

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Una Revisión Sistemática

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Eating Disorders in Adolescents: A Systematic Review

Mónica Patricia García-Tenesaca¹
Universidad Católica de Cuenca
monica.garcia@est.ucacue.edu.ec

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

doi.org/10.33386/593dp.2025.6.3605

V10-N6 (nov-dic) 2025, pp 367-383 | Recibido: 29 de octubre del 2025 - Aceptado: 13 de noviembre del 2025 (2 ronda rev.)

1 ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5560-7434>. Estudiante de la maestría en Psicología Clínica con mención en psicoterapia.

2 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0643-8022>. Docente Universidad Católica de Cuenca.

Descargar para Mendeley y Zotero

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados enfermedades psicológicas graves multifactoriales, que impactan mayormente a la población adolescente y se caracterizan por la alteración en la ingesta de alimentos, así como en pensamientos irracionales asociadas al peso, figura y comida, dando como resultado comportamientos desadaptativos. Dado el impacto que tienen en la salud física y mental de los adolescentes es crucial evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en los TCA para adolescentes como plan de intervención. Por consiguiente, esta investigación está consolidada por Ensayos Clínicos Aleatorizados publicados desde 2015 hasta 2025 registrados en bases de datos científicas como: Scopus, PubMed y ScienceDirect, usando Rayyan para la clasificación de estudios, PRISMA 2020 para la selección, así como CONSORT 2010 y AMSTAR 2 para la evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados. Al final fueron 6 los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Los hallazgos de esta revisión sistemática evidencian la eficacia de la TCC en la reducción de síntomas propios de los TCA como episodios de atracones, conductas purgativas, preocupación por la comida, el peso, la figura y baja autoestima, al igual que trastornos comórbidos, tales como depresión, ansiedad. Cabe mencionar que las intervenciones que involucran a la familia obtienen mejores resultados en la remisión de síntomas propios de los TCA.

Palabras Clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos; Terapia Cognitivo Conductual; Anorexia Nerviosa; Trastorno por Atracón y adolescente.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) are considered serious multifactorial psychological illnesses that mainly affect adolescents and are characterized by disturbances in food intake, as well as irrational thoughts associated with weight, body shape, and food, resulting in maladaptive behaviors. Given their impact on the physical and mental health of adolescents, it is crucial to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in EDs for adolescents as an intervention plan. Therefore, this research is consolidated by Randomized Clinical Trials published from 2015 to 2025 and registered in scientific databases such as Scopus, PubMed, and ScienceDirect, using Rayyan for study classification, PRISMA 2020 for selection, as well as CONSORT 2010 and AMSTAR 2 for the methodological quality assessment of the selected articles. In the end, six studies met the inclusion criteria. The findings of this systematic review demonstrate the effectiveness of CBT in reducing symptoms of EDs such as binge eating episodes, purging behaviors, preoccupation with food, weight, body image, and low self-esteem, as well as comorbid disorders such as depression and anxiety. It is worth mentioning that interventions involving the family achieve better results in the remission of symptoms typical of EDs.

Keywords: Eating Disorders and Food Intake Disorders; Cognitive Behavioral Therapy; Anorexia Nervosa; Binge Eating Disorder and Adolescents.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes se caracterizan por ser enfermedades psiquiátricas graves donde predomina la disfuncionalidad en la ingesta de alimentos, el peso corporal y la forma del cuerpo. Se manifiestan a través de conductas como: atracones, vómitos autoinducidos, uso de laxantes, ejercicio excesivo, ingesta de sustancias no comestibles y restricción de alimentos, ya sea por su textura o características sensoriales. Dichos síntomas pueden afectar la salud física y emocional de quien lo padece, generando un deterioro en áreas significativas de la vida. Estas alteraciones pueden repercutir sobre la calidad de vida y en situaciones severas, pueden causar la muerte (Tinahones & Gonzalo-Marín, 2004).

Los TCA tienen una incidencia mayor en adolescentes y han llegado a impactar al 5,5%-17,9% de las mujeres jóvenes y al 0,6%-2,4% de los varones jóvenes. Los TCA son más frecuentes en mujeres, con incrementos recientes en la prevalencia reportada mayormente en mujeres de 15 a 19 años, las tasas de mortalidad aumentan debido a la comorbilidad médica y psiquiátrica (Lin et al., 2024). Entre los diferentes TCA que impactan a los adolescentes, la Anorexia Nerviosa (AN) genera un gran desafío para la salud mental, por sus diferentes manifestaciones, cronicidad y evolución, factores que inciden de manera significativamente a mujeres entre los 12 y 25 años. Además, este trastorno se caracteriza por la alteración de la imagen corporal, el temor a ganar peso, conductas que interfieren en la conciencia sobre la severidad de la enfermedad, dando como resultado un peso corporal relativamente bajo en cuanto a edad, sexo y condición médica (Ayrolles et al., 2024).

Otro TCA habitual en adolescentes es la Bulimia Nerviosa (BN), el cual se manifiesta a través de un miedo intenso por ganar peso y una imagen corporal distorsionada, entre sus manifestaciones se encuentra la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, dando lugar a episodios de atracones (ingerir grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo), seguidamente se presentan

purgas o conductas compensatorias (deseo por deshacerse de los alimentos y calorías de manera riesgosa, mediante el vómito auto inducido, ejercicio excesivo, uso excesivo de laxantes y medicamentos para bajar de peso). Por lo general las purgas se presentan posterior al atracón, como resultado de emociones intensas como culpa y vergüenza. (Bermúdez Durán et al., 2021).

Por otro lado, en el Trastorno por Atracón (TA) interfieren diferentes factores como baja tolerancia emocional, rigidez cognitiva asociada a la dificultad para modificar criterios, baja autoestima, insatisfacción corporal, problemas interpersonales, impulsividad y perfeccionismo clínico, lo que se manifiesta en episodios recurrentes de atracones, acompañados de la falta de control con respecto a la alimentación, inquietud por ingerir alimentos sin sentir hambre y comer en secreto. Este tipo de trastorno se encuentra vinculado a la obesidad y su diagnóstico se diferencia de la BN por la omisión de conductas compensatorias para suprimir las calorías consumidas (Bohon, 2019).

Otros autores como Escandón Nagel & Garrido-Rubilar (2021) mencionan que los atracones en adolescentes se presentan debido a la ausencia de estrategias adaptativas para la regulación emocional, siendo esta una manera utilizada para reprimir la expresión emocional, en primera instancia, se logra cesar los efectos negativos durante un periodo corto de tiempo; tras terminar el episodio de atracón, se genera el efecto contrario, con la presencia de emociones como el fracaso, culpa y vergüenza. Los atracones se mantienen, ya que neutralizan el estado de ánimo negativo desviando la atención ante las dificultades de quien lo padece.

Además, de los trastornos mencionados anteriormente, la PICA representa un patrón alimentario atípico caracterizado por la ingesta de sustancias no comestibles. Cabe mencionar que la PICA por sí sola no deteriora el desempeño social; sin embargo, habitualmente dicho trastorno se desarrolla en personas que poseen otros trastornos psicológicos (Discapacidad Intelectual, Esquizofrenia y Autismo) donde sí se puede ver comprometido el ámbito social

(Medina-Tepal et al., 2021). Algunos estudios realizados evidencian que las conductas propias de PICA son más frecuentes en varones menores de 10 años (Hartmann et al., 2018) y en mujeres embarazadas, no se ha establecido una causa directa para el desarrollo de este trastorno ya que estudios relacionados a variables psicológicas han reportado una relación con el estrés, abuso infantil, privación materna y negligencia. En contraste con los trastornos de BN y AN, el conocimiento y la investigación de la PICA todavía siguen siendo escasos, dejando lagunas de conocimiento sobre todo en la adolescencia, puesto que su estudio se ha enfocado en esta población (Young, 2010).

Otro TCA es el Trastorno de Rumiación (TR), que está caracterizado por la frecuente regurgitación de alimentos después de comer. Es importante mencionar que el TR se encuentra asociado a la presencia de trastornos mentales, como cuadros de depresión, de ansiedad, de adaptación y somatomorfos; además, este trastorno se presenta mayormente en adultos con retraso en el desarrollo y en niños (Chahuan et al., 2021).

El Trastorno de Evitación - Restricción de la Ingesta de Alimentos (TERIA) se tipifica dentro de los TCA por la ingesta nutricional limitada y persistente, esta limitación en torno a los alimentos se genera principalmente por las características sensoriales de la comida o con respecto a consecuencias adversas de ingerir alimentos, a diferencia de AN y BN la intención de perder peso o la distorsión de la imagen corporal se encuentra ausente, sin embargo el TERIA se encuentra relacionado a la ansiedad sobre los efectos desagradables de comer como consecuencia de un miedo específico o un evento traumático (dolor, atragantamiento o procedimientos clínicos). Debido a la reciente clasificación, su investigación representa un campo de estudio en expansión (Fonseca et al., 2024).

Junto con los trastornos de mayor prevalencia, se reconoce la existencia de los denominados Otros Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos Especificados;

dentro de esta categoría se encuentran aquellos síntomas característicos de los principales TCA; sin embargo, estos no cumplen con todos los criterios para estas afecciones. En esta clasificación se encuentra la Bulimia Nerviosa de baja frecuencia o duración limitada con todos los criterios, no obstante, los atracones y conductas compensatorias ocurren con menor frecuencia. Anorexia Nerviosa Atípica presenta los criterios diagnósticos, pero no se observa una pérdida de peso significativa. Trastorno por Atracón de baja frecuencia y/o duración limitada con los síntomas clásicos, pero, los atracones se manifiestan menos de una vez a la semana. Síndrome de Alimentación Nocturna con episodios reiterados de alimentación ya sea al despertar o posterior a la cena y Trastorno de Purga caracterizado por el uso de laxantes, vómito autoinducido o uso de medicamentos, sin la presencia de atracones. A pesar de no cumplir con todos los criterios diagnósticos típicos de los TCA, este tipo de trastornos se diagnostican con mayor frecuencia (Arija Val et al., 2022).

Finalmente, existe una categoría que incluye a los TCA no especificados, donde los síntomas propios de la conducta alimentaria generan malestar clínico o afectan diferentes áreas del funcionamiento social, laboral o académico, pero no reúnen todos los criterios de ningún TCA. Esta categoría se aplica en casos en los que un profesional opta por no señalar con exactitud la causa de la ausencia de ciertos criterios (Gaete et al., 2012).

Considerando la necesidad del abordaje psicoterapéutico de los TCA, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser el enfoque terapéutico más respaldado por la evidencia en la psicología clínica y la salud mental. Diversas investigaciones señalan que la TCC permite una mejora significativa tanto en el funcionamiento como en la calidad de vida del paciente. Diferentes hallazgos han evidenciado que la TCC es igual de eficaz que otros modelos de terapia psicológica o medicamentos psiquiátricos dependiendo del trastorno. Cabe mencionar que la evolución de la TCC se ha sustentado tanto en el campo de investigación como en la práctica clínica (Rodríguez-Riesco et al., 2022).

La TCC también ha demostrado su eficacia en el sostenimiento de avances terapéuticos, reducción del riesgo de recaídas y la efectividad de su modelo de formulación clínica. Por lo tanto, la TCC pretende modificar los procesos cognitivos de los pacientes; mediante la intervención, contemplando el supuesto de que, si se modifican las cogniciones, se mejora la calidad de vida, puesto que influyen tanto en el estado de ánimo como en la conducta. El tratamiento ofrece resultados favorables, siendo su objetivo principal la mejora en la funcionalidad del paciente (González Tuta et al., 2017).

Esto se logra al explorar y validar las creencias mediante la lógica y su valor adaptativo, lo que facilita la modificación de conductas desadaptativas y, como resultado, la ausencia de trastornos o problemas psicológicos. Este proceso le permite al paciente mejorar su percepción y respuestas ante diferentes situaciones, fomentando una mayor estabilidad emocional (D'Adamo et al., 2024).

Entre las condiciones clínicas, los TCA se posicionan como uno de los ámbitos donde la TCC tiene mayor respaldo. Existen dos aspectos que sustentan esta afirmación. En primera instancia, la alteración psicológica principal de los trastornos alimentarios es la valoración desmesurada del peso y la figura corporal, las cuales tienen una base cognitiva. En segundo lugar, se reconoce ampliamente que la TCC es el tratamiento estándar para BN; además existe evidencia que respalda su uso para casos de otros trastornos alimentarios no especificados, ya que este último, es uno de los trastornos más diagnosticados, sobre todo en adolescentes (Murphy et al., 2010).

Si bien la TCC ofrece un marco global para el abordaje clínico de los TCA, su intervención necesita estrategias específicas de acuerdo con el tipo de trastorno alimentario; en el caso de la AN, se ejecutan técnicas conductuales (análisis ABC, refuerzo positivo, extinción de conductas inadecuadas, autorregistros y establecimiento de pautas alimentarias), además del uso de técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva, parada de pensamiento y diálogo socrático). Con

esta intervención se obtiene como resultado la recuperación psicológica, mediante la obtención de un peso saludable, reajuste de pensamientos, sentimientos y comportamientos que mantienen la AN, disminuyendo la obsesión por la imagen corporal y ejercicio excesivo (Baile & Rabito-Alcón, 2022).

Siguiendo esta línea, la intervención para la BN abarca la inoculación del estrés, terapia restrictiva, modificación del pensamiento dicotómico y terapia de exposición al espejo, técnicas empleadas con el objetivo de mejorar la imagen corporal negativa y distorsionada, reducir atracones, regulación emocional y fomentar la construcción de una autoestima positiva (Terreros, 2023). Por consiguiente, para el tratamiento de TA se implementan estrategias de control, resolución de problemas y automonitorización para la reducción de atracones y mejora de autoestima (Wilson et al., 2010).

La intervención para el TR abarca la respiración diafragmática, exposición conductual, experimentación conductual, estrategias cognitivas y alternativas de consuelo empleadas principalmente para evitar la contracción repetitiva que origina la regurgitación, potencializar la exposición progresiva a situaciones que generalmente se evitan por miedo a la regurgitación, disminución de temores disfuncionales y autorregulación (Murray et al., 2019). Por otro lado, según Thomas et al. (2018) la intervención para el TERIA engloba la psicoeducación, establecimiento de un patrón alimentario regular, exposición sistemática y automonitoreo de la ingesta alimentaria, dicha intervención incrementa la conciencia sobre los hábitos alimentarios existentes, además de normalizar indicadores de hambre para reducir la ansiedad y miedo ante consecuencias aversivas.

En este contexto, resulta imprescindible actualizar la evidencia empírica disponible, considerando los diferentes TCA existentes, tomando en cuenta que los adolescentes necesitan un tipo de intervención específica dentro de la TCC. Estos aspectos destacan la importancia de realizar una nueva revisión de los TCA, que

permita detectar lagunas de conocimiento y orientar a futuras investigaciones. Por ello, esta investigación tiene como objetivo evaluar la eficacia de la TCC en los TCA en adolescentes como plan de intervención.

Método

Para esta revisión se planteó la pregunta de investigación PIO: En adolescentes diagnosticados con TCA (P), ¿cuál es la efectividad de la TCC (I) en la reducción de síntomas? (O). Por consiguiente, para la elección de los estudios se utilizó Rayan, la cual es una herramienta que facilitó el cribado en la web de manera automatizada y permitió importar referencias desde las diferentes bases de datos: Scopus, Pubmed y ScienceDirect, lo que dio paso a la optimización de revisión de títulos y resúmenes de cada artículo mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Además, se realizó una revisión en paralelo y se gestionaron las discrepancias, considerando un panorama claro sobre la exclusión de cada estudio (Ouzzani et al., 2016).

Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo los criterios de elegibilidad establecidos en los elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA); siendo esta una guía actualizada que consta de una lista de análisis de 27 puntos, empleada para asegurar la exhaustividad y transparencia en la presentación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Tiene como objetivo ayudar a los autores a informar de manera clara y completa sobre el porqué, el cómo y los resultados de su revisión (Page et al., 2021).

Criterios de inclusión y exclusión

Las búsquedas se encuentran limitadas a los siguientes criterios de inclusión: (1) artículos que incluyan adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria; (2) que se basaran en Ensayos Clínicos Aleatorizados; (3) que sean publicados en inglés y español; (4) entre 2015 y 2025; (5) acceso abierto.

De esta revisión sistemática fueron excluidos de manera específica aquellos artículos que incluyan otra población o problemáticas, revisiones sistemáticas, literatura gris, artículos publicados en idiomas que no pueden ser revisados por el investigador, artículos con más de 10 años de publicación y estudios con acceso limitado.

Tabla 1
Sentencia de Búsqueda

Repositorio Científico	Sentencia de búsqueda	Filtros
Scopus	(TITLE-ABS-KEY(cognitive behavioral therapy) AND TITLE-ABS-KEY(eating disorders) AND TITLE-ABS-KEY(adolescent)) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"PSYC")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"ar")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Adolescent") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Cognitive Behavioral Therapy")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE,"final")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish")) AND (LIMIT-TO (OA,"all"))	(a) Fecha de publicación [1 de enero de 2015– 1 de enero de 2025]; (b) Área temática [psicología]; (c) Tipo de documento [artículo]; (d) Etapa de publicación [final]; (e) Palabra clave [adolescentes - terapia cognitivo conductual]; (f) Idioma [inglés - español]; (g) Acceso abierto [todo acceso abierto].
Pubmed	("cognitive behavioral therapy" OR CBT) AND ("eating disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa") AND (adolescent* OR teenager*)	(a) Fecha de publicación [2015 - 2025]; (b) Disponibilidad de texto [Texto completo gratis]; (c) Tipo de artículo [Ensayo controlado aleatorio].
ScienceDirect	("cognitive behavioral therapy" OR "CBT") AND ("eating disorders") AND ("adolescents")	a) Fecha de publicación [2015 - 2025]; (b) Tipo de artículo [artículos de revisión – artículos de investigación]; (c) [Investigación y terapia conductual - imagen corporal - revista de psicología clínica - práctica cognitiva y conductual - revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente - terapia de conducta - conductas alimentarias - revista de trastornos afectivos - revista de salud del adolescente]; (d) Áreas temáticas [psicología Clínica]; (e) Tipo de acceso [Acceso abierto y archivo abierto].

Evaluación de la calidad del estudio

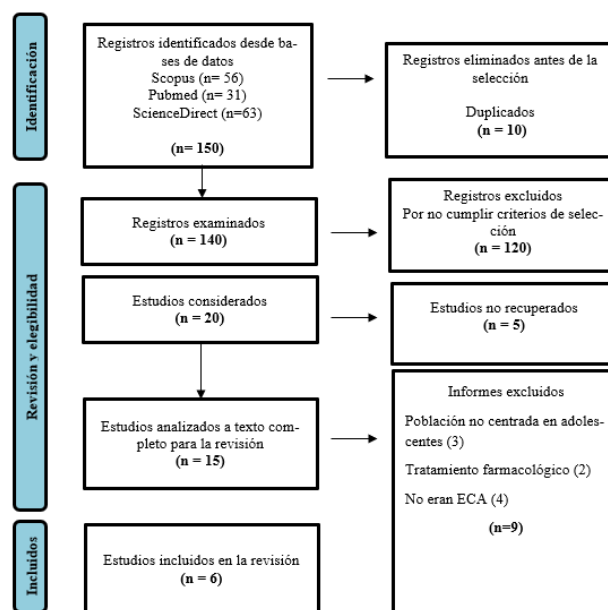
De igual forma, para respaldar la rigurosidad en el proceso de recopilación de datos, se utilizó cribado a texto completo realizado en paralelo por dos revisores, partiendo desde los criterios de elegibilidad previamente establecidos. Además, al presentarse discrepancias, se realizó un consenso entre los dos revisores. Este proceso que conlleva doble revisión permitió disminuir sesgos al momento de seleccionar estudios, garantizando la calidad metodológica en base a las sugerencias PRISMA 2010 para revisiones sistemáticas.

Por consiguiente, para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se emplearon las directrices de las Normas Consolidadas para la Presentación de Informes de Ensayos Clínicos (CONSORT). Las cuales constituyen un grupo de directrices utilizadas a nivel mundial y están orientadas a promover la transparencia y elevar la calidad de los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) mediante una lista de verificación de 25 elementos (Schulz et al., 2010).

Resultados

El número de estudios incluidos en esta revisión sistemática se detalla en el Diagrama de Flujo PRISMA (Figura 1). En una primera etapa se identificaron $n=150$ estudios obtenidos de diferentes bases de datos: Scopus $n=56$, Pubmed $n=31$ y ScienceDirect $n=63$. Seguido de la eliminación de duplicados $n=10$, se analizaron $n=140$ estudios considerando los criterios de inclusión. Posteriormente, tras la revisión de títulos y resúmenes se excluyeron $n=120$ estudios por no cumplir con los criterios. Seguido de este proceso se dio paso a la revisión de acceso abierto donde $n=5$ fueron descartados. Finalmente, $n=15$ estudios fueron revisados a texto completo y $n=9$ fueron excluidos. Los últimos estudios fueron eliminados debido a que la población no se centraba en adolescentes $n=3$, investigaciones que incluían tratamiento farmacológico $n=2$ y no eran estudios primarios $n=4$. Finalmente, 6 fueron los estudios incluidos en el análisis.

Figura 1
Diagrama de Flujo PRISMA



La Tabla 2 evidencia la síntesis de los estudios incluidos en esta revisión, incluyendo autores, objetivo, metodología del grupo experimental, diagnóstico, síntomas, duración del tratamiento y resultados. Los estudios considerados abarcan TCC en el tratamiento de los diferentes TCA centrados en Ensayos Clínicos Aleatorizados que evidencian la eficacia de la TCC para los trastornos alimentarios. En general, los resultados señalan que la TCC es considerada el tratamiento estándar en la reducción de síntomas y actitudes disfuncionales en los diferentes TCA.

Tabla 2
Sistematización de los resultados incluidos

No.	Autores	Objetivo	Metodología, muestra, edad, grupo.	Diagnóstico	Síntomas	Intervención y duración	Resultados
1	Le Grange et al. (2015)	Comparar TBF-BN y TCC-A en síntomas centrales de BN	ECA N=130 12 a 18 años M= 94% H=6% GE: TCC-A GCM: TBF-BN GC:PA	Bulimia Nerviosa (BN) o Bulimia Nerviosa Parcial	Atracones, purgas, preocupación por la figura y el peso, psicopatología alimentaria (síntomas depresivos, obsesiones y compulsiones relacionadas con la alimentación)	TBF-BN y TCC-A 6 meses	Tasas de abstinencia (Atracones y purgas) en: TBF-BN: 39% TCC-A: 20% Tasas de abstinencia 6 meses de seguimiento (Atracones y purgas) TBF-BN: 44% TCC-A: 25% Tasas de abstinencia 12 meses de seguimiento (Atracones y purgas) TBF-BN: 49% TCC-A: 32% Reducción de sintomatología depresiva: TBF-BN:13.38 con IDB TCC-A: 18.33 con IDB Reducción de psicopatología alimentaria: Igual en TBF-BN y TCC-A
2	Valenzuela et al. (2018)	Comparar TBF-BN y TCC-A en síntomas comórbidos en BN.	ECA N = 110 12 a 18 años M= 94% H=6% GE: TCC-A GCM: TBF-BN	Bulimia Nerviosa (BN) o Bulimia Nerviosa Parcial	Síntomas depresivos y baja autoestima.	TBF-BN y TCC-A 6 meses	Tasas de reducción al finalizar el tratamiento (síntomas depresivos): TBF-BN: 36.9% TCC-A: 24.5% Reducción a los 12 meses de seguimiento (síntomas depresivos): TBF-BN: 46.9% TCC-A: 46.4% Incremento de autoestima (medida con ER) TBF-BN: 29.48 TCC-A: 27.53
3	Nyman-Carlsson et al. (2020)	Contrastar la eficacia de TCC-AJ y TFI-AJ	ECA N=74 17 a 19 años M=100% GA: TCC-AJ GA: TFI-AJ	Anorexia Nerviosa (AN)	Psicopatología alimentaria, bajo índice de masa corporal, alteración psicológica global, riesgo alimentario y sintomatología depresiva.	TCC-AJ y TFI-AJ 18 meses	Incremento de IMG: TCC-AJ: 62.2% TFI-AJ: 73% Ausencia de criterios diagnósticos: TCC-AJ: 76% TFI-AJ: 76% Ausencia de criterios diagnósticos en el seguimiento: TCC-AJ: 89% TFI-AJ: 81% Tasas de reducción de psicopatología alimentaria (CAB-R): TCC-AJ: 2.30 TFI-AJ: 1.58 Tasas de reducción de sintomatología depresiva (IDB): TCC-AJ: 1.03 TFI-AJ: 1.12 Reducción de riesgo alimentario (ERTA): TCC-AJ: 1.03 TFI-AJ: 1.12 Reducción desajuste psicológico (EDPG) TCC-AJ: 0.82 TFI-AJ: 0.82
4	Biney et al. (2022)	Evaluar la efectividad de un grupo de terapia de autoestima basado en TCC	ECA N=50 12 a 17 años M=100% GI: TGABF+TCC GC: TH	Anorexia nerviosa (AN)	Baja autoestima (característica central) y psicopatología central (restricción dietética, preocupación por el peso, alimentación y forma corporal)	TGABF+TCC y TH 6 semanas	Incremento de Autoestima (ER) TGABF+TCC: 21.19 TH: 20.05 Reducción de psicopatología central (CTA) TGABF+TCC: 2.98 TH: 3.46
5	Hilbert et al. (2020)	Eficacia de la TCC en la reducción de atracones y psicopatología alimentaria en TA, comparada con un grupo en lista de espera.	ECA N= 73 15.3 años de edad promedio M= 83% H= 18% GE: TCC GC: LE	Trastorno por Atracón (TA)	Episodios de atracón, psicopatología alimentaria general	TCC y LE 4 meses	Tasas de reducción al finalizar el tratamiento (atracones): TCC:51% LE: 33% Tasa de remisión de TA TCC:57% LE: 33% Reducción de psicopatología alimentaria general > en TCC
6	Keegan et al. (2024)	Evaluar si la lista de espera mejora la adherencia en TCC para TCA	ECA N= 85 15 años M= 95.3% H=4.7% LE: TRC-B LE: CB GC: LEH	Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	Atracones, deterioro clínico, afecto negativo	TCC 10 sesiones	Tasas de reducción sintomatológica al finalizar el tratamiento de 10 sesiones con TCC: Psicopatología Global: 1.15 (ETA) Deterioro Clínico: 13.10 (EDC) Afecto Negativo: 39 (EDAE) Episodios de atracones presentes en BN: 0.81 (ETA)

Nota. N: Tamaño de la muestra. M: Mujer. H: Hombre. TCC: Terapia Cognitivo Conductual. TBF-BN: Tratamiento Basado en la Familia para Bulimia Nerviosa. TCC-A: Terapia Cognitivo Conductual para Adolescentes. BN: Bulimia Nerviosa. GE: Grupo Experimental. GC: Grupo Control. GCM: Grupo de Comparación. GA: Grupo Activo. GI: Grupo de Intervención. TCC-AJ: Terapia Cognitivo Conductual para Adultos Jóvenes. TFI-AJ: Terapia Familiar/Individual para Adultos Jóvenes. TGABF+TCC: Terapia Grupal de Autoestima Basada en Terapia Cognitivo Conductual. TH: Tratamiento Habitual. ER: Escala de Rosenberg. CTA: Cuestionario de Trastornos alimentarios. LE: Lista de espera. LEH: Lista de Espera Habitual. TCR- B: Terapia de Rehabilitación Cognitiva BREVE. CB: Contacto Breve. IDB: Inventario de Depresión de Beck. CAB-R: Clasificación de Anorexia y Bulimia – Revisada. ERTA: Escala Compuesta de Riesgo de Trastorno Alimentario. EDPG: Escala Compuesta de Desajuste Psicológico general. ETA: Examen de los Trastornos Alimentarios. EDC: Evaluación de Deterioro Clínico. EDAE: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Evaluación de la calidad metodológica

La tabla 3 contiene los resultados de la evaluación con las listas de verificación CONSORT 2010. La mayoría de los estudios cumple con los ítems requeridos en la revisión sistemática, incluyendo el diseño del estudio, caracterización de las intervenciones y la descripción de la muestra, con una edad media de 16 años entre los participantes, así como la presentación de resultados. No obstante, se evidenciaron ciertas limitaciones metodológicas, sobre todo en el cálculo del tamaño de la muestra y potencia estadística, generalización puesto que algunos estudios no abordan a detalle la aplicabilidad a diferentes poblaciones. Estos datos permiten la optimización en casos de reproducibilidad y validez de los ensayos clínicos aleatorizados en este ámbito. La calidad de los estudios incluidos es adecuada, lo que ha permitido obtener conclusiones fundamentadas sobre la eficacia de la TCC en trastornos de la conducta alimentaria para adolescentes.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

En la evaluación general del riesgo de sesgo de los estudios incluidos para esta revisión sistemática, se realizó mediante la lista de verificación CONSORT 2010, debido a que ciertos ítems permitieron considerar señales de posible riesgo de sesgo en el diseño, ejecución y presentación de los ensayos clínicos aleatorizados. El nivel de sesgo se identificó en función de los porcentajes de cada estudio, categorizando sin sesgo a los estudios que obtuvieron un porcentaje equivalente al 100%, bajo riesgo de sesgo a aquellos que evidencian un cumplimiento superior al 75% y riesgo alto de sesgo a aquellos que presentan menos del 50% en puntuación con relación a los 25 ítems establecidos por la herramienta de evaluación.

De los 76 estudios incluidos, Nyman-Carlsson et al. (2020) obtuvo una puntuación de 94%. Valenzuela et al. (2018); Hilbert et al. (2020) y Biney et al. (2022) obtuvieron porcentaje equivalente a 92%. Le Grange et al. (2015) obtuvo 86% y Keegan et al. (2024) obtuvo una puntuación de 78%. Considerando las puntuaciones obtenidas todos los estudios fueron categorizados como de bajo riesgo de sesgo. Cabe destacar que los factores que incrementan la aparición de sesgo fueron la ausencia del tipo de diseño en el título, método, cálculo del tamaño de la muestra, procedimiento estadístico, estimaciones de resultados, generalización, interpretación y registro de financiación, lo cual puede llegar a afectar la claridad y la posibilidad de replicar los estudios (Tabla 3).

Tabla 3

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

		Título: Incluye tipo de diseño	Resumen: Estructurado-Completo	Introducción: Antecedentes	Introducción: Objetivos-Hipótesis	Métodos: Diseño descrito	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	Otros Registro-Protocolo-Financiación
1.	Le Grange et al. (2015)	+	+	+	+	+	+	+	(P)	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	?
2.	Valenzuela et al. (2018)	(P)	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3.	Nyman-Carlsson et al. (2020)	+	+	+	+	+	+	+	+	(P)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	(P)
4.	Biney et al. (2022)	+	+	+	+	+	+	+	+	(P)	+	(P)	+	+	+	+	+	(P)	+	(P)
5.	Hilbert et al. (2020)	?	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6.	Keegan et al. (2024)	+	+	+	+	+	+	+	(P)	(P)	+	(P)	+	+	+	(P)	+	(P)	(P)	?

Nota. (+) presentado. (P): parcialmente presentada. (?): no presente.

25% para TCC-A), y a los 12 meses las tasas fueron de 49% y 32%, respectivamente.

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa

El estudio realizado por Le Grange et al. (2015) incluyó a 130 adolescentes de entre 12 y 18 años con diagnóstico de BN o BN parcial, distribuidos en tres grupos: un grupo experimental de 58 participantes que recibió Terapia Cognitivo-Conductual adaptada para Adolescentes (TCC-A); un grupo de comparación de 52 participantes que recibió Terapia Basada en la Familia para la Bulimia Nerviosa (TBF-BN); y un grupo de control de 20 participantes que recibió Psicoterapia de Apoyo (PA). Todas las terapias consistieron en 18 sesiones individuales durante un período de 6 meses, con seguimientos a los 6 y 12 meses. Al finalizar el tratamiento, la ausencia de purgas y atracones (medida con el Examen de los Trastornos Alimentarios, ETA) fue del 39% en el grupo TBF-BN frente al 20% en el TCC-A. A los 6 meses de seguimiento, la diferencia se mantenía (44% para TBF-BN y

Respecto a la frecuencia de episodios de atracones (también evaluada con el ETA), el grupo TCC-A disminuyó de una mediana de 17 a 7.8 al final del tratamiento, a 6.7 a los 6 meses y a 5.8 a los 12 meses. El grupo TBF-BN, por su parte, cambió de 17 a 4.1 al final, a 7.5 a los 6 meses y a 6.7 a los 12 meses. En las frecuencias de purgas (evaluadas también con el ETA), el TCC-A evidenció una reducción de 29 episodios a 13.2 al terminar el tratamiento, a 11.5 a los 6 meses y a 7 a los 12 meses. El TBF-BN disminuyó de 29 a 7.6 al final, a 10 a los 6 meses y a 7 a los 12 meses.

Los síntomas depresivos, evaluados con el Inventario de Depresión de Beck (IDB), se redujeron a un nivel equivalente a depresión leve: el grupo TBF-BN obtuvo 13.38 puntos y el TCC-A 18.33. En cuanto a otros indicadores, como las obsesiones y compulsiones vinculadas a la alimentación, la psicopatología alimentaria y la preocupación por la figura/peso (ETA), se reflejaron avances en ambos grupos sin

diferencias significativas. Se comprobó que la eficacia de la TBF-BN destaca en el porcentaje de remisión sintomatológica en todos los niveles medidos, lo que resalta la intervención familiar en comparación con la TCC-A.

En una etapa posterior Valenzuela et al. (2018) utilizó datos activos del estudio de Le Grange et al. (2015), en esta investigación se consideró una muestra de 110 adolescentes: 52 en Terapia Cognitivo-Conductual Adaptada para Adolescentes (TCC-A) y 58 en Terapia Basada en la Familia para la Bulimia Nerviosa (TBF-BN), enfocándose exclusivamente en el desarrollo de síntomas depresivos y autoestima. Aunque la TBF-BN había demostrado ser superior en la reducción de purgas y atracones, ambas terapias generaron avances significativos en la mejora de sintomatología comórbida, sin presentar diferencias estadísticas entre sí. Al finalizar el tratamiento, en el grupo TBF-BN se evidenció una reducción de 36.9% en sintomatología depresiva, a diferencia de TCC-A que alcanzó una reducción de 24.5%.

Posteriormente durante el seguimiento a 6 meses ambas intervenciones mantuvieron la mejoría, con puntuaciones evaluadas mediante IDB de 14.34 en TBF-BN y 15.35 en TCC-A. En el seguimiento a 12 meses, ambas intervenciones lograron tasas de reducción similares: TBF-BN con 46.9% y TCC-A con 46.4%. La autoestima, evaluada mediante la Escala de Rosenberg, mostró un crecimiento continuo, logrando puntuaciones propias de adolescentes sanos con medias de 28.38 para TBF-BN y 26.35 para TCC-A a los 6 meses, y de 29.48 en TBF-BN y 27.53 en TCC-A en el seguimiento a 12 meses. Estos hallazgos demuestran la eficacia de TBF-BN y TCC-A en la reducción de sintomatología comórbida, además de incrementar la autoestima en adolescentes con BN, sin presentar diferencias significativas entre ambos tratamientos durante los periodos de seguimiento a 6 y 12 meses.

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

En el estudio realizado por Nyman-Carlsson et al. (2020) contrastó la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual para Adultos Jóvenes (TCC-AJ) y la Terapia Familiar/Individual para Adultos Jóvenes (TFI-AJ) en una muestra de 74 mujeres de 17 a 19 años con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (AN) según los criterios del DSM-IV. Los 74 participantes se distribuyeron en 37 asignadas a cada grupo activo, con un tratamiento de 18 meses de duración. Los síntomas examinados incluyeron: psicopatología alimentaria mediante la Clasificación de Anorexia y Bulimia-Revisada (CAB-R), Índice de Masa Corporal (IMC), alteración psicológica global mediante la Escala Compuesta de Desajuste Psicológico General (EDPG) del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), diagnóstico de AN según el DSM-IV, riesgo alimentario medido con la Escala Compuesta de Riesgo de Trastorno Alimentario (ERTA) y sintomatología depresiva evaluada con el Inventario de Depresión de Beck (IDB).

La investigación reflejó avances significativos en ambos grupos. Al terminar el tratamiento, el 76% de los participantes en ambos grupos ya no cumplía los criterios diagnósticos de AN, porcentaje que aumentó en el seguimiento al 89% en TCC-AJ y 81% en TFI-AJ. El IMC se elevó desde el inicio, obteniendo una tasa de recuperación del 62.2% en TCC-AJ y 73% en TFI-AJ al finalizar el tratamiento; en el seguimiento a 18 meses, estas cifras aumentaron al 64.9% y 83.8% respectivamente. El índice de psicopatología alimentaria disminuyó significativamente en ambos grupos (CAB-R): $d=2.30$ en TCC-AJ y $d=1.58$ en TFI-AJ. De igual manera, se evidenció mejoría en la sintomatología depresiva (IDB): $d=1.03$ para TCC-AJ y $d=1.12$ para TFI-AJ; riesgo alimentario (ERTA): $d=1.03$ en TCC-AJ y $d=1.12$ en TFI-AJ; y en el desajuste psicológico (EDPG): ambas intervenciones obtuvieron 0.82 como tamaño de efecto. No se presentaron variaciones significativas, lo que respalda la eficacia de ambas intervenciones. Con la TCC-AJ se evidenció una eficacia significativa en la reducción de sintomatología

central de la AN, respaldada por una alta tasa de remisión diagnóstica y avances confirmados en el seguimiento.

El estudio de Biney et al. (2022) incluyó a 50 mujeres adolescentes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa (AN), de entre 12 y 17 años. Inicialmente se les aplicó el Cuestionario de Trastornos Alimentarios (CTA) y la Escala de Rosenberg (ER). Posteriormente, fueron asignadas de manera aleatoria a dos grupos: el grupo de intervención, conformado por 25 participantes, recibió Terapia Grupal de Autoestima Basada en Terapia Cognitivo Conductual (TGABF-TCC) combinada con Tratamiento Habitual (TH); el grupo control, también de 25 adolescentes, recibió únicamente TH. La intervención en ambos grupos duró 6 meses.

Como resultado, el grupo experimental obtuvo una puntuación de 21.19 en la ER, lo que evidenció mejoras significativas en la autoestima, y una puntuación global de 2.98 en el CTA, reflejando una menor psicopatología global. En contraste, el grupo control obtuvo una puntuación media de 20.05 en la ER y 3.46 en el CTA global, lo que evidenció una mejora menor en ambos aspectos. Al finalizar el tratamiento, estos cambios no se mantuvieron de manera significativa durante el seguimiento a las 4 semanas.

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de Trastorno por Atracón

El estudio realizado por Hilbert et al. (2020) evaluó la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en adolescentes con Trastorno por Atracón (TA), en comparación con un grupo en Lista de Espera (LE). La muestra estuvo conformada por 73 adolescentes de 12 a 20 años, de los cuales el 83% eran mujeres. Mediante un proceso de aleatorización, 37 participantes fueron asignados a TCC y 36 a LE. La intervención tuvo una duración de 4 meses, distribuidos en 20 sesiones individuales, con seguimientos posteriores a los 6, 12 y 24 meses. Los datos obtenidos con el Examen de Trastornos Alimentarios (ETA) mostraron que la

TCC logró una reducción media de 4.7 episodios de atracones mensuales, en comparación con 0.9 del grupo LE. Asimismo, se obtuvieron mayores tasas de abstinencia de atracones con la TCC (51%) que con la LE (33%). En la remisión del diagnóstico de TA, la TCC alcanzó un 57%, frente a un 33% de la LE. Respecto a la psicopatología global, la TCC superó a la LE, aunque no se reportaron porcentajes específicos. En cuanto a la sintomatología depresiva, la autoestima, la calidad de vida y el índice de masa corporal, no se observaron diferencias significativas entre los grupos. Los beneficios en abstinencia, reducción y remisión de los episodios de atracón se mantuvieron durante los seguimientos a los 6, 12 y 24 meses.

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria

El estudio realizado por Keegan et al. (2024) evaluó la eficacia de una Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de 10 sesiones en 85 adolescentes de 15 años diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sin bajo peso. El estudio incluyó Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Otros Trastornos Alimentarios Especificados, pero excluyó el Trastorno por Atracón; el 95.3% de la muestra fueron mujeres. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones de lista de espera: 30 a Terapia de Rehabilitación Cognitiva Breve (TRC-B), que incluía una sesión de entrenamiento cognitivo más tareas; 28 a Contacto Breve (CB), con correo psicoeducativo; y 27 a control (lista de espera habitual).

Al finalizar el tratamiento, las tasas de retención fueron del 51.72% para TRC-B, 55.56% para CB y 26.92% para el grupo control, lo que demostró que recibir una intervención en lista de espera incrementa las probabilidades de completar el tratamiento. Respecto a la reducción de sintomatología, la TCC disminuyó la psicopatología global evaluada con el Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (ETA, escala 0-6), con un cambio de 4.25 a 1.75, situándose por debajo del punto de corte de 2.77. El deterioro clínico, medido con

la Evaluación de Deterioro Clínico (EDC, rango 0-48), se redujo de 33.58 a 13.10, por debajo del punto de corte de 16. El afecto negativo, evaluado con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (EDAE, rango 0-126), descendió de 67.29 a 39. Por último, los episodios de atracones en Bulimia Nerviosa disminuyeron de 9.78 a 0.81.

También se registró una reducción en conductas compensatorias y vómitos, aunque sin cifras exactas. Estos datos demuestran que la TCC es eficaz para reducir síntomas de los TCA, mientras que las intervenciones breves en lista de espera incrementan la adherencia al tratamiento, pero no potencian directamente la eficacia sintomática. Los resultados se reportaron de forma agrupada para toda la muestra, sin desglose por tipo de trastorno, lo que permitió obtener conclusiones generales.

Discusión

Esta revisión sistemática examinó la literatura existente sobre las intervenciones para TCA en adolescentes y los hallazgos coinciden con revisiones previas en cuanto a la efectividad de la TCC. El estudio de Love & Baudinet (2025) coincide en la eficacia de la TCC para el abordaje de la BN en adolescentes mediante la reducción de síntomas centrales, reducción en la frecuencia de purgas y atracones, así como en sintomatología comórbida como depresión y baja autoestima, pero también proporciona una visión panorámica al evidenciar tratamientos poco explorados como: Terapia Multifamiliar, Terapia Basada en la Familia + Terapia Dialéctica Conductual, Terapia de Masajes, Exposición a Señales y el uso de Fluoxetina. Además, esta investigación profundiza en la eficacia de la TCC-A mediante un análisis riguroso proporcionando datos cualitativos y cuantitativos precisos como porcentajes de abstinencia, evolución temporal de síntomas y puntuaciones validadas mediante escalas como la ETA y IDB según lo que indican Le Grange et al. (2015) y Valenzuela et al. (2018). Este grado de detalle en base a la cuantificación de la remisión sintomatológica permite una medición más precisa y relevante de la eficacia de la TCC-A y TBF-BN, lo que es crucial para la toma de decisiones clínicas

en adolescentes, a diferencia de la revisión de comparación, que ofrece una visión más superficial al abordar más tratamientos.

Por otro lado, la revisión de Vogel et al. (2021) compara la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y concluye que ambas son intervenciones efectivas y aceptables para el tratamiento de TCA en adolescentes, sin demostrar superioridad una sobre la otra. La TCC destacó en la disminución de purgas y atracones, mejoró la psicopatología alimentaria e incrementó el Índice de Masa Corporal (IMG) en BN, sin embargo, en AN los resultados fueron menos robustos ya que solo un tercio de los participantes alcanzaron un peso normativo y un número significativo de pacientes siguió presentando sintomatología clínicamente relevante. Por otro lado, en esta investigación Nyman-Carlsson et al. (2020) obtuvo resultados sólidos en AN, ya que los participantes al finalizar el tratamiento ya no cumplían con criterios diagnósticos para AN, presentaron reducción en sintomatología central y además se observó un aumento en el IMG, el cual se mantuvo e incrementó en el seguimiento a 18 meses. Esta inconsistencia en los resultados para AN en la revisión de Vogel et al. (2021) pudo darse debido a que la mayoría de los estudios no fueron Ensayos Clínicos Aleatorizados lo que se demuestra que la evidencia aún es preliminar y necesita una base sólida con muestras más grandes para comparar la eficacia de la TCC frente a otras intervenciones.

Conclusiones

Tras la revisión de los estudios, se concluye que la TCC-A demuestra eficacia en el tratamiento de la BN, reduciendo purgas, atracones y mejorando la sintomatología depresiva y la autoestima. No obstante, la TBF-BN mostró porcentajes superiores en la remisión de la sintomatología central y comórbida, destacando el valor del involucramiento familiar.

En el caso de la AN, la TCC-AJ resultó eficaz, con avances notables en la sintomatología central y la remisión diagnóstica. Sin embargo, la TFI-AJ fue superior en la recuperación

ponderal, reforzando nuevamente el papel clave de la familia en el apoyo y los resultados del tratamiento.

Para el TA, la TCC superó significativamente a la lista de espera, con reducción de episodios de atracón y altas tasas de remisión, manteniéndose la mejoría hasta los 24 meses. Finalmente, la TCC confirma su eficacia al reducir la sintomatología general, el afecto negativo y el deterioro clínico, además de promover la adherencia terapéutica mediante adaptaciones específicas.

Limitaciones

No se pudieron presentar datos sobre las demás patologías de los TCA como: PICA, Trastorno de Rumiación, Trastorno de Evitación - Restricción de la Ingesta de Alimentos y Trastornos de la conducta alimentaria no especificados ya que no se encontraron ECA enfocados a estos trastornos.

La línea de Ensayos Clínicos Aleatorizados en formato grupal es escasa.

La mayoría de los estudios primarios, que poseen evidencia clínica más amplia, tienen acceso restringido.

Recomendaciones

Debido a que la mayor parte de ECA son de acceso restringido se recomienda a futuros estudios fomentar la publicación en acceso abierto, ya que esto facilitará el alcance y disponibilidad de la información, permitiendo la sistematización de resultados para el beneficio de todos los investigadores.

Se recomienda realizar estudios primarios que aborden los TCA menos investigados, con el fin de expandir la evidencia y ampliar el conocimiento disponible sobre su tratamiento. Resulta necesario implementar ECA en formato grupal, puesto que este tipo de estudios permiten ampliar la evidencia existente en un mismo estudio.

Fortalezas del estudio

Las fortalezas de esta revisión se ven plasmadas en el análisis de la rigurosidad metodológica aplicada en los diferentes ECA, consolidados bajo criterios reconocidos como CONSORT 2010 y AMSTAR 2, las cuales garantizan la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos. Es importante mencionar que esto no solo valida la fiabilidad de la evidencia presentada, sino que también construye cimientos teóricos firmes sobre los cuales futuros estudios puedan sustentarse.

Conflicto de intereses

En esta revisión sistemática no se presentaron conflictos de intereses que pudieran haber modificado la ejecución, análisis y hallazgos, debido a que la investigación se llevó a cabo de manera independiente, sin influencias externas que modifiquen su contenido.

Financiación

Esta revisión no presenta fuentes de financiación externas. Debido a que la misma fue desarrollada con recursos propios del autor, sin el aporte económico de instituciones públicas o privadas.

Agradecimientos

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

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

Referencias bibliográficas

Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>

- Ayrolles, A., Clarke, J., Godart, N., André-Carletti, C., Barbe, C., Bargiacchi, A., Blanchet, C., Bergametti, F., Bertrand, V., Caldagues, E., Caquard, M., Castellotti, D., Delorme, R., Dreno, L., Landou, D. F., Gerardin, P., Guessoum, S., Gicquel, L., Léger, J., ... Stordeur, C. (2024). Early-onset anorexia nervosa: a scoping review and management guidelines. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01130-9>
- Baile, J. I., & Rabito-Alcón, M. F. (2022). Cognitive Behavioural Therapy for an Adolescent with Anorexia Nervosa. *Children*, 9(1), 92. <https://doi.org/10.3390/children9010092>
- Bermúdez Durán, L. V., Chacón Segura, M. A., & Rojas Sancho, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), e753. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753>
- Biney, H., Giles, E., Hutt, M., Matthews, R., & Lacey, J. H. (2022). Self-esteem as a catalyst for change in adolescent inpatients with anorexia nervosa: a pilot randomised controlled trial. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 189–198. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01161-0>
- Bohon, C. (2019). Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 549–555. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
- Chahuan, J., Rey, P., & Monrroy, H. (2021). Síndrome de rumiación. Artículo de revisión. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.11.001>
- D'Adamo, L., Laboe, A., Goldberg, J., Howe, C., Fennig, M., DePietro, B., Firebaugh, M.-L., Cooper, Z., Wilfley, D., & Fitzsimmons-Craft, E. (2024). Development and usability testing of an online platform for provider training and implementation of cognitive-behavioral therapy guided self-help for eating disorders. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4409969/v1>
- Escandón Nagel, N., & Garrido-Rubilar, G. (2021). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4). <https://doi.org/10.12873/404escandon>
- Fonseca, N. K. O., Curtarelli, V. D., Bertoletti, J., Azevedo, K., Cardinal, T. M., Moreira, J. D., & Antunes, L. C. (2024). Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z>
- Gaete, M. V., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 579–591. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70352-8)
- González Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 99–107. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>
- Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hie-misch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1499–1508. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1153-9>
- Hilbert, A., Petroff, D., Neuhaus, P., & Schmidt, R. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with an Age-Adapted Diagnosis of Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(1), 51–53. <https://doi.org/10.1159/000503116>

- Keegan, E., Waller, G., Tchanturia, K., & Wade, T. D. (2024). The potential value of brief waitlist interventions in enhancing treatment retention and outcomes: a randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(6), 608–620. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2351867>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886–894.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lin, B. Y., Moog, D., Xie, H., Sun, C.-F., Deng, W. Y., McDaid, E., Liebesny, K. V, Kablinger, A. S., & Xu, K. Y. (2024). Increasing prevalence of eating disorders in female adolescents compared with children and young adults: an analysis of real-time administrative data. *General Psychiatry*, 37(4), e101584. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2024-101584>
- Love, M., & Baudinet, J. (2025). Treatment outcomes for adolescent bulimia nervosa: a systematic scoping review of quantitative findings. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01236-8>
- Medina-Tepal, K. A., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Mancilla-Díaz, J. M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203–214. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2689>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Murray, H. B., Juarascio, A. S., Di Lorenzo, C., Drossman, D. A., & Thomas, J. J. (2019). Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *American Journal of Gastroenterology*, 114(4), 562–578. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000060>
- Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G., & Nevonen, L. (2020). Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(8), 1011–1025. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1686190>
- 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., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Mateos Herrera, A., Pérez-Calvo, C., & Ruiz-Duet, A. (2022). Behavior therapy: roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 43(3), 209. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340(mar23 1), c332–c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Terreros, P. (2023). Técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, mini-review. *Revista*

- Medica HJCA, 15(2), 74–79. <https://doi.org/10.14410/2023.15.2.rb.12>
- Thomas, J. J., Wons, O. B., & Eddy, K. T. (2018). Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 425–430. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454>
- Tinahones, F. J., & Gonzalo-Marín, M. (2004). Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. *Endocrinología y Nutrición*, 51(4), 225–229. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(04\)74609-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(04)74609-4)
- Valenzuela, F., Lock, J., Le Grange, D., & Bohon, C. (2018). Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 253–258. <https://doi.org/10.1002/erv.2582>
- 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>
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
- Young, S. L. (2010). Pica in Pregnancy: New Ideas About an Old Condition. *Annual Review of Nutrition*, 30(1), 403–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.012809.104713>