

## Terapia dialéctica conductual en los trastornos de la conducta alimentaria

### Dialectical behavior therapy in eating disorders

Paola Oñate-Zuñiga<sup>oa</sup>, Felipe E. García<sup>ob</sup>, Aileen Oñate-Contreras<sup>oc</sup>, Fabiola Sáez-Delgado<sup>od</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. Concepción, Chile.

<sup>b</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>c</sup>Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>d</sup>Departamento de Fundamentos de la Pedagogía, Facultad de Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

Recibido el 05 de mayo de 2025; aceptado el 09 de noviembre de 2025

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La Terapia dialéctica conductual, originalmente para trastorno límite de personalidad, ha mostrado efectividad en Trastorno de la conducta alimentaria, especialmente en bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Sin embargo, la evidencia es limitada, con muestras pequeñas y pocos estudios controlados. Es necesario evaluar su eficacia comparándola con tratamientos convencionales.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio investiga la eficacia de la terapia dialéctica conductual en trastornos de la conducta alimentaria. Utilizando una revisión sistemática bajo las directrices de PRISMA, se analizaron ensayos clínicos controlados. Los resultados mostraron mejoras en la reducción de atracones y regulación emocional, pero sin diferencias significativas frente a tratamientos activos. Se identificaron vacíos en adolescentes y grupos diversos, destacando la necesidad de estudios con mayor calidad metodológica y seguimiento prolongado.

#### Resumen

La terapia dialéctica conductual (DBT) se ha adaptado para una variedad de trastornos mentales caracterizados por la desregulación emocional y, en las últimas décadas, también para los trastornos de conducta alimentaria (TCA). **Objetivo:** Actualizar la evidencia de la eficacia de DBT en TCA. **Método:** Búsqueda en bases de datos Pubmed, Scencedirect, Wos y Scopus, con palabras clave: (eating disorders OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating disorder) AND (dialectical behavior therap\* or DBT), desde 2011 hasta 2025, siguiendo las directrices PRISMA. **Resultados:** Se encontraron 833 estudios, siendo 20 de ellos seleccionados. Los resultados demostraron una mayor eficacia de DBT en el Trastorno por Atracón, reduciendo la frecuencia de atracones. En Bulimia habrían mejoras en subescalas de inefectividad, conciencia interoceptiva y disminución en frecuencia de vómitos. En anorexia nerviosa, los resultados no fueron estadísticamente significativos cuando se comparan con grupo control activo. **Conclusión:** La evidencia empírica sugiere resultados positivos de DBT especialmente en Trastorno por Atracón, medido por la disminución y a veces abstinencia, de los atracones en los últimos 28 días.

#### Palabras clave:

Terapia Dialéctica Conductual;  
Trastorno de la Conducta Alimentaria;  
Anorexia Nerviosa;  
Bulimia Nerviosa;  
Trastorno por Atracón;  
DBT

## Abstract

Dialectical Behavior Therapy (DBT) has been adapted for a variety of mental disorders characterized by emotional dysregulation and, in recent decades, also for eating disorders (EDs). **Objective:** To update the evidence on the efficacy of DBT in EDs. **Method:** A search was conducted in PubMed, ScienceDirect, WoS, and Scopus databases using keywords: (eating disorders OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating disorder) AND (dialectical behavior therap\* OR DBT), covering from 2011 to 2025, following the PRISMA guideline. **Results:** A total of 833 studies were found, and 20 of them were selected for review. DBT appears to be most effective in Binge Eating Disorder, reducing the binge frequency. In Bulimia, improvements were observed in subscales related to ineffectiveness, interoceptive awareness, and a decrease in vomiting frequency. In Anorexia Nervosa, the results were not statistically significant when compared to an active control group. **Conclusions:** Empirical evidence suggests positive outcomes from DBT, especially in Binge Eating Disorder, as measured by a reduction and, in some cases, abstinence from binge episodes in the past 28 days.

## Keywords:

Dialectical Behavioral Therapy;  
Eating Disorders;  
Anorexia Nervosa;  
Bulimia Nervosa;  
Binge Eating Disorder;  
DBT

## Introducción

La terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), desarrollada por Linehan (1991), pertenece a la tercera generación de terapias conductuales y fue diseñada inicialmente para personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) con conductas suicidas y autolesivas. Combina estrategias cognitivo-conductuales, validación y mindfulness, y se implementa mediante entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual y atención en crisis, dentro de un equipo coordinado de profesionales<sup>1</sup>.

El éxito de la DBT en la regulación emocional en TLP motivó su aplicación en comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con resultados prometedores<sup>2,3</sup>. Los TCA se caracterizan por alteraciones en la ingesta (restricción, atracones, purgas) y afectan mayoritariamente a mujeres adolescentes, con alta morbilidad<sup>4,5</sup>. Si bien los síntomas varían según el subtipo, la desregulación emocional es un factor transdiagnóstico central, presente tanto en la anorexia restrictiva (exceso de control) como en bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA) (pérdida de control)<sup>6</sup>. En este sentido, la DBT ofrece herramientas útiles para la tolerancia al malestar y regulación emocional<sup>7</sup>.

Aunque la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la más respaldada para TA y BN<sup>8,9</sup>, su efectividad es limitada en anorexia nerviosa (AN) y en casos con comorbilidad con TLP<sup>10,11</sup>, lo que ha abierto espacio para la DBT. Estudios recientes muestran beneficios de la DBT, especialmente en BN y TA<sup>12,13</sup>, pero la evidencia aún es escasa y de calidad heterogénea. Revisiones sistemáticas y metaanálisis reportan mejoras en regulación emocional y síntomas depresivos<sup>14</sup>, aunque la mayoría de los ensayos cuentan con muestras peque-

ñas, comparadores poco rigurosos y ausencia de estudios en adolescentes<sup>15</sup>. Actualmente la literatura señala a la DBT como una opción prometedora y transdiagnóstica para TCA, aunque aún persisten vacíos en la evidencia, especialmente en población adolescente y en estudios controlados. El objetivo de esta revisión sistemática es actualizar la información disponible a partir de los ensayos clínicos que evalúan la eficacia de DBT en TCA.

## Método

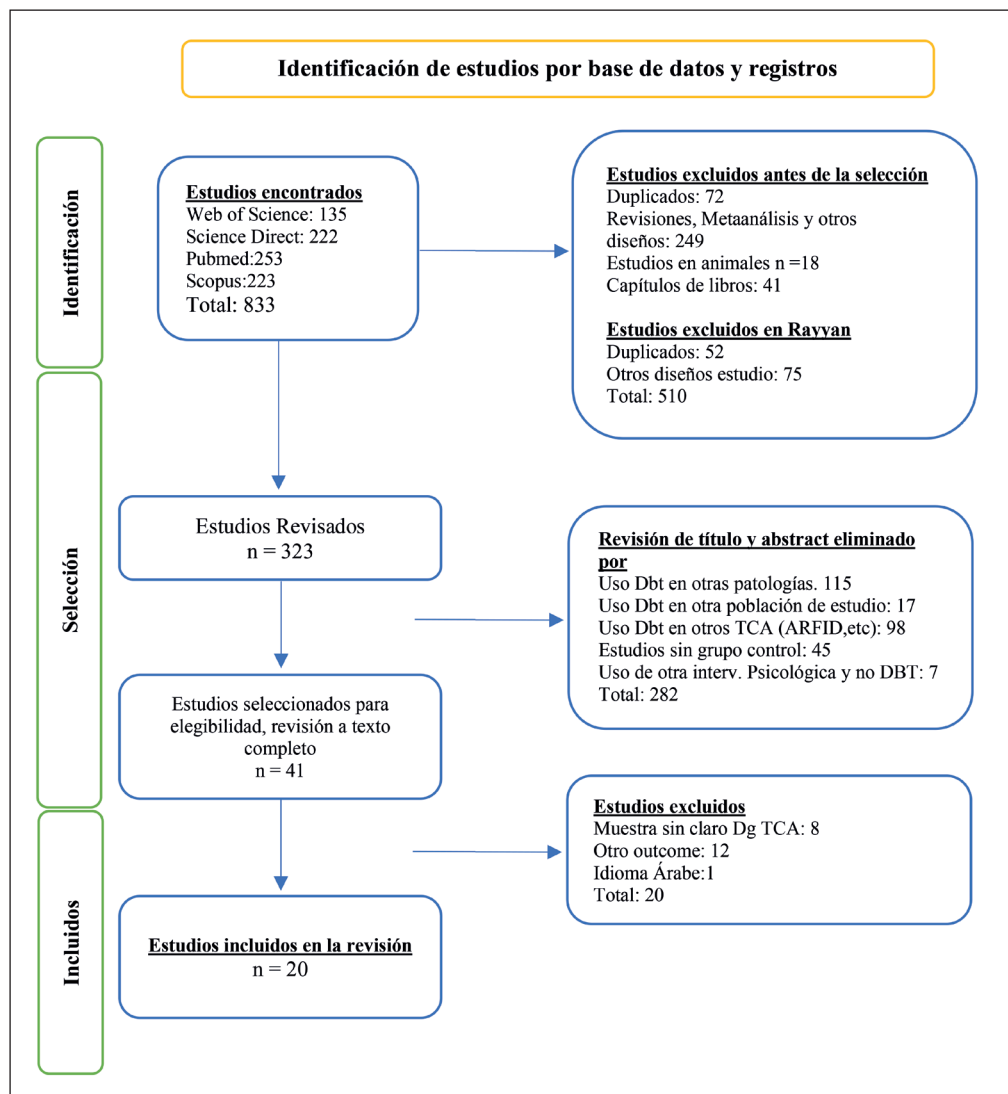
### Estrategia de búsqueda y selección

Esta revisión se desarrolló siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas y las directrices del Cochrane Handbook for Systematic Reviews<sup>16</sup>. El protocolo fue registrado en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas, PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews), bajo el número CRD42024594457.

Las bases de datos de Pubmed, Sciencedirect, Web of Science y Scopus fueron consultadas realizando una última búsqueda el 12 enero de 2025.

Los términos de búsqueda utilizados fueron: eating disorders OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating disorder AND dialectical behavioral therap\* OR DBT, buscando estudios desde el año 2011, excluyendo las revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas, estudios cualitativos, o estudios sin grupo control.

Los estudios encontrados fueron importados y analizados a través del software Rayyan<sup>17</sup>. Dos revisores ciegos e independientes trabajaron para seleccionar los estudios incluidos. La identificación y selección de los estudios se detalla en figura 1.



**Figura 1.** Diagrama de Flujo PRISMA 2020. Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 1. Criterios de Elegibilidad (PICO)**

Criterio	Descripción
Población	Pacientes con trastorno alimentario, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, diagnosticados por CIE 10, DSMIV o DSM5, adolescentes y adultos, mujeres o varones.
Intervención	Terapia dialéctica conductual estándar y adaptaciones (Stanfor, RO, Libert8, DBT-BED, DBT-BED GSM)
Comparación	Tratamiento usual, terapia cognitivo conductual, terapia grupal, otras intervenciones o lista de espera
Outcome/Resultado	Disminución síntomas de TCA
Diseño estudios	Ensayos clínicos con grupo control

Fuente: Elaboración propia.

**Criterios de Elegibilidad**

Los criterios de inclusión y exclusión se establecieron de acuerdo con los criterios de elegibilidad PICO para revisiones sistemáticas (tabla 1). Los criterios de inclusión fueron: a) artículos de revistas revisadas por pares que presentan estudios originales en idioma inglés o español; b) ensayos clínicos aleatorizados o no aleatorizados; c) estudios que presenten grupo control, ya sea lista de espera o grupo con otra intervención; d) muestras que incluyan diagnóstico actual de TCA (AN, BN, TA, EDNOS y OSFED) estudios que consideren la eficacia del uso de DBT en los TCA, ya sea como outcome primario o secundario.

**Análisis de calidad de los estudios**

Aunque inicialmente se contempló la realización de un metaanálisis, con diferencias de medias estandarizadas (SMD) para integrar los efectos de los

ensayos clínicos, esto no se llevó a cabo debido a limitaciones metodológicas de la evidencia disponible. En primer lugar se observó una heterogeneidad sustancial en los outcomes reportados (p.ej., frecuencia de atracones, regulación emocional, sintomatología depresiva, conductas de purga, etc.) lo que impidió la comparación directa entre estudios. En segundo lugar, el número de ensayos clínicos aleatorizados fue reducido, con tamaños muestrales pequeños y diseños dispares (comparadores activos vs. Lista de espera). Además, la evaluación del riesgo de sesgo evidenció limitaciones importantes en varios estudios, lo que disminuye la validez de un análisis cuantitativo conjunto. Considerando estos factores, se optó por

un análisis narrativo descriptivo, más apropiado para sintetizar los hallazgos actuales y resaltar fortalezas y debilidades de la literatura disponible.

La calidad y riesgo de sesgo (figuras 2 y 3) fue evaluada utilizando como instrumento RoB 2 para estudios aleatorizados (n:14) y ROBINS -1 para los estudios no aleatorizados (n:6). Aplicando estos instrumentos se determinó que un 46% de los estudios aleatorizados presentan alto riesgo de sesgo dado principalmente por su alto porcentaje de abandono y por fallas en el proceso de aleatorización<sup>18,19,20,21,22,23</sup>. Un 31% presenta un bajo riesgo de sesgo<sup>24,25,26,27,28</sup>. Y un 23% moderado riesgo de sesgo<sup>29,30,31</sup>. En los estudios no aleatorizados dos presentaron alto riesgo de sesgo<sup>32,33</sup>, dos moderado

Unique ID	Study ID	Experimental	Comparator	Outcome	Weight	D1	D2	D3	D4	D5	Overall	
1	COURBASSON	DBT	TAU	Episodios de atracones e	NA	+	+	-	+	+	-	Low risk
11	CARTER	DBT-GSH	DBT-USH	Episodios de atracones e	NA	+	+	-	+	+	-	Some concerns
7	WALLACE	Immediately GSH-DBT	lista espera	Abstinencia de atracones NA		+	!	-	-	+	-	High risk
4	ROBINSON	DBT-BED	ACGT	Frecuencia de atracones NA		!	!	+	+	+	!	
2	HILL	DBT-AF	lista espera	Aceptabilidad y eficacia c	NA	+	+	+	+	+	+	
9	CHEN	Strong responses GSH	Weak responses GSH	Abstinencia de atracones NA		+	!	-	-	+	-	
12	JAITE	CBT	DBT	Correlación de satisfacció	NA	+	+	-	+	+	-	
8	MAZZEO	LIBER8	2BFIT	Factibilidad y aceptabilid	NA	!	-	-	+	+	-	
6	MASSON	GSH-DBT	lista espera	Frecuencia de atracones NA		+	!	+	+	+	!	
3	SAFER	RR	Non RR	Abstinencia de atracones NA		+	+	+	+	+	+	
5	SOLEIMANI	DBT	lista espera	Aumento de autoestima NA		!	!	+	+	+	!	
10	RAHMANI	DBT	lista espera	Efecto de DBT en BED, re	NA	+	+	+	+	+	+	
15	DASTAN	DBT	lista espera	Peso, imagen corporal y c	NA	+	+	+	+	+	+	
19	Linarдон	Resilience eDBT APP	lista de espera	frecuencia atracones y sí	NA	+	+	+	+	+	+	

D1 Randomisation process

D2 Deviations from the intended interventions

D3 Missing outcome data

D4 Measurement of the outcome

D5 Selection of the reported result

Low risk

Some concerns

High risk

Figura 2. Riesgo de Sesgo Estudios Aleatorizados. Fuente: ROB2.

Name	Bias due to confounding	Bias in selection of participants into the study	Bias in classification of interventions	Bias due to deviations from intended interventions	Bias due to missing data	Bias in measurement of outcomes	Bias in selection of the reported result	Overall
Lammers	BAJO	BAJO	BAJO	MODERADO	SERIO	BAJO	MODERADO	CRÍTICO
Navarro-Haro	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MODERADO	BAJO	BAJO	MODERADO
Lammers	SERIO	SERIO	BAJO	MODERADO	SERIO	MODERADO	BAJO	CRÍTICO
Overall	SERIO	SERIO	BAJO	MODERADO	SERIO	MODERADO	MODERADO	CRÍTICO

■ BAJO

■ MODERADO

■ SERIO

■ CRÍTICO

Figura 3. Riesgo de Sesgo Estudios No Aleatorizados. Fuente: Robins.

**Tabla 2. Descripción de aspectos de la matriz de extracción datos**

Aspecto	Descripción
1 Cita	Apellido del autor principal, año publicación, país.
2 Diseño y tamaño muestra	Tipo de ensayo clínico: aleatorizado, cuasi aleatorizado o no aleatorizado y número de participantes.
3 Descripción de la muestra y medida de resultados	Población clínica o de la comunidad, características demográficas (etnia, género, promedio edad), qué TCA tienen y con qué instrumento fue realizado el diagnóstico y se evaluaron los outcomes.
4 Tipo de intervención en grupo experimental y control	Modificaciones de DBT y qué intervenciones se realizaron en grupo control (TAU, lista espera, etc.)
5 Resultados	Resultados estadísticamente significativos de la intervención/grupo control.
6 Limitaciones	Limitaciones reconocidas por los autores o por revisores del ensayo realizado.

Fuente: Elaboración propia.

riesgo de sesgo<sup>34,35</sup>, en ambos casos la principal razón fue la pérdida de datos, hubieron dos estudios de bajo riesgo<sup>36,37</sup>.

### Extracción Datos

Dos investigadoras procedieron a extraer datos de cada ensayo seleccionado, de acuerdo a los objetivos establecidos en la revisión y se construye tabla de extracción de datos en Word. A continuación, en tabla 2 se describen los ítems seleccionados para ser extraídos de los estudios seleccionados.

## Resultados

### Descripción general de los estudios

Los países que han publicado ensayos controlados desde el año 2011 son principalmente Estados Unidos (30%) y Canadá (25%).

En cuanto al diseño de los estudios incluidos, 14 corresponde a estudios aleatorizados (70%). El TCA más estudiado es el TA, declarado en el 70% (14 estudios) de los estudios.

Con un total de 1880 pacientes incluidos en esta revisión, solo 115 son adolescentes, lo que corresponde a un 6% de la muestra total.

Para la mayoría de los estudios el outcome primario, fue medir la disminución en la frecuencia, o abstinencia de atracones en 28 días (70%), tres estudios evaluaron aceptabilidad del tratamiento (15%); otras medidas de eficacia fueron regulación emocional (19%), síntomas TCA, Síntomas depresivos, comer emocional, autoestima, peso, IMC y síntomas hipercontrol.

La mayoría de los estudios utiliza como grupo de control, lista de espera<sup>20,24,22,18,21,16,19,27,28</sup>, o Tratamiento usual (TAU)<sup>29,30,31</sup>, solo un 40% de los estudios declara grupo de control activo (tabla 3).

### Eficacia

Los hallazgos sugieren en primera instancia, eficacia significativa de DBT estándar y sus adaptaciones en TA, específicamente en reducir la frecuencia de atracones. En BN un estudio informó mejoras significativas en la subescalas de bulimia<sup>18</sup> del Eating Disorder Inventory (EDI; Garner & Wooley, 1991) [ $F(3,23) = 21,80$ ,  $p < 0,001$ ], con un gran tamaño del efecto ( $f = 1,68$ ). Otro estudio reportó un 84% reducción de los episodios de atracones y 79% de disminución en la frecuencia de vómitos<sup>24</sup>. En AN hubieron mejoras en puntajes de escala restricción alimentaria<sup>18</sup> del Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M, 2008) [ $F(3,18) = 8,52$ ,  $p < 0,001$ ], con un gran tamaño del efecto ( $f = 1,19$ ), y aumento del índice de masa corporal (IMC) ( $t = -3,48$ ;  $p < 0,002$ ;  $d = 0,7$ )<sup>16</sup>.

Sin embargo, se debe considerar que en los estudios con grupo control activo<sup>20,21,22,25,29,32,33,34</sup>, los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones, y en el caso de Lammers, reporta que la mejora en la psicopatología del TCA mejora más rápidamente en el grupo control Cognitive behavioral therapy + (CBT+) y que hubieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero a favor de CBT+, esta diferencia desaparece en el seguimiento a 6 meses.

Otra medida de resultado frecuentemente estudiada es la regulación emocional, y elementos como el comer emocional. En todos los estudios hubo mejoras estadísticamente significativas en el grupo experimental al comparar con grupo control pasivo, pero al compararlas con grupo control activo no existieron diferencias significativas.

Otros hallazgos interesantes es que DBT presenta menor abandono al compararlo con grupo control activo<sup>34</sup>.

Tabla 3. Resumen de Estudios

ID	Autor, año y País	Diseño y tamaño de la muestra	Instrumento Medición	Descripción muestra, seguimiento y outcomes	Intervención y/o Modificación	Resultados	Limitaciones declaradas por los autores
1	Christine Courbason et al. 2011, Canadá	RCT n: 21	EDE, EDI, ASI, DTCQ-8, BDI	Muestra proveniente de atención primaria y por consulta espontánea, todos de raza blanca. 1. 100% mujeres. 2. EP: 32 años. 3. Dg TCA (AN, BN y TA) y Trastorno Uso de Substancias (SUD) evaluada con CIDI IV. 4. OP: episodios de atracones medido a través de regresión binomial (RMNB). 5. OS: todos los otros resultados medidos a través de modelo mixto (MMRM)	a) GE: (n:13); DBT adaptada del protocolo de Linehan, incluye psicoeducación con enfoque cognitivo conductual en TCA y SUD. b) GC:TAU (n:8); terapias grupales semanales focalizadas en conductas de consumo y síntomas psiquiátricos.  Ambas se realizaron durante un año en forma ambulatoria.	1. OP: a) El GE presenta una reducción significativa de atracones ( $p < 0,05$ ). b) Esta reducción se mantuvo a los 3 ( $p < 0,0001$ ) y 6 meses de seguimiento ( $p < 0,0001$ ). 2. OS: a) GE tuvo mejoría importante, en escala de bulimia del EDI ( $p < 0,000$ ), infectividad ( $p < 0,000$ ) y conciencia interoceptiva ( $p < 0,000$ ). b) En puntajes de restricción de EDE hubo una mejora significativa ( $p < 0,002$ ).	1. Muestra pequeña. 2. No incluye varones. 3. La randomización se hizo solo en algunos casos, no en toda la muestra. 4. Alto porcentaje de abandono en grupo control (80%), y pequeño tamaño de la muestra, no permitió comparar con grupo experimental.
2	Hill et al 2011, USA	RCT n: 32	EDE, EDEQ, MACR, IA-E, PEWS, IBM, EES, NME, PANNAS, BDI-II)	Muestra comunidad, adulta 93,8% raza blanca. 1. 100% mujeres 2. EP:22 años. 3. BN (26) y BN subclínica (6) CIDI I. 4. OP: Aceptabilidad del tratamiento y eficacia (medido por frecuencia atracones en los últimos 28 días).	a) GE: (n: 18), DBT AF (DBT centrada en el apetito que tiene dos componentes; entrenamiento en conciencia del hambre y habilidades de regulación emocional) por 12 semanas.  b) GC (n:14): Lista de espera (después de 6 semanas, 8 recibieron DBT AF (14)). c) S: 6 y 12 semanas.	1. OP: a) Aceptabilidad: Autoreporte a las 6 sem. fue considerada a una terapia muy útil para monitorizar el apetito M: 5.2 y SD 1.0. b) Reducción estadísticamente significativa de frecuencia atracones y vómitos en 28 días en GE comparado con grupo control ( $p < 0,05$ ), reducción estadísticamente significativa en puntaje global EDEQ en casi todos los items, excepto en preocupación por el peso y conciencia emocional. 1. OP: a) El grupo RR logró una mayor abstinencia de atracones estadísticamente significativa en comparación con los no RR ( $p < 0,001$ ) al término intervención y en seguimiento ( $p = 0,002$ ). b) En GE, los RR tuvieron una abstinencia significativa al término intervención ( $p = 0,015$ ) y a los 12 meses ( $p = 0,006$ ), no así en GC.	1. Muestra pequeña. 2. No se aplicó autoreporte a 7 participantes a las 12 semanas por error administrativo declarado por el autor. 3. Sin seguimiento. 4. Abandono 12,5%.
3	Safer D. et al 2011, USA	RCT n: 101 Estudio Seguimiento Safer et al., 2010	EDE, TFEQ, BDI, SCID I, NMR, EES, PANAS y DERS	Muestra proveniente de un estudio reciente, Cau-cásicos 71%, latinos 13%, Inicio de atracones 19,4 años (SD = 2,7), Inicio dieta 17,7 años (SD = 9), Un 63% (n: 64) con historia de depresión. 1. Mujeres 85%, hombres 15%. 2. EP: 52.1 años	a) GE: (n: 41), RR del estudio inicial. b) GC: (59) NO RR del estudio inicial. *RR (responder rápido) = define como reducción de 65% de la frecuencia de los días de atracones en 4 semanas.	1. OP: a) El grupo RR logró una mayor abstinencia de atracones estadísticamente significativa en comparación con los no RR ( $p < 0,001$ ) al término intervención y en seguimiento ( $p = 0,002$ ). b) En GE, los RR tuvieron una abstinencia significativa al término intervención ( $p = 0,015$ ) y a los 12 meses ( $p = 0,006$ ), no así en GC. 1. Tamaño muestral puede no ser adecuado para alcanzar un poder estadístico significativo para identificar resultados de tratamiento entre RR y no RR por subgrupo. 2. Poder estadístico disminuyó al comparar RR con no RR en cada tratamiento (GE v/s GC). 3. Abandono 18.8%.	1. Tamaño muestral puede no ser adecuado para alcanzar un poder estadístico significativo para identificar resultados de tratamiento entre RR y no RR por subgrupo. 2. Poder estadístico disminuyó al comparar RR con no RR en cada tratamiento (GE v/s GC). 3. Abandono 18.8%.

3				3. TA, cumplen criterio DSM IV. 4. OP: Abstinencia atracones en 28 días en grupo de RR. 5. OS: Frecuencia atracones, síntomas de TCA, depresión, IMC, y peso. 6. Seguimiento 12 meses.	Estudio Inicial GE: (50)DBT para TA, 20 sesiones grupales semanales de 2 hr. GC: activo ACGT (n: 51) terapia grupal de apoyo que trabaja elementos generales como alianza terapéutica, expectativas, etc.	2. OS: La frecuencia de atracones tuvo una disminución significativa en RR v/s NORR, pero no se mantuvo en el seguimiento.  TCA, mejora significativa en preocupación por peso, formas corporales y comida. En depresión RR mejoran significativamente (p = 0,002) medido por BDI. No existieron diferencias significativas en peso o IMC.
4	Robinson et al. 2012, USA	RCT 101	EDE, CIDI II, BDI, RSE, EDEQ y DERS.	Muestra proveniente de la comunidad, 76% caucásicos, 13% latinos, 5% asiáticos, 3% afroamericanos. 1. 85% mujeres 2. EP: 52,2 años 3. TA: diagnosticado con entrevista clínica según criterio DSM IV. 4. OP: frecuencia atracones en los últimos 28 días y buscar moderadores de los resultados. 5. OS: Sintomatología TCA y regulación emocional.	a) GE: DBT para TA, 20 sesiones grupales, frecuencia semanal, duración dos horas. b) GC: activo ACGT: Terapia de grupo de comparación activa, basada en terapia para depresión modificada para TA para este estudio.	1. A pesar que el tamaño de la muestra es relativamente grande, los subgrupos donde se analizaron los moderadores de resultados fueron pequeños lo que limita el análisis cuantitativo. 2. Sin seguimiento.
5	Soleimani M. et al. 2012. Irán	RCT 16 Estudio cuasiexperimental	ED y RSES	Muestra de mujeres que asistían a centro para bajar de peso. 1. 100% mujeres. 2. EP: N/E. 3. TA evaluadas con ED. 4. OP: Aumento de autoestima.	a) GE: (n:8), DBT grupal, no especifica el número de sesiones ni duración de las intervenciones. b) GC: (n:8): Lista de espera.	1. OP: DBT muestra un efecto positivo en aumentar la autoestima en pacientes con TA, con análisis de covarianza (p < 0,004), test Levin p < 0,78.  1. Tamaño de la muestra muy pequeño. 2. Sin seguimiento.
6	Masson P. et al. 2013. Canadá	RCT 60 Estudio Piloto	EDE, EDEQ, DERS, SCID-I, EDQLS, EEI, EES, BDI II	Muestra proveniente de la comunidad, 90-93% caucásicos 1. 88,3% mujeres. 2. EP: 42,8 años. 3. 100% TA (CIDI y EDE). 4. OP: Frecuencia de atracones y conductas compensatorias en los últimos 28 días.	a) GE: (n:30), DBT para TA aplicado con manual adaptado (basado en Manual de Safer et al., 2009, 2010 y Telch et al., 2000, 2001 para DBT-BED), como manual de autoayuda (DBT-GSH). El objetivo es enseñar a los individuos tres habilidades:	1. Muestra pequeña 2. Abandono de 30% en GE. 3. Seguimiento solo en GE.

6	<p>atención plena, tolerancia a la angustia y regulación de las emociones. El libro de autoayuda proporciona psicoeducación, así como actividades y ejercicios, una sesión presencial de orientación 45 min. Y seis llamadas bisemanales de apoyo de 20 min duración por 13 semanas.</p> <p>b) GC: (n: 30) : Lista de espera</p>	<p>5. OS: Calidad de vida, regulación emocional, síntomas TCA e impulsividad.</p> <p>6. Seguimiento 6 meses en GE.</p>	<p>2. OS: Reducción de psicopatología comparados con la línea de base. Reducción en puntajes total EDEQ que se mantuvo 6 meses seguimiento (<math>p &lt; 0,05</math>) y puntajes DERS mejoraron comparativamente con grupo control (<math>p &lt; 0,05</math>) y a los 6 meses seguimiento (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>	<p>1. OS: Reducción de psicopatología comparados con la línea de base. Reducción en puntajes total EDEQ que se mantuvo 6 meses seguimiento (<math>p &lt; 0,05</math>) y puntajes DERS mejoraron comparativamente con grupo control (<math>p &lt; 0,05</math>) y a los 6 meses seguimiento (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>	
7	<p>Wallace et al. 2014. Canadá</p>	<p>RCT 60 Análisis secundario de RCT Masson et al., 2013</p>	<p>EDE, DERS</p>	<p>Muestra proveniente de la comunidad, 90% caucásicas.</p> <p>1. 88,3% mujeres.</p> <p>2. EP: 42,8 años.</p> <p>3. TA diagnosticado con CIDJ.</p> <p>4. OP: Evaluar si cambios en la regulación emocional estaba asociado a abstinencia de episodios de atracones al término del tratamiento y seguimientos.</p> <p>5. OS.: Analizar cualquier asociación entre cambios en la regulación emocional y atracón alimentario post tratamiento y en los seguimientos. Se realizó regresión logística binomial.</p> <p>6. Seguimiento 4, 5 y 6 meses.</p>	<p>1. OP: a) El análisis de regresión logística binomial mostró que las mejoras en la regulación emocional, medidos con DERS al final de la intervención (incluyendo datos imputados), predice la abstinencia de atracones al final del tratamiento (<math>p &lt; 0,01</math>) y a los 4 meses de seguimiento (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>b) El análisis con los datos completos (sin imputación) muestran d Cohen's al final de la intervención -1,75, a los 4 meses seguimiento -3,16, 5 meses -1,79 y 6 meses -2,03.</p> <p>c) Por lo que el efecto de la regulación emocional en la abstinencia de los atracones, tiene una evidencia fuerte hasta los 4 meses post tratamiento.</p>
8	<p>Mazzeo S. et al. 2016. USA</p>	<p>RCT 45</p>	<p>PSQ y TFQ, LOC-ED, M.I.N.I., EDE, EDEQ, EES-C, EAH-C,</p>	<p>Muestra proveniente de servicios de pediatría y organizaciones comunitarias, 44,4% raza blanca, 42,2% color, 4,4% birraciales.</p> <p>1. 100% mujeres adolescentes</p> <p>2. EP: 15.42 años (13 - 17 años).</p>	<p>1. Muestra pequeña que no permitió realizar randomización en todas las medidas.</p> <p>2. Durante la aplicación de la adaptación LIBERT 8, los terapeutas notaron que algunos adolescente no comprendían algunas abstracciones de las intervenciones,</p>

8					<p>3. Con criterios Trastorno por atracón (TA) y de pérdida de control con la comida.                  4. OP: aceptabilidad y factibilidad.                  5. OS: si Libert 8 es superior al control en mejorar síntomas TA                  6. Seguimiento a los 3 meses.</p>		<p>grupos, (<math>p &lt; 0,02</math> para Libert8 y <math>p &lt; 0,006</math> en ZBFit).                  b) En la subescala de afecto negativo (EAH) comparativamente libert8 obtuvo una mejoría significativa (<math>p &lt; 0,007</math>).                  c) ZBFit tuvo mejoría significativa en subescalas de ansiedad, rabia y frustración (<math>p &lt; 0,018</math>) y subescala depresión (<math>p &lt; 0,006</math>) de EES-C.                  d) No hubo diferencias significativas entre los grupos.</p>	<p>lo que pudiera deberse a alteraciones cognitivas o sesgos por las edades (13 a 17 años).                  3. Periodo seguimiento breve.</p>
9	E.Y. Chen et al. 2017, USA	RCT 109	EDE	<p>Muestra clínica en tratamiento ambulatorio, 73,4% caucásicos                  1. 100% mujeres                  2. EP: 38.2 años.                  3. 71,6% TA y 28,4% BN, diagnosticadas con CIDI y EDE.                  4. OP: Frecuencia atracones alimentarios.                  5. OS: Abstinencia de los atracones diarios, frecuencia y abstinencia de vómitos.                  6. Seguimiento: 6 y 12 meses.</p>	<p>a) GE inicial (109): Manual guiado de autoayuda CBT (cGSH) + 4 sesiones semanales (30/min). Posterior a esto, se aplicó un EDE para evaluar la magnitud de la respuesta temprana dividiendo la muestra en respondedores fuertes y débiles.                  b) GE: respondedores fuertes (42), continuaron en el cGSH por 24 semanas.                  c) GC: activo (67) respondedores débiles tempranos fueron aleatorizados a terapia grupal e individual DBT o CBT +, tratamiento por 6 meses.</p>	<p>1. OP:                  a) Independientemente del tratamiento asignado, todos los participantes ya no cumplen con los criterios para TAYBN al final del tratamiento.                  b) Respondedores fuertes tratados con CBT (cGSH) tuvieron reducciones más rápidas y mayores en los episodios de atracones en comparación con los de las condiciones DBT o CBT +.                  c) A los 6 y 12 meses se mantuvieron los resultados sin diferencias significativas entre los grupos.</p>	<p>1. No se realizó comparación entre los respondedores tempranos débiles con DBT y CBT+.                  2. Se obtuvieron diferencias no significativas entre las intervenciones.                  3. Solo se obtuvo poder estadístico para analizar la frecuencia de atracones, pero no para analizar vómitos en BN.</p>	
10	Rahmani M. et al. 2018, Irán	RCT 60	BES, DERS	<p>Muestra proveniente de clínica de mujeres obesas derivadas a centro nutricional especializado.                  1. 100% mujeres                  2. EP: 29.6 años.                  3. TA 71,6% y BN 28,4% , diagnosticadas con CIDI y EDE.                  4. OP: Puntaje BES, regulación emocional e IMC.</p>	<p>1. OP                  a) DBT (protocolo Telch y Linehans) en 20 sesiones de 2 horas, 2 veces a la semana (10 semanas).                  b) GC: Lista de espera</p>	<p>1. Falta de datos de la frecuencia de los atracones al inicio y post tratamiento.                  2. Sin Seguimiento.</p>		

11	Carter J. et al. 2019, Canadá	RCT n: 71	EDE, EDE-Q, HR-QOR y BSI.	<p>Muestra proveniente de la comunidad, Mayoría etnia blanca o caucásica (97%).</p> <p>1. 93% mujeres (n: 66), 7% varones (n: 5).</p> <p>2. EP: 40 años.</p> <p>3. IA: diagnosticado con EDE</p> <p>4. OP: Frecuencia de episodios de atracones en 28 días.</p> <p>5. OS: Síntomas TCA, Estrés patológico y calidad de vida relacionado a la salud.</p> <p>6. Seguimiento 3 meses.</p>	<p>a) GE 1: (n: 24), DBT-GSH, se entregó "The DBT Solution por emotionale eating" by Safer et al., 2018. Además sesiones guiadas por videollamada para apoyar, aclarar dudas y guiar el proceso, inicio una semana por 2 veces (30 minutos), luego una sesión quincenal 3 veces, una sesión final semana 12.</p> <p>b) GE 2: (n: 23) DBT-USH, se entrega el mismo manual, pero sin videollamadas de guía.</p> <p>c) GC activo (n: 23): SE-USH (autoayuda no guiada para autoestima), en que se le envía manual de autoestima basado en técnicas cognitivo conductuales, para que lo lean y sigan los consejos del manual durante 12 semanas.</p>	<p>1. OP: Disminución significativa en la frecuencia de atracones después del tratamiento (<math>p &lt; 0,0005</math>), que no difirió entre los grupos (<math>p = 0,7</math>).</p> <p>2. OS: Los resultados para las otras medidas de resultado también tuvieron mejoría en las tres intervenciones, las que se mantuvieron en el seguimiento, pero no fueron estadísticamente significativas entre los grupos.</p>	<p>1. Tamaño de las muestras relativamente pequeña, lo que disminuye el poder estadístico y el tamaño del efecto en algunas medidas.</p> <p>2. Solo 65% muestra completó los cuestionarios después del tratamiento.</p> <p>3. Solo 45% completo cuestionarios en el seguimiento.</p> <p>4. Seguimiento de solo 3 meses.</p>
12	Jaite et al. 2018, Alemania	RCT n: 50	EDI 2, GSI, SIAB-EX, SCL-90-R, FBB	<p>Muestra clínica de un centro especializado en trastornos alimentarios y sus padres.</p> <p>1. 100% mujeres</p> <p>2. EP: 16,8 años</p> <p>3. Anorexia N. (82%) y AN tipo purgativa (18%), CID-I.</p> <p>4. OP: Correlación de satisfacción al tratamiento de paciente, padres y terapeutas.</p> <p>5. OS: Síntomas TCA, psicopatología general, IMC, como variables predictoras.</p>	<p>a) GE: (n: 24), CBT con 25 sesiones individuales y 25 sesiones grupales.</p> <p>b) GC: (n: 26) activo DBT modificada para adolescentes con AN o BN.</p> <p>c) GC: (n: 5) Lista de espera por 12 semanas, durante este periodo recibieron asesoría de apoyo.</p>	<p>1. Correlación significativa en satisfacción de padres y terapeutas.</p> <p>2. a) "Cambio en el IMC fue predictor significativo de la satisfacción de tratamiento".</p> <p>b) Los síntomas medidos con EDI 3, mejoraron para CBT (<math>p = 0,003^{**}</math>; <math>d = -0,61</math>) y DBT (<math>p = 0,016^{**}</math>; <math>d = -0,55</math>). "Los síntomas generales medidos por GSI mejoraron en CBT group (<math>p = 0,001^{**}</math>; <math>d = 0,78</math>) así como en DBT group (<math>p = 0,015^{**}</math>; <math>d = 0,47</math>), el IMC CBT group (<math>t = -3,35</math>; <math>p = 0,003^{**}</math>; <math>d = 1,04</math>) y en el grupo DBT (<math>t = -3,48</math>; <math>p = 0,002^{**}</math>; <math>d = 0,7</math>)</p> <p>c) La condición de terapia (CBT o DBT), no predice la satisfacción al tratamiento.</p>	<p>1. Muestra pequeña.</p> <p>2. No se utilizaron medidas paramétricas de análisis.</p> <p>3. No se consideraron las características individuales de los padres y terapeutas que pudieran haber influido en los resultados.</p> <p>4. No se hizo análisis cuantitativo comparativo entre los tratamientos, dada las características de la muestra.</p> <p>5. Sin seguimiento.</p>

13	Delparte et al. 2019 Canadá	Ensayo control no randomizado n: 95	EDE-Q, BES, EES, CIA-3	Candidatos a cirugía bariátrica (adultos), 86,3% caucásicas 1. 80% mujeres 2. EP: 44 años 3. TCA y obesidad 4. OP: frecuencia atracones, patología TCA global y comer emocional. 5. Seguimiento 4 meses.	a) GE: (n: 50), DBT-ST adaptada del manual DBT Stanfor En 8 sesiones semanales on line, 1 hora 45 min duración más TAU. b) GC (n:45). TAU, que incluye psicoeducación nutricional y breve intervención focalizada en soluciones, ejercicio y apoyo farmacológico.	1. OP: Reducción atracones medidos por BES en GE ( $p < 0,001$ ), pero no significativa entre GE y GC. Gran disminución de puntajes EDE-Q ( $p < 0,001$ ) en tiempo 1 y 3, pero al compararlo con grupo control deja de ser significativo. En comer emocional tamaño efecto grande en GE ( $p < 0,001$ ) y tamaño efecto pequeño a moderado entre grupos ( $p = 0,20$ ).	1. Estudio no randomizado, los participantes escogieron el grupo. 2. Falta de grupo control adicional Sham. 3. Los autores identifican como limitación el uso de encuestas on line. 4. No se midió el efecto después de la cirugía. 5. No identifica el tipo específico de TCA.
14	Lammers et al. 2020, Países Bajos	Ensayo control cuasi aleatorio. n: 74	EDE-Q, EDI-3, SCL 90, e IMC	Muestra proveniente de pacientes adultos derivados a centro especializado TCA. 1. 89,2% mujeres. 2. EP: 37,3 años. 3. Obesidad y TA según DSM-5. 4. OP: Abstinencia de episodios de atracones en 28 días y puntaje global EDE-Q. 5. OS: Comer emocional, baja autoestima, desregulación emocional, IMC y Psicopatología general. 6. Seguimiento 6 meses	a) GE: (n: 41), DBT TA (protocolo Telch y Safer) en 20 sesiones grupales de 2 hrs c/u. b) GC: (33) activo, CBT+ intensiva dirigida a los atracones. 20 sesiones de terapia grupal semanal, 3 módulos de 75 min c/u.	1. OP: DBT menos eficaz que CBT en reducir frecuencia de atracones y psicopatología de TCA, sin embargo, ambos producen cambios clínicamente significativos. No se detectaron diferencias entre DBT y CBT al final del tratamiento o en el seguimiento en mediciones relacionadas a regulación emocional.	1. Puede haber sesgo por la diferencia en la experiencia de los terapeutas, los que realizaban desde antes CBT en centro especializado, y los que aplicaron DBT fueron entrenados en esta técnica para el estudio. 2. Tamaño muestral pequeño 3. Diferente tiempos de terapia en ambos Grupos (2 h vs 3,75 h).
15	Dastan B. et al. 2020. Irán	RCT n: 40	EES	Muestra por conveniencia de pacientes ambulatorios de clínica de nutrición. 1. 100% mujeres 2. EP: 36 años 3. Diagnóstico de TA (SCID-I) y obesidad $IMC > 30$ OP: peso, imagen corporal y comer emocional.	a) GE: (n: 20), DBT basada en el protocolo de Safer, Telch y Chen (2009), 20 sesiones grupales semanales, de 2 h. b) GC: (n: 20), Sin intervención.	1. OP: DBT logra mejoría estadísticamente significativa (entre GE y GC) en reducción de IMC y subcalas de comer emocional (rabia/frustración y ansiedad ( $p = 0,001$ ), excepto depresión, ( $p = 0,94$ )). DBT mostró mejoría en la imagen corporal de mujeres con obesidad al final del tratamiento.	1. Muestra pequeña. 2. Sin seguimiento.

16	Navarro-Haro M. et al. 2021, España	Estudio prospectivo de seguimiento del anterior caso control (2018) n: 109	BDI, ERQ, BIS-11, STAXI-2, EES, RS	Muestra clínica de mujeres adultas que se atendían en 3 centros privados y un hospital de día. 1. 100% mujeres 2. BPD, BN, AN y EDNOS con CIDI ED (AN n: 18, 16,5%; BN n: 24, 22,6% y EDNOS n: 67, 61,5%) 3. EP: 27 años. 4. OP: Comer emocional, síntomas depresivos, rabia, impulsividad, regulación emocional y resiliencia. 5. Seguimiento de 4 y 6 años.	a) GE: (n: 64), DBT estándar, sesiones terapia individual, semanal de 1 hora duración. b) GC: (n: 45) activo, TAU CBT que incluye componentes para BN y AN, 1 sesión 1 hora psicoterapia individual y 1 sesión semanal de 2 hr de terapia grupal. c) Ambas por 6 meses. d) Seguimiento se hace por encuesta vía mail o teléfono.	1. OP: Mejoría estadísticamente significativa con DBT en la mayoría de las variables (depresión, comer emocional, ira, impulsividad, resiliencia y supresión expresiva). Mejoría estadísticamente significativa con TAU CBT para depresión, resiliencia e ira. Sin diferencia estadísticamente significativa entre DBT y TAU CBT.	1. Estudio no randomizado. 2. Diferente número de participantes en grupos. 3. Pérdida de datos en el seguimiento a 4 y 6 años de un 83,5%. 4. Limitaciones en la validez interna, por lo que no los resultados no se pueden interpretar en términos de eficacia de tratamiento.
17	Lammers M. et al. 2022, Países Bajos	Estudio replicativo del anterior (Lammers et al. 2020), caso control no aleatorizado N: 175	EDEQ, DEBQ, EDI, SCL -90 y BDI II	Muestra proveniente de la comunidad que fueron derivados a clínica especializada en TCA, 96,2% nacionalidad alemana. 1. 88,7% mujeres. 2. TA subclínico de acuerdo a criterios DSM V. 3. EP: 34.9 años. 4. OP: Frecuencia atracones y psicopatología TCA en los últimos 28 días. 5. OS: Comer emocional, desregulación emocional, psicopatología general, síntomas depresivos y baja autoestima. 6. Seguimiento 6 meses.	a) GE: (n: 42), DBT TA (protocolo Telch y Safer) en 20 sesiones grupales de 2 hrs c/u. b) GC: (n: 133) activo, CBT+ dirigida a los atracones con 20 sesiones de terapia grupal semanal, 3 módulos de 75 min c/u.	1. OP: Ambas intervenciones lograron mejoras significativas en OP. La disminución en la psicopatología global TCA, se logró más rápidamente con CBT+. La única diferencia significativa entre intervenciones fue la psicopatología global TCA al final de la intervención a favor CBT+. Pero en el seguimiento ya no había diferencia estadísticamente significativa entre las intervenciones. 2. OS: CBT+ logro una mejoría estadísticamente significativa en síntomas depresivos que se mantuvieron en el seguimiento. Pero al comparar los grupos, esta no fue significativa.	1. Diferencias importantes en la dosificación de las intervenciones, DBT-BED tuvo menos interacciones cara a cara, tuvo solo una sesión de seguimiento (versus 6 en CBT+). 2. No se consideró si los pacientes tuvieron terapias psicológicas previas. 3. La diferencia en el gran tamaño muestra CBT+, versus tamaño pequeño grupo en DBT-BED permite tener un adecuado poder para detectar grandes diferencias, pero no para detectar pequeñas o medianas diferencias entre ambos grupos.

18	Cerolini et al. 2024, Italia	Estudio Cuasiexperimental N: 65	EDE-17, EDE-Q, BES, ESE BS, SCL-90R, RSES	Muestra clínica de centro de trastornos alimentarios en Roma. 1. 85% mujeres 2. TA 3. EP: 38,5 años 4. OP: frecuencia atracones alimentarios, síntomas TCA e IMC. 5. OS: Disminución del estrés patológico, aumento auto-eficacia del comer social y emocional, y autoestima. 6. Seguimiento 1 mes.	a) GE: (n: 43) Intervención basada en DBT, para TA y BN por Safer and Colleges, adaptada por los autores para 10 sesiones on line semanales de 2 horas duración. b) GC: (n: 22), TAU/Lista de espera, consistente en consejo nutricional, dieta y sesión mensual con médico y psicólogo.	1. OP: Mejoras estadísticamente significativas en GE, en frecuencia atracones ( $p = 0,006$ ) y síntomas TCA ( $p = 0,039$ ), que se mantuvieron en el seguimiento. Diferencias significativas entre GE y GC. 2. OS: Mejoras estadísticamente significativas en estrés patológico ( $p = 0,005$ ) y autoestima ( $p = 0,005$ ). Diferencias significativas entre GE y GC.	1. Estudio no randomizado 2. Tamaño pequeño de la muestra. 3. Aunque todo el GE completó el tratamiento, solo 46% GE completo seguimiento a 1 mes. 4. Corto periodo seguimiento y realizado solo en GE.
19	Linardon et al. 2024, Australia	RCT 576	EDE-Q, PHQ, ERS, FIMO, DTS-4	Muestra adulta, reclutada desde pág. Web, 92% raza blanca 1. 93% mujeres, 0.3 género diverso. 2. TA (evaluado por cuestionario). 3. EP: 39 años. 4. OP: Frecuencia atracones alimentarios, nivel global de psicopatología TCA. 5. OS: Síntomas cognitivos y conductuales, estrés psicológico. 6. Seguimiento 6 y 12 semanas.	a) GE (n:287) Resilience eDBT APP, basada en protocolos de entrenamiento DBT, 5 mod. Cada módulo dura entre 30 a 90 minutos completarlo. b) GC (n:289) lista de espera.	1. OP: Hubo mejoras en ambos OP, estadísticamente significativos a las 6 y 12 semanas entre los grupos. 2. OS: Mejoras significativas en preocupación por el peso, formas corporales, alimentación y disminución de conductas compensatorias. No hubieron diferencias significativas en estrés psicológico.	1. Dificultades en el compromiso y desgaste del GE (48%). 2. Menos del 50% completaron seguimiento a las 6 y 12 semanas 3. Falta de grupo control activo.
20	Fenning et al. 2024, USA	Estudio piloto 20	EDE-Q, CARED, CDI, PQ-LES-Q, OCY-A y YOU-C	Muestra clínica de adolescentes procedentes de hospital público y centro privado, muestra heterogénea de individuos con TCA, Ansiedad y síntomas depresivos. 75% blancos y 80% no latino/Hispanico. 1. 100% mujeres 2. EP: 16.7 años, (13-21 años). 3. AN, Trastorno ansiedad. 4. OP: Síntomas de hipercontrol.	1. GE: (n: 13), RO DBT-A, protocolo modificado del RO-DBT, consistente en 20 sesiones on line individuales semanales de 1 hora duración 2. GC: (n: 7), Lista de espera.	1. OP: En GE mejoras en conductas maladaptativas de control ( $p = 0,043$ ), ansiedad ( $p = 0,043$ ) y depresión ( $p = 0,043$ ) y aumento significativo de calidad de vida ( $p = 0,043$ ). Análisis ITT, solo depresión ( $p = 0,011$ ) y calidad de vida ( $p = 0,021$ ) mejoraron significativamente en GE comparado con GC.	1. Estudio no randomizado. 2. Muestra pequeña que limita análisis cuantitativo. 3. En GE, un 62% recién había terminado FBT antes de ingresar a este estudio, por lo que el principal objetivo de DBT es evitar recaídas y abordar síntomas residuales. 4. Abandono de 46% en GE. 5. Muestra heterogénea. 6. Sin seguimiento.

## Discusión

Esta revisión identificó como principales medidas de eficacia de DBT en los estudios incluidos, la disminución o abstinencia de atracones alimentarios en los últimos 28 días, esto se condice con que la mayoría de los estudios se realizaron en personas con trastorno por atracón.

El estudio que presenta mayor seguimiento de 4 y 6 años<sup>26</sup>, incluyó AN, BN, TA y TLP; su medida de resultado primario fue evaluar el comer emocional, síntomas depresivos, rabia y regulación emocional. Concluyeron que tanto DBT como la terapia cognitiva conductual logran mejoras significativas. Al comparar ambas intervenciones no hay diferencias significativas. Una debilidad de este estudio es que no fue aleatorizado.

Así también algunos estudios han explorado DBT para TA implementando intervenciones de autoayuda guiadas por el Modelo de Stanford (DBTgsh)<sup>31</sup>. Los resultados indicaron menos episodios de atracones y mayores tasas de abstinencia en el grupo de DBTgsh en comparación con grupo control y en un seguimiento de seis meses. Sin embargo, este estudio presentó un 30% de abandono.

Durante el año 2024 se publicaron tres ensayos controlados que estudian la eficacia de adaptaciones DBT en sesiones on line<sup>35,36</sup>, y desarrollo de una aplicación para smartphone<sup>28</sup>. Todos estos estudios mostraron mejoras significativas en los outcomes medidos. Aunque el grupo control fue lista de espera, y presentan limitaciones asociadas a sesgos de selección, desgaste muestral y un breve periodo de seguimiento, los resultados obtenidos constituyen un aporte relevante y abren nuevas posibilidades para el desarrollo de intervenciones terapéuticas.

La evidencia revisada muestra que la DBT es una intervención prometedora para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente en el trastorno por atracón, con resultados que sugieren efectos positivos y potencialmente duraderos tras la intervención. Sin embargo, persisten importantes limitaciones metodológicas: la mayoría de los ensayos incluidos presentan muestras pequeñas, se enfocan en población adulta femenina de raza blanca, y en muchos casos emplean listas de espera como grupo control, lo que restringe la validez comparativa de los hallazgos.

Asimismo, se identifican vacíos relevantes en la investigación con adolescentes, población masculina, personas neurodivergentes y de género diverso, lo que reduce la representatividad de los resultados. La escasez de ensayos clínicos aleatorizados con grupo control activo y seguimientos a largo plazo refuerza la necesidad de mejorar la calidad y diversidad de los estudios futuros.

A pesar de estas limitaciones, esta revisión aporta evidencia actualizada hasta 2024 y constituye un insumo relevante para la práctica clínica y la investigación. Además, destaca la importancia de explorar formatos digitales de DBT, que podrían favorecer la accesibilidad y aplicabilidad en contextos de salud pública.

## Instrumentos utilizados

En cuanto a los instrumentos para evaluar TCA, en algunos estudios se aplicaban más de uno. El más utilizado fue la entrevista Eating Disorder Examination (EDE; Cooper & Fairburn, 2011) en un 50% de los estudios, y su versión en autorreporte EDEQ<sup>5</sup> en un 55% de los estudios. El Eating Disorder Inventory (EDI; Garner & Wooley, 1991) fue utilizado en un 20% de los estudios.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1996) fue el instrumento más utilizado para los síntomas depresivos, empleado en un 35% de los estudios. Para evaluar regulación emocional los dos más utilizados fueron el Emotional Eating Scale (EES; Arnow et al., 1995) en un 35%, seguido de Difficulties of Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2003), con un 25% cada uno. El único estudio que evaluó el efecto de DBT en autoestima utilizó Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>8</sup>.

## Conclusiones

La presente revisión sistemática aporta evidencia actualizada sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual (DBT) en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), mostrando que esta intervención es especialmente prometedora en el trastorno por atracón, donde se observa una reducción significativa en la frecuencia de atracones y mayores tasas de abstinencia. También se han reportado beneficios en bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, aunque con menor solidez y sustentados en un número reducido de ensayos.

Un hallazgo relevante es la baja tasa de abandono en los grupos tratados con DBT, lo que sugiere buena aceptabilidad y adherencia en comparación con otras intervenciones. Asimismo, el desarrollo de adaptaciones digitales de la DBT (modalidad online y aplicaciones móviles) abre nuevas posibilidades de implementación en sistemas de salud, favoreciendo el acceso a tratamientos efectivos en contextos con recursos limitados.

No obstante, la evidencia disponible presenta importantes limitaciones metodológicas, como el predominio de muestras pequeñas, la concentración en población adulta femenina de raza blanca, el uso frecuente de listas de espera como control y la escasez de seguimientos prolongados. Estas debilidades restrin-

gen la validez y generalización de los hallazgos, y enfatizan la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados más robustos, con grupos control activos, muestras más amplias y diversas, y evaluaciones longitudinales.

La relevancia de esta revisión radica en que sintetiza y actualiza la evidencia científica hasta el año 2024, incorporando estudios recientes que no habían sido considerados en revisiones anteriores. Además, al estar elaborada en idioma español, contribuye a reducir la barrera idiomática en un campo donde la mayoría de la literatura se publica en inglés, facilitando el acceso a investigadores y profesionales de salud de habla hispana.

En conjunto, los hallazgos refuerzan que la DBT constituye una alternativa eficaz y con alto potencial clínico para el tratamiento de los TCA, pero subrayan también la urgencia de fortalecer la investigación con diseños metodológicamente más sólidos y poblaciones más diversas, con el fin de confirmar su efectividad y ampliar su aplicabilidad en distintos contextos clínicos y culturales.

### Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

- Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Courbasson C, Nishikawa Y, Dixon L. Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clin Psychol Psychothe*. 2011;19(5):434-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.748>
- Ben-Porath D, Duthu F, Luo T, Gonidakis F, Compte EJ, Wisniewski L. Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eat Disord*. 2020;28(2):101-21. doi: 10.1080/10640266.2020.1723371
- Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30059-3
- Wisniewski L, Kelly E. The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cogn Behav Pract*. 2003;10(2):131-8. doi: 10.1016/s1077-7229(03)80021-4
- Prefit AB, Căndeia DM, Szentagotai-Tătar A. Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*. 2019; 143:104438. doi: 10.1016/j.appet.2019.104438
- Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Bulik CM. Binge-Eating Disorder in Adults. *Ann Intern Med*. 2017;166(3):231-2. doi: 10.7326/116-062
- Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, et al. Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(5):317-28. doi: 10.1002/erv.2517
- Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, NA-NA. 2010;43(3):205-17. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20696>
- Safer DL, Chen EY. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Theory, evidence, and treatment implications. *Clin Psychol*. 2011;18(3):203-7. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01251.x
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2001;158(4):632-4. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(6):1061-5. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.1061
- Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE, Pantalone DW. A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eat Disord*. 2012;20(3):196-215. doi: 10.1080/10640266.2012.668478
- Buerger A, Vloet TD, Haber L, Geissler JM. Third-wave interventions for eating disorders in adolescence - systematic review with meta-analysis. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1). doi: 10.1186/s40479-021-00158-6
- Vogel EN, Singh S, Accurso. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*. 2021;18(9): 1-38. doi: 10.1186/s40337-021-00461-1
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Br Med J*. 2021;n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1). doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
- Courbasson C, Nishikawa Y, Dixon L. Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2011;19(5):434-49. doi: 10.1002/cpp.748
- Wallace LM, Masson PC, Safer DL, von Ranson KM. Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Eat Disord*. 2014;2(1). doi: 10.1186/s40337-014-0035-x
- Mazzeo SE, Lydecker J, Harney M, et al. Development and preliminary effectiveness of an innovative treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. *Eat Behav*. 2016; 22: 199-205. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.014
- Chen EY, Cacioppo J, Fettich K, et al. An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychol Med*. 2016;47(4):703-17. doi: 10.1017/s0033291716002543
- Carter JC, Kenny TE, Singleton C, Van Wijk M, Heath O. Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *Int J Eat Disord*. 2019;53(3):451-60. doi: 10.1002/eat.23208
- Jaite C, Pfeiffer A, Pfeiffer E, et al. Subjective evaluation of outpatient treatment for adolescent patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2018;25(2):445-52. doi: 10.1007/s40519-018-0620-0
- Hill DM, Craighead LW, Safer DL. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *Int J Eat Disord*. 2011;44(3):249-61. doi: 10.1002/eat.20812
- Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence?

- Behav Res Ther. 2011;49(5):339-45. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.001
26. Rahmani M, Omid A, Asemi Z, Akbari H. The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Ment Health Prev.* 2018;9:13-8. doi: 10.1016/j.mhp.2017.11.002
  27. Dastan B, Afshar zanjani S, Froueddin adl A, Habibi M. The effectiveness of dialectical behaviour therapy for treating women with obesity suffering from BED: A feasibility and pilot study. *Clin Psychol.* 2020;24(2):133-42. doi: 10.1111/cp.12197
  28. Linardon J, Anderson C, McClure Z, et al. A dialectical behavior therapy skills training smartphone app for recurrent binge eating: a randomized clinical trial. *Psychol Med.* 2024;54(16):4646-57. doi: 10.1017/s0033291724002800
  29. Robinson AH, Safer DL. Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: Results from a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* 2011;45(4):597-602. doi: 10.1002/eat.20932
  30. Soleimani M, Ghasemzadeh A, Ebrahimnezhad MF. Effects of Dialectical Behaviour Therapy on Increasing Self-Esteem in Women with Binge Eating Disorder. *Procedia Soc Behav Sci.* 2012;46:1091-5. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.05.253
  31. Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM, Safer DL. A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2013;51(11):723-8. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.001
  32. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *J Eat Disord.* 2020;8(1). doi: 10.1186/s40337-020-00299-z
  33. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *Int J Eat Disord.* 2022;55(7):902-13. doi: 10.1002/eat.23750
  34. Navarro-Haro MV, Botella VG, Badenes-Ribera L, Borao L, Garcia-Palacios A. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Comorbid Borderline Personality Disorder and Eating Disorder in a Naturalistic Setting: A Six-Year Follow-up Study. *Cogn Ther Res.* 2020;45(3):480-93. doi: 10.1007/s10608-020-10170-9
  35. Fennig M, Agali U, Looby M, Gilbert K. Telehealth-Delivered Radically Open Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (RO DBT-A): A Pilot Mixed-Methods Study. *Am J Psychother.* 2024;77(2):46-54. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20230025
  36. Cerolini S, D'Amico M, Zagaria A, et al. A Brief Online Intervention Based on Dialectical Behavior Therapy for a Reduction in Binge-Eating Symptoms and Eating Pathology. *Nutrients.* 2024;16(16):2696. doi: 10.3390/nu16162696
  37. Delparte CA, Power HA, Gelinus BL, Oliver AM, Hart RD, Wright KD. Examination of the Effectiveness of a Brief, Adapted Dialectical Behavior Therapy-Skills Training Group for Bariatric Surgical Candidates. *Obes Surg.* 2018;29(1):252-61. doi: 10.1007/s11695-018-3515-2