisión, Monteleone et al. (2022) incluyó estudios con metodologías más diversas, lo que amplía la evidencia, pero podría afectar la generalización de los hallazgos.

En relación con las modalidades de intervención digitales, los resultados de este estudio mostraron hallazgos mixtos: en un inicio las diferencias fueron notorias a favor

de la modalidad presencial, sin embargo, en el seguimiento estas diferencias se redujeron. Esta información es consistente con lo reportado por Barakat et al. (2022), quienes revisaron tratamientos de autoayuda en línea para BN y señalaron disminuciones moderadas en síntomas, pero también destacaron problemas de adherencia y elevadas tasas de abandono como limitaciones principales. Las similitudes en los hallazgos sugieren que las intervenciones digitales basadas en TCC representan una alternativa prometedora para extender la accesibilidad al tratamiento, aunque su efectividad depende de factores como el acompañamiento clínico, la motivación del paciente y el diseño interactivo de las aplicaciones.

Por otro lado, pese a la coherencia de los hallazgos, este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, la inclusión exclusiva de estudios de acceso abierto restringe el alcance del análisis. Además, la heterogeneidad entre los diseños metodológicos y los tamaños muestrales dificulta la comparación directa de los resultados entre tratamientos. Desde una perspectiva clínica, las muestras analizadas incluyeron participantes con diferencias en edad y gravedad, lo que podría haber influido en la respuesta terapéutica observada. En particular, la eficacia de la TBF-BN parece ser más marcada en adolescentes, mientras que los abordajes individuales, como la TCC y la ICAT, resultan más apropiados para población adulta. Finalmente, las diferencias en los instrumentos de evaluación empleados introducen cierta variabilidad en la forma de medir el cambio clínico, lo que puede influir en la interpretación de las tasas de recuperación o abstinencia.

Considerando estas limitaciones, futuras revisiones deberían integrar estudios de acceso restringido, aplicar metaanálisis cuantitativos y establecer criterios uniformes de medición, con especial atención a los seguimientos a largo plazo y a las intervenciones digitales emergentes. Estos avances no solo contribuirían a una mejor comprensión científica del tratamiento de la BN, sino que también podrían guiar el diseño de políticas públicas basadas en evidencia y

respaldar la toma de decisiones clínicas más fundamentadas y contextualizadas.

En cuanto a las fortalezas de esta revisión sistemática, los resultados a nivel teórico resaltan la importancia de un abordaje psicoterapéutico flexible y adaptado a las demandas del paciente. A nivel práctico, los hallazgos sugieren que la TCC sigue siendo el tratamiento más respaldado; no obstante, es necesario considerar enfoques alternativos en casos donde la respuesta sea limitada. Asimismo, la integración de tecnologías digitales en el tratamiento de la BN surge como una estrategia prometedora para mejorar la accesibilidad y la adherencia al tratamiento. En conjunto, los resultados sugieren que la eficacia terapéutica en la bulimia nerviosa depende no solo del enfoque teórico, sino del grado en que las intervenciones logran modular los procesos cognitivos y afectivos subyacentes, promoviendo cambios sostenidos en la regulación emocional y en la autoevaluación corporal.

Conclusiones

Este estudio ha posibilitado la descripción de la evidencia existente acerca de los abordajes psicoterapéuticos en la Bulimia Nerviosa, confirmando la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual y explorando el potencial de otros enfoques como la Terapia Cognitivo-Afectiva Integrativa y la Terapia Basada en la Familia.

Desde una perspectiva metodológica, esta revisión resalta la necesidad de utilizar criterios y medidas de evaluación más uniformes, lo que facilitaría la comparación y síntesis **más directa** de resultados entre investigaciones. Consolidar esa coherencia favorecería una comprensión más integral de la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos en la BN y la generación de evidencia con mayor aplicabilidad clínica.

A futuro, los aportes de esta revisión pueden servir como referente para el diseño de investigaciones más integradoras, orientadas a desarrollar intervenciones psicoterapéuticas flexibles, accesibles y sostenibles, que combinen estrategias cognitivas, emocionales y

contextuales. Además, la síntesis de la evidencia disponible puede contribuir a la optimización de la práctica clínica y al fortalecimiento de programas terapéuticos adaptados a las necesidades reales de los pacientes y a los recursos disponibles en distintos contextos.

Agradecimientos

A la Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca, de la cual soy egresado.

A la colaboración del Laboratorio de Robótica, Automatización, Sistemas Inteligentes y Embebidos (RobLab) de la Universidad Católica de Cuenca.

Referencias bibliográficas

- Agras, W. S., & Bohon, C. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. *Annual review of clinical psychology*, 17, 417–438. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M., Novalbos-Ruiz, J., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Baenas, I., Etxandi, M., & Fernández-Aranda, F. (2024). Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nerviosa. *Medicina clinica*, 162(2), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.028>
- Barakat, S., Burton, A. L., Cunich, M., Hay, P., Hazelton, J. L., Kim, M., Lymer, S., Madden, S., Maloney, B., Miskovic-Wheatley, J., Rogers, D., Russell, J., & Sidari, M. (2022). Accessibility of psychological treatments for Bulimia Nervosa: A review of efficacy and en-

- gagement in online self-help treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 119. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010119>
- Cascaes da Silva, F., Valdivia Arancibia, B., da Rosa, R., Barbosa Gutierrez F., & da Silva, R. (2013). Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 24(3), 295-312. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377645754007>
- Doncel J., Heredia S., Mateus Y., Cortes N., & Ramírez J. (2023). Factores de riesgo en la Bulimia Nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 85-107. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.760>
- Elagami, H., Alzahrani, A., Alahmari, A., Alotaibi, H., Alswayyed, M., Alsloom, A., & Sabbagh, H. J. (2024). CONSORT statement adherence and risk of bias in randomized controlled trials on deep caries management: a meta-research. *BMC Oral Health*, 24(1), 687. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04417-0>
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavior-Therapy-and-Eating-Disorders/Christopher-Fairburn/9781593857097/reviews>
- Graham A. (2024). Digital Interventions to Close the Treatment Gap for Binge Eating. *JAMA Netw Open*, 7(5):e2411108. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.11108>
- Hartmann, S., Timm, C., Barnow, S., Rubel, J. A., Lalk, C., & Pruessner, L. (2024). Web-Based Cognitive Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 7(7), e2419019. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19019>
- Hessler, J., Heese, J., Berking, M., Voderholzer, U., & Diedrich, A. (2020). Emotion regulation strategies in bulimia nervosa: an experimental investigation of mindfulness, self-compassion, and cognitive restructuring. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 13. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00129-3>
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., & Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International journal of eating disorders*, 56(2), 295-313. <https://doi.org/10.1002/eat.23831>
- Katzman, M., Bara-Carril, N., Rabe-Hesketh, S., Schmidt, U., Troop, N., & Treasure, J. (2010). A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosomatic medicine*, 72(7), 656-663. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ec5373>
- 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.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Liu, J., Giannone, A., Wang, H., Wetherall, L., & Juarascio, A. (2024). Understanding Patients' Preferences for a Digital Intervention to Prevent Posttreatment Deterioration for Bulimia-Spectrum Eating Disorders: User-Centered Design Study. *JMIR formative research*, 8(1), e60865. <https://doi.org/10.2196/60865>
- Lozano-Muñoz N, Borralló-Riego A., & Guerra-Martín M. (2022). Impact of social network use on anorexia and bulimia

- in female adolescents: a systematic review. *An Sist Sanit Navar*. 45(2), e1009. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1009>
- Lozano-Muñoz N., Borralló-Riego A., & Guerra-Martín M. (2024). Efectividad de las intervenciones para mitigar la influencia de las redes sociales en la anorexia y bulimia nerviosa: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(1), 10-74. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1074>
- National Institute of Mental Health. (2020). Eating disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
- Mallaram, G. K., Sharma, P., Kattula, D., et al. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: A cross-sectional study among female medical students. *Journal of Eating Disorders*, 11, 225. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Abbate-Daga, G., Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Morris, J., & Anderson, S. (2021). An update on eating disorders. *BJPsych Advances*, 27(1), 9–19. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.24>
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009(4), CD000562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>
- Öst, L. G., Brattmyr, M., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Hedman-Lagerlöf, M., Parling, T., Welch, E., & Wergeland, G. J. (2024). Cognitive behavior therapy for adult eating disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 57(2), 249–264. <https://doi.org/10.1002/eat.24104>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- 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). La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar sobre revisiones sistemáticas. *BMJ (Ed. de investigación clínica)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- 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>
- Reyes, M. L., & Bulik, C. M. (2010). Hacia una adaptación cultural para el tratamiento de trastornos alimentarios en latinos en Estados Unidos. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 27–35. [nihms-257017.pdf](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511)
- 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>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Waller, G., Beard, J. (2024). Recent Advances in Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 26(4), 351–358. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>
- Wiberg, A., Ghaderi, A., Danielsson, H., Sa-farzadeh, K., Parling, T., Carlbring, P., Jansson, M., & Welch, E. (2022). Internet-based cognitive behavior therapy for eating disorders - Development and feasibility evaluation. *Internet interventions*, 30, 100570. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100570>
- Wilson, K., & Kagabo, R. (2024). Bulimia nervosa and treatment-related disparities: a review. *Frontiers in psychology*, 15, 1386347. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1386347>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 44(3), 543–553. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001098>
- Zerwas, S. C., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M. D., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Runfola, C. D., Peat, C. M., Shapiro, J. R., Zimmer, B., Moessner, M., Kordy, H., Marcus, M. D., & Bulik, C. M. (2017). CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 47–53. <https://doi.org/10.1159/000449025>