

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Flexibilidad cognitiva y valores personales: tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Trabajo final de grado
Monografía

Estudiante: María Chiara Olano Frione
C.I: 5.447.044-5
Tutor: Hugo Selma Sánchez
Revisor: Vicente Chirullo

Montevideo, Uruguay
Diciembre, 2025

Agradecimientos

A mis padres, quienes me acompañaron durante esta intensa trayectoria, apoyándome y alentándome para llegar hasta acá, gracias infinitas por todo.

Mamá, gracias por escucharme leyendo mis apuntes una y otra vez, y por aguantarme quejándome mil veces de lo mismo. Sin dudas sos mi ejemplo a seguir y me enorgullece parecerme cada día más a vos.

Papá, gracias por irme a buscar a los parciales y por imprimirmelos millones de repartidos durante estos años. Tu tranquilidad y tu humor fueron fundamentales para mí en este camino.

A mi hermana, Pau, quien me inspiró a estudiar esta carrera, gracias por tu paciencia y soporte en mis momentos de crisis. Compartir años juntas en la FPsico sin dudas fue de las cosas más divertidas que nos tocó vivir.

A mis abuelos y mis nonnos; especialmente a mi nonno Franco, quien me enseñó el valor del esfuerzo y del estudio constante; fueron fundamentales para que me convierta en la persona que soy hoy en día.

A mis amigos de toda la vida, Juantse, Pieri, Mariu, Lu, Lara, Dome, Guille, Arti, Juani, Dani, Lucas, Juanfra, gracias por estar presentes y confiar en cada paso de mi carrera. Gracias por sacarme una sonrisa siempre.

A ellos, que siempre encuentran la manera de hacerme reír, gracias.

A ellas, que siempre están a un mensaje de distancia ante cualquier crisis, quienes me han sabido escuchar y me han aconsejado como nadie, gracias. Su amistad me sostiene y me impulsa constantemente. Nada sería igual sin ustedes.

A los que conocí en el camino, a los que ya son colegas, a los que serán, fueron un pilar fundamental en esta etapa, gracias por el soporte y acompañamiento constante.

A mi psicóloga Jani, gracias por inspirarme y apoyarme en este camino.

Por último, agradezco a todas las personas que han sufrido o sufren un trastorno de la conducta alimentaria, han sido de gran inspiración para este trabajo.

Contenido

Resumen	4
Abstract	5
1. Introducción	6
2. Marco Teórico	8
2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso	10
2.1.1 Flexibilidad cognitiva	12
2.1.2 Fusión y defusión cognitiva	13
2.1.3 Evitación Experiencial	14
2.1.4 Valores personales	14
2.2 Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.	15
3. ACT como modelo terapéutico para los TCA	19
3.1 ACT y el abordaje de TCA: ventajas y limitaciones frente la TCC y la FBT	21
3.2 Eficacia de ACT y evidencia empírica	22
4. Conclusiones	27
Referencias bibliográficas.	28

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen una problemática de alta prevalencia a nivel mundial, con importantes consecuencias en la salud física y mental. Resulta fundamental revisar qué enfoques terapéuticos favorecen una recuperación sostenida y un cambio más allá de los síntomas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), enmarcada en las terapias de tercera generación, propone un abordaje centrado en la flexibilidad psicológica, la aceptación del sufrimiento y la clarificación de valores personales.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español y en inglés. Los estudios sugieren que, más allá de intervenir sobre la conducta alimentaria, ACT ofrece herramientas para transformar la relación con el mundo interno, promoviendo una reconexión con valores personales que orienten la acción y fortalezcan el proceso de recuperación.

No obstante, la evidencia disponible aún presenta limitaciones metodológicas y contextuales: se requieren estudios con mayor tamaño muestral, diversidad cultural y seguimientos longitudinales, particularmente en población adolescente y en Latinoamérica.

En conclusión, ACT se perfila como un abordaje prometedor y transdiagnóstico para los TCA, al ofrecer una vía terapéutica que no se restringe a la eliminación del síntoma, sino que reconfigura la relación con el sufrimiento y favorece la construcción de una identidad guiada por valores personales y no por el trastorno.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastornos de la Conducta Alimentaria, defusión, valores, flexibilidad cognitiva.

Abstract

Eating Disorders (EDs) are highly prevalent worldwide and entail significant physical and mental health consequences. It is therefore essential to examine which therapeutic approaches foster sustained recovery and change beyond symptom reduction.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), framed within third-wave behavioral therapies, emphasizes psychological flexibility, acceptance of suffering, and the clarification of personal values.

The present review considered evidence available in both Spanish and English. Findings suggest that, beyond addressing disordered eating behaviors, ACT provides tools to reshape the individual's relationship with their inner experiences, fostering a reconnection with personal values that guide action and strengthen the recovery process.

Nevertheless, current evidence still shows methodological and contextual limitations: further studies are needed with larger sample sizes, greater cultural diversity, and longitudinal follow-ups, particularly in adolescent populations and within Latin America.

In conclusion, ACT emerges as a promising and transdiagnostic approach to EDs, offering a therapeutic pathway that goes beyond symptom elimination, reshaping the relationship with suffering and supporting the development of an identity guided by personal values rather than the disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Eating Disorders, defusion, values, psychological flexibility.

1. Introducción

El objetivo general del presente Trabajo Final de Grado, en el formato de monografía, consiste en analizar e integrar los trabajos académicos y de investigación referentes a la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Mi interés por este tema surgió durante la práctica de graduación *Terapia cognitivo conductual para trastornos internalizantes*, dictada por la docente Victoria Gradín, donde tuve la oportunidad de conocer este enfoque terapéutico. Allí nació un interés personal profundo por esta temática, motivado por la creciente prevalencia de los TCA, especialmente en mujeres jóvenes.

En la actualidad, se observa con gran preocupación cómo estos trastornos afectan a una población cada vez más joven, fenómeno que se ve intensificado por la influencia de las redes sociales y los ideales estéticos promovidos en estos espacios. Asimismo, tanto la ACT como los TCA son temáticas que, en general, no se abordan en profundidad a lo largo de la formación de grado en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar).

Resulta de suma importancia y urgencia que, tanto en el ámbito social como en el académico, se continúe profundizando la investigación sobre los TCA y sus abordajes terapéuticos, especialmente en contextos donde su prevalencia es alarmantemente alta.

Estudios realizados por Mervat Nasser, especializado en investigación en temas de salud y desarrollo del instituto de psiquiatría de Kings College, Londres, indican que el país con más índices de TCA es Japón, con un 35% de la población afectada, y en segundo lugar Argentina, con un 39%. Dado que Uruguay comparte con este país una cercanía geográfica y fuertes similitudes socioculturales (como los ideales estéticos centrados en la delgadez, la presión sobre la imagen corporal y la influencia de los medios de comunicación), resulta pertinente prestar atención a estas estadísticas como un indicador de riesgo regional. Esta situación crítica exige no solo mayor producción científica y desarrollo de intervenciones eficaces, sino también políticas públicas orientadas a la prevención y el acompañamiento integral de las personas afectadas.

Este trabajo busca dar cuenta de los avances y tendencias actuales en este campo, poniendo especial énfasis en los aportes de la ACT para la comprensión y el tratamiento de los TCA desde una perspectiva centrada en los valores personales, la flexibilidad psicológica y la construcción de una identidad no definida por el síntoma.

Tras una extensa búsqueda bibliográfica, se evidencia una creciente atención internacional hacia este enfoque. Si bien la ACT es actualmente una de las terapias contextuales más estudiadas y con sólida validación científica en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, la cantidad de investigaciones específicas que aborden su aplicación en TCA aún es limitada. Existen estudios preliminares y algunas revisiones sistemáticas que muestran resultados prometedores, especialmente en cuanto a la mejora de la flexibilidad psicológica, la reducción de la evitación experiencial y el aumento del compromiso con valores personales. No obstante, se observa una escasa producción académica sobre este tema y una aplicación clínica todavía incipiente.

2. Marco Teórico

En este capítulo se presentan las bases conceptuales de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y su vínculo con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El propósito es ofrecer un marco teórico claro y fundamentado que permita contextualizar el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde la perspectiva de ACT.

La TCC constituye las raíces históricas y metodológicas de las cuales surge ACT. Ambos abordajes comparten la orientación empírico-clínica y el trabajo estructurado, pero presentan diferencias: mientras la TCC clásica prioriza la modificación de contenidos cognitivos para cambiar la emoción y la conducta, la ACT—que, como se verá más adelante, pertenece a la llamada “tercera ola”— propone un abordaje contextual y procesual que consiste en aumentar la flexibilidad psicológica mediante la aceptación, la defusión, el contacto con el presente, los valores y la acción comprometida.

De esta forma, la ACT constituye una nueva generación dentro de los abordajes conductuales, donde a partir de los aportes de diversos autores, como Hayes, 2004; Hayes et al., 2011; y Villalobos et al., 2017, entre otros, se proponen una serie de nuevas herramientas terapéuticas que apuntan a afrontar problemas complejos como los trastornos de la conducta alimentaria.

Las terapias cognitivo-conductuales comenzaron a desarrollarse entre las décadas de 1950 y 1970 y con el tiempo dieron lugar a una familia de modelos que comparten supuestos comunes: la idea de que los procesos cognitivos median la respuesta emocional y conductual, y que la modificación de estos procesos facilita el cambio en el estado de ánimo y la conducta (Keegan y Holas, 2010).

Más que un enfoque único, se trata de un conjunto de terapias que fueron surgiendo en distintas generaciones u “olas”, cada una de las cuales incorporó nuevos marcos teóricos y técnicos (Keegan y Holas, 2010). La trayectoria comenzó con la Terapia de la Conducta (TC), conocida como la primera generación. Keegan y Holas (2010) explican que esta se desarrolló a partir de la terapia comportamental tradicional, considerada la primera psicoterapia validada científicamente, a lo que Ruiz et al. (2012b) agregan que se trata de un abordaje basado en los modelos de aprendizaje por condicionamiento: el condicionamiento clásico de Pavlov (1927) y el condicionamiento operante de Skinner (1953). Ambos enfoques parten del supuesto de que la conducta es aprendida y puede ser modificada mediante los principios del aprendizaje (Ruiz et al., 2012b).

Desde esta perspectiva, el organismo es concebido como una "caja negra" donde solo se estudian los estímulos externos y las respuestas observables, sin indagar en los procesos mentales internos (Labrador, 2008). A partir de estos modelos se desarrollaron técnicas como la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958, como se citó en Ruiz et al., 2012b) y la exposición y el análisis aplicado de conducta (Baer et al., 1968, como se citó en Ruiz et al., 2012b), orientadas al cambio de conductas problemáticas observables, sin centrarse en los procesos internos del sujeto.

Ruiz et al. (2012b) explican que, hacia la década de 1970, esta perspectiva empezó a verse como insuficiente para explicar la complejidad del comportamiento humano, lo que dio lugar a una segunda generación, caracterizada por la incorporación de los procesos cognitivos. Durante esta etapa, los aportes de Beck y Ellis fueron decisivos para integrar los elementos cognitivos al enfoque conductual. Aunque sus propuestas inicialmente fueron consideradas demasiado abstractas por los conductistas, los buenos resultados obtenidos, especialmente en el tratamiento de la depresión, generaron un creciente interés. Hacia fines de los años sesenta y comienzos de los setenta, varios terapeutas comenzaron a identificarse con esta nueva orientación, lo que consolidó la TCC como un modelo integrador entre lo cognitivo y lo comportamental (Ruiz et al., 2012b).

Dentro de las terapias más influyentes de esta nueva generación se encuentran la Terapia Racional-Emotiva, de Albert Ellis, y la Terapia Cognitiva de la Depresión, de Aaron Beck (Labrador, 2019). Ambos autores iniciaron como psicoanalistas, pero sus investigaciones empíricas los llevaron, por distintos caminos, a cuestionar los fundamentos del psicoanálisis. En su búsqueda por un modelo científicamente verificable, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva centrada en la identificación y modificación de pensamientos automáticos y creencias disfuncionales que afectan el estado de ánimo y la conducta del paciente (Ruiz et al., 2012a).

A su vez, Ellis elaboró un método descrito inicialmente como terapia relacional (TR), al cual, con los años, modificó e incluyó técnicas más emocionales y comportamentales, de modo que la TR se convirtió en la terapia racional-emotiva (TRE), y posteriormente en la terapia racional-emotiva comportamental (TREC) (Ruiz et al., 2012a). Tanto Beck como Ellis pusieron énfasis en las cogniciones y creencias de los pacientes, y, en lugar de una escucha pasiva, propusieron un estilo de diálogo activo, incluyendo tareas y ejercicios en los tratamientos (Keegan y Holas, 2010).

En síntesis, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) surge a partir de la integración del componente cognitivo con las técnicas procedentes de la terapia de conducta.

La tercera generación, que comenzó a consolidarse en la década de 1990, dio origen a enfoques innovadores que, sin abandonar los principios fundamentales de las TCC, integran una perspectiva más contextual y centrada en los procesos psicológicos subyacentes, en lugar de enfocarse únicamente en los contenidos superficiales. No se trata de un cambio radical en la forma de hacer terapia de la conducta, sino un viraje hacia aspectos poco valorados, tales como los valores, la aceptación, la conciencia plena, la espiritualidad, entre otros. (Hayes, 2004). Las terapias de esta generación se fundamentan en un paradigma contextual que explica el comportamiento humano (normal y anormal) en términos interactivos, funcionales y contextuales.

Desde esta perspectiva, el trastorno no se encuentra dentro de la persona, sino que es la persona la que se encuentra en unas circunstancias o situación problemática (Villalobos et al., 2017). Es justamente dentro del abanico de terapias en esta generación que se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso.

2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso

Desarrollada a finales de los años 80 por Hayes, junto a Wilson y Strosahl, en el marco de las terapias de tercera ola, la ACT es un enfoque de intervención psicológica que propone un cambio de paradigma: el foco deja de estar en la eliminación de los síntomas y pasa a centrarse en el desarrollo de la flexibilidad psicológica (Harris, 2021).

Según este autor, si bien en español las palabras que componen las siglas ACT difieren del inglés, se opta por conservar las mismas iniciales en ambos idiomas debido a que ACT no se considera simplemente una abreviatura, sino que representa un concepto más profundo. En inglés, las siglas ACT evocan la noción de "actuar", lo cual resulta coherente con uno de los pilares de este enfoque: promover acciones comprometidas. No obstante, es importante subrayar que no se trata de actuar de cualquier manera, sino de realizar conductas que estén en sintonía con los valores de cada persona.

Villalobos et al. (2017) describen una serie de premisas a partir de las cuales se articula la intervención desde la ACT:

- a. El problema de las personas no es tener pensamientos o recuerdos negativos, sino la manera en la que se relacionan con estos.
- b. La pretensión de no sufrir o estar constantemente bien es irreal; no se ajusta a la realidad que la vida ofrece. La ACT considera el malestar psicológico como parte inherente de la vida.

- c. La salud psicológica se entiende como el desarrollo y mantenimiento de patrones de comportamiento valiosos en las diferentes áreas importantes en la vida de una persona.
- d. Los problemas psicológicos no se dan por la presencia de contenidos aversivos, sino por el papel protagonista que adquieren en cuanto al control del comportamiento del sujeto.

En lugar de luchar contra pensamientos, emociones o sensaciones aversivas, la ACT invita a aprender a aceptarlas como una parte natural de nuestra experiencia humana, y a comprometernos en acciones valiosas y significativas, incluso cuando el dolor está presente (Harris, 2021). El dolor forma parte de la existencia y, debido a nuestra capacidad simbólica, tenemos además la tendencia a conservarlo en la memoria y traerlo de vuelta a la conciencia en cualquier instante. No podemos hacer desaparecer el sufrimiento simplemente intentando suprimir el dolor y la vida humana está atravesada por desafíos inevitables (Hayes et al., 2015).

Es en este marco que la ACT propone que dejemos de identificarnos con nuestro sufrimiento y aprender a aceptarlo, con el fin de relacionarnos de otra manera con nuestras experiencias internas, abriéndonos así a una vida más rica y significativa. En palabras de Hayes et al. (2014): “Puedes empezar a vivir una vida valiosa a partir de este mismo momento, pero para ello tendrás que aprender cómo salir de tu mente para entrar en tu vida” (p. 16).

En la misma línea, Harris (2021) agrega que buena parte del sufrimiento humano no proviene de los eventos *per se*, sino de la manera en que nos relacionamos con ellos al intentar controlarlos, evitarlos o escapar, lo que, paradójicamente, suele intensificar el dolor.

En este punto, resulta importante aclarar que la ACT no promueve la resignación, sino la apertura y disposición a experimentar lo que sentimos, con el propósito de vivir de forma más plena y avanzar en dirección a aquello que verdaderamente da sentido a nuestra vida (Hayes et al., 2014).

De acuerdo con Maero (2022), la ACT es uno de los pocos modelos de psicoterapia que se basa directamente en una teoría sobre la naturaleza y el funcionamiento del lenguaje y la cognición, la cual está definida con precisión y cuenta con un gran soporte empírico. La autora explica que este abordaje se fundamenta en dos grandes teorías: el Contextualismo funcional y la Teoría de los Marcos Relacionales (Maero, 2022).

El contextualismo funcional plantea que toda conducta (pública o privada) solo adquiere sentido en relación con su contexto. (Hayes, 2011). Tal como señalan Wilson y Luciano (2014), el comportamiento y su contexto mantienen una relación de interdependencia: no es posible comprender una acción aislada de las condiciones en las que se manifiesta, del

mismo modo que el contexto solo cobra sentido a partir de los efectos que genera en la conducta.

En tanto, la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, por sus siglas en inglés) -desarrollada por Hayes-, es una teoría de la mente y el lenguaje humano. O'Connell (2018) explica que la conducta humana está guiada por redes de relaciones mutuas llamadas *marcos relacionales*, que se generan gracias a la capacidad de los seres humanos de aprender no solamente por asociación directa sino también por relacionar estímulos entre sí de forma en forma arbitraria. Estas redes de relaciones constituyen el núcleo del lenguaje y de la cognición humana, y permiten el aprendizaje sin la necesidad de una experiencia directa (Hayes, 2004). Algunos ejemplos de estos marcos relacionales son *más que, menos que, igual a, mejor que*, entre otros. Esta habilidad nos permite pensar en el futuro, hacer planes, crear significados y vivir en comunidad. Sin embargo, también conlleva un costo: al relacionar palabras, pensamientos y emociones con eventos dolorosos del pasado o temores del futuro, terminamos muchas veces sufriendo innecesariamente (O'Connell, 2018).

2.1.1 Flexibilidad cognitiva

Diversos autores abordados en este trabajo coinciden en que la ACT busca promover la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de estar en contacto con el momento presente; abrirse a vivencias internas desagradables o incómodas sin necesidad de controlarlas o evitarlas, y actuar de manera coherente con los propios valores y en dirección a lo que realmente importa, incluso en presencia de experiencias internas difíciles (Hayes et al., 2012; Harris, 2021). A partir de esta mirada, la flexibilidad psicológica se posiciona en el polo opuesto de la evitación experiencial, y se basa en seis procesos interrelacionados: el *contacto con el momento presente*; la *defusión cognitiva*; la *aceptación*; *yo como contexto*; la *clarificación de valores*; y la *acción comprometida* (Hayes et al., 2012; Harris, 2021).

Harris (2021) describe estos procesos de la siguiente manera:

1) *Contacto con el momento presente*:

Implica vivir enfocados y conectados profundamente al presente, participando plenamente de la vida, en lugar de enfocarnos en el pasado o en el futuro.

2) *Defusión cognitiva*:

Busca cambiar la manera en que nos relacionamos con nuestros pensamientos, observándolos como eventos mentales transitorios en lugar de verdades absolutas. Mediante

este proceso se busca que la mente no nos controle, sino que seamos nosotros quienes controlemos nuestras acciones.

3) *Aceptación:*

Se refiere a una disposición abierta y voluntaria a experimentar emociones, recuerdos o sensaciones difíciles, sin evitarlos ni luchar contra ellos.

4) *Yo como contexto:*

Alude a una perspectiva del “yo” más amplia y estable, desde la cual es posible observar pensamientos y emociones sin fusionarse con ellos. Trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar, diferenciándolo de las emociones, pensamientos o recuerdos. Se pretende que los pacientes pierdan sus ataduras a los contenidos verbales, considerados como su identidad personal, y que busquen un sentido de identidad que trascienda lo literal.

5) *Clarificación de valores:*

Permite identificar lo que realmente importa en la vida de la persona: aquellos principios elegidos libremente que dan dirección, propósito y sentido.

6) *Acción: Comprometida:*

consiste en dar pasos concretos y sostenidos hacia una vida significativa, guiada por esos valores, incluso cuando aparecen barreras internas o malestar. (Harris, 2021; Hayes et al., 2012; y O’Connell, 2018).

Los seis procesos giran en torno a los tres objetivos principales de la ACT: *abrirse*, (aceptación y defusión), *estar presente* (conciencia del momento presente y del yo como contexto) y *hacer lo que importa* (valores y acción comprometida) (Harris, 2021).

2.1.2 Fusión y defusión cognitiva

La *fusión cognitiva* se define como “la dominancia del contenido verbal sobre otras fuentes de regulación del comportamiento” (Hayes et al., 2012, p. 66), lo cual implica que los pensamientos son tomados literalmente, afectando rígidamente la conducta. En este estado, los pensamientos, sentimientos o emociones son experimentados como verdades absolutas, y no como construcciones del lenguaje. El sufrimiento tiene lugar cuando la persona cree

firmemente en el contenido literal de su mente y se “fusiona” con sus cogniciones (Hayes et al. 2012).

En contraposición, la *defusión cognitiva* significa “aprender a dar un paso atrás” y separarnos de nuestros pensamientos, imágenes y recuerdos. La defusión implica ver nuestros pensamientos por lo que son: nada más ni menos que palabras o imágenes, permitiendo que nos guíen, pero no que nos dominen. En lugar de intentar suprimir o modificar las cogniciones indeseadas, la defusión propone transformar el vínculo que la persona establece con ellos, permitiéndole actuar de forma más alineada con sus valores personales (Harris, 2021).

2.1.3 Evitación Experiencial

La evitación experiencial es considerada un proceso central en el origen y mantenimiento del sufrimiento humano. Se refiere a la tendencia a evitar, suprimir o controlar eventos internos (como pensamientos, emociones, recuerdos, entre otros) que son percibidos como aversivos o amenazantes (Hayes et al., 2012). Esta evitación surge muchas veces como una consecuencia directa de la fusión cognitiva, cuando las personas toman literalmente el contenido de sus pensamientos y actúan en función de ellos.

La evitación proviene de una cultura que prioriza el sentirse bien permanentemente (Ruiz et al., 2012b). En determinadas situaciones, evitar puede ser útil y funcional, especialmente cuando permite actuar de manera coherente con los propios valores y objetivos (Hayes et al., 1996).

Sin embargo, se vuelve problemática cuando se transforma en un patrón rígido y generalizado que interfiere con una vida significativa. En estos casos, la persona no solo evita el malestar, sino también experiencias, vínculos o actividades valiosas que podrían generar dicho malestar. En lugar de eliminar el dolor, la evitación lo amplifica, resultando perjudicial al no encontrarse alineado con los valores y metas establecidas a largo plazo (Luciano et al., 2005).

2.1.4 Valores personales

Según Harris (2021), los valores pueden definirse como cualidades elegidas de conducta que guían la acción de manera continua. No se trata de metas específicas que puedan alcanzarse y completarse, sino de principios o direcciones generales que orientan la forma como una persona desea comportarse en diversas áreas de su vida. Expresan nuestros deseos más profundos sobre cómo relacionarnos con nosotros mismos, con los demás y con el

mundo, funcionando como una brújula interna que guía nuestras decisiones cotidianas. Aclararlos nos permite actuar de manera más coherente con lo que realmente importa, incluso en presencia de malestar emocional. Los valores no son obligaciones ni normas externas, sino elecciones conscientes sobre las cualidades personales que queremos expresar en nuestra vida y que pueden sostenerse incluso en situaciones difíciles.

Los valores se diferencian de los objetivos en varios aspectos fundamentales. Mientras estos están orientados hacia el futuro, los valores existen en el aquí y ahora como guías constantes del comportamiento. No requieren justificación externa, ya que representan elecciones personales profundamente significativas. Sin embargo, muchas veces es necesario jerarquizarlos, especialmente cuando entran en conflicto entre sí. La ACT sugiere que los valores deben sostenerse ligeramente, con flexibilidad, permitiendo que orienten nuestras acciones sin convertirse en reglas inamovibles (Harris, 2021).

Clarificar los valores implica un proceso activo de exploración personal, donde el individuo se pregunta: *¿Qué tipo de persona quiero ser? ¿Qué quiero aportar al mundo? ¿Qué me importa profundamente?*

Según Maero (2021), los valores permiten conectar con aspectos centrales de la identidad, fomentando una vivencia existencial que trasciende el sufrimiento momentáneo: “Los valores funcionan como ejes de orientación vital, recordándonos hacia dónde queremos dirigirnos cuando la mente nos arrastra en direcciones opuestas” (p. 81).

2.2 Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se definen como alteraciones persistentes en los hábitos alimentarios o en los comportamientos relacionados con la alimentación. Estas alteraciones afectan negativamente el consumo o la absorción de los alimentos y generan un deterioro significativo en la salud física o en el funcionamiento psicosocial (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2021) señala que estos trastornos son un problema de salud pública a nivel mundial. En 2021, el organismo reportó que había 16 millones de personas viviendo con TCA, incluyendo cerca de 3,4 millones de niños y adolescentes. Los datos revelan, además, que uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años sufre algún trastorno mental. Investigaciones recientes a nivel mundial confirman un aumento significativo en la prevalencia de los TCA en adolescentes y adultos jóvenes (10-24 años) entre

1990 y 2021, con una alta y creciente proporción de conductas alimentarias desordenadas en el grupo de 11 a 19 años (OMS, 2025).

Los TCA afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, quienes concentran la mayoría de los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Esta mayor prevalencia en mujeres adolescentes se vincula con una combinación de factores biológicos, emocionales y, en especial, socioculturales, entre los que se destaca la presión por alcanzar ideales de belleza poco realistas (Arija Val et al., 2022). Los modelos de belleza vigentes se vuelven progresivamente más difíciles de alcanzar, y el uso excesivo de redes sociales como Instagram y TikTok expone a las personas a representaciones de cuerpos y estilos de vida idealizados. Esta exposición constante puede incrementar sentimientos de inseguridad y malestar corporal (Ojeda-Martín et al., 2021).

De acuerdo con Rutzstein (2009), los TCA afectan principalmente a población femenina, en una proporción de 9 casos en mujeres contra uno en hombres. A este respecto, Bentley et al. (2014) advierten que, aunque la mayor parte de los casos se dan en mujeres adolescentes, la evidencia indica que los varones también pueden verse afectados por este tipo de trastornos, en una proporción creciente.

Por su parte, un estudio llevado adelante por Liu et al. (2025), en el cual se realizó un análisis global sobre trastornos alimenticios en adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años, entre 1990 y 2021, indica que la carga de trastornos alimentarios alcanza su punto máximo entre los 20 y 24 años y aumenta rápidamente.

Estos datos confirman lo que hace más de una década atrás advertía Rutzstein (2009): que, si bien los TCA suelen aparecer durante la pubertad, la adolescencia o los primeros años de la adulzera, la tendencia es que comiencen a manifestarse en edades cada vez más tempranas y se prolonguen a etapas más avanzadas de la vida.

En cuanto al alcance del impacto de los TCA en la vida de las personas, el DSM-5 señala que el acto de alimentarse constituye una rutina fundamental en la vida cotidiana, y cuando surgen dificultades en esta área, las consecuencias se manifiestan profundamente tanto en el plano físico como en el psicológico, lo que genera un elevado nivel de malestar y compromete seriamente el funcionamiento psicosocial de la persona (APA, 2013). La calidad de vida se ve considerablemente deteriorada en múltiples dimensiones, afectando los vínculos de pareja, familiares, sociales y también el ámbito laboral (Patel et al., 2016; Jenkins y Ogden, 2012).

Se debe considerar además el impacto del estigma social vinculado a estos trastornos, tanto en el proceso de diagnóstico como en la búsqueda y continuidad del tratamiento. Varios

autores afirman que a menudo los TCA son malinterpretados como una elección personal o una preocupación superficial, lo que minimiza su gravedad clínica. Esta visión estigmatizante puede llevar a que muchos individuos oculten sus síntomas por temor a ser juzgados, retrasando la búsqueda de ayuda (Wall et al., 2024; Foran et al., 2020).

Un estudio reciente evidenció que, en promedio, las personas con TCA tardan más de cinco años en buscar tratamiento desde el inicio de los síntomas. Este retraso en la búsqueda de ayuda varía según el diagnóstico: se observó una mayor demora en pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) o BED, en comparación con aquellos con Anorexia Nerviosa (AN). En todos los casos, el estigma fue reportado como la barrera más importante (Ali et al., 2017).

Según Arija-Val et al. (2022), existen pocos estudios vinculados a algunas poblaciones, como adultos mayores, hombres y poblaciones no occidentales, así como en países de ingresos bajos o medios. Actualmente, se sabe que los TCA se distribuyen de forma global, afectando a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos. No obstante, se dispone de pocos datos en Asia, Latinoamérica y África, lo que dificulta el diseño de políticas públicas orientadas a la prevención y recuperación de los TCA a nivel internacional (Arija-Val et al., 2022).

El DSM-5 clasifica ocho trastornos dentro de la categoría “Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos”: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno por evitación/restricción de la ingesta (ARFID), pica, trastorno de rumiación, trastorno alimentario especificado y trastorno alimentario no especificado (APA, 2013).

En esta monografía se abordarán únicamente la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, ya que son los trastornos de la conducta alimentaria con mayor prevalencia en la población general. Según una revisión sistemática realizada por Galmiche et al., 2019), la prevalencia global de por vida se estima en aproximadamente 0,16 % para la anorexia nerviosa, 0,63 % para la bulimia nerviosa y 1,53 % para el trastorno por atracón (ver Tabla 1).

Tabla 1*Trastornos, síntomas y datos.*

Trastorno	Síntomas	Prevalencia y características demográficas	Mortalidad y riesgos asociados
Anorexia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restricción persistente de la ingesta de alimentos. ▪ Preocupación obsesiva por el peso corporal y por la figura. ▪ Peso corporal muy bajo. ▪ Gran temor a ganar peso. ▪ Negación de la gravedad del bajo peso. ▪ Autopercepción alterada ▪ Autoevaluación excesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio frecuente en adolescencia o adultez temprana. ▪ Predomina en mujeres (proporción 10:1). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo alto de complicaciones médicas por desnutrición y suicidio. ▪ Se estiman alrededor de 12 muertes por cada 100.000 personas al año.
Bulimia Nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas. ▪ Sensación de pérdida de control durante los atracones. ▪ Culpa o vergüenza posterior. ▪ Autoimagen profundamente influenciada por el peso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes. ▪ Más frecuente en mujeres (proporción 10:1). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo aumentado de ideación y conductas suicidas, aunque menor que en AN. ▪ Complicaciones médicas posibles (electrolíticas, gastrointestinales, dentales).
Trastorno por atracón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodios recurrentes de ingesta excesiva sin conductas compensatorias. ▪ Comer en exceso incluso sin hambre. ▪ Sensación de descontrol al comer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalencia estimada: 1,6 % en mujeres y 0,8 % en hombres. ▪ Diferencias de género menos marcadas. ▪ Más común en personas que buscan tratamiento para la obesidad o pérdida de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No suele asociarse a tasas elevadas de suicidio. ▪ Aumento significativo de morbilidad médica (obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares).

Nota: Elaboración propia con base en datos tomados de Galmiche et al. (2019) y del DSM V (APA, 2013).

3. ACT como modelo terapéutico para los TCA

Como se mencionó, desde el enfoque de ACT se comprende que el sufrimiento es una parte inherente de la experiencia humana. Nuestra mente no evolucionó con el propósito de generar felicidad, sino para protegernos del peligro, manteniéndonos en estado de alerta frente a posibles amenazas. A esto se suma el impacto del contexto cultural contemporáneo, que impone ideales inalcanzables en torno al cuerpo, el éxito y la felicidad. En sociedades altamente demandantes y atravesadas por estándares estéticos rígidos, como las occidentales, se vuelve especialmente difícil convivir con la imperfección, el dolor y la incertidumbre (O'Connell, 2018).

Una parte considerable del malestar psicológico actual deriva del intento persistente de evitar o controlar aquello que inevitablemente duele: la soledad, la vulnerabilidad, la pérdida, el miedo al rechazo. En esta línea, comprender el sufrimiento humano requiere atender al contexto en el cual se produce, compuesto por tres dimensiones fundamentales: el entorno cultural, la historia personal del individuo y la experiencia inmediata que acontece momento a momento. Estas dimensiones interactúan e influyen de forma directa tanto en nuestras acciones como en el modo, más o menos flexible, en que nos relacionamos con nuestras experiencias internas (O'Connell, 2018).

Con relación al contexto cultural, nos encontramos inmersos en una sociedad que transmite de manera constante mensajes acerca de cómo deberíamos vivir y qué se espera para alcanzar una vida considerada “buena”. Estos mensajes tienden a equiparar la felicidad con la ausencia de malestar, promoviendo una imagen idealizada de la existencia como una sucesión ininterrumpida de éxito, satisfacción y bienestar. Como afirman Harris (2021) y O'Connell (2018), esta visión cultural sitúa la evitación del malestar como eje central del comportamiento humano, promoviendo una relación disfuncional con las emociones difíciles y los eventos internos inevitables.

Desde esta perspectiva, los TCA pueden comprenderse como intentos desadaptativos de lidiar con el sufrimiento, actuando como estrategias de control sobre pensamientos, emociones o sensaciones corporales percibidas como intolerables (O'Connell, 2018). Frente a esta lógica, ACT propone una alternativa basada en la aceptación: en lugar de luchar contra el malestar, se busca desarrollar una relación más abierta, flexible y compasiva con la propia experiencia interna, orientando la acción hacia una vida significativa, guiada y motivada por los valores (Harris, 2021).

El abordaje basado en la forma en como las personas manejan el dolor y el sufrimiento resulta, por todo lo desarrollado hasta ahora, un aspecto clave para afrontar los trastornos alimenticios, entre otros.

En lo que respecta a los trastornos alimenticios, el diagnóstico suele ser un proceso difícil y doloroso, tanto para el paciente como para su familia, y encontrar un tratamiento que se ajuste adecuadamente a cada caso representa un gran desafío. A esto se suma la alta comorbilidad con otros trastornos, lo que complejiza aún más el abordaje y exige intervenciones sensibles a cada realidad. Diversos estudios evidencian que hasta un 95% de las personas con TCA presentan al menos otro diagnóstico psiquiátrico. Entre las comorbilidades más frecuentes, se encuentran los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos depresivos y los trastornos por consumo de sustancias (Levinson et al., 2022).

Asimismo, Wang et al. (2021) advierten que los TCA presentan niveles significativamente elevados de rigidez cognitiva y una atención excesiva a los detalles, lo que puede dificultar el abandono de rutinas alimentarias disfuncionales ya conocidas, mientras que la atención hiper focalizada en los detalles refuerza rituales típicos de estos trastornos, como el conteo de calorías o el chequeo corporal obsesivo, impidiendo avances en el proceso terapéutico.

Es por esto que uno de los objetivos centrales de la ATC es el desarrollo de la flexibilidad psicológica, por lo que su abordaje se basa en intervenir sobre estos patrones cognitivos rígidos y cultivar la flexibilidad como eje de cambio terapéutico (Di Sante et al., 2022).

Si bien actualmente existen manuales validados desde el enfoque de la segunda ola de psicoterapias cognitivas conductuales, y estos han demostrado eficacia en el tratamiento de pacientes con bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, todavía hay un porcentaje considerable de pacientes que no logran una recuperación significativa o sostenida (Fairburn et al, 2009).

De acuerdo con la Sociedad de Psicología Clínica (SCP, por sus siglas en inglés), los tratamientos basados en evidencia más respaldados para los TCA son la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Basada en la Familia (FBT, por sus siglas en inglés). La TCC cuenta con apoyo empírico para la BN y BED, mientras que FBT ha demostrado eficacia en pacientes con AN (SCP, 2023). Sin embargo, los resultados siguen siendo parciales: la tasa de respuesta terapéutica efectiva ronda el 50% y las recaídas son frecuentes (35-50%). Además,

muchos de los pacientes no buscan tratamiento o lo abandonan de forma prematura (Levinson et al., 2022).

3.1 ACT y el abordaje de TCA: ventajas y limitaciones frente la TCC y la FBT

Si bien la literatura no ofrece estudios que comparan directamente ACT con la Terapia Basada en la Familia (FBT) en el tratamiento de los TCA, los hallazgos disponibles para ambos enfoques permiten identificar diferencias en sus mecanismos de intervención. La FBT constituye el tratamiento de primera elección para adolescentes con AN, al involucrar activamente a la familia en la recuperación del peso y la restauración de hábitos alimenticios saludables. Su eficacia se ha demostrado especialmente en fases tempranas del trastorno (Lock y Le Grange, 2015; Le Grange et al., 2010).

Sin embargo, algunos artículos señalan que, pese a los resultados iniciales, las tasas de recaída siguen siendo significativas (Madden et al., 2024). Mientras que FBT focaliza el cambio en la estructura familiar y en el control de los hábitos alimentarios (Le Grange, 1999), ACT interviene directamente sobre la relación del individuo con sus pensamientos y emociones (Harris, 2021). Esto convierte a la ACT en un abordaje especialmente útil en etapas posteriores del tratamiento o en pacientes adultos, donde el trabajo familiar cobra menor relevancia.

Con respecto a la TCC, ACT ofrece un enfoque innovador al no centrarse en modificar pensamientos disfuncionales, como lo hace la TCC, sino que se enfoca en la relación que la persona establece con sus pensamientos, , en este caso, aquellos asociados a la alimentación y la imagen corporal. Según Juarascio et al. (2013), esto supone una ventaja de la ACT, puesto que modificar las cogniciones propias de estos trastornos resulta verdaderamente difícil debido a la naturaleza egosintónica de los TCA. A esto, se suma que el esfuerzo por controlar, modificar o suprimir los pensamientos aversivos puede, paradójicamente, intensificarlos, tal como lo ilustra la conocida metáfora que indica que, si alguien se propone no pensar en un elefante rosado, lo que más hará, justamente, es pensar en un elefante rosado (Hayes et al., 2012).

En la misma línea, Harris (2021) le atribuye otra ventaja a la ACT: la de favorecer la flexibilidad cognitiva y el compromiso con los valores personales de la persona, a través de la defusión cognitiva y la aceptación, que promueven la capacidad de observar los pensamientos y emociones negativas sin aferrarse ni engancharse a ellos. Esta perspectiva resulta especialmente valiosa en el abordaje de los TCA, ya que invita a las personas a construir una vida rica y significativa más allá del control del cuerpo o de la comida. En muchos casos, la vida

de los pacientes que padecen estos trastornos gira en torno a la evitación del malestar o en el control excesivo asociado a la alimentación, frente a lo cual ACT estimula al paciente a reconocer que esas conductas no eliminan el sufrimiento, sino que lo mantienen (Harris, 2021).

En este marco, la ACT no se centra en pensar de forma positiva siempre, ni en eliminar los pensamientos aversivos, sino en ayudar a las personas a relacionarse de un modo distinto con su experiencia interna, permitiéndoles vivir con mayor flexibilidad y sentido (Juarascio et al., 2010). Este cambio de foco puede favorecer una recuperación más sostenible, ya que promueve un sentido de identidad más amplio y menos dependiente de la apariencia física (Juarascio et al., 2010). Por ejemplo, este enfoque brinda la posibilidad de que alguien, cuyo valor central es la conexión con otros, pueda comenzar a compartir comidas con otras personas, incluso sintiendo incomodidad o terror. De igual forma, pacientes que valoran la salud pueden aprender a nutrirse desde el autocuidado y no desde el control.

3.2 Eficacia de ACT y evidencia empírica

Este capítulo presenta una síntesis integrada de la evidencia empírica disponible sobre la aplicación de la ACT en los TCA. De acuerdo con una revisión encabezada por Gloster et al. (2020), la ACT se posiciona como una de las terapias de tercera generación más estudiadas y respaldadas empíricamente, con más de 1.300 ensayos clínicos aleatorizados y más de 550 estudios de revisión o metaanálisis.

A su vez, una revisión sistemática realizada por Onnink et al. (2022) analizó el impacto de ACT a partir de 22 estudios que abarcaron un total de 674 participantes, la mayoría mujeres adultas, atendidas en dispositivos ambulatorios. Los diagnósticos más frecuentes fueron anorexia nerviosa (10 estudios), trastorno por atracón (6 estudios) y muestras mixtas de TCA (3 estudios). Los estudios proponían distintos formatos de intervención y tenían contextos terapéuticos diferentes y diseños heterogéneos (casos, series de casos, ensayos abiertos, estudios controlados sin asignación aleatoria y 5 ensayos clínicos aleatorizados); se llevaron a cabo en varios países: Dinamarca, España, Estados Unidos, Portugal y Suecia, entre otros; y todos cumplieron con los criterios ACT usando al menos dos procesos (valores y aceptación). La duración de las intervenciones varió: la más corta fue de dos sesiones y la más larga de entre 33 y 58 sesiones, lo que resultó en una duración media de 14,5 sesiones. Uno de los resultados más relevantes es que varios estudios demostraron aumento del IMC y reducción de síntomas en el EDE/EDE-1 (Eating Disorder Examination) en pacientes con AN, llegando en

algunos casos a un rango de peso clínicamente aceptable. En uno de los estudios (Wildes et al., 2014, como se citó en Onnink et al., 2022), se observó incrementos promedio del IMC de 17.5 a 18.5 al finalizar el tratamiento y 18.9 en el seguimiento a seis meses, junto con mejoras en depresión, ansiedad y flexibilidad psicológica. De manera similar, Timko et al. (2015, como se citó en Onnink et al., 2022) reportaron que casi la mitad (49%) de los adolescentes con AN alcanzaron la remisión completa, asociando este éxito con aumentos significativos en la flexibilidad psicológica. Sin embargo, las autoras aclaran que casi todos estos estudios fueron de tamaño pequeño y con limitaciones de control (Onnink et al., 2022).

Otros estudios vinculados a BED arrojaron evidencia contundente. Duarte et al. (2017) reportaron que la intervención con ACT redujo de forma significativa la frecuencia de episodios de atracones, a menudo superando a las condiciones de control. Además, una intervención breve de ACT, con foco en la autocompasión, produjo descensos clínicamente significativos en los episodios de atracones y en las puntuaciones del EDE, superando a la lista de espera.

Por su parte, Pinto-Gouveia et al. (2017) reportaron resultados similares, con mejoras mantenidas a los 3 y 6 meses, incluyendo menor fusión cognitiva con la imagen corporal y mayor calidad de vida. Asimismo, en el estudio de Corazón et al. (2018), la frecuencia mensual de atracones se redujo de 21.5 a 3.5 episodios en el grupo ACT, mientras que el grupo control apenas varió (de 13.7 a 10.9).

La revisión sistemática realizada por Onnink et al. (2022) identificó solo un estudio que se centró específicamente en el diagnóstico de BN, el cual fue un Ensayo Controlado Aleatorizado (RCT), realizado por Juarascio y colegas (2021), quienes examinaron el tratamiento basado en ACT en 44 adultos. Este estudio demostró que, tras 20 sesiones ambulatorias, la ACT lograba reducciones de síntomas significativas y comparables a las obtenidas con la TCC tradicional, con altos tamaños del efecto en la disminución de atracones y las puntuaciones globales del EDE.

Además de la sintomatología alimentaria, se observaron mejoras en variables asociadas y comórbidas que ACT suele trabajar (ansiedad, depresión, evitación experiencial y aumento de la flexibilidad psicológica). No obstante, al aplicar la herramienta de evaluación de calidad EPHPP, las autoras señalaron debilidades frecuentes (especialmente en el reclutamiento de la muestra, la ausencia de cegamiento y el uso casi exclusivo de autoinformes), lo que indica que la evidencia disponible es prometedora, pero todavía preliminar.

Entre los estudios con mejor calidad metodológica se encuentra el ensayo de Fogelkvist et al. (2020), en el cual 99 mujeres fueron asignadas a 12 sesiones grupales de ACT

o al tratamiento habitual (TAU, por sus siglas en inglés). La intervención en las sesiones grupales abordó los seis procesos centrales de ACT, buscando disminuir la fusión cognitiva con los pensamientos acerca del cuerpo y/o de la comida, y promover acciones coherentes con los valores personales de cada participante. Los resultados demostraron que, en comparación con TAU, el grupo ACT presentó reducciones significativamente mayores en los síntomas de TCA, como la insatisfacción corporal. A los dos años del tratamiento, los participantes de ACT tuvieron hasta 3.9 veces más probabilidad de alcanzar un cambio clínicamente fiable, y requirieron menos atención especializada posteriormente (Fogelkvist et al., 2020).

Por su parte, un estudio piloto de Marco Cramer et al. (2018) trató a 14 adolescentes, aplicando 12 sesiones ACT, observando mejoras en apreciación/imagen corporal, calidad de vida y atención plena, con reducción de conductas evitativas e insatisfacción corporal (pre-post). Este estudio, si bien arrojó resultados prometedores, es preliminar puesto que no presentó grupo de control y la muestra fue pequeña).

Desde una perspectiva alternativa, Frayn et al. (2019) investigaron la viabilidad y aceptación de un taller de un solo día basado en ACT, en una intervención cuyo objetivo no era la pérdida de peso, sino reducir la alimentación emocional. El taller se enfocó en enseñar habilidades clave de ACT, como la clarificación de valores personales, el compromiso con estos valores, la aceptación de emociones difíciles y la práctica de Mindfulness, con el propósito de ayudar a las personas a manejar mejor la tendencia a comer como respuesta a las emociones.

Los resultados fueron altamente positivos: los participantes no solo consideraron la intervención viable y satisfactoria, sino que también experimentaron una disminución significativa en la alimentación emocional, efectos que se mantuvieron tanto a las dos semanas como a los tres meses de seguimiento (Frayn et al., 2019).

Juarascio et al. (2013) presentan el desarrollo de una intervención grupal semiestructurada, en el marco de la cual describen en detalle la estructura de un manual clínico que consta de ocho sesiones grupales de 75 minutos cada una. Todos los pacientes recibían un tratamiento residencial intensivo; sin embargo, aquellos asignados a la condición ACT también asistían a grupos terapéuticos diseñados específicamente para AN o BN. Aunque en ambos grupos (TAU y ACT) se observaron reducciones significativas en la sintomatología alimentaria, los resultados mostraron una tendencia a una mayor disminución de los síntomas en los pacientes que participaron en los grupos ACT. Asimismo, estos pacientes presentaron una menor tasa de rehospitalización durante los seis meses posteriores al alta, lo que sugiere un posible impacto en la sostenibilidad de la recuperación (Juarascio et al., 2013).

La lectura de los estudios demuestra que ACT resulta eficaz en distintos formatos, desde intervenciones grupales de 12 sesiones (Marco Cramer et al., 2018), hasta talleres breves de un día (Frayn et al., 2019), y en diversos entornos, tanto ambulatorios como residenciales.

En síntesis, diversos artículos muestran de manera consistente algunos cambios en variables sensibles, como los síntomas globales de TCA, la insatisfacción o imagen corporal, la alimentación emocional y la evitación experiencial/aceptación (Marco Cramer et al., 2018; Frayn et al., 2019; Fogelkvist et al., (2020)). Además, aparecen señales de durabilidad y de menor uso del sistema sanitario, con mantenimiento a dos años (Fogelkvist et al., 2020). y menos rehospitalización seis meses después de llevar adelante programas residenciales (Juarascio et al., 2013).

En conjunto, la evidencia indica que ACT produce mejoras clínicamente significativas en la sintomatología alimentaria y, sobre todo, en el fomento de la flexibilidad psicológica. Esto la posiciona como una intervención altamente prometedora para la práctica clínica en los TCA. No obstante, futuras investigaciones deberán centrarse en superar las limitaciones metodológicas actuales para consolidar su papel como tratamiento de primera línea. (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Comparación de estudios científicos sobre ACT

Estudio (año)	Diseño y muestra	Intervención ACT	Compartidor	Medidas / variables	Resultados clave	Seguimiento / durabilidad	Limitaciones reportadas
Fogelkvist et al., 2020 (Suecia)	ECA; 99 mujeres con síntomas residuales de TCA en clínica especializada	12 sesiones grupales ACT foco imagen corporal; procesos ACT); ~16 semanas incluyendo evaluación	TAU	Sintomatología ACT > TAU a TCA, en reducción insatisfacción corporal, autoestima, atención plena; uso de atención especializada a	Efectos mantenidos a 2 años	Tamaño muestral final < planificado; intervención centrada en imagen corporal (generalización)	
Juarascio et al., 2013 (EE. UU.)	Cuasiexperimental en residencial; por TAU vs TAU+ACT; adultos con TCA añadidos a TAU	Grupos ACT específicos por diagnóstico (AN/BN)	TAU	Sintomatología (residen cial intensiv o) rehospitalización a 6 meses	Ambos grupos mejoran; tendencia a mayores descensos con ACT; menor rehospitalización en ACT a 6 meses	6 meses post-alta (rehosp.)	No aleatorizado; potencial sesgo de selección; medidas mayoritariamente de autoinforme
Marco Cramer et al., 2018 (España)	Piloto sin control; adolescentes con TCA; N≈14	12 sesiones ACT	—	Imagen/apreciación corporal, calidad de vida, ansiedad/depresión, aceptación/evitación	Mejoras en apreciación corporal y calidad de vida; reducción de conductas evitativas e insatisfacción corporal	Pre-post (sin seguimiento largo)	Muestra pequeña, sin grupo control, resultados prometedores pero preliminares
Frayn, Khanyari y Knäuper, 2020 (Canadá)	Intervención breve (viabilidad/efectividad); adultos	Taller ACT de 1 día (valores, compromiso, aceptación, mindfulness) orientado a alimentación emocional (no pérdida de peso)	—	Alimentación emocional e índices relacionados	Reducción significativa de alimentación emocional; efectos mantenidos	2 semanas y 3 meses	Sin aleatorización; foco específico alimentación emocional, no muestra clínica diagnosticada

4. Conclusiones

La bibliografía presentada en esta monografía evidencia que los resultados obtenidos en el abordaje de los TCA mediante la ACT son alentadores.

Los TCA muestran un incremento sostenido en los diagnósticos, en un contexto social donde cada vez más personas se preocupan por su apariencia física, siendo las mujeres quienes experimentan el mayor impacto al mirarse en el espejo, al comprar ropa, con la llegada del verano o frente a la constante comparación con otros. Los estándares de belleza actuales se tornan cada vez más inalcanzables, mientras que el uso excesivo de redes sociales como 'Instagram' y 'TikTok' expone a los usuarios a imágenes de cuerpos y estilos de vida "perfectos", generando grandes inseguridades (Ojeda-Martín et al., 2021).

Debido a la gravedad de los TCA, así como el incremento en diagnósticos, es muy importante contar con tratamientos adecuados, basados en evidencia y sólidamente respaldados. Esto es especialmente relevante en los TCA, donde la complejidad clínica y las diversas formas en las que se presenta requieren herramientas con respaldo empírico que orienten la práctica profesional. Las intervenciones validadas científicamente permiten evaluar de manera sistemática la eficacia de los abordajes mediante métricas objetivas, como la reducción de atracones y purgas, la recuperación de un peso saludable y la mejora en la imagen corporal, contribuyendo así a la mejora continua de los tratamientos y generando evidencia que guíe futuras intervenciones (SCP, 2025).

En este contexto, la ACT no propone la resignación ante el sufrimiento, sino un enfoque más compasivo y eficaz: dejar de luchar contra uno mismo para poder avanzar hacia una vida más plena, significativa y alineada con lo que realmente importa a cada uno. En el abordaje de los TCA, esta mirada puede ser transformadora, ayudando a las personas a construir una nueva relación consigo mismas, con su cuerpo y con su dolor.

Referencias bibliográficas.

- Ali, K., Wall, P., O'Shea, A., Fassnacht, D. B., y Meyer, D. (2017). Latency to treatment-seeking in eating disorders: A community-based study of treatment barriers and facilitators. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 631–636. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0414-2>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Baer, D. M., Wolf, M. M., y Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Bentley, C., Mond, J., y Rodgers, B. (2014). Sex differences in psychosocial impairment associated with eating-disordered behavior: What if there aren't any? *Eating Behaviors*, 15(4), 609-614. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.014>
- Di Sante, J., Akeson, B., Gossack, A., y Knäuper, B. (2022). Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 171, 105929. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105929>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., y Stubbs, R. J. (2017). Compassionate attention and regulation of eating behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 24(6), 1437-1447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2094>
- Frayn, M., Khanyari, S., y Knäuper, B. (2019). A 1-day acceptance and commitment therapy workshop leads to reductions in emotional eating in adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00778-6>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., y Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.009>

- Foran, A.-M., O'Donnell, A. T., y Muldoon, O. T. (2020). Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 385–397. <https://doi.org/10.1002/erv.2735>
- Harris, R. (2021). Hazlo simple. Una guía de iniciación a los conceptos básicos de la ACT (terapia de aceptación y de compromiso) y muchas más cosas. Ediciones Obelisco.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2011). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 42(4), 599–613. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091951/>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Smith, S. (2014). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva terapia de aceptación y compromiso*. Oniro.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente* (R. Álvarez, Trans.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Jenkins, J., y Ogden, J. (2012). Becoming “whole” again: A qualitative study of women’s views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e23–e31. <https://doi.org/10.1002/erv.1085>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175–190. <https://doi.org/10.1177/0145445510363472>
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., y Forman, E. M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 412–423. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.06.005>
- Keegan, E., y Holas, P. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En R. Carlstedt, *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral*

- Medicine. Perspectives, Practices and Research* (pp. 605-630). <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204.%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/keegan.%20holas%20-%20terapia%20cognitivo%20comportamental%20teoria%20y%20practica.pdf>
- Labrador, F. J. (Coord.). (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=382099>
- Le Grange D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 727–739. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199906\)55:6<727::aid-jclp6>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199906)55:6<727::aid-jclp6>3.0.co;2-3)
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., y Jo, B. (2010). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49(6), 607–617. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.019>
- Levinson, C. A., Cusack, C., Brown, M. L., y Smith, A. R. (2022). A network approach can improve eating disorder conceptualization and treatment. *Nature Reviews Psychology*, 1(7), 419-430. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00062-y>
- Lock, J., y Le Grange, D. (2015). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- Luciano, G., Gutiérrez Martínez, O., y Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Madden, S., Hay, P., Touyz, S., y Le Grange, D. (2024). Family-based treatment for anorexia nervosa: Current evidence and future directions. *Journal of Eating Disorders*, 12, 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00984-7>
- Maero, F. (2021). *Croquis: Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso*. Academia.edu. https://www.academia.edu/124237574/Croquis_Una_Gu%C3%ADa_CI%C3%ADNica_De_Terapia_De_Aceptaci%C3%B3n_Y_Compromiso_Fabi%C3%A1n_Maero
- Marco Cramer, M., Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M. J. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(1), 57-70. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.2>
- O'Connell, M. (2018). Una vida valiosa: Los procesos de la terapia de aceptación y compromiso. Ediciones B.

- Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M. P., Jáuregui-Lobera, I., y Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of Negative and Non Positive Results*, 6(10), 1289-1307. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4322>
- Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., y Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 11-28. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005>
- Patel, K., Tchanturia, K., y Harrison, A. (2016). An exploration of social functioning in young people with eating disorders: A qualitative study. *PLOS ONE*, 11(7), e0159910. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159910>
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., **Castilho, P.**, Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M., y Costa, J. (2017). BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1090–1098. <https://doi.org/10.1002/cpp.2072>
- Ruiz, F. J., Luciano, C., y Valdivia, S. (2012a). La evolución de las terapias cognitivas y conductuales: Del análisis experimental del comportamiento a las terapias de tercera generación. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12(2), 191-210.
- Ruiz, F. J., Luján, A., y Riaño, A. (2012b). Terapia cognitivo-conductual: Principios y aplicaciones. *Psicología y Salud*, 22(3), 345-362.
- Rutsztein, G. (2009). *Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. Diagnosis*.
- Sociedad de Psicología Clínica (2025). *Psychological treatments for eating disorders*. <https://societyofclinicalpsychology.org/resource/psychological-treatments-archive/filter-eating-psychological-treatments-archive/>
- Timko, C. A., Zucker, N. L., Herbert, J. D., Rodriguez, D., y Merwin, R. M. (2015). Acceptance-based separated family treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 17, 74-82.
- Villalobos, A., Díaz, M. I., Ruiz, M. Á., y González, M. P. (2017). Terapias de tercera generación. En M. I. Díaz, M. Á. Ruiz, y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales* (pp. 547–606). Desclée de Brouwer.
- Wall, P. L., Fassnacht, D. B., Fabry, E., O'Shea, A. E., Houlihan, C., Mulgrew, K., y Ali, K. (2024). Understanding stigma in the context of help-seeking for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01086-w>

- Wang, S. B., Gray, E. K., Coniglio, K. A., Murray, H. B., Stone, M., Becker, K. R., Thomas, J. J., y Eddy, K. T. (2021). Cognitive rigidity and heightened attention to detail occur transdiagnostically in adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 29(4), 408-420. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656470>
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B., y Gaskill, J. A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: An open trial. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 870–873. <https://doi.org/10.1002/eat.22241>
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.