



**Universidad  
Europea** VALENCIA

## **GRADO EN PSICOLOGÍA**

### **Trabajo Fin de Grado**

**"Diferencias en la efectividad de la terapia cognitivo-  
conductual según el género en el trastorno de la  
conducta alimentaria: revisión sistemática"**

**Presentado por:** Irene López Temprado

**Director/es:** Romina Lencina

**Curso:** 4º de Psicología

**Convocatoria:** Ordinaria

## RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son afecciones caracterizadas por creencias negativas sobre la apariencia física, la comida y el peso corporal, acompañadas de conductas desadaptativas como la restricción alimentaria, el ejercicio excesivo y el uso de laxantes o vómitos provocados. Entre los TCA más comunes se encuentran la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), según el DSM-5. Estos trastornos tienen un origen multifactorial, con influencias biológicas, psicológicas y socioculturales, y afectan negativamente la salud y las capacidades psicosociales de los pacientes.

Las diferencias de género en la manifestación y tratamiento de los TCA son un área aún desconocida. Los hombres, aunque menos estudiados, también sufren de TCA, pero con características y factores de riesgo específicos, lo que conlleva a una forma diferente de aplicación y eficacia de las terapias utilizadas. Por ello el objetivo de esta investigación no es otro que el de conocer las diferencias de género en cuanto a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con pacientes con TCA.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una intervención eficaz para los TCA, pero su aplicación y efectividad pueden variar entre géneros. La falta de estudios específicos sobre hombres y la diversidad de tipos de TCA limitan la generalización de los hallazgos. Además, la mayoría de los estudios disponibles se centran en mujeres, lo que dificulta la comparación de la efectividad de la TCC entre géneros.

Los resultados principales indican que las terapias centradas en exposición, autoayuda guiada con aplicaciones móviles son muy eficaces en ambos géneros, aunque los hombres se desenvuelven mejor en ambientes de terapia grupal.

Palabras clave: TCA, TCC, hombre, mujer, diferencias de género.

## **ABSTRACT**

Eating Disorders (EDs) are conditions characterised by negative beliefs about physical appearance, food and body weight, accompanied by maladaptive behaviours such as dietary restraint, excessive exercise and the use of laxatives or induced vomiting. According to the DSM-5, the most common EDs are anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED). These disorders have a multifactorial origin, with biological, psychological and socio-cultural influences, and negatively affect patients' health and psychosocial abilities.

Gender differences in the manifestation and treatment of EDs are still an unknown area. Men, although less studied, also suffer from ED, but with specific characteristics and risk factors, that lead to a different way of application and effectiveness of the therapies used. Therefore, the aim of this research is none other than to find out the gender differences in the effectiveness of cognitive-behavioural therapy with patients with ED.

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) is an effective intervention for ED, but its application and effectiveness may vary between genders. The lack of male-specific studies and the diversity of types of ED limit the generalisability of the findings. In addition, most of the available studies focus on women, making it difficult to compare the effectiveness of CBT across genders.

The main results indicate that exposure-focused, guided self-help therapies with mobile apps are highly effective in both genders, although men perform better in group therapy settings.

Keywords: ACT, CBT, male, female, gender differences.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1    Justificación .....	1
1.1.1    Definición y clasificación de los TCA.....	1
1.1.2    Factores de riesgo y causas según el género.....	2
1.1.3    Consecuencias para la salud.....	4
1.1.4    Modelos teóricos.....	5
1.1.5    Terapia cognitivo-conductual.....	8
1.1.6    Justificación de la revisión.....	10
1.2    Objetivos.....	10
<b>2. MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
2.1    Criterios de elegibilidad.....	11
2.2    Fuentes de información.....	12
2.3    Estrategia de búsqueda.....	12
2.4    Proceso de selección de estudios.....	12
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
3.1    Características de los estudios incluidos.....	15
3.2    Resumen de los estudios.....	21
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>24</b>
4.1    Reafirmación de los objetivos.....	24
4.2    Interpretación de los resultados.....	25
4.3    Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación.....	26
4.4    Limitaciones de los hallazgos.....	26
<b>5. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS).....</b>	<b>27</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>30</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

### 1.1.1 Definición y clasificación de los TCA:

Los trastornos de la conducta alimentaria son conocidos desde el siglo XX, cómo un grupo de síntomas en los que predominan las creencias negativas sobre la apariencia física, la comida y el peso corporal, manifestándose junto con conductas desadaptativas como la restricción de la ingesta, realización de ejercicio excesivo, atracones, uso de laxantes y provocación de la regurgitación, o más conocido como el vómito (Arija et al., 2022).

Aunque no siempre se ha conocido esta definición, ya que, la historia se remonta a 1870, cuando las primeras pacientes con anorexia se trataban de mujeres con un alto nivel sociocultural, jóvenes y occidentales. Los médicos de la época se referían a estas mujeres como pacientes en estado de “histeria”, caracterizada con un rechazo a los alimentos, episodios de llanto y una gran debilidad, desde entonces se ubicaba a la anorexia o cualquier otro trastorno de la alimentación como un problema superficial o de libre elección y esta idea se ve arrastrada a través de los siglos a la sociedad actual (Ayuzo y Covarrubias, 2019). Esta alteración impacta en la salud y capacidades psicosociales de forma negativa en aquellos que lo padecen, presenta una gran variabilidad tanto en gravedad como en su manifestación (Arija et al., 2022).

Haciendo referencia a las explicaciones clínicas, estas son descritas por el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el cual, es el más utilizado y su última clasificación fue publicada en 2013, denominándose DSM-5 (Gómez-Candela et al., 2018). Dentro de este manual, encontramos la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), y el trastorno por atracón (TA), considerados como los tres TCA más comunes, o también llamados “típicos”. Existen otras formas “atípicas” de TCA como son los “especificados”, caracterizándose por la presencia de un cuadro clínico en el que predomina la angustia o deterioro de la vida social, pero sin llegar a cumplir con los criterios completos de los TCA típicos (Gómez-Candela et al., 2018). Dentro de este grupo de típicos también se incluyen las purgas y el síndrome de alimentación nocturna. Por último, se presenta otra categoría calificada como TCA “no especificados”, en las que se encontrarán incluidos todos los demás trastornos no mencionados en anteriores categorías (Gómez-Candela et al., 2018).

El DSM-5 incluye la AN en función de tres criterios, que se detallarán a continuación: la falta de suficiente ingesta de energía, lo que resulta en un peso corporal excesivamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. El peso corporal excesivamente bajo se define como el peso que se encuentra por debajo del mínimo normal o, en el caso de los niños y adolescentes, por debajo del mínimo esperado (APA, 2013). El segundo criterio se enfoca en un fuerte miedo a ganar peso o engordar, o comportamientos persistentes que impiden el aumento del peso, incluso con un peso muy bajo (APA, 2013). Por último, el tercer criterio se centra en el cambio que experimenta la persona afectada sobre la visión de su propia

imagen corporal, peso o constitución, alteraciones en la autoevaluación y una clara ausencia en la conciencia sobre la gravedad del bajo peso actual (APA, 2013).

Continuando con la BN, también se encuentran varios criterios diagnósticos dentro del manual DSM-5: episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso, como puede ser el uso de laxantes de forma incorrecta o el vómito autoprovocado, estos atracones y comportamientos se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. También se encuentra descrita la alteración de la autoevaluación, influida únicamente por el peso corporal (APA, 2013).

Para finalizar con el TA, el DSM-5 enumera criterios diagnósticos relacionados con: episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por la ingestión de una cantidad de alimentos superior a la mayoría de las personas en un periodo determinado de tiempo, y por la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante ese episodio (APA, 2013). Los episodios de atracones se ven asociados a los siguientes hechos: ingerir comida hasta sentirse completamente lleno, ingerir grandes cantidades de alimento sin la existencia de hambre, ingerir la comida de una manera más rápida de lo habitual, sentimiento de culpabilidad con uno mismo debido a la cantidad ingerida, acompañado con un sentimiento de vergüenza y un estado algo deprimido. Estos atracones suelen producirse durante 3 meses y, al menos, una vez a la semana, estos comportamientos llevan a los afectados a dos tipos de situaciones, la obesidad o la desnutrición (APA, 2013).

Tradicionalmente, se ha hecho notable la escasez encontrada en investigaciones acerca de la imagen corporal masculina, la literatura más actual arroja información sobre este fenómeno. Un estudio australiano llevado a cabo con adolescentes encontró unas tasas de prevalencia en el diagnóstico de trastornos alimentarios del DSM-5 por género, en el cual los adolescentes varones obtenían el 12,8%, en cuanto al cumplimiento de los criterios para cualquier diagnóstico de trastorno alimentario (Nagata et al., 2020). Otras encuestas encontradas a nivel nacional en Estados Unidos aportan información acerca del 30% de los adolescentes varones que intentan aumentar su volumen corporal o ganar peso, siendo el 40% considerados con un peso normal según el IMC (Índice de Masa Corporal). Un 22% de hombres jóvenes afirman llevar a cabo conductas para mejorar su musculatura, incluyendo comer más, el uso de suplementos y el uso de esteroides anabólicos androgénicos (Nagata et al., 2020). Entre esta población, la obesidad y el sobrepeso van de la mano de conductas alimentarias desordenadas, en general, el 15% de los hombres que presentan un IMC > 25 admiten llevar a cabo prácticas como el ayuno, vómitos, atracones, laxantes y saltarse comidas. Por otro lado, el 8 % de los hombres con un IMC < 25 advierten también llevar a cabo estas prácticas alimentarias desordenadas (Nagata et al., 2020).

### **1.1.2 Factores de riesgo y causas según el género:**

Los TCA comienzan a dar la cara, en mayor medida, durante la adolescencia o los primeros años de la vida adulta, por lo que, la edad promedio se sitúa en la adolescencia, ya que en esta etapa

se experimentan numerosos cambios físicos y psicológicos y pueden aparecer insatisfacciones corporales entre esta población. Se tratan de alteraciones de origen multifactorial, dónde se encuentran factores de riesgos como, biológicos, socioculturales y psicológicos (Carratalá, 2023).

En primer lugar, por lo que respecta a los factores biológicos existen diferentes observaciones; estudios sobre genética concluyen que existe una alta heredabilidad de estos trastornos, otros estudios apuntan a que los TCA serían el resultado de una desconexión entre la redes de control inhibitorio y de recompensa en el cerebro, y por último, en relación a los mecanismos biológicos, existen enfoques que proponen el Índice de Masa Corporal (IMC) como herramienta predictora de los TCA, teniendo en cuenta su relación con la obesidad, un IMC alto sería un factor de riesgo para la aparición de TCA (Carratalá, 2023). A nivel neurobiológico, se observan variaciones en los niveles de serotonina y este fenómeno modifica la regulación del apetito, conductas ansiosas y comportamientos obsesivos (Ayuzo y Covarrubias, 2019). Los mecanismos de control en la ingesta de alimentos se encuentran también alterados, por lo que esto afecta a sistemas periféricos como la estimulación gustativa, respuestas nerviosas vagales y secreción de péptido gastrointestinal. Asimismo, se hallan evidencias de alteraciones en circuitos de regulación e intercepción del apetito a nivel del sistema ventral estriado, además de la presencia de inhibición en el sistema límbico alterando el sistema de recompensa en personas con anorexia gracias a diferentes estudios llevados a cabo con resonancia magnética (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Centrado en los factores psicológicos, las variables más problemáticas a tener en cuenta serían, la excesiva rigidez, la necesidad de control, el perfeccionismo, los sentimientos de ineficacia, una inadecuada regulación emocional o una baja autoestima. Distintos autores analizan la comorbilidad que existe entre TCA y otros trastornos psiquiátricos, destacando un alto porcentaje en la presencia de trastorno de ansiedad, trastornos afectivos, como la depresión, trastornos sobre control de impulsos, haciendo hincapié en que el inicio de su desarrollo se encuentra previo al trastorno (Carratalá, 2023). La prevalencia se encuentra en un 83%, siendo muy elevada (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Respecto a factores de riesgo familiar, se ha estudiado desde diferentes perspectivas. Estudios anteriores afirman que existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA en aquellas familias en las que actitudes parentales negativas hacia la alimentación, el peso y la figura, son predominantes. El papel que los padres crean que están desempeñando en el proceso de recuperación de sus hijos, interfiere también en el agravamiento del trastorno (Carratalá, 2023).

Finalmente, en referencia a los factores socioculturales, se afirma la importancia del contexto social en el desarrollo del trastorno, es por eso que las sociedades en las que se enfatiza la delgadez como algo positivo o como un signo de belleza, aparecen en una proporción mucho mayor el número de pacientes mujeres. Además, se destaca el fuerte impacto de las redes sociales y los medios de comunicación, la exposición frecuente a Internet tiene como resultado un crecimiento de la insatisfacción corporal, alta vigilancia de posibles cambios corporales e incluso un impulso hacia la delgadez (Carratalá, 2023). En los últimos años, la aparición de blogs

y páginas llamadas “pro-ana” y “pro-mía” en relación con la anorexia y bulimia como formas de vida, comparten recomendaciones para adelgazar y reforzar las conductas patológicas propias de la enfermedad, esta es una práctica más extendida en el género femenino (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Ahora bien, existen algunas diferencias encontradas en las últimas décadas en relación a los factores de riesgo que envuelven a los hombres. La presión sociocultural y los medios de comunicación incitan a alcanzar unos estándares poco realistas, centrados en la delgadez y la musculatura, la publicidad y la exposición a imágenes idealizadas de cuerpos masculinos alimentan la insatisfacción corporal, desarrollando conductas desadaptadas en la alimentación (Pritchard, 2008). Por otro lado, la participación en deportes y actividades físicas que se centran en la apariencia física, el peso o la musculatura, bien sea el ballet, la lucha libre, el boxeo, el culturismo y otros deportes de competición, presentan otro factor determinante en el mundo masculino. Diferentes estudios han encontrado una mayor prevalencia del trastorno en atletas masculinos, en concreto, en deportes que exigen una musculatura excesiva o un peso corporal demasiado bajo (Pritchard, 2008).

En el ámbito psicológico y emocional, el género masculino también se ve afectado, puesto que la insatisfacción corporal y la baja autoestima debidas a la gran preocupación por el deseo de alcanzar un cuerpo ideal, desencadena en otros trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés, los cuales se consideran síntomas previos a desarrollar trastornos alimentarios desordenados (Pritchard, 2008).

En referencia a factores genéticos y biológicos de investigaciones en hombres, es limitada en comparación con las mujeres, aunque se han identificado posibles influencias en el desarrollo de estos trastornos, estudios con gemelos demuestran la influencia significativa de la heredabilidad de los TCA en hombres, lo que los factores genéticos desempeñan un papel en su etiología (Pritchard, 2008).

Por último, el entorno familiar y social abarca otro factor influyente en la percepción de la imagen corporal y los comportamientos masculinos en cuanto a la alimentación. Las expectativas familiares, los mensajes recibidos a través de la cultura y la presión de los compañeros contribuye al desarrollo del trastorno en el género masculino (Pritchard, 2008).

### **1.1.3 Consecuencias para la salud:**

Las personas que padecen TCA sufren principalmente consecuencias clínicas-nutricionales. Dentro de estas secuelas encontramos la desnutrición, la cual, en estos casos, se produce debido a ayunos voluntarios, disminución de la ingesta y el aumento de la actividad física. La desnutrición de mayor prevalencia es la calórica, caracterizada principalmente por la pérdida de grasa. Esta pérdida de peso de forma progresiva lleva una disminución de tejido adiposo y, posteriormente, muscular lo que desencadena algunos cambios corporales como; la piel, que puede encontrarse más seca y agrietada, las palmas de las manos, presentando una coloración



amarillenta, las uñas se vuelven más quebradizas y también alteraciones dentarias, como puede ser la aparición de caries o la descomposición del esmalte (Amorín et al., 2013).

Otro tipo de consecuencias que encontramos en este trastorno, a nivel físico, serían las manifestaciones cardiovasculares, siendo las más características la hipotensión y la bradicardia. A nivel gastrointestinal, son frecuentes los vómitos, alteraciones de esofagitis, gastritis y hemorragias digestivas, los pacientes que experimentan el TCA en forma de anorexia presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal, esto causa una sensación de hinchazón y flatulencia, que, en muchos casos, se acompaña de dolor abdominal y estreñimiento. Dentro de las manifestaciones hematológicas la consecuencia por excelencia es la anemia, y en la mayoría de pacientes se manifiesta la anemia normocrómica (Amorín et al., 2013).

Se ha demostrado que en los casos de bulimia las consecuencias clínicas no impactan tanto en el aspecto carencial, sino en las acciones que lleva el paciente para lograr un balance negativo de energía, como son los vómitos o el uso de laxantes (Amorín et al., 2013).

En una muestra clínica formada por varones adolescentes diagnosticados con trastorno alimenticio, más de la mitad (52%), presentaban signos que cumplían con los criterios hospitalarios de admisión según la Sociedad de Salud y Medicina del Adolescente (Nagata et al., 2020). El 39 % de los casos presentaban bradicardia y el 12% cambios ortostáticos en la frecuencia cardíaca, también se demostró que los atracones están asociados con hiperlipidemia en hombres jóvenes y más de un 40% de estos presentan niveles fuera de lo normal en colesterol (Nagata et al., 2020).

Otro problema fisiológico presente en varones con trastornos alimentarios son las anomalías electrolíticas (alteraciones del agua o electrolitos en el cuerpo por la baja presencia o ausencia de estas sustancias), una cuarta parte presentaba bajos niveles en potasio, fósforo y calcio y un tercio fueron considerados como anémicos (Nagata et al., 2020).

Para finalizar, en cuanto a complicaciones óseas, se encontraron faltas significativas en la densidad mineral ósea, índice de masa corporal y la masa magra en varones con anorexia nerviosa (Nagata et al., 2020). Nuevamente una muestra encontrada en adolescentes, incluyendo a niños, demuestra que la densidad mineral ósea es mayor en la anorexia nerviosa atípica que la anorexia nerviosa, y la participación en deportes o la realización de ejercicio con el uso de las pesas, pueden llegar a proteger esa densidad y el contenido mineral óseo de todo el cuerpo (Nagata et al., 2020).

Con relación a las consecuencias psicológicas, los TCA se encuentran asociados a grandes déficits de autoestima, temor al abandono, problemas de identidad, inseguridad, etc. Estas secuelas siguen presentes durante el desarrollo del trastorno y en mayor medida cuando se hallan en comorbilidad con trastornos de personalidad, además de trastornos de ansiedad y depresión mencionados ya anteriormente (Aguinaga et al., 2009).

#### **1.1.4 Modelos teóricos:**

A continuación, se va a indagar en diferentes modelos teóricos que explican desde diferentes perspectivas este trastorno.

La ciencia, a lo largo de su recorrido, ha evidenciado la existencia de múltiples factores y componentes al padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, resultando compleja la interacción entre todos esos factores biopsicosociales, por lo tanto, el estudio de la relación entre ellos permitirá la formulación adecuada de modelos explicativos, para ello, se llevará a cabo la mención de algunos de los principales descubrimientos (Seyler, 2014).

Numerosos estudios concuerdan en que las diferentes variaciones genéticas son responsables de hasta un 85% de los factores de riesgo, aunque debido a la escasa influencia de otros factores externos, estos no son excluyentes (Seyler, 2014). En la realización de estudios con gemelos, se encuentra una variación significativa debido a la edad y al ambiente, a los 11 años el ambiente representa un 54% del riesgo y la genética tan solo el 6%, a los 14 años, aumenta de manera considerable la influencia genética, alcanzando un 46%, esto sugiere que, debido a la activación de las hormonas en la pubertad, se observa un aumento en la influencia del factor genético (Seyler, 2014). Otro descubrimiento interesante son los estudios de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos, ya que la serotonina actúa en la regulación del apetito por medio de la saciedad. Estudios llevados a cabo con animales afirman los efectos inhibidores de la serotonina en la ingesta de los alimentos, lo que sugiere su influencia como factor para la anorexia. Por otro lado, la serotonina, también es relacionada con rasgos psicopatológicos, asociados a los TCA, como pueden ser, la depresión, la impulsividad, la ansiedad y trastornos obsesivos-compulsivos, esto lleva a pensar que los genes participantes en la transmisión serotoninérgica estén relacionados con los trastornos de conducta alimentaria (Seyler, 2014). También se menciona la participación de la dopamina en el sistema nervioso central, en concreto, en mecanismo de motivación y recompensa, esto sugiere que alteraciones en los genes participantes en la neurotransmisión dopaminérgica podrían desempeñar una función en los TCA (Seyler, 2014).

Como último aporte dentro de este enfoque biológico, se menciona la participación de hormonas esteroideas, mayoritariamente de estrógenos, lo que enmarca a las mujeres adolescentes en una situación más vulnerable para desencadenar algún TCA (Seyler, 2014). Continuando con la parte psicológica, uno de los factores más relevantes es la insatisfacción corporal, esta se encuentra en un 81% de los adolescentes, diferentes estudios aportan los siguientes datos: 51 % insatisfacción con la forma de su cuerpo, 67% preocupación por el peso y un 71% miedo a engordar. En el caso de las mujeres presentan un mayor foco en el peso que en la forma corporal, además, centran su atención en la parte inferior del cuerpo. En el caso de los varones, esta insatisfacción con el peso puede dividirse en dos grupos, aquellos que desean ganarlo y aquellos que desean perderlo, presentando mayor interés a la forma y parte superior del cuerpo (Seyler, 2014).

Entre los pacientes con este trastorno se hallan diferentes factores psicológicos, como el perfeccionismo, dificultad para expresar afecto, emociones, palabras, deseos y falta de

asertividad, mostrando y un patrón de pensamiento rígido, centrado en el “debe ser” (Seyler, 2014).

Por último, dentro de los modelos biopsicosociales, se describen los factores sociales, como igual de variados y complejos que los anteriores, incluyendo aspectos como la situación económica, el lugar de residencia, la etnia, el estilo de vida, etc (Seyler, 2014). Una revisión sistemática llevada a cabo de 123 artículos científicos concluyó la fuerte influencia de la publicidad sobre la ingesta alimentaria en niños hasta los 11 años de edad, lo que contribuye a la construcción de una imagen corporal desadaptativa. Tanto en los países desarrollados como en los de vías de desarrollo se promueve un ambiente que hace más probable el desarrollo de la obesidad, debido al fácil acceso a alimentos de bajo costo y alto contenido calórico, aunque esta idea se encuentra en contraposición a la visión de “cuerpo ideal” en la sociedad globalizada (Seyler, 2014).

Por otra parte, la influencia de las relaciones proximales, los comentarios o burlas recibidas respecto al peso, también refuerza las presiones impuestas sobre los adolescentes acerca de un cuerpo ideal. Por último, se menciona la existencia de grupos de riesgo en poblaciones no clínicas, las edades se encuentran comprendidas entre los 17 y los 25 años, como, por ejemplo, personas dedicadas al mundo del deporte, modelos o bailarines (Seyler, 2014).

Enfoques más cognitivos, determinan que la conducta alimentaria está influida por múltiples variables mentales (Suarez, 2009). La imagen corporal se denomina la variable más determinante dentro de la alteración de la conducta alimentaria, este hecho ha sido demostrado debido a que los pacientes que padecen este trastorno lo acompañan de una imagen corporal displacentera, lo que desencadena una alimentación con finalidad distractora, para intentar evitar u olvidar esta sensación negativa hacia su propia visión corporal, ayudando a reducir la ansiedad (Suarez, 2009). La representación mental de la imagen corporal está compuesta de varios aspectos: cognitivo-afectivo, conductual y perceptivo, estos tres componentes se ven afectados al existir una mala representación de la imagen corporal, obteniendo un desequilibrio. La insatisfacción corporal producida por ese desequilibrio desencadena en pacientes sintiéndose descontentas con su cuerpo y con ello la decisión de empezar dietas que acaban siendo dañinas (Suarez, 2009).

Esta perspectiva considera la conducta como aprendida, ya sea negativa o positiva, con la presencia de distorsiones cognitivas (McIntosh et al., 2016). Dentro de este modelo se hace referencia a la carencia en habilidades sociales y estrategia en cuanto a resolución de problemas, estas características son notables en la mayoría de pacientes con TCA y además, se encuentran relacionados con altos niveles de discapacidad social, necesitando aprobación y temiendo al rechazo (McIntosh et al., 2016). Otra variable que afecta a la conducta alimentaria sería el estrés o distrés, puesto que, se han establecido relaciones entre el decremento del consumo de alimentos en jóvenes y esta variable, lo que ha permitido deducir que los niveles de ingesta dependen de una interacción entre el tipo de estrés que se experimenta y características psico-

afectivas del paciente (Suarez, 2009). Este hallazgo ha resultado importante en el campo de las ciencias de la salud, puesto que la triada compuesta por la restricción de alimento, presencia de estrés y sobrealimentación, tiene una gran relevancia en la aparición de desórdenes como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad (Suarez, 2009).

Desde el enfoque conductual que explicaría el TCA, se establece una relación entre hacer dieta y los atracones, estas variables se acaban convirtiendo en un círculo vicioso en el que la restricción dietética fomenta la futura ingesta de grandes cantidades, y a su vez la dieta es una medida que actúa como respuesta a la sobre ingesta (McIntosh et al., 2016). El fracaso en el cumplimiento de sus propias normas dietéticas es interpretado por los pacientes como una falta de control sobre su figura, su peso y su ingesta. Esta "pérdida de control" suele ser calificada como inaceptable por lo que las variables mencionadas anteriormente tienden a reforzarse por la necesidad de mantener un peso corporal determinado, comenzando nuevamente con el círculo vicioso (McIntosh et al., 2016).

### **1.1.5 Terapia cognitivo-conductual:**

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha obtenido un gran reconocimiento en la investigación clínica a la hora de intervenir en una amplia variedad de alteraciones mentales y psicosociales. Su efectividad ha sido demostrada en los trastornos de alimentación, en concreto para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, mientras que, para la anorexia nerviosa, la opción más recomendada es la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E), ya que cuenta con protocolos más precisos para su ejecución, aportando una visión más amplia sobre la impulsividad, el exceso de control y el perfeccionismo (Gutierrez y Posada, 2023).

La práctica de la TCC combina técnicas de reestructuración cognitiva y conductual con la finalidad de transformar los esquemas desadaptativos por los cuales los pacientes forman su percepción de la realidad, en el caso de los trastornos de conducta alimentaria, esa modificación se centra en el control sobre la ingesta, cambio en patrones de pensamiento, restricción calórica, mejora de la autoestima, conductas compensatorias, etc. Por regla general, suele dividirse en tres etapas (Cooper & Shafran, 2008). En la primera encontramos: técnicas en motivación para el cambio, alimentación variada, manejo del autocontrol y tamaños de la ración; la segunda etapa está constituida por materiales psicoeducativos, técnicas de evitación de los atracones y reestructuración de pensamiento; en la tercera y última etapa se prepara al paciente para finalizar el tratamiento y se proporciona información sobre el proceso de prevención de recaídas, tratando de minimizar el riesgo de esta lo máximo posible (Cooper & Shafran, 2008).

Este tipo de terapia es la elección en muchos de los TCA, pero se ha demostrado que no todas las personas responden de forma adecuada y esto provoca recaídas. Por ello, se han creado protocolos, utilizando como referente el manual de Fairburn, que aparte de incluir intervenciones más amplias, aborda mecanismos de mantenimiento del TCA, como el perfeccionismo clínico, intolerancia al estado de ánimo, baja autoestima y dificultades interpersonales. También existen protocolos de TCC centrados en la alimentación compulsiva,

reconocimiento del apetito y en la generación de respuestas rápidas o en los esquemas inadaptados del paciente (Cooper & Shafran, 2008).

La terapia de esquemas (TE) tiene como finalidad poner en conciencia del paciente sus esquemas desadaptativos y cuáles fueron las experiencias que llevaron a desarrollarlos, para poder ser tratados y disminuir los impulsos de conductas alimentarias desordenadas (Alonso del Río, 2020). La TCC centrada en el apetito (TCC-AP) se focaliza en la monitorización del apetito y la saciedad para conseguir la eliminación del apetito en los atracones y reconocer las señales de hambre y saciedad (Cooper & Shafran, 2008).

A lo largo de los años han aparecido otras modalidades de esta terapia cognitivo-conductual como en formato grupal, más allá de su forma tradicional, la cual se basa en realizar una terapia individual y cara a cara con el terapeuta. Los problemas que se encontraban en esta forma tradicional eran por razones económicas o de desplazamiento, pero el desarrollo de las nuevas tecnologías ha conseguido que se puedan desarrollar nuevos modelos de la terapia cognitivo-conductual, accesible para todos los pacientes (Cooper & Shafran, 2008).

La terapia cognitivo-conductual es un enfoque terapéutico que posee numerosas terapias y técnicas específicas que se utilizan para tratar los trastornos de la conducta alimentaria (Mares et al., 2022). Entre ellas encontramos entrenamiento en habilidades de afrontamiento, terapia de aceptación y compromiso, terapia de exposición y prevención de respuesta, terapia de regulación emocional, identificación de pensamientos automáticos, registro de alimentos, reestructuración cognitiva, terapia centrada en la cognición, etc (Mares et al., 2022). En cuanto a la diferencia entre estas terapias y técnicas más utilizadas para hombres o para mujeres con trastornos de conducta alimentaria, es importante destacar que la elección de las terapias específicas no se basa en el género del individuo, sino más bien en las necesidades individuales, los síntomas y las preferencias del paciente (Mares et al., 2022).

Sin embargo, debido a que los trastornos de la conducta alimentaria pueden manifestarse de manera diferente en hombres que, en mujeres, es posible que se realicen ajustes del enfoque terapéutico para abordar las necesidades únicas de cada persona (Mares et al., 2022). Algunos estudios sugieren que los hombres pueden llegar a presentar mayor dificultad para reconocer y comunicar sus emociones en comparación con las mujeres, por lo que puede ser beneficioso incorporar técnicas específicas de regulación emocional en su tratamiento (Mares et al., 2022).

Al igual que se encuentran diferencias a la hora de abordar la terapia, también se obtienen diferencias en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual entre hombres y mujeres con este trastorno, aunque no sean completamente claras ni consistentes en la literatura científica (Murphy et al., 2010). Algunas consideraciones que se han encontrado hacen referencia en cuanto a la presentación de síntomas en la que los hombres tienden a experimentar trastornos alimentarios atípicos, como la vigorexia, en lugar de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, que son más comunes en mujeres y esto puede influir en la respuesta que se presenta hacia la terapia cognitivo-conductual y en qué técnicas serán más efectivas (Murphy et al., 2010).

### **1.1.6 Justificación de la revisión:**

La justificación de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se fundamenta en la necesidad de comprender y abordar de manera más efectiva los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde una perspectiva de género. Los TCA, que incluyen trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la trastorno por atracón, afectan a personas de ambos sexos, pero tradicionalmente se ha prestado más atención a las experiencias y necesidades de las mujeres en el contexto de estos trastornos. Sin embargo, existe una creciente evidencia que sugiere que los hombres también pueden experimentar TCA, aunque pueden manifestarse de manera diferente y enfrentar barreras adicionales para buscar tratamiento. Por lo tanto, es crucial investigar cómo las diferencias de género pueden influir en la presentación de los TCA, así como en la respuesta a la terapia cognitivo conductual (TCC), uno de los enfoques terapéuticos más utilizados en el tratamiento de estos trastornos.

Los objetivos específicos de este estudio se centran en identificar las características y necesidades específicas de hombres y mujeres con TCA en el contexto de la TCC, evaluando cómo estas diferencias de género pueden afectar la respuesta y efectividad de la terapia, y analizando las estrategias terapéuticas de la TCC que podrían necesitar adaptarse para abordar de manera más efectiva las diferencias de género en los TCA.

Esta revisión busca contribuir al campo de la psicología clínica proporcionando información valiosa sobre cómo personalizar y adaptar la terapia cognitivo conductual para satisfacer las necesidades individuales de hombres y mujeres con TCA, lo que podría mejorar los resultados del tratamiento y promover una atención más inclusiva y equitativa para todas las personas afectadas por estos trastornos.

### **1.2 OBJETIVOS:**

El propósito principal de este trabajo de investigación es examinar las divergencias en la aplicación y los resultados de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en los Trastornos de la Conducta Alimentario (TCA), teniendo en cuenta las diferencias de género. Para alcanzar este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

En primer lugar, se busca identificar las particularidades y necesidades específicas que presentan tanto hombres como mujeres con TCA dentro del contexto de la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta exploración detallada permitirá comprender mejor cómo influyen las diferencias de género en la manifestación y la evolución de los trastornos alimentarios.

En segundo lugar, se pretende evaluar el impacto que tienen estas disparidades de género en la respuesta terapéutica y la efectividad global de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario.

Por último, se propone analizar las estrategias terapéuticas empleadas en la Terapia Cognitivo-Conductual, enfocadas en adaptarse a las diferencias de género observadas en los Trastornos del Comportamiento Alimentario.

## 2. MÉTODO

La presente investigación se centra en la realización de una revisión sistemática, una metodología rigurosa y estructurada que permite sintetizar y analizar de manera exhaustiva la evidencia científica disponible sobre un tema específico. Este enfoque metodológico implica una búsqueda exhaustiva y sistemática de la literatura relevante en diversas bases de datos, seguida de una evaluación y síntesis de los hallazgos obtenidos. La revisión sistemática se lleva a cabo siguiendo un protocolo predefinido, que incluye criterios de inclusión y exclusión claros, así como un proceso de selección y extracción de datos estandarizado.

### 2.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

**Tabla 1.** *Criterios de elegibilidad*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1a. Debe ser un trabajo experimental o un estudio de caso clínico.	2a. Estudios que se identifiquen como revisión sistemática, metaanálisis, o sea capítulos de libros, revisión bibliográficas o narrativas.
1b. Los participantes deben presentar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).	2b. Estudios en los que la muestra no se encuentra especificada y simplemente pone "participantes".
1c. La terapia usada en la muestra debe ser la terapia cognitivo conductual (TCC).	2c. Estudios que comparan la terapia cognitivo-conductual (TCC) con cualquier otra terapia que no sea una variante de esta.
1d. Se incluyen variaciones de la terapia cognitivo-conductual (TCC).	2d. Estudios en los que la muestra se encuentre en estado de hospitalización.
1e. Se incluyen estudios en los que la muestra hable solo de mujeres, solo de hombres y de hombres y mujeres.	

## 2.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la correcta realización de esta revisión sistemática se han empleado diversas fuentes de información reconocidas por su amplitud y rigurosidad académica. Entre las principales bases de datos primarias utilizadas se encuentran Scopus, PubMed y Web of Science. Estas tres fuentes de información han sido seleccionadas por su reputación y exhaustividad en la cobertura de la literatura científica, permitiendo así una búsqueda exhaustiva y completa de estudios relevantes para la investigación llevada a cabo en este trabajo. El día 12 de abril de 2024 fueron revisadas por última vez las tres bases de datos.

## 2.3 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Las palabras claves utilizadas para conducir esta investigación fueron 4: *“eating disorder”* (trastorno de la conducta alimentaria), *“cognitive behavioral therapy”* (terapia cognitivo-conductual), *“men”* (hombres) y *“women”* (mujeres). La búsqueda realizada en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, se ejecutó utilizando dos estrategias de búsqueda en cada base de la siguiente manera: ***“eating disorder” AND “cognitive behavioral therapy” AND “men”***, como primera estrategia, seguida de, ***“eating disorder” AND “cognitive behavioral therapy” AND “women”***. La selección de estos términos como estrategia de búsqueda se llevó a cabo en función del tema principal de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos. Puesto que el tema y los objetivos que se plantean conllevan una comparación entre hombres y mujeres, la búsqueda de información científica se llevó a cabo de tal manera que se pudiese encontrar información de hombres con el trastorno y terapia elegido en esta revisión y de mujeres con el trastorno y terapia elegidos, para que se pudiese recabar información de ambos géneros y compararla. Es por eso que se ha decidido separar la búsqueda en dos estrategias, debido a la falta de estudios que presenten una muestra de hombres y mujeres en un mismo experimento, utilizando la ecuación de forma separada se ha logrado encontrar algún artículo que cumpla con los criterios de inclusión establecidos y ofrezca una muestra mixta. Así, también ha sido posible recabar estudios con muestra femenina y otros con muestra masculina para su posterior análisis y comparación.

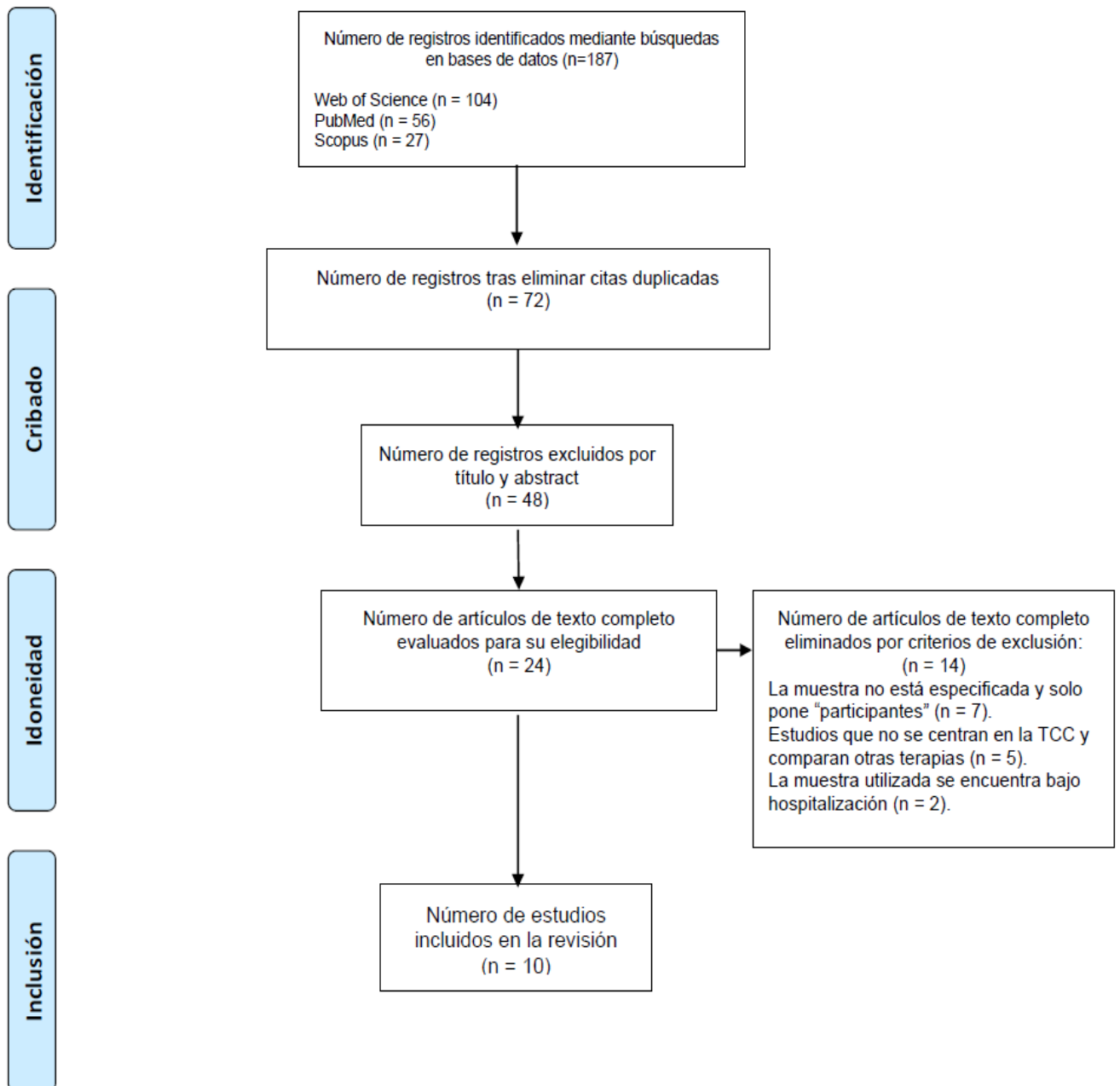
## 2.4 PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

El proceso de selección de los estudios comienza llevando a cabo una búsqueda utilizando las estrategias mencionadas con anterioridad en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, encontrando un total de 187 resultados divididos en: 56,27 y 104, respectivamente. Los estudios obtenidos han sido descargados en la aplicación Zotero, la cual permitió eliminar 72 estudios que se encontraban duplicados y posteriormente tras un cribado de título y abstract se han descartado 48 artículos más. En esta parte del proceso se eliminó cualquier artículo que fuese metaanálisis, revisión sistemática, capítulo de un libro, revisiones narrativas o



bibliográficas, centrándose únicamente en estudios llevados a cabo con muestras. Los artículos elegidos para leer a texto completo para su posterior elegibilidad fueron 24 de los cuales 14 se eliminaron debido a diferentes criterios de exclusión como: estudios en los que la muestra no se encuentra especificada y simplemente pone “participantes”, estudios que no se centran en la terapia cognitivo-conductual y utilizan otras terapias y la muestra utilizada se encuentra bajo hospitalización. Finalmente, y tras llevar a cabo el proceso de selección de los estudios, se han escogido 10 para la ejecución de esta revisión sistemática. La Figura 1 describe de forma esquemática dicho proceso de selección para la investigación.

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de artículos para la revisión sistemática



### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS**

A continuación, en la Tabla 2, se van a desarrollar diferentes características de los estudios escogidos para esta revisión incluyendo entre ellas: autores, objetivos, nombre prólogo, contenidos, muestra, tipo de diseño, evaluación y finalmente, resultados.

Esta tabla se realiza con la finalidad de comprender de una manera más completa y exhaustiva los estudios incluidos para poder realizar esta investigación y sin los cuales no sería posible llevar a cabo los hallazgos encontrados.

Se trata de un total compuesto por 10 estudios elegidos en 3 bases de datos diferentes formadas por: PubMed, Scopus y Web of Science y escogidos según unos criterios de inclusión y exclusión seleccionados en base a los objetivos marcados para esta revisión.

**Tabla 2. Resultados de los estudios revisados**

<b>Autores</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Nombre protocolo</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tipo de diseño</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Resultados</b>
(Carter et al., 2003)	Comparación de las terapias seleccionadas para medir la sintomatología y estabilidad de los efectos en bulimia nerviosa del tratamiento a lo largo del tiempo.	Tratamientos conductuales basados en la exposición y no basados en la exposición (TC) con un núcleo de terapia cognitivo-conductual (TCC).	Terapia cognitivo-conductual bulimia nerviosa, terapia conductual, tratamiento, resultado	N=113 mujeres	Experimental	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Eating Disorders Inventory (EDI), Global Assessment of Functioning (GAF).	A los 3 años de seguimiento, el 85% de la muestra no tenía ningún diagnóstico actual de bulimia nerviosa y el 69% no tenía ningún diagnóstico actual de trastorno alimentario de ningún tipo.  No se encontraron efectos diferenciales para los tratamientos basados en exposición versus no exposición en el seguimiento de 3 años.
(Chen et al., 2017)	Comparación de las terapias para la mejora del resultado de las pacientes con una respuesta inicial débil a la terapia cognitivo-conductual de autoayuda guiada (TCCG) para la bulimia y el trastorno por atracón.	Terapia cognitivo-conductual de autoayuda guiada (TCCG), terapia conductual dialéctica (TDC), terapia cognitivo-conductual individual y grupal adicional (TCC+).	Bulimia, trastorno por atracón, terapia cognitivo-conductual terapia dialéctica conductual, autoayuda guiada, atención escalonada.	N=109 mujeres	Experimental	Eating Disorders Examination-16 (EDE), la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, Eje I.	La evidencia fue insuficiente para respaldar la superioridad de la TDC o la TCC+ para los pacientes con respuesta temprana débil en comparación con los pacientes con respuesta temprana fuerte en TCCG; ambos fueron útiles.

(Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004)	<p>Investigar los efectos de la exposición corporal en el tratamiento del trastorno por atracón (TAC).</p> <p>Evaluar los pensamientos automáticos negativos sobre el propio cuerpo, los supuestos disfuncionales sobre la forma y el peso, y la insatisfacción corporal.</p>	<p>Comparación de la terapia cognitivo-conductual con un componente de exposición corporal (TCC-E) y la cognitivo-conductual con un componente de reestructuración cognitiva centrado en la imagen corporal (TCC-C).</p>	<p>Trastorno por atracón, imagen corporal, exposición a la imagen corporal, terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual.</p>	<p>N=28 mujeres</p>	<p>Experimental</p>	<p>Entrevista clínica (Eating Disorder Examination) y cuestionarios de autoinforme, test meal (prueba de comida), The Body Shape Questionnaire (BSQ), The Beck Depression Inventory (BDI).</p>	<p>Tanto la TCC-E como la TCC-C produjeron mejoras sustanciales y estables en la psicopatología específica y general del trastorno alimentario. Los resultados sugieren que ambos componentes del tratamiento son igualmente eficaces en el tratamiento del TCA.</p>
(Larroy García & Gómez- Calcerrada, 2011)	<p>Observar el efecto de la terapia en los síntomas asociados a la menopausia y la calidad de vida.</p>	<p>Terapia cognitivo-conductual (TCC).</p>	<p>Menopausia, intervención psicológica, sintomatología leve, terapia cognitivo-conductual.</p>	<p>N=21 mujeres en terapia</p> <p>N=28 mujeres grupo control</p>	<p>Cuasiexperimental</p>	<p>Blatt's Menopausal Index (BMI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Quality of Life Evaluation Questionnaire.</p>	<p>Reducción significativa de la sintomatología asociada en todas las variables estudiadas (incluyendo depresión y ansiedad), con respecto al periodo de línea base, cambios que, por el contrario, no se observan en el grupo control.</p>

(McIntosh et al., 2016)	Comparar la eficacia de las terapias elegidas en cuanto a la mejora de síntomas del trastorno por atracón.	Comparación de la TCC tradicional con dos versiones aumentadas de la TCC: la terapia de esquemas y la TCC centrada en el apetito.	Terapia cognitivo-conductual terapia de esquemas, trastornos alimentarios, atracón, ensayo controlado aleatorio.	N=112 mujeres	Experimental	The Eating Disorder Examination (EDE), Social Adjustment Scale, The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Eating Disorder Inventory (EDI).	En todos los grupos, se encontraron grandes tamaños del efecto para la mejoría de los atracones, otros síntomas del trastorno alimentario y el funcionamiento general.  Es probable que la terapia de esquemas y la TCC centrada en el apetito sean tratamientos alternativos adecuados a la TCC tradicional para el trastorno por atracón.
(Dennis et al., 1999)	Eficacia de las terapias elegidas para los síntomas de la obesidad.	Terapia cognitivo-conductual usada en el grupo con terapia habitual de la Armada que consiste únicamente en ejercicio para el grupo control.	Tratamiento de la obesidad, terapia cognitivo-conductual pérdida de peso, ejercicio, militar, barco.	N=21 hombres en terapia  N=18 hombres grupo control	Experimental	Depression (CES-D), Binge Eating Scale, Eating Behavior Inventory, Eating Self-Efficacy Scale.	Los hombres tratados con TCC presentaron mejoras significativas en los atracones, menos conductas alimentarias conducentes a la pérdida de peso y mejora significativa en la dificultad que experimentaron para controlar la sobrealimentación en determinadas circunstancias sociales.

(Fernandez-Aranda et al., 2009)	Examinar si el tratamiento ambulatorio de los pacientes con sintomatología bulímica es tan eficaz como el de las mujeres.	Terapia cognitivo-conductual en grupo.	Bulimia nerviosa, trastornos de la alimentación, EDNOS (trastorno de la conducta alimentaria no especificado), terapia cognitivo-conductualvarones, tratamiento.	N=19 hombres N=150 mujeres	Experimental	Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Attitudes Test 40 (EAT-40), Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE).	Se observó una reducción de la sintomatología del TCA tras el tratamiento en ambos sexos. Los efectos principales en función del sexo indicaron que, tras el análisis de los valores medios pre/post, los hombres obtuvieron puntuaciones medias más bajas en el EAT-40, en la puntuación total del EDI y en las siguientes subescalas del EDI: "deseo de delgadez", "insatisfacción corporal" y "conciencia interoceptiva".
(Haslam et al., 2011)	Examinar las actitudes alimentarias que se asocian con una reducción de las conductas bulímicas durante la fase inicial clave de la terapia.	Terapia cognitivo-conductual.	Bulimia nerviosa, terapia cognitivo-conductualactitudes alimentarias	N=40 mujeres N=1 hombre	Experimental	Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), pruebas de Wilcoxon.	La reducción de las conductas de los participantes sugirió que la primera parte de la TCC fue eficaz.

(Aguera et al., 2017)	Comparar los resultados del tratamiento entre hombres y mujeres con trastornos de la conducta alimentaria y analizar los predictores clínicos del resultado del tratamiento.	Terapia cognitivo-conductual.	Terapia cognitivo-conductual, abandono, trastornos de la conducta alimentaria, género, resultados del tratamiento	N=131 mujeres  N=131 hombres	Experimental	Eating Disorder Inventory-2, Temperament and Character Inventory-Revised, Motivational scale	El tratamiento ambulatorio con TCC para los TCA parece ser eficaz para ambos sexos, los pacientes masculinos que completan la terapia (específicamente aquellos con BN u OSFED) se benefician más de este tipo de intervención que las pacientes femeninas con el mismo diagnóstico.
(Hildebrandt et al., 2017)	Comparación de la eficacia de las teorías para los atracones y la bulimia nerviosa.	Tratamiento de autoayuda guiado basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC-HSG) y tratamiento de autoayuda guiado basado en la terapia cognitivo-conductual junto con Noom Monitor (TCC-HSG+Noom).	Autoayuda guiada, tecnología, smartphone, bulimia nerviosa, trastorno por atracón.	N=66 hombres y mujeres	Experimental	Eating Disorder Examination-16, Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I (SCID I), Helping Relationship Questionnaire (HRQ), Beck Depression Inventory II.	Las aplicaciones de teléfonos inteligentes para el tratamiento de los atracones parecen tener ventajas en cuanto a la adherencia, un componente crítico de la difusión del tratamiento.



## 3.2 RESUMEN DE LOS ESTUDIOS

En esta sección se llevará a cabo una síntesis de los hallazgos encontrados en cada uno de los estudios y se ha dividido en tres áreas: necesidades específicas, tipo de terapia cognitivo-conductual y efectividad, separado por géneros, en primer lugar, mujeres y después en hombres.

### **Mujeres:**

#### Necesidades específicas:

Uno de los principales focos a los que atienden Carter et al. (2003), Chen et al. (2017), Larroy García & Gómez-Calcerrada (2011) y McIntosh et al. (2016), es la sintomatología asociada a los TCA en las mujeres. Esta sintomatología abarca una amplia gama de comportamientos alimentarios desordenados, como la restricción calórica, los atracones compulsivos y la preocupación obsesiva por la dieta y el peso. La atención de estos síntomas se posiciona como una prioridad para mejorar tanto el bienestar físico como psicológico de las afectadas. Además, se destaca la importancia de eliminar las conductas desadaptativas que caracterizan a los trastornos de la conducta alimentaria. Estas conductas incluyen el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o diuréticos puesto que la mayoría de los estudios incluidos se centran en la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón. Su abordaje se presenta como foco fundamental para promover la recuperación y prevenir posibles complicaciones médicas y psicológicas.

Otro aspecto relevante identificado en el estudio de Haslam et al. (2011), es la necesidad de contrarrestar los pensamientos automáticos negativos sobre el propio cuerpo que experimentan las mujeres con TCA. Estos pensamientos distorsionados, especialmente en la relación con la forma y el peso corporal, contribuyen significativamente a mantener la sintomatología y perpetuar el malestar emocional. Por lo tanto, intervenir en la modificación de estos pensamientos se revela como una estrategia crucial en el tratamiento de estos trastornos.

Finalmente, se subraya la importancia de abordar la insatisfacción corporal experimentada por las mujeres con TCA, especialmente en el estudio llevado a cabo por Hilbert & Tuschen-Caffier (2004). Esta insatisfacción, que puede manifestarse en una percepción distorsionada de la imagen corporal y una constante búsqueda de la delgadez idealizada, constituye un factor de riesgo significativo para la persistencia y la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, por ello constituye otra necesidad que se trabaja con mujeres.

### Tipo de terapia cognitivo-conductual:

Los estudios han encontrado una serie de terapias prominentes en el tratamiento de mujeres con TCA. En primer lugar, se observó una notable prevalencia de terapias conductuales basadas en la exposición como en investigaciones de Carter et al. (2003) y Hilbert & Tuschen-Caffier (2004). Este enfoque terapéutico implica la exposición gradual y controlada a estímulos alimentarios y situaciones temidas relacionadas con la comida, mostrando eficacia en la reducción de la evitación y la modificación de las respuestas emocionales disfuncionales.

Además, se identificó la amplia adopción de la terapia-cognitivo conductual de autoayuda guiada en el tratamiento de mujeres con TCA, propuesta por Chen et al. (2017). Esta modalidad terapéutica, centrada en el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales para la autorregulación de la alimentación y las emociones, se ha utilizado como complemento a otras formas de tratamiento, como el implemento de aplicaciones para el teléfono como Noom Monitor propuestas por Hildebrandt et al. (2017).

Otro enfoque terapéutico destacado por McIntosh et al. (2016), es el uso de terapias cognitivo-conductuales centradas en esquemas y el apetito, con un enfoque específico en la imagen corporal. Estas terapias se enfocan en identificar y modificar esquemas cognitivos disfuncionales relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal, demostrando ser beneficiosas para abordar la insatisfacción corporal y los pensamientos automáticos negativos asociados.

### Efectividad:

La efectividad encontrada por las diferentes terapias utilizadas en los estudios fue muy positiva en todas ellas. Centrando la atención en las terapias de exposición, se ha observado una alta efectividad para los trastornos de bulimia nerviosa y trastorno por atracón, incluso a largo plazo, además de producir mejoras sustanciales en la psicopatología general y específica de la enfermedad.

En cuanto a las terapias cognitivas-conductuales centradas en la autoayuda guiada demuestran una alta efectividad, incluyendo cuando se añade el uso de aplicaciones como Noom Monitor, demostrando que su uso contribuye a la adherencia al tratamiento. Por último, las terapias centradas en esquemas y apetito se unen a la lista de terapias efectivas para mujeres con TCA, puesto que en los estudios incluidos se menciona una alta eficacia de estas en reducción de los atracones y otros síntomas del trastorno alimentario y el funcionamiento general.

### **Hombres:**

### Necesidades específicas:

El caso de los hombres no se aleja mucho a la necesidad que se muestra en las mujeres. Al igual que ellas se focalizan en la reducción de síntomas como se puede ver en los estudios realizados por Aguera et al. (2017) y Fernandez-Aranda et al. (2009).

En cuanto a la investigación de Dennis et al. (1999), la necesidad encontrada en hombres con obesidad hacía referencia a la urgencia de una bajada de peso considerable y la obtención de un cuerpo ejercitado. Este estudio también hace referencia algunas distinciones que se pueden encontrar en los hombres con esta enfermedad como son una menor atención por el peso y las preocupaciones corporales, así como una mayor psicopatología general, teniendo más probabilidades de presentar antecedentes de sobrepeso u obesidad premórbida y una edad de inicio del trastorno más tardía, suelen presentar necesidad por realizar más actividad física y tienen un mayor riesgo de mortalidad que las mujeres. Otras características que presentan son niveles más bajos de evitación del daño, dependencia de la recompensa, cooperatividad y puntuaciones más altas en la búsqueda de novedades.

#### Tipo de terapia cognitivo-conductual:

Las terapias más utilizadas en los estudios encontrados con hombres hacen referencia a las terapias cognitivo-conductuales grupales y las terapias de autoayuda guiada como ofrecen los estudios de Fernandez-Aranda et al. (2009) y Hildebrandt et al. (2017).

Cabe destacar la investigación llevada a cabo por Dennis et al. (1999), En la cual los hombres fueron tratados en un entorno de terapia grupal "solo para hombres", donde se hizo hincapié en varios temas específicos de los hombres, por ejemplo, la estigmatización, orientación sexual y preocupación por la disminución del deseo sexual (libido) debido a una disminución de los niveles de testosterona.

En otra de las investigaciones encontradas llevadas a cabo de manera mixta por Fernandez-Aranda et al. (2009), se decidió separar los grupos de trabajo en hombres y mujeres. En el grupo masculino se hizo más hincapié en varios temas que en los grupos femeninos, entre ellos la motivación, las dificultades para afrontar el estrés, las relaciones interpersonales y la timidez (muchas veces como consecuencia de la experiencia negativa de ser criticado por la obesidad o el sobrepeso previos), el estilo cognitivo y las creencias subyacentes sobre el peso y la figura (por ejemplo, la sobrevaloración de la musculatura, el miedo a engordar y volver a ser obeso), la hiperactividad y la autonomía respecto a la familia.

#### Efectividad:

Las terapias grupales resultaron efectivas, puesto que los hombres tratados presentaron mejoras significativas en los atracones, menos conductas alimentarias conducentes a la pérdida

de peso y mejora significativa en la dificultad que experimentaron para controlar la sobrealimentación, sobre todo en trastornos como la obesidad o trastorno por atracón.

También se encuentra una efectividad favorable de la terapia grupal cuando se trata de la bulimia, observándose una reducción de la sintomatología y obteniendo puntuaciones más bajas por parte de los varones en medidas como el deseo de la delgadez y la insatisfacción corporal. Además, la TCC convencional apunta a tener mayores beneficios para los pacientes varones que para las mujeres con el mismo diagnóstico.

Por último, la terapia de autoayuda guiada junto con las aplicaciones de teléfonos inteligentes para el tratamiento de los atracones parece mostrar gran efectividad en cuanto a la adherencia al tratamiento.

## **4. DISCUSIÓN**

### **4.1 REAFIRMACIÓN DE LOS OBJETIVOS**

La presente investigación de revisión sistemática tenía como foco diferentes objetivos, el primero y principal de todos ellos se trata de encontrar las divergencias en cuanto a la aplicación y los resultados obtenidos de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta las diferencias de género.

Este objetivo se ha visto satisfecho gracias a que en los estudios incluidos se encuentran resultados que engloban las demandas de dicho objetivo. Gracias a esta investigación y la recopilación de datos obtenidos podemos concluir, en cuanto a las mujeres, que la forma de aplicación de esta terapia se centra mayoritariamente en la sintomatología como la preocupación por el peso y la dieta, así como la imagen corporal, que se encuentra expresada en forma de pensamientos intrusivos, negativos y conductas compensatorias.

Por otro lado, en el ámbito masculino, no se encuentra muy alejado al femenino, puesto que la aplicación también radica en la eliminación de la sintomatología, aunque en los hombres se encuentra un mayor foco por el peso en cuanto a la obesidad y la ejercitación del cuerpo.

En esta investigación también se nos habla del éxito obtenido en las terapias cognitivo-conductuales de exposición y de autoayuda guiada para el tratamiento en mujeres y en hombres en terapias grupales centradas en obesidad y trastorno por atracón y terapias cognitivo-conductuales de autoayuda guiada.

Junto a lo encontrado en este primer objetivo, se puede dar respuesta a otro de los objetivos marcados para esta investigación tratándose de las necesidades específicas. En el caso de las mujeres, como ya se menciona, hace referencia a la sintomatología y a la constante preocupación que se ejerce en este género acerca de la perfección corporal, por otro lado, haciendo mención a los hombres, se focaliza en la necesidad de un cuerpo musculoso y esbelto, ausente de masa corporal.

El siguiente objetivo marcado para esta investigación se trata de la evaluación del impacto de las diferencias de género en la respuesta y efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los TCA. Este objetivo específico se encuentra cubierto de una manera parcial, puesto que no se han encontrado investigaciones que evalúen tanto a hombres como a mujeres dentro de un mismo tratamiento para poder hacer una valoración de las diferencias en cuanto a la respuesta en cada uno de los géneros y, por lo tanto, comprobar su efectividad. Si bien es cierto en el estudio realizado por Aguera et al. (2017) donde se encuentra una muestra con la misma cantidad tanto de hombres como de mujeres se ha demostrado que los pacientes masculinos que completan la terapia (específicamente aquellos con BN u OSFED) se benefician más de este tipo de intervención que las pacientes femeninas con el mismo diagnóstico. Sin embargo, se necesita un mayor respaldo en la investigación científica centrada en este objetivo para que los resultados puedan considerarse como concluyentes.

Por último, se encuentra el objetivo dirigido hacia las estrategias terapéuticas utilizadas en cada uno de los géneros, de alguna manera esta incógnita se encuentra respondida en objetivos anteriores, puesto que en el lado de las mujeres se ha demostrado que terapias centradas en la exposición y autoayuda guiada de manera más individual son las estrategias más utilizadas y que más efectividad aportan y por el lado masculino terapias centradas en grupo y control de la obesidad son las más usadas para este género.

## **4.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el siguiente apartado de esta discusión, se van a interpretar algunos de los resultados encontrados con la literatura científica ofrecida previamente.

En primer lugar, se encuentra un punto de concordancia, puesto que la literatura comunica que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser más efectiva en trastornos como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, dichos trastornos son los más tratados y estudiados en las investigaciones aportadas para esta revisión sistemática. Por otro lado, también se menciona la terapia de esquemas, la cual, en uno de los estudios utilizados, se ha encontrado con una eficacia positiva en cuanto al trastorno por atracón y la terapia de exposición como uno de los enfoques y técnicas que más se utilizan en estos trastornos de conducta alimentaria y que se observa muy presente en los estudios utilizados para esta revisión sistemática.

La terapia llevada a cabo de forma grupal ha aparecido en los últimos años como otra modalidad más de la terapia cognitivo-conductual, dato, el cual también se ha podido demostrar su efectividad gracias a los estudios encontrados que confirman esta información.

Para finalizar, otro factor que cabe mencionar que se encuentra compartido entre la literatura y el estudio realizado es la presencia del trastorno de bulimia nerviosa más presente en hombres que mujeres, lo que es corroborado por varios de los estudios aportados en esta investigación de revisión sistemática.

### **4.3 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

En referencia al tema de esta investigación, las implicaciones para la práctica clínica que se podrían desarrollar son: la adaptación de la terapia cognitivo-conductual a necesidades específicas de género, los profesionales deben personalizar los tratamientos de la terapia según las exigencias específicas de cada género; utilización de terapias grupales y de autoayuda, en el caso de los hombres, la terapia grupal puede ser particularmente efectiva para tratar temas específicos, como la estigmatización y la autoayuda guiada complementada con aplicaciones móviles puede ser una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento; implementación de tecnologías en el tratamiento, gracias a estas oportunidades tecnológicas se pueden realizar tratamientos con un soporte adicional y monitorización que continúa mejorando los resultados del tratamiento; énfasis en la psicopatología general en hombres, sería importante un enfoque terapéutico que considere factores de manera integral.

Como futuras líneas de investigación, se propone el desarrollo y evaluación de intervenciones específicas de género, se necesita una mayor investigación para el desarrollo de la eficacia de intervenciones de la terapia cognitivo-conductual adaptada a cada género con TCA, estos estudios deben investigar cómo estas intervenciones pueden ser optimizadas para mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo. Por otro lado, la exploración de mecanismos subyacentes, las futuras investigaciones deben poner el foco en comprender los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales que explican las diferencias de género en la respuesta a la TCC, lo que conlleva a poder personalizar más las terapias y mejorar su eficacia. Evaluar el impacto de la tecnología en el tratamiento, como las aplicaciones móviles en la efectividad de la TCC para la TCA, observando cómo podrían ser integradas de forma personalizada para cada tratamiento. Comparación de modalidades terapéuticas, como la terapia grupal y la individual o la terapia presencial y la terapia online para determinar cuál es más efectiva en cada género. Llevar a cabo estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones de la TCC adaptada por género centrado la misma importancia, tanto en muestra masculina como en femenina, esto ayudará a identificar factores que contribuyen a la sostenibilidad de los resultados positivos del tratamiento y a prevenir recaídas.

### **4.4 LIMITACIONES DE LOS HALLAZGOS**

En la presente investigación se han identificado varias limitaciones que han afectado el alcance y la profundidad del análisis. Una de las limitaciones más significativas ha sido la escasez de estudios centrados en la población masculina con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La mayoría de la literatura existente se concentra en mujeres, lo que dificulta la comparación y el análisis exhaustivo de las diferencias de género en la efectividad de la Terapia Cognitivo-

Conductual (TCC). Esta falta de datos específicos sobre hombres limita la capacidad de generalizar los hallazgos y de desarrollar intervenciones terapéuticas adaptadas para esta población.

Además, muchos estudios que incluyen a hombres con TCA también abordan otros trastornos comórbidos, lo que complica su exclusión en esta revisión. Dado que el enfoque de la investigación es específico sobre TCA y TCC, no se han podido utilizar estudios que no se centren exclusivamente en estos temas. Esta exclusión reduce el número de estudios disponibles y, por ende, la diversidad de datos analizados.

La investigación también ha encontrado una escasez notable de estudios que aborden TCA distintos de la obesidad y el trastorno por atracón en hombres. En particular, no se encontraron artículos sobre hombres con anorexia nerviosa, lo que crea una laguna significativa en el conocimiento sobre cómo diferentes TCA afectan a la población masculina y cómo responden a la TCC. Esta falta de información impide una comprensión completa y matizada de la efectividad de la TCC en todos los tipos de TCA en hombres.

Otra dificultad importante ha sido la falta de acceso a muchos artículos relevantes. Numerosos estudios no permitían el acceso completo a su contenido, lo que limitó la capacidad de realizar una revisión exhaustiva y detallada de la literatura disponible. Esta restricción en el acceso a información completa reduce la robustez de los hallazgos y las conclusiones de esta investigación.

Finalmente, existe una carencia de estudios que incluyan muestras balanceadas de hombres y mujeres, lo que dificulta la comparación directa y fiable de cómo la TCC afecta a cada género en el contexto de los TCA. La falta de estudios con muestras equitativas impide una evaluación precisa de las diferencias de género en la respuesta al tratamiento, limitando la capacidad de generalizar los resultados y de desarrollar recomendaciones específicas para cada género.

Estas limitaciones destacan la necesidad de más investigaciones que aborden las lagunas identificadas, particularmente en relación con la población masculina y la diversidad de TCA. Abordar estas limitaciones en futuros estudios será crucial para mejorar la comprensión y el tratamiento de los TCA en diferentes géneros.

## **5. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)**

La realización de este Trabajo Fin de Grado (TFG) acerca de las diferencias en la efectividad de la terapia cognitivo-conductual según el género en el trastorno de la conducta alimentaria, se puede relacionar con algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A continuación, se detallan algunos de los más relevantes:

### ODS 3: Salud y Bienestar

El estudio sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en diferentes géneros puede contribuir a mejorar las intervenciones terapéuticas y, por ende, a la reducción de la mortalidad y morbilidad asociada con los trastornos de la conducta alimentaria.

Aunque más indirectamente, un mejor entendimiento de la efectividad de las terapias puede influir en programas de prevención y tratamiento que abordan la comorbilidad de los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias.

### ODS 4: Educación de Calidad

Un trabajo académico que promueve la investigación en salud mental y la efectividad de las terapias contribuye a una educación superior de calidad, formando profesionales capacitados para abordar desafíos complejos en salud.

Este tipo de investigación fomenta una formación más completa y sensible a las diferencias individuales, preparando a los futuros profesionales de la salud mental para ofrecer tratamientos más personalizados y efectivos. Esto se traduce en una mejora de la calidad de la atención y en la promoción de prácticas basadas en la evidencia.

### ODS 5: Igualdad de Género

Investigar las diferencias en la efectividad de la terapia según el género puede ayudar a identificar y abordar posibles disparidades en el tratamiento de hombres y mujeres, promoviendo una atención más equitativa. Los hallazgos del estudio pueden servir como base para la elaboración de políticas y prácticas que aseguren que tanto hombres como mujeres reciban tratamientos adecuados a sus necesidades específicas, promoviendo así la igualdad de género en el ámbito de la salud mental.

Al divulgar los resultados de esta investigación, contribuye a una mayor conciencia y comprensión sobre cómo el género influye en la efectividad de los tratamientos de salud mental, lo cual es crucial para combatir estereotipos y prejuicios que pueden existir en el sistema de salud.

### ODS 10: Reducción de las Desigualdades

El trabajo puede ayudar a reducir las desigualdades en la atención sanitaria al proporcionar datos específicos que puedan influir en políticas y prácticas más inclusivas y personalizadas.



Además, fomenta la creación de guías clínicas y protocolos que aseguren que todas las personas reciban un nivel óptimo de cuidado, sin importar su género. Esto ayuda a cerrar las brechas de desigualdad en la atención sanitaria y promueve una sociedad más justa y equitativa.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguera, Z., Sanchez, I., Granero, R., Riesco, N., Steward, T., Martin-Romera, V., Jimenez-Murcia, S., Romero, X., Caroleo, M., Segura-Garcia, C., Manuel Menchon, J., & Fernandez-Aranda, F. (2017). Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *EUROPEAN EATING DISORDERS REVIEW*, 25(4), 293-301. <https://doi.org/10.1002/erv.2519>
- Amorín, D., Armas, D., Cantonet, H., Carballido, C., León, M. D., Fernández, P., Grosso, M., Labanca, R., Bagattini, C. M., Moirano, M., Polto, A., Peregalli, F., Puig, I. P., & Saravia, L. (s. f.). *CONDUCTAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS*.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)*. Washington, D.C.
- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Carratalá-Ricart, L., Universidad Europea de Valencia, España, Julián, M., & Universidad Europea de Valencia, España. (2023). Risk Factors and Eating Disorders Among Spanish Adolescents: A Systematic Review. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 44(3), 164. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3024>
- Carter, F. A., McIntosh, V. V. W., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., & Bulik, C. M. (2003). Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Three-year follow-up results. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 127-135. <https://doi.org/10.1002/eat.10126>
- Chen, E. Y., Cacioppo, J., Fettich, K., Gallop, R., McCloskey, M. S., Olinio, T., & Zeffiro, T. A. (2017). An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological Medicine*, 47(4), 703-717. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002543>
- Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders. *BEHAVIOURAL AND COGNITIVE PSYCHOTHERAPY*, 36(6), 713-722. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004736>
- Dennis, K., Pane, K., Adams, B., & Qi, B. (1999). The impact of a shipboard weight control program. *OBESITY RESEARCH*, 7(1), 60-67. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1999.tb00391.x>
- Dolores, M., & Margarita, A. (s. f.). *Trabajo Final de Integración*.
- Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Nunez, A., Penelo, E., Solano, R., & Treasure, J. (2009). Male eating disorders and therapy: A controlled pilot study with one year follow-up. *JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY*, 40(3), 479-486. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.06.004>
- Gómez-Candela, C., Milla, S. P., Miján-de-la-Torre, A., Ortega, P. R., Martín, P. M., Kohen, V. L., & Alija, M. J. C. (s. f.). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr Hosp*.

- Haslam, M., Meyer, C., & Waller, G. (2011). Do Eating Attitudes Predict Early Change in Eating Behaviors Among Women with Bulimic Disorders Who Are Treated with Cognitive Behavioral Therapy? *INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS*, 44(8), 741-744. <https://doi.org/10.1002/eat.20910>
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: A component analysis. *BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY*, 42(11), 1325-1339. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.001>
- Hildebrandt, T., Michaelides, A., Mackinnon, D., Greif, R., DeBar, L., & Sysko, R. (2017). Randomized controlled trial comparing smartphone assisted versus traditional guided self-help for adults with binge eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1313-1322. <https://doi.org/10.1002/eat.22781>
- Larroy García, C., & Gómez-Calcerrada, S. G. (2011). Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: A pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 344-355. [https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n1.31](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.31)
- Mares, S. H. W., Burger, J., Lemmens, L. H. J. M., Van Elburg, A. A., & Vroling, M. S. (2022). Evaluation of the cognitive behavioural theory of eating disorders: A network analysis investigation. *Eating Behaviors*, 44, 101590. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101590>
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *PSYCHIATRY RESEARCH*, 240, 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: An update. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 476-481. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911>
- Pritchard, M. (2008). Disordered Eating in Undergraduates: Does Gender Role Orientation Influence Men and Women the Same Way? *Sex Roles*, 59(3-4), 282-289. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9449-8>
- Seyler-Mancilla, A. (s. f.). *Modelo biopsicosocial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*.
- Suárez, A. M. S. (s. f.). *PERSPECTIVAS DE ESTUDIO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*.
- Valle, N. C. A., & Covarrubias-Esquer, J. D. (s. f.). *Trastornos de la conducta alimentaria*.