



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Efectos de la terapia dialéctico conductual en línea sobre la insatisfacción corporal y síntomas de trastornos alimentarios en mujeres: estudio piloto

Effects of dialectical behavioral therapy online on body dissatisfaction and eating disorder symptoms in women: a pilot study

Mayaro Ortega Luyando¹, Luisa Dayanit Cruz Roque², Alejandro Pérez Ortiz¹, María Leticia Bautista Díaz³, Juan Manuel Mancilla Díaz¹, Georgina Leticia Álvarez Rayón¹ y Adriana Amaya Hernández¹

¹ Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Grupo de Investigación en Aprendizaje Humano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 2024-03-13

Revisado: 2024-06-30

Aceptado: 2024-09-09

Autora de correspondencia: adriana.amaya@iztacala.unam.mx (A. Amaya-Hernandez)

Financiamiento: Agradecemos el apoyo otorgado a la Dra. Mayaro Ortega Luyando (DGAPA-PAPIIT TA300122) y a la Dra. Georgina L. Álvarez Rayón (DGAPA-PAPIIT IN305123).

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimiento: Un especial agradecimiento al Mtro. Aldo Azael Rojas Salazar, quien brindó las facilidades para tener acceso a la población con la que se trabajó en este proyecto.

Resumen. Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TAIA) son padecimientos cuya génesis está relacionada con la alteración en la imagen corporal, el miedo a ganar peso y la ejecución de conductas

para el control del mismo. Durante la pandemia por la COVID-19 se reportó un incremento del 57% en el número de casos relacionados con los TAIAs, situación que a su vez demandó un aumento en el servicio psicológico a distancia. El objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de una intervención grupal en línea bajo el modelo de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario. Por medio de una muestra no probabilística de tipo intencional y por cuotas participaron ocho mujeres, de entre 18 y 38 años de edad ($M_{\text{edad}}=27.25, DE=8.328$). Completaron una batería psicológica conformada por una ficha de datos generales y las escalas EAT-26, BULIT y BSQ. Ingresaron en grupos a la plataforma Zoom®, la intervención constó de 10 sesiones, de frecuencia semanal y duración aproximada de dos horas. Los análisis intragrupal revelan una disminución en los síntomas de anorexia ($p = .028$), bulimia ($p = .004$) e insatisfacción corporal ($p = .021$), como también, a nivel individual ($CCO \leq 0.20, ICF \leq -1.96, \text{puntuación} < CCR$). La TDC de tipo *online* posee evidencias de disminuir los síntomas asociados a los TAIAs, no obstante, deben realizarse más estudios que permitan mejorar la validez externa de este tipo de terapia y modalidad de atención.

Palabras clave: Telepsicología, Terapia dialéctica conductual, Imagen corporal, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Abstract. Eating disorders (ED) are conditions whose genesis is related to alterations in body image, fear of gaining weight and the implementation of weight control behaviors. During the COVID-19 pandemic, a 57% increase in the number of cases related to ED was reported, a situation that in turn demanded an increase in remote psychological services. The objective of the research was to evaluate the effect of an online group intervention under the Dialectical Behavior Therapy (DBT) model in women with eating behavior disorders. Eight women between 18 and 38 years of age ($M_{\text{age}}=27.25, SD=8.328$) participated in a non-probabilistic, purposive, quota-based sample. They completed a psychological battery consisting of a general data sheet and the EAT-26, BULIT and BSQ scales. They entered the Zoom® platform in groups, and the intervention consisted of 10 weekly sessions lasting approximately two hours. Intra-group analyses revealed a decrease in symptoms of anorexia ($p = .028$), bulimia ($p = .004$) and body dissatisfaction ($p = .021$), as well as at the individual level ($CCO \leq 0.20, ICF \leq -1.96, \text{score} < CCR$). Online type DBT has evidence of decreasing symptoms associated with ED, however, more studies should be conducted to improve the external validity of this type of therapy and modality of care.

Keywords: Telepsychology, Dialectical behavior therapy, Body image, Feeding and eating disorders.

INTRODUCCIÓN

A finales de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) fue alertada sobre el surgimiento de un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2 (COVID-19), el cual se transmite por medio de gotículas de saliva o mucosa expulsadas por la nariz o la boca. Para el 11 de febrero de 2020 se declaró a nivel internacional el inicio formal de esta emergencia sanitaria, la pandemia por COVID-19. En función de ello, se tomaron como medidas

de contención de la enfermedad el uso de mascarillas, el cierre de espacios y centros públicos, así como un confinamiento en los hogares, el cual se prolongó más de lo estimado y terminó superando el año y medio (Talic et al., 2021).

Derivado de este suceso, el estilo de vida de la población en general sufrió un cambio radical. Particularmente, en diferentes partes del mundo se comenzó a reportar el incremento en el temor de contagio de este virus, temor de la pérdida de seres queridos, así como

mayor exposición a jornadas domésticas y/o de trabajo en línea (*housekeeping* y *homeoffice*, respectivamente), por mencionar algunos (Appel-Meulenbroek et al., 2023; Cori et al., 2021; Giorgi et al., 2020). La presencia de estos hechos coadyuvó a deteriorar la salud mental, específicamente, a experimentar síntomas asociados a trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias e incluso cambios en la conducta alimentaria (Almeida et al., 2020; COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021; Taquet et al., 2021).

Respecto a las alteraciones suscitadas durante la pandemia en la conducta alimentaria y variables psicológicas relacionadas, la literatura identifica dos líneas de investigación: a) personas con o sin diagnóstico psicológico previo de algún trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos (TAIA), quienes exacerbaron sus síntomas y malestar (aumento de peso, mayor insatisfacción corporal, preocupación por su figura y peso), aunado a presentar comorbilidad con algún trastorno de carácter emocional (estrés, ansiedad y/o depresión; Devoe et al., 2023; Gonidakis, 2022; Sideli et al., 2021) y b) ejecución de conductas alimentarias de riesgo (CAR) para el control del peso, alimentación emocional y/o desarrollo de síntomas de algún TAIA en personas que *a priori* a la pandemia no lo presentaban (Burnatowska et al., 2022; Haghshomar et al., 2022). De acuerdo con esta información, la mayoría de los estudios realizados en la pandemia giraron entorno a las personas que ya contaban con el diagnóstico de un TAIA, más no en quienes comenzaron a desarrollarlo durante la etapa de confinamiento.

En vista del aumento en el número de casos relacionados con los TAIA (57%), la atención psicológica vía remota (telepsicología) se convirtió en la primera línea de acción por parte de los profesionales de la salud mental (Linardon et al., 2022; Monteleone et al., 2021; Reynoso et al., 2021). De acuerdo con estudios de metaanálisis (Carlbring et al., 2018; Chi et al., 2022; Loucas et al., 2014; Saenz et al., 2019), la terapia en línea u *online* es igual de efectiva que la terapia presencial para la atención de diferentes padecimientos psicológicos, entre los que se encuentran: estrés, ansiedad, depresión, disfunciones sexuales masculinas, insatisfacción corporal, insomnio, fobias, TAIA (CAR y anorexia nerviosa) y trastorno de pánico. Asimismo, los resultados de estas investigaciones señalan que el principal

enfoque terapéutico implementado es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de segunda y tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, y *mindfulness*).

En cuanto a la TCC de tercera generación para la atención de CAR y TAIA, existe también la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la cual se centra en el cambio y la aceptación del problema. A diferencia de la TCC de segunda generación, la TDC considera el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas que experimentan las personas, las cuales pueden conllevar a la ejecución de autolesiones o bien a la toma de decisiones impulsivas; aspectos clínicos presentes en las personas con estos padecimientos psicológicos (Ruíz, et al, 2012). La evidencia reportada en la literatura en adolescentes sobre la TDC en los TAIA es limitada (n=12), en comparación con la TCC de segunda generación (n=40). Además, los estudios efectuados se han administrado sólo en modalidad presencial. Pese a ello, en general los resultados sugieren que ambos tipos de terapia resultan ser alternativas viables para reducir los síntomas de anorexia y bulimia nerviosa, así como de trastorno por atracón (Bankoff et al., 2012; Vogel et al., 2021). Sin embargo, se carecen de estudios suficientes que permitan realizar comparaciones y metaanálisis, de tal suerte que se pueda medir el tamaño del efecto y determinar cuál de los dos tipos de terapia es la más idónea para trabajar con este tipo de pacientes.

Implementar tratamientos durante la pandemia para la atención de personas con síntomas de TAIA resultó ser una necesidad en materia de salud mental pública (Linardon et al., 2022; Monteleone et al., 2021). Razón por la cual, el objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención grupal en línea bajo el modelo de la terapia dialéctica conductual en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario.

MÉTODO

Diseño, tipo de muestreo y participantes

Se llevó a cabo un estudio con diseño experimental de tipo preexperimental (Kerlinger & Lee, 2001). Por medio de un muestro no probabilístico de tipo intencional

por cuotas, participaron ocho mujeres de entre 18 y 38 años de edad, cuya edad promedio fue de 27.25 años ($DE \pm 8.328$), con un peso promedio referido de 76.25 kg ($DE \pm 18.263$, Mínimo = 54 kg, Máximo = 110 kg) y una estatura promedio referida de 1.61 metros ($DE \pm 0.057$). Procedían de una universidad pública ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México. Cinco de ellas cursaban la carrera de psicología, dos la carrera de biología y una de ellas era personal administrativo. Cinco de ellas reportaron que trabajaban (cuatro participantes trabajan y estudiaban la licenciatura). En la Tabla 1 se presentan los antecedentes terapéuticos y el malestar corporal que reportaron las participantes al momento de su inscripción.

Los criterios de inclusión para la selección de los participantes fueron: Pertenecer a la comunidad estudiantil de la institución de estudios superiores, firmar el consentimiento informado, contestar la batería psicométrica, contar con un dispositivo con acceso estable a internet y saber utilizar la plataforma para videoconferencias Zoom®. En tanto, los criterios de exclusión fueron: Estar bajo tratamiento psiquiátrico (farmacológico), no contar con un dispositivo electrónico con acceso a internet y no presentar síntomas de algún TAIA y/o distorsiones en su imagen corporal. Quienes no firmaron el consentimiento informado, incumplieron el reglamento *exprofeso* elaborado para la intervención y no completaron las tres evaluaciones, fueron eliminados.

INSTRUMENTOS

La batería psicológica estuvo conformada por un consentimiento informado, una hoja de datos generales y tres escalas que evaluaron la sintomatología asociada a los TAIA y la imagen corporal. Estuvo disponible en un formulario *online* en la plataforma *GoogleForms*®.

Hoja de datos generales. Recuperó información relacionada con datos personales, tales como edad, sexo, peso, estatura, carrera, medio de contacto (correo electrónico y teléfono), diagnóstico médico de algún padecimiento y preguntas abiertas en las que se indagaron los motivos por los cuales se habían inscrito al programa, así como partes del cuerpo con las que presentaban un malestar corporal.

Tabla 1. Antecedentes terapéuticos y malestar corporal de las participantes al momento de la inscripción a la intervención

Antecedentes de terapia	f	%
Sí	7	87.5
No	1	12.5
¿Acudiste a terapia por cuestiones relacionadas con tu imagen corporal y/o conducta alimentaria?		
Sí	0	0
No	7	100
Preocupación por la forma o tamaño de partes del cuerpo:		
Abdomen	2	25
Abdomen, brazos y piernas	2	25
Abdomen, cintura, brazos y piernas	1	12.5
Abdomen, caderas, cintura, brazos, piernas y pecho	1	12.5
Abdomen, caderas, cintura, brazos, piernas, pecho, tez	1	12.5
Abdomen, caderas, cintura, brazos, piernas, pecho, tez y espalda	1	12.5
Preocupación por el peso:		
Sí, demasiado alto	6	75
No, tengo el peso adecuado	2	25

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés; Garner et al., 1979). Mide la sintomatología y características de la anorexia nerviosa. Consta de 26 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert que van de nunca a siempre. Fue adaptado por Franco et al. (2016) en una muestra no clínica de mujeres universitarias de nacionalidad mexicana. El análisis de confiabilidad mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = .83$), además, corroboraron la estructura de tres factores con consistencia interna de $\alpha = .89$ para Dieta, $\alpha = .75$ para Bulimia y preocupación por la comida y $\alpha = .72$ para Control oral.

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés; Smith & Thelen, 1984). Evalúa y detecta el riesgo de desarrollar sintomatología de bulimia nerviosa. Consta de 36 reactivos, con cinco opciones de respuesta que oscilan entre 1 y 5. En México, Álvarez (2000) adaptó y validó al español la escala en una muestra de 2168 mujeres mexicanas, teniendo una aceptable consistencia interna ($\alpha = .88$). En el análisis factorial exploratorio se

agruparon 22 reactivos en tres dimensiones: Atracón ($\alpha = .85$), Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón ($\alpha = .82$) y Conductas Compensatorias ($\alpha = .58$). Cuenta con un punto de corte ≥ 85 , esto por el grado de especificidad (97%) y de sensibilidad (79%; Franco et al., 2010).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés; Cooper et al, 1987). Explora la percepción de insatisfacción y preocupación por la imagen corporal. Consta de 34 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert que van desde nunca hasta siempre. En una investigación realizada por Vázquez et al. (2011) se validó este instrumento en una muestra de 472 mujeres mexicanas de 13 a 30 años de edad, se evaluó la consistencia interna y el análisis factorial del BSQ, los cuales confirmaron que cuenta con una excelente consistencia interna ($\alpha = .98$), una buena sensibilidad (84.3%) y especificidad (84.4%). Se estableció como punto de corte una puntuación total ≥ 110 .

PROCEDIMIENTO

Durante la segunda ola de la pandemia por COVID-19 en México (entre enero y abril de 2021; Secretaría de Salud, 2023), se difundieron *flyers* sobre la intervención en las redes sociales oficiales de la institución superior (i.e. *Instagram*® y *Facebook*®). Este material contaba con un enlace que dirigía a los interesados al formulario en la plataforma *GoogleForms*®, posteriormente, se cerraron las inscripciones al programa de atención psicológica vía remota, dado que era necesario evaluar las respuestas brindadas en las escalas, es decir, identificar si los respondientes presentaban o no síntomas de TAIA e insatisfacción corporal. En total se registraron 57 adultos, no obstante, 47 usuarios iniciaron el programa y únicamente ocho completaron todas las evaluaciones (ver Figura 1). Se dio inicio a la intervención psicológica durante la tercera ola de la pandemia (entre abril y mayo de 2021; Secretaría de Salud, 2023). La evaluación posttest se realizó una semana después de haber concluido el tratamiento, en tanto, la evaluación correspondiente al seguimiento (seis meses después de la evaluación posttest), se llevó a cabo durante la cuarta ola de esta emergencia sanitaria (diciembre de 2021; Secretaría de Salud, 2023).

Cabe destacar que se crearon cinco grupos de atención, entre ocho y 10 participantes, esto con la finalidad de poder brindar una mejor atención. Además, propiamente no se corroboró el diagnóstico de un TAIA, dado que la finalidad de este proyecto gira entorno a un nivel de prevención primario del padecimiento.

Consideraciones éticas

El presente proyecto se realizó bajo previo consentimiento informado de las participantes, éste se efectuó después del análisis y aprobación del comité de ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, con número de registro: CE/FESI/102021/1442. Los autores declaran que los procedimientos seguidos estuvieron bajo estricto apego de las normas para la elaboración de protocolos de investigación estipulada en la *Declaración de Helsinki* (Asociación Médica Mundial, 2017) y el *Código Ético del Psicólogo* (Sociedad Mexicana de Psicología, 2014). Como también, se siguieron las recomendaciones para la atención psicológica en línea (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013; McCord et al., 2020).

Características de la intervención

El tratamiento psicológico se sustentó bajo los principios de la TDC (Ruíz, et al, 2012), particularmente, retomando las recomendaciones clínicas para la atención de personas con alteraciones en su imagen corporal y síntomas de TAIA (Ben-Porath et al., 2020; Godfrey et al., 2015; Reilly et al., 2020). los terapeutas contaban con formación y experiencia en terapias de segunda y tercera generación, además de tener estudios de posgrado. La intervención estuvo conformada por 10 sesiones, administradas en la plataforma para videoconferencias *Zoom*®, se impartía una sesión por semana con duración aproximada de dos horas. En todas las sesiones hubo dos de los investigadores fungiendo en calidad de terapeutas.

Al tratarse de una intervención de carácter multi-componente, y con base en la literatura anteriormente señalada, se retomaron varias técnicas para cubrir el objetivo, tales como: TDC, psicoeducación, respiración

diafragmática, técnicas de autocontrol (autoinstrucciones, control de estímulos y autoreforzamiento), solución de problemas (balance decisional), *mindfulness*, técnicas de reestructuración cognitiva (debate socrático, búsqueda de evidencia, flecha descendente) y entrenamiento en prevención de recaídas. Además, se diseñaron diferentes actividades durante las sesiones y ejercicios en casa relacionadas con la sintomatología de los TAIA y la imagen corporal.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico SPSS® para Windows® versión 25. En vista del número reducido de participantes, para el análisis entre las diferentes evaluaciones a nivel intragrupal se decidió realizar una prueba no paramétrica, particularmente la prueba de Friedman. En tanto, para el análisis individual se retomó el cambio clínico objetivo (≤ -0.20), el índice de cambio confiable (≤ -1.96) y el cambio clínicamente relevante (Cardiel, 1994; Iraurgi, 2010). La significancia estadística se determinó a partir de $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis inferencial

Las participantes reportaron disminuir la sintomatología asociada a la anorexia nerviosa ($Fr = 7.161, p = .028$),

la bulimia nerviosa ($Fr = 11.032, p = .004$) y a la insatisfacción corporal ($Fr = 7.750, p = .021$). Sin embargo, los resultados revelan que estos cambios se produjeron en las puntuaciones obtenidas entre la evaluación pretest y posttest, mas no en el seguimiento (ver Tabla 2).

Cambio clínico objetivo (CCO)

Siete de las participantes reportaron un CCO en los síntomas de anorexia nerviosa entre la evaluación pretest y posttest, no obstante, este efecto se perdió con algunas de ellas en el seguimiento (participantes 3, 7 y 8). Respecto a los síntomas de bulimia nerviosa, seis de las mujeres lograron un CCO en la evaluación posttest, pese a ello, sólo tres lograron mantener dicho efecto en el seguimiento (participantes 1, 4 y 6). Finalmente, siete de las participantes lograron y mantuvieron un CCO en la insatisfacción corporal en las evaluaciones posttest y en el seguimiento (ver Tabla 3).

ÍNDICE DE CAMBIO FIABLE (ICF)

Para demostrar si los cambios obtenidos en las diferentes fases de la intervención fueron confiables, es decir, si se debieron al efecto del tratamiento, se obtuvo el Índice de cambio confiable (ICF). En la sintomatología de anorexia nerviosa dos participantes (4 y 8) no satisficieron este parámetro clínico ($ICF \leq -1.96$), situación similar con los síntomas de bulimia nerviosa

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en las escalas psicométricas en las evaluaciones de las participantes

Grupo	Evaluación	Rangos promedio	Fr	p
Anorexia nerviosa	Pretest	2.63	7.161	.028
	Posttest	1.31		
	Seguimiento	2.06		
Bulimia nerviosa	Pretest	2.94	11.032	.004
	Posttest	1.44		
	Seguimiento	1.63		
Insatisfacción corporal	Pretest	2.75	7.750	.021
	Posttest	1.38		
	Seguimiento	1.88		

Tabla 3. Cambio clínico objetivo de las participantes en los diferentes momentos de evaluación

Sintomatología	Participante	Pretest	Postest	Seguimiento	CCO Pretest y Postest	Interpretación CCO Pretest y Postest	CCO Pretest y Seguimiento	Interpretación CCO Pretest y Seguimiento
Anorexia nerviosa	1	26	0	0	-1.00	Cambio	-1	Cambio
	2	8	1	3	-0.88	Cambio	-0.63	Cambio
	3	21	6	17	-0.71	Cambio	-0.19	Sin Cambio
	4	36	7	10	-0.81	Cambio	-0.72	Cambio
	5	18	3	6	-0.83	Cambio	-0.67	Cambio
	6	10	0	3	-1.00	Cambio	-0.70	Cambio
	7	2	0	4	-1.00	Cambio	1	Sin Cambio
	8	4	10	10	1.50	Sin Cambio	1.5	Sin Cambio
Bulimia nerviosa	1	89	43	66	-0.52	Cambio	-0.26	Cambio
	2	54	54	53	0.00	Sin cambio	-0.02	Sin Cambio
	3	144	67	117	-0.53	Cambio	-0.19	Sin Cambio
	4	89	61	60	-0.31	Cambio	-0.33	Cambio
	5	83	50	71	-0.40	Cambio	-0.14	Sin Cambio
	6	93	68	59	-0.27	Cambio	-0.37	Cambio
	7	66	57	58	-0.14	Sin cambio	-0.12	Sin Cambio
	8	103	67	91	-0.35	Cambio	-0.12	Sin Cambio
Insatisfacción corporal	1	162	61	123	-0.62	Cambio	-0.24	Cambio
	2	99	46	51	-0.54	Cambio	-0.48	Cambio
	3	186	93	117	-0.50	Cambio	-0.37	Cambio
	4	151	73	65	-0.52	Cambio	-0.57	Cambio
	5	179	59	95	-0.67	Cambio	-0.47	Cambio
	6	117	83	77	-0.29	Cambio	-0.34	Cambio
	7	107	78	79	-0.27	Cambio	-0.26	Cambio
	8	101	71	98	-0.30	Cambio	-0.03	Sin Cambio

Nota. CCO = Cambio Clínico Objetivo, en variables negativas este debe ser \leq a -0.20 para que se considere significativo.

(participantes 2 y 3). En tanto, tres de las mujeres (1, 3 y 5) no obtuvieron un ICF en la disminución de la insatisfacción corporal (ver Tabla 4).

Cambio clínico relevante (CCR)

Para obtener la constante del Cambio clínico relevante (CCR), se restaron dos desviaciones estándar a la media de la población disfuncional. En la Tabla 5 se

muestran las constantes obtenidas en cada instrumento para comparar si las puntuaciones obtenidas por las participantes en la fase de postest y seguimiento indicaron un cambio relevante o no. Al respecto, todas las participantes obtuvieron un CCR entre la evaluación pretest y postest en los síntomas de anorexia y bulimia nerviosa, como también, en la insatisfacción corporal. No así en el seguimiento (participantes 1, 3, 4, 5 y 8; ver Tabla 6).

Tabla 4. Índice de cambio fiable de las participantes en los diferentes momentos de evaluación

Sintomatología	Participante	Pretest	Postest	Seguimiento	ICF Pretest y Postest	Interpretación	ICF Pretest y Seguimiento	Interpretación
Anorexia nerviosa	1	26	0	0	-1.86	Fiable	-1.86	Fiable
	2	8	1	3	-0.50	Fiable	-0.36	Fiable
	3	21	6	17	-1.07	Fiable	-0.29	Fiable
	4	36	7	10	-2.07	No fiable	-1.86	Fiable
	5	18	3	6	-1.07	Fiable	-0.86	Fiable
	6	10	0	3	-0.71	Fiable	-0.50	Fiable
	7	2	0	4	-0.14	Fiable	0.14	No Fiable
	8	4	10	6	0.43	No fiable	0.14	No Fiable
Bulimia nerviosa	1	89	43	66	-1.33	Fiable	-0.66	Fiable
	2	54	54	53	0.00	No fiable	-0.03	Fiable
	3	144	67	117	-2.23	No fiable	-0.78	Fiable
	4	89	61	60	-0.81	Fiable	-0.84	Fiable
	5	83	50	71	-0.95	Fiable	-0.35	Fiable
	6	93	68	59	-0.72	Fiable	-0.98	Fiable
	7	66	57	58	-0.26	Fiable	-0.23	Fiable
	8	103	67	91	-1.04	Fiable	-0.35	Fiable
Insatisfacción corporal	1	162	61	123	-2.38	No fiable	-0.92	Fiable
	2	99	46	51	-1.25	Fiable	-1.13	Fiable
	3	186	93	166	-2.19	No fiable	-0.47	Fiable
	4	151	73	65	-1.84	Fiable	-2.03	No fiable
	5	179	59	95	-2.83	No fiable	-1.98	No fiable
	6	117	83	77	-0.80	Fiable	-0.94	Fiable
	7	107	78	79	-0.68	Fiable	-0.66	Fiable
	8	101	71	98	-0.71	Fiable	-0.07	Fiable

Nota. ICF = Índice de cambio fiable, se considera que obtuvo un ICF cuando las puntuaciones son iguales o menores a 1.96.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención grupal en línea bajo el modelo de la Terapia Dialéctico Conductual en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario. De manera general, los resultados obtenidos proporcionan evidencias para señalar que se cumplió con el propósito del estudio, dado que todas las participantes redujeron su insatisfacción corporal y la sintomatología asociada a los TAIA (anorexia y bulimia nerviosa).

Los hallazgos obtenidos coinciden con lo reportado en las revisiones sistemáticas conducidas por Bankoff et al. (2012) y Vogel et al. (2021), en cuanto a aportar evidencias de la efectividad de la TDC para reducir las distorsiones sobre la imagen corporal y la ejecución de CAR. En dichos estudios se destaca la viabilidad de emplear diseños preexperimentales para la atención de estos padecimientos. En tanto, si bien la mayoría de ellos no llevó a cabo una evaluación de seguimiento, esta investigación cuenta con ese acierto: evaluar a mediano plazo el mantenimiento conductual de lo

Tabla 5. Constantes obtenidas en los diferentes instrumentos de evaluación para determinar si los cambios en las puntuaciones de las participantes fueron clínicamente relevantes

Instrumentos	\bar{X}_D	DE_D	CCR
EAT	29.73	2 (9.043)	11.644
BULIT	105.00	2 (17.347)	70.311
BSQ	148.88	2 (19.934)	109.012

Nota. \bar{X}_D = media de la población disfuncional.

Tabla 6. Cambio clínicamente relevante de las participantes en los diferentes momentos de evaluación

Sintomatología	Participante	Pretest	Postest	Seguimiento	CCR Pretest y Postest	Interpretación	CCR Pretest y Seguimiento	Interpretación
Anorexia nerviosa	1	26	0	0	12	Cambio	12	Cambio
	2	8	1	3	12	Cambio	12	Cambio
	3	21	6	17	12	Cambio	12	No Cambio
	4	36	7	10	12	Cambio	12	No Cambio
	5	18	3	6	12	Cambio	12	Cambio
	6	10	0	3	12	Cambio	12	Cambio
	7	2	0	4	12	Cambio	12	Cambio
	8	4	10	6	12	Cambio	12	Cambio
Bulimia nerviosa	1	89	43	66	70	Cambio	70	Cambio
	2	54	54	53	70	Cambio	70	Cambio
	3	144	67	117	70	Cambio	70	No Cambio
	4	89	61	60	70	Cambio	70	Cambio
	5	83	50	71	70	Cambio	70	No Cambio
	6	93	68	59	70	Cambio	70	Cambio
	7	66	57	58	70	Cambio	70	Cambio
	8	103	67	91	70	Cambio	70	No Cambio
Insatisfacción corporal	1	162	61	123	109	Cambio	109	No Cambio
	2	99	46	51	109	Cambio	109	Cambio
	3	186	93	166	109	Cambio	109	No Cambio
	4	151	73	65	109	Cambio	109	Cambio
	5	179	59	95	109	Cambio	109	Cambio
	6	117	83	77	109	Cambio	109	Cambio
	7	107	78	79	109	Cambio	109	Cambio
	8	101	71	98	109	Cambio	109	Cambio

Nota. CCR = Cambio clínicamente relevante. Se considera que existe un CCR si las puntuaciones son menores al valor de CCR.

aprendido durante la sesión. Pese a no mantenerse el efecto, resulta un acierto a considerar para futuros protocolos que sustenten sus tratamientos en la TDC.

Al igual que la TCC de segunda generación, la TDC es de carácter multicomponente. La diferencia primordial entre ambos tipos de terapia es que la segunda se centra en el cambio y en la aceptación del problema, lo que involucra trabajar con pensamientos dicotómicos y emociones “extremas”, que a su vez pueden llevar a la toma de decisiones impulsivas (estilo de afrontamiento centrado en la emoción) y conductas que atenten contra el bienestar (Ruíz et al., 2012). Los pacientes con insatisfacción corporal y sintomatología de algún TAIA poseen dichas características, dado que la presentación de un evento aversivo relacionado con la imagen corporal conlleva a tener pensamientos automáticos y emociones negativas, las cuales detonan una CAR (Linardon et al., 2022; Monteleone et al., 2021). El estudio de la TDC en estos pacientes aún es escaso, e incluso no concluyente, pero las evidencias reportadas en la literatura, así como las obtenidas en esta investigación, abogan por su uso para la atención de estos padecimientos. Hasta el momento no se han identificado tratamientos basados en la TDC y administrados de manera *online* en este grupo de pacientes, no obstante, el futuro para la implementación de esta terapia y modalidad de atención resulta ser favorecedor (Bankoff et al., 2012; Vogel et al., 2021).

Ahora bien, los análisis intragrupalos señalan que no logró mantenerse el efecto del tratamiento psicológico *online* en la evaluación correspondiente al seguimiento, esto puede deberse a tres tipos de elementos disposicionales: a) características individuales de las participantes, b) relacionados con el tratamiento terapéutico y c) sanitarios.

El primero de ellos involucra el historial clínico de las participantes. Con base en la información recabada en la evaluación pretest, siete de las ocho mujeres ya contaba con antecedentes terapéuticos, pero no relacionados con insatisfacción corporal y/o con sintomatología de algún TAIA. Al respecto, Burnatowska et al. (2022) y Haghshomar et al. (2022) señalan que durante la etapa de confinamiento diferentes grupos sociales, particularmente las mujeres, comenzaron a experimentar alteraciones en la imagen corporal y la conducta alimentaria, posiblemente derivado de la

existencia de síntomas de algún trastorno del estado de ánimo. Situación que podría señalar que la insatisfacción corporal y ejecución de CAR se traten de trastornos secundarios. Este estudio no evaluó la presencia de sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, además de no realizar un diagnóstico de un TAIA, por lo que no podría corroborarse esta hipótesis. Futuros estudios deben considerar una evaluación integral y determinar cuál de los trastornos es el primario y cuál el secundario, de tal suerte que se diseñe un tratamiento acorde a estas características clínicas (Taquet et al., 2021). Pese a lo señalado, esta investigación contribuyó a prevenir el desarrollo del trastorno alimentario.

El segundo elemento, relacionado con el tratamiento terapéutico, puede estar vinculado con la estructura del mismo, específicamente la duración de la intervención. De acuerdo con las revisiones sistemáticas realizadas por Bankoff et al. (2012) y Vogel et al. (2021), los tratamientos basados en la TCC para la atención de estos padecimientos oscilan entre 6 y 18 meses, en tanto, desde la TDC van de 10 a 50 sesiones. Si bien el número de sesiones que conformaron este estudio son el mínimo sugerido por la literatura, podrían ser insuficientes para mantener su efecto a mediano plazo (seis meses), sobre todo, al estar expuesto a una emergencia sanitaria como la COVID-19 que generó estragos en la salud mental (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021; Taquet et al., 2021).

El tercer y último elemento, de carácter sanitario, justo está vinculado con la pandemia, dado que este suceso tuvo repercusión tanto en la salud mental como en la calidad de vida de la población en general, especialmente en las mujeres (Almeida et al., 2020). Al propósito de lo expuesto, el programa de atención culminó y fue evaluado (seguimiento) durante la aún existencia de medidas de contención para evitar la propagación del virus en nuestro país (Secretaría de Salud, 2023), situación que pudo haber conservado estragos en la salud mental de las participantes, derivados del temor de contagio, pérdida de seres queridos, entre otras (Appel-Meulenbroek et al., 2023; Cori et al., 2021; Giorgi et al., 2020).

Algunas de las limitaciones presentes en la realización de este estudio son: 1) La selección del diseño, no contar con un grupo control impide comprobar si el cambio suscitado fue azaroso o se debió a la intervención

psicológica, por tal motivo, se sugiere optar por un diseño cuasiexperimental. 2) Ausencia de un diagnóstico psicológico, resulta incierto si la distorsión en la imagen corporal y los síntomas de TAIA son el trastorno primario o bien secundario, como efecto de un trastorno del estado de ánimo. En virtud de ello, se sugiere realizar una evaluación integral de ambos padecimientos, que permita tener un diagnóstico claro y diferencial. De tal suerte que se diseñe el tratamiento con base en dichas características. 3) El número de sesiones, con base en la literatura la TDC requiere de más sesiones para poder mantener el efecto del tratamiento a mediano plazo. Por tanto, se sugiere aumentar el número de sesiones y realizar los ajustes necesarios al contenido de la mismas. 4) Modalidad de atención, con miras de conocer la efectividad de la TDC en modalidad sincrónica como asincrónica, se sugiere contar con dos grupos, uno por cada modalidad terapéutica. 5) Finalmente, y no menos importante, contar con el peso y la estatura referida, y no con las medidas reales. Si bien el objetivo de este programa no perseguía la reducción del peso corporal o bien de medidas de antropométricas, futuros estudios deberán valorar el retomarlas, considerando un entrenamiento virtual para su auto-medición.

Se concluye que la TDC en modalidad virtual fue efectiva para reducir las distorsiones en la imagen corporal y síntomas asociados a la anorexia y la bulimia nerviosa en mujeres adultas mexicanas. Posiblemente se trate del primer estudio efectuado en población latina. Es necesario continuar con más investigación, de manera que sea posible mejorar la validez interna como externa de este tipo de terapia en estos pacientes.

REFERENCIAS

- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Álvarez, G. L. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT* [Disertación de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. TesisUNAM.
- Appel-Meulenbroek, R., Voulon, T., Bergfurt, L., Arkesteijn, M., Hoekstra, B., & Jongens-Van der Schaaf, P. (2023). Perceived health and productivity when working from home during the COVID-19 pandemic. *Work (Reading, Mass.)*, 76(2), 417-435. <https://doi.org/10.3233/WOR-220575>
- Asociación Médica Mundial. (2017, 21 de marzo). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196-215. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723371>
- Burnatowska, E., Surma, S., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Relationship between Mental Health and Emotional Eating during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(19), 3989. <https://doi.org/10.3390/nu14193989>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida (measuring quality of life). En L. Moreno, F. Cano-Valle & H. García-Moreno (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). Interamericana-McGrawHill.
- Chi, D., Zhang, Y., Zhou, D., Xu, G., & Bian, G. (2022). The effectiveness and associated factors of online psychotherapy on COVID-19 related distress: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 01-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1045400>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). *Body Shape Questionnaire (BSQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06040-000>
- Cori, L., Curzio, O., Adorni, F., Prinelli, F., Noale, M., Trevisan, C., Fortunato, L., Giacomelli, A., & Bianchi, F. (2021). Fear of COVID-19 for Individuals and Family Members: Indications from the National Cross-Sectional Study of the EPICOV19 Web-Based Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3248. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063248>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis.

- Cognitive Behavior Therapy*, 47(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Franco, K., González, O. L., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Martínez, A. G., & Aguilera, V. (2010). Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh on Mexican women. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 17-24. <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221727003.pdf>
- Franco, K., Solorzano, M., Díaz, F., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2016). Confiabilidad y estructura factorial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7857. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348–362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Gonidakis F. (2022). Eating disorders in the era of the COVID-19 pandemic. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 33(4), 267–270. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.096>
- Haghshomar, M., Shobeiri, P., Brand, S., Rossell, S. L., Akhavan Malayeri, A., & Rezaei, N. (2022). Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00550-9>
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significancia clínica a los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 34, 94-110. <file:///C:/Users/Alejandro%20Ortiz/Downloads/Dialnet-EvaluacionDe-ResultadosClinicosII-4830218.pdf>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Kerlinger, F., Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Linardon, J., Messer, M., Rodgers, R. F., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). A systematic scoping review of research on COVID-19 impacts on eating disorders: A critical appraisal of the evidence and recommendations for the field. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 3–38. <https://doi.org/10.1002/eat.23640>
- Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.011>
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Barone, E., Carfagno, M., & Monteleone, P. (2021). COVID-19 Pandemic and Eating Disorders: What Can We Learn About Psychopathology and Treatment? A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 23(12), 83. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01294-0>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Más información sobre la pandemia de COVID-19*. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Reilly, E. E., Orloff, N. C., Luo, T., Berner, L. A., Brown, T. A., Claudat, K., Kaye, W. H., & Anderson, L. K. (2020). Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. *Eating Disorders*, 28(2), 122–141. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1743098>
- Reynoso, L., Lugo, I. V., Becerra, A. L., & Pérez, Y. Y. (2021). Educación a distancia y asistencia psicológica online de cara a la COVID-19: un modelo de trabajo. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 225-245). <https://doi.org/10.29410/QTP.21.11>
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A., & Paz, M. (2012). Terapias de tercera generación. En M. Ruiz, M. Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 513-549). Desclée de Brouwer.
- Saenz, J. J., Sahu, A., Tarlow, K., & Chang, J. (2019). Telepsychology: Training perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 1101-1107. <https://doi.org/10.1002/jclp.22875>
- Sideli, L., Lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 29(6), 826–841. <https://doi.org/10.1002/erv.2861>

- Secretaría de Salud. (2023, 01 de julio). *Informe integral de COVID-19 en México*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/08/Info-02-23-Int_COVID-19.pdf
- Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863–872. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.863>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2014). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Talic, S., Shah, S., Wild, H., Gasevic, D., Maharaj, A., Ademi, Z., Li, X., Xu, W., Mesa-Eguiagaray, I., Rostron, J., Theodoratou, E., Zhang, X., Motee, A., Liew, D., & Ilic, D. (2021). Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 375, e068302. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>
- Taquet, M., Holmes, E. A., & Harrison, P. J. (2021). Depression and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic: knowns and unknowns. *Lancet*, 398(10312), 1665–1666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02221-2)
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 2, 42-52. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- 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), 1-38. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>