



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

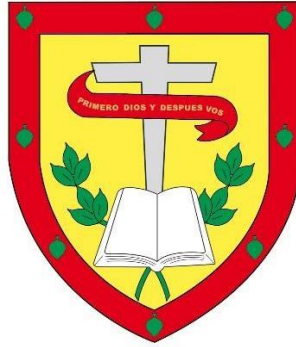
AUTOR: KAREN MICHELLE MOROCHO GUAMAN

DIRECTOR: PSI. CLIN. LUIS MIGUEL ORMAZA, MSG

CUENCA- ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTOR: KAREN MICHELLE MOROCHO GUAMAN

DIRECTOR: PSI. CLIN. LUIS MIGUELORMAZA, MSG

CUENCA- ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Karen Michelle Morocho Guamán portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107418691**. Declaro ser el autor de la obra: “Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes: Una revisión sistematizada”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **09 de junio de 2025**

F:

Karen Michelle Morocho Guamán

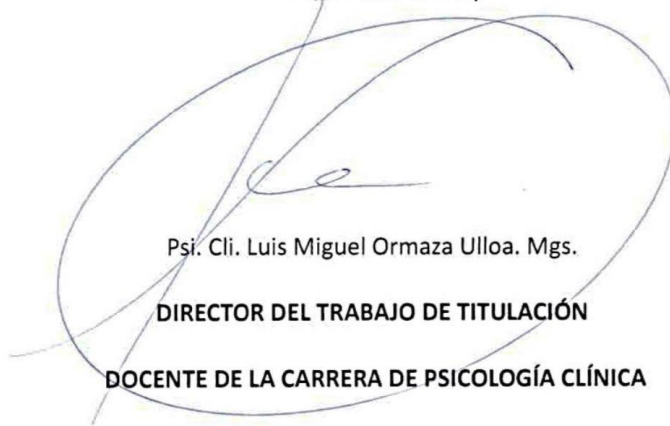
C.I. 0107418691

Cuenca, 3 de junio de 2025

CERTIFICACIÓN

Yo **Luis Miguel Ormaza Ulloa**, con cedula de identidad N° 0302679535 en calidad de director del Trabajo de Titulación con el tema: **“Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes: Una revisión sistematizada.”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Karen Michelle Morocho Guamán, bajo mi supervisión.

Atentamente.,



Psi. Cli. Luis Miguel Ormaza Ulloa. Mgs.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a las personas que hicieron posible que este sueño se concretara.

A Emma y Paul, gracias no solo por su apoyo, sino por haberme dado una nueva oportunidad de vivir. Gracias por estar para mí en el momento en que más lo necesitaba, por hacerme parte de su hogar y de su corazón, y facilitarme el camino con una generosidad inmensa.

Este logro también es de ustedes, porque me sostuvieron, me impulsaron y creyeron en mí incluso cuando yo dudaba de mí misma.

Gracias por ser familia, refugio y hogar.

A mi abuelita, gracias por su impulso constante y por su preocupación amorosa. Su presencia, incluso en la distancia, fue siempre un recordatorio de fuerza, cariño y raíces que sostienen.

A mis amigas, gracias por su compañía y por estar presentes en los momentos difíciles. Su apoyo hizo que todo fuera más llevadero.

A todas las personas que, de una u otra forma, estuvieron presentes en este proceso con una palabra de aliento, un gesto amable o simplemente su compañía.

Y a la vida, por cruzarme con quienes supieron sostenerme con amor, paciencia y fe.

Dedicatoria

A Joaquín.

Porque sin tu existencia este logro no habría sido posible.

Tú, sin saberlo, estuviste presente en cada paso de este camino, fuiste mi compañía más fiel, mi mayor fuerza en los momentos más oscuros, y mi motivo más profundo en los días en que todo parecía desmoronarse.

Mientras yo escribía, tu crecías, creciste entre libros, desvelos, lágrimas y dudas..., pero también entre sueños, abrazos y pequeñas victorias compartidas.

Gracias por amarme tan profundamente con esa inocencia que sana y redime. Tu sola presencia le dio sentido a todo esto.

Este logro es nuestro, tú me diste las ganas, la fe y la razón para seguir. Y si algún día lees estas palabras, quiero que sepas que cada página escrita lleva tu nombre escondido entre líneas, que todo este esfuerzo estuvo lleno de amor por ti.

Te amo con todo lo que soy y con todo lo que aún estoy aprendiendo a ser, por ti, para ti, gracias a ti.

Para ti, siempre.

Tu mamá.

Michelle Morocho

Resumen

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario severo que afecta a un número creciente de adolescentes, representando un desafío relevante para la salud pública y la práctica clínica. Este trastorno no solo tiene consecuencias físicas, sino también implicaciones psicológicas y sociales profundas. Ante esta complejidad, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Familiar de Maudsley (TFM) han surgido como intervenciones fundamentales en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa. La TCC se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales y conductas perjudiciales relacionadas con la alimentación y la imagen corporal. Por otro lado, la TFM involucra a los miembros de la familia en el proceso terapéutico, promoviendo un ambiente de apoyo y colaboración que facilita la recuperación. El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar estudios científicos rigurosos sobre la efectividad de la TCC y la TFM en adolescentes con anorexia nerviosa. Se utilizaron las bases de datos Scopus, Web of Science, PubMed y Google Scholar, seleccionando un total de nueve artículos para su análisis. Los resultados indican que ambas terapias han demostrado ser significativamente efectivas. La TCC y la TFM no solo contribuyen a una reducción de los síntomas característicos de la anorexia, sino que también favorecen mejoras en el bienestar psicológico general de los pacientes. En conclusión, la literatura revisada respalda la eficacia de la TCC y la TFM como tratamientos clave para la anorexia nerviosa en adolescentes, destacando su utilidad para abordar tanto los síntomas clínicos como los factores psicosociales asociados.

Palabras clave: Efectividad, anorexia nerviosa, adolescentes, terapia cognitivo conductual, terapia familiar de Maudsley.

Abstract

Anorexia nervosa is a serious eating disorder that is increasingly affecting adolescents, posing a significant challenge to public health and clinical practice. This disorder has physical repercussions, along with profound psychological and social implications. Given this complexity, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Maudsley Family Therapy (MFT) have emerged as essential interventions in treating adolescents with anorexia nervosa. CBT aims to modify dysfunctional thought patterns and behaviors related to eating and body image. In contrast, MFT actively involves the family, fostering a supportive and collaborative environment throughout the therapeutic process. This systematic review aimed to analyze rigorous scientific studies on the effectiveness of both therapies for adolescents with anorexia nervosa. A search was conducted in the Scopus, Web of Science, PubMed, and Google Scholar databases, resulting in nine relevant articles for analysis. The findings demonstrate significant effectiveness for CBT and MFT, not only in reducing symptoms but also in enhancing patients' overall well-being. In conclusion, both therapies have proven to be effective and complementary approaches, providing important clinical benefits in treating anorexia nervosa in the adolescent population.

Keywords: Effectiveness, anorexia nervosa, adolescents and emerging adults, cognitive behavioral therapy, Maudsley Family Therapy

Contenido

1. Introducción	10
2. Metodología	12
2.1. Búsqueda de literatura	13
3. Resultados	16
Figura 1. Diagrama de flujo	17
3.2. Características de los estudios	17
3.3. Eficacia de la TCC y Terapia Familiar de Maudsley en el TTO de la Anorexia Nerviosa en adolescentes	23
3.4. Prevalencia de la anorexia nerviosa en adolescentes según género	28
3.5. Análisis comparativo sobre la efectividad del tratamiento de TCC y la terapia familiar basada en el Modelo Maudsley	31
4. Conclusiones.....	34
5. Referencias bibliográficas.....	36

1. Introducción

La anorexia nerviosa (AN) constituye un trastorno alimentario psicológico prolongado caracterizado por una masa corporal marcadamente reducida, una percepción distorsionada de la propia forma corporal y una aprensión intensificada con respecto al aumento de peso, junto con una profunda incapacidad para reconocer la naturaleza peligrosa y potencialmente fatal de tales prácticas dietéticas extremas (Zeiler et al., 2021)

Esta compleja sintomatología genera resistencia o abandono de la intervención terapéutica, variables que influyen negativamente en el pronóstico de recuperación, dado que solo alrededor del 50 % logra una recuperación completa (American Psychiatric Association, 2020). Es fundamental reconocer que la AN es una manifestación resultante de una interacción de determinantes psicológicos, genéticos, metabólicos y socioculturales que tienen profundas implicaciones para el bienestar físico y mental (García, 2016)

Se proyecta que una proporción que oscila entre el 1 y el 4% de la población sufrirá AN a lo largo de su vida (Van Eeden, 2021); en consecuencia, se estima que 5 de cada 1.000 personas diagnosticadas fallecen a causa de complicaciones médicas o suicidio, lo que convierte a este trastorno en el problema de salud mental con la tasa de mortalidad más elevada (Fichter y Quadflieg, 2016). La prevalencia establecida y las tasas de mortalidad asociadas afirman que la AN constituye un problema de salud pública importante (Udo y Grilo, 2018), por lo que es necesaria la implementación de intervenciones basadas en la evidencia que tengan como objetivo aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

En este contexto, se ha observado que la anorexia plantea importantes desafíos para la investigación a través de ensayos controlados aleatorios (Lock et al., 2012). En consecuencia, el corpus de evidencia científica sobre las intervenciones psicológicas para personas diagnosticadas con AN sigue siendo inadecuado, lo que indica que ninguna de estas intervenciones puede considerarse universalmente efectiva, ni demuestran superioridad entre

sí o en comparación con el tratamiento habitual (TAU) (Solmi et al., 2021). Esta limitación puede atribuirse a limitaciones metodológicas y a diversos factores externos que comprometen la validez de los hallazgos, lo que subraya la necesidad de realizar más investigaciones empíricas sobre este tema.

En este marco, la terapia cognitivo-conductual se ha consolidado como la intervención terapéutica predominante para la AN, gracias a su aceptación generalizada y a su historial de aplicación clínica. La terapia cognitiva conductual hace hincapié en la identificación y modificación de las conductas desadaptativas y los patrones cognitivos asociados con la ingesta nutricional, además de abordar la planificación y la documentación de las comidas (Davis y Attia, 2019).

De hecho, las principales organizaciones de salud mental la respaldan mediante sus guías clínicas (Asociación Estadounidense de Psicología, 2016). Sin embargo, numerosas investigaciones han indicado que la evidencia empírica que respalda la terapia cognitivo-conductual para la AN sigue sin ser concluyente, lo que significa que no demuestra una eficacia superior en comparación con las intervenciones psicológicas alternativas, solo se han observado mejoras en la adherencia al tratamiento y reducción de las tasas de deserción (Solmi et al., 2021).

En cuanto al impacto de la terapia cognitivo conductual los ensayos controlados aleatorios iniciales realizados rigurosamente surgieron aproximadamente veinte años antes, como lo ejemplifica la investigación de Pike et al. (2003), en la que participaron una cohorte de 18 sujetos. De estos, el 40 % cumplía con los criterios propuestos por Morgan (1983) en relación con el aumento de peso y el índice de masa corporal (IMC). En cuanto a la sintomatología específica de la anorexia nerviosa (AN) y a la psicopatología general, los autores establecieron sus propios criterios de recuperación; no obstante, solo el 16 % de los pacientes los cumplía. En cuanto a las limitaciones del estudio, destacaron tanto el reducido

tamaño de la muestra como la ausencia de una descripción exhaustiva de la implementación de las técnicas de terapia cognitivo-conductual.

El enfoque Maudsley, una intervención terapéutica orientada a la familia para la AN, subraya la importancia vital de la participación de los padres en el proceso de curación. Esta metodología permite a los cuidadores desempeñar un papel activo en la recuperación de sus hijos, fomentando un entorno propicio que es crucial para recuperar el peso y mejorar las conductas alimentarias, diseñado específicamente para los adolescentes, reconoce los distintos obstáculos de desarrollo a los que se enfrenta este grupo demográfico y ha demostrado tener tasas de éxito notables, ya que las investigaciones indican que el 90% de los adolescentes se recuperan por completo después del tratamiento (Wittek, 2023).

Una piedra angular de este enfoque es la atención colaborativa, que implica una relación sinérgica entre las familias, los terapeutas y los proveedores de atención médica para optimizar la eficacia del tratamiento. Al cultivar un entorno cooperativo y de apoyo, el enfoque Maudsley aborda de manera competente las complejidades de la anorexia adolescente, lo que lo convierte en una solución prometedora para este complejo trastorno (Wittek, 2021).

Este estudio aporta evidencia relevante al campo de la psicoterapia y puede servir como recurso para los profesionales de la salud mental que trabajan en el tratamiento de personas con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN). El objetivo es analizar los resultados asociados con la implementación de la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar de Maudsley en pacientes con AN, a través de una revisión crítica de los estudios de investigación más relevantes sobre el tema.

2. Metodología

Este estudio presenta una revisión sistemática de la literatura académica sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar de Maudsley en el tratamiento de la anorexia nerviosa (AN) en adolescentes. Para ello, se adoptó un enfoque

cualitativo y descriptivo, guiado por las directrices PRISMA en su versión actualizada (Page et al., 2021). La búsqueda bibliográfica se realizó siguiendo criterios de inclusión y exclusión predefinidos, centrados en ensayos controlados aleatorios y estudios no comparativos que evaluaran la TCC y la terapia familiar de Maudsley en pacientes adolescentes diagnosticados con AN, publicados entre enero de 2014 y febrero de 2025. Se incluyeron estudios longitudinales que evaluaron a los participantes antes y después del tratamiento. Por el contrario, se excluyeron aquellos estudios que involucraban pacientes con AN junto con otros trastornos de la conducta alimentaria sin presentar resultados diferenciados, los que utilizaban una única metodología de estudio de caso, así como revisiones bibliográficas y sistemáticas.

2.1. Búsqueda de literatura

Para la ejecución de esta investigación, se realizó un análisis documental de artículos académicos relevantes sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en adolescentes con anorexia nerviosa (AN). Según Linares et al. (2018), la revisión bibliográfica permite recopilar y analizar un conjunto significativo de estudios previos, lo cual sustenta la relevancia científica y académica del tema. Este proceso se estructuró en cuatro fases: planificación, búsqueda, selección y síntesis de la información. En consecuencia, esta investigación integró las contribuciones de diversos autores y sus principales hallazgos sobre la efectividad de la TCC para el tratamiento de la AN en población adolescente.

Los artículos se identificaron mediante búsquedas realizadas en las bases de datos Web of Science, Google Scholar, PubMed y Scopus, entre enero de 2014 y febrero de 2025. Se empleó una estrategia de búsqueda basada en los lineamientos de la declaración PRISMA (Moher et al., 2009), utilizando combinaciones de términos en inglés y español, tales como: “terapia cognitivo-conductual” OR “terapia familiar de Maudsley” AND “anorexia nerviosa” AND “adolescentes” y sus equivalentes en inglés: “cognitive-behavioral therapy” OR “family-based therapy (FBT) based on the Maudsley Model” AND “anorexia nervosa” AND

“adolescents and emerging adults”, aplicando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

En una primera búsqueda exploratoria, se visualizaron 364 artículos. Sin embargo, se observó que gran parte de la literatura disponible sobre el tema era limitada o correspondía a publicaciones anteriores a la década de 1990. Por ello, se procedió a una búsqueda sistemática centrada en estudios publicados entre enero de 2014 y febrero de 2025, con el objetivo de identificar investigaciones actuales y relevantes. Se excluyeron estudios que no diferenciaban los resultados del tratamiento en pacientes con AN respecto de otros trastornos alimentarios, los que empleaban exclusivamente estudios de caso, así como revisiones bibliográficas o sistemáticas previas.

2.2. Criterios de selección

Se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años (2014–2024), disponibles en inglés y español, que involucraran a adolescentes de entre 13 y 19 años diagnosticados con anorexia nerviosa (AN). La selección se centró en investigaciones que evaluaran la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC, por sus siglas en inglés Cognitive Behavioral Therapy), incluyendo sus variantes, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), en el tratamiento de este trastorno.

Asimismo, se consideraron estudios comparativos que analizaran la TCC frente a otras intervenciones, como la terapia familiar basada en el modelo Maudsley (Family-Based Treatment, FBT), o frente a grupos de control. Se dio prioridad a ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA o Randomized Controlled Trials, RCTs), que evaluaran mejoras en indicadores clave de la AN, tales como el peso corporal, la percepción de la imagen corporal, el comportamiento alimentario y variables psicológicas asociadas, como los niveles de ansiedad y depresión. Esta selección se fundamentó en modelos teóricos del enfoque cognitivo-conductual aplicados a los trastornos alimentarios (Beck, 1976; Fairburn et al., 2003). Se excluyeron fuentes no científicas como libros de divulgación, blogs, videos y otros materiales

no revisados por pares, y se restringió la búsqueda a estudios pertenecientes al ámbito de la Psicología y la Psiquiatría.

2.3. Procedimiento de cribado y codificación

Los resúmenes serán evaluados de forma independiente por parte de los revisores, quienes analizarán los textos completos con base en los criterios de inclusión previamente definidos. Esta evaluación rigurosa permite asegurar la calidad metodológica y la pertinencia de los estudios incluidos en el análisis. En aquellos casos en los que surjan discrepancias entre los evaluadores, estas serán discutidas de manera colaborativa hasta alcanzar un consenso, garantizando así la coherencia y la objetividad en la selección final de los artículos.

Una vez identificados los estudios pertinentes, estos serán clasificados sistemáticamente según diversos parámetros, tales como el tamaño y las características de la muestra (incluyendo edad, género y características clínicas), el diagnóstico confirmado de anorexia nerviosa (AN), las variables evaluadas (como síntomas psicológicos, peso corporal, adherencia al tratamiento, entre otras), los instrumentos psicométricos o clínicos utilizados, y el tipo de diseño metodológico empleado (como ensayos clínicos, estudios longitudinales o estudios de caso). Esta estructura permitirá llevar a cabo comparaciones precisas y detectar patrones relevantes entre los enfoques terapéuticos analizados.

La codificación abarcará todas las variables relevantes para los objetivos del estudio, lo que facilitará la organización y el análisis detallado de los datos recopilados. Se incluirán aspectos como la duración de las intervenciones, los contextos en los que se aplicaron (individual, grupal o familiar), las tasas de finalización, así como los resultados clínicos observados. Esta fase es esencial para identificar tendencias comunes, brechas en la literatura y áreas prioritarias para futuras investigaciones, asegurando una comprensión integral y fundamentada del abordaje terapéutico de la anorexia nerviosa en adolescentes.

3. Resultados

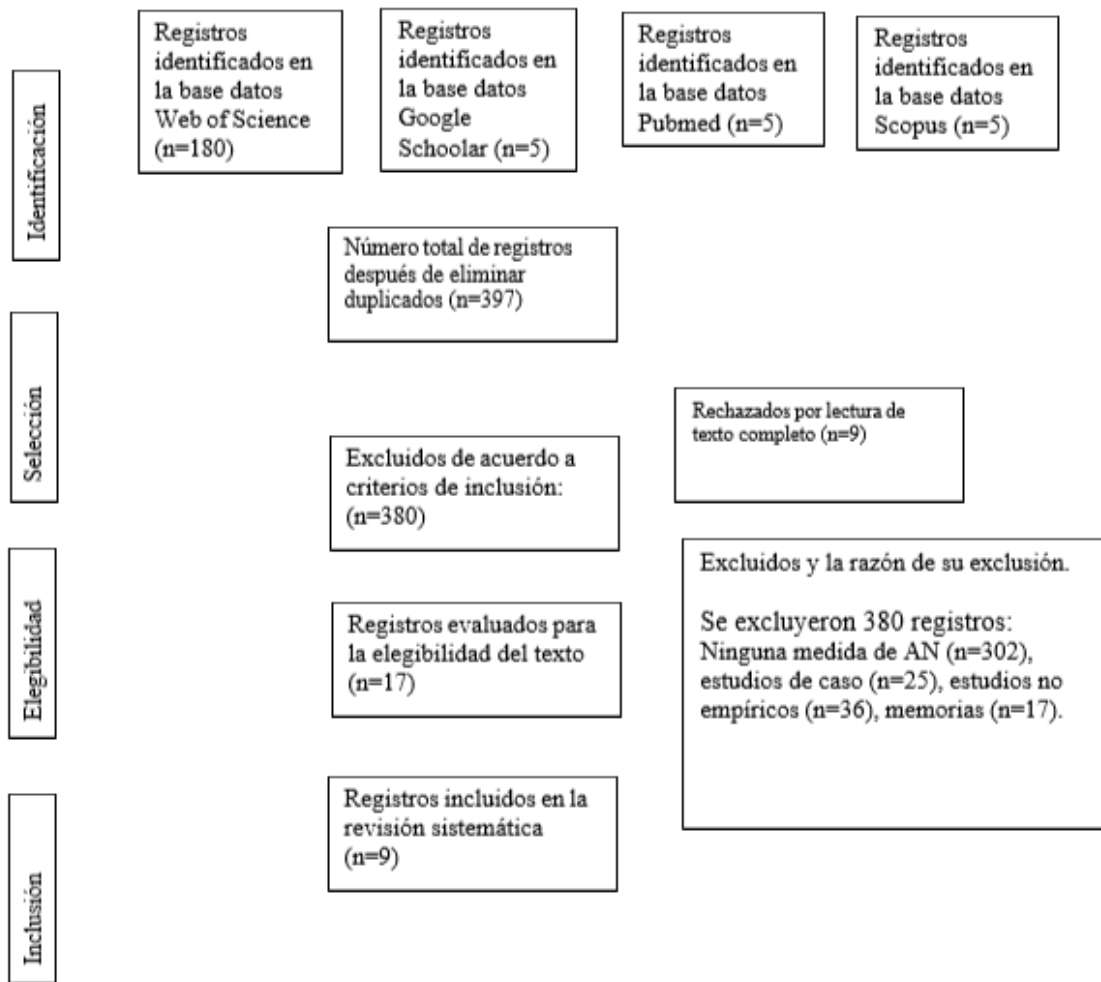
3.1. Búsqueda y selección de artículos

En la figura 1 se puede ver una descripción general de la selección y el flujo de estudios. Las búsquedas en la base de datos de *Web of Science* $n=180$, *Google Scholar* $n=5$, *Pubmed* $n=127$ y *Scopus* $n=103$ dieron como resultado 415 registros. Después de la identificación y eliminación de duplicados ($n=20$), quedaron 397 registros únicos. Mediante los criterios de inclusión se excluyeron 380 registros por las siguientes razones: ninguna medida de AN ($n=302$), estudios de caso ($n=25$), estudios no empíricos ($n=36$), memorias ($n=17$). Se evaluó la elegibilidad de los 17 artículos de texto completo restantes y se excluyeron 9 artículos por varias razones: ninguna medida de AN ($n=2$). Durante el proceso de selección de los estudios, se aplicaron de forma rigurosa los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Se revisaron títulos, resúmenes y textos completos con el objetivo de identificar investigaciones pertinentes al enfoque de esta revisión.

Se excluyeron dos estudios que no incluían medidas específicas relacionadas con la anorexia nerviosa (AN), como el peso corporal, la imagen corporal o los síntomas psicológicos asociados. Asimismo, se descartaron dos investigaciones que presentaban muestras con diagnósticos comórbidos no diferenciados, lo que impedía aislar los efectos del tratamiento en pacientes con AN. También se excluyeron tres estudios cuyo foco no estaba directamente en los adolescentes diagnosticados con AN: uno centrado en padres o tutores, otro en entrevistadores profesionales, y un tercero en familiares en general. Además, se descartó un estudio basado en técnicas de neuroimagen funcional, al no abordar intervenciones terapéuticas, así como una investigación cualitativa que exploraba la percepción de docentes sobre los trastornos de la conducta alimentaria en el entorno escolar, sin incluir datos clínicos. Por último, tras aplicar todos los filtros, la muestra quedó compuesta por nueve artículos a texto completo que cumplían con los criterios establecidos en cuanto a población, tipo de

intervención, metodología, idioma y periodo de publicación (2014–2024).

Figura 1. Diagrama de flujo



Nota: Diagrama adaptado según la declaración PRISMA. Se identificaron 364 registros; tras la eliminación de duplicados y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 9 estudios para el análisis final.

3.2. Características de los estudios

A continuación, se describen las principales características metodológicas y clínicas de los nueve estudios incluidos en esta revisión sistemática. Cabe señalar que algunos artículos contenían más de un ensayo clínico o evaluaciones complementarias, lo que enriqueció el análisis comparativo. La Tabla 1 presenta una visión general detallada de las variables clave: diseño del estudio, tamaño muestral, tipo de intervención, instrumentos utilizados y resultados obtenidos.

De los estudios analizados, seis evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC), mientras que tres se centraron en la terapia familiar basada en el modelo Maudsley (TFM). Todos los estudios seleccionados se desarrollaron bajo un diseño experimental y abordaron intervenciones dirigidas a adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa, en un rango de edad que osciló entre los 13 y 21 años. El tamaño muestral varió significativamente entre los estudios, desde un mínimo de 8 participantes hasta un máximo de 130, con un promedio total de 106,87 adolescentes por estudio.

Las intervenciones diferían en duración, número de sesiones y formato (individual, grupal o familiar), lo cual influyó en la heterogeneidad de los efectos observados. Asimismo, se aplicaron múltiples herramientas de evaluación psicológica y clínica, entre las que destacan el Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q), escalas de ansiedad y depresión, índices de masa corporal (IMC) y medidas de calidad de vida.

En general, la dirección y magnitud de los efectos varió entre los estudios, aunque la mayoría reportó mejoras significativas en al menos uno de los indicadores clínicos evaluados (peso corporal, cogniciones disfuncionales, síntomas comórbidos). Esta variabilidad resalta la necesidad de seguir profundizando en factores moderadores como el contexto familiar, la duración del tratamiento y la etapa de la enfermedad en la que se aplica la intervención.

Tabla 1 Tabla descriptiva

Autor(es) y Diseño del año estudio	del	Muestra	Intervención / Metodología	Instrumentos principales	Resultados clave
Wittek et al. (2025)	Experimental	100 adolescentes (13-21 años)	Comparación entre el Índice de Masa Corporal tratamiento cognitivo- (IMC), Escala de conductual basado en el Psicopatología Alimentaria, modelo Maudsley para la mediciones de flexibilidad anorexia nerviosa (ManTRA) y cognitiva, coherencia central, el tratamiento habitual reconocimiento emocional, optimizado (TAU-O), con 24 a alianza terapéutica y 34 sesiones individuales comorbilidades (depresión, semanales durante 12 meses. TOC, ansiedad).		El grupo tratado con ManTRA mostró mejoras significativamente superiores a TAU-O en todos los dominios clínicos. El 46% presentó remisión a los 12 meses y el 100% a los 18 meses. Hubo mejoras en la psicopatología comórbida y en la calidad de la relación terapéutica.
Matheson et al. (2024)	Experimental	13 adolescentes con AN	Programa de 12 sesiones semanales de 60 minutos de intervención multifamiliar guiada por profesionales clínicos. Se enfocó en mejorar el apoyo familiar y la autoeficacia parental en el manejo de los síntomas.	Autoeficacia parental, registro de peso antes y después del tratamiento.	Todos los padres reportaron que la intervención les ayudó a mejorar la salud de sus hijos. Los adolescentes aumentaron un promedio de 3,53 kg. Se observó una percepción positiva general de la intervención.

Autor(es) y Diseño del año estudio	del	Muestra	Intervención / Metodología	Instrumentos principales	Resultados clave
Eisler et al. (2024)	Experimental	169 adolescentes con diagnóstico de AN	Comparación entre terapia familiar multifamiliar (MFT-AN) y terapia familiar individual (FT-AN), ambas centradas en el trastorno de alimentario. Analizaron resultados según duración de la enfermedad antes del tratamiento.	Evaluación clínica integral, medidas de progreso durante la intervención y seguimiento.	La terapia MFT-AN obtuvo más del 75% de resultados favorables en comparación con menos del 60% en FT-AN. La duración previa del trastorno no influyó significativamente en los resultados terapéuticos.
Sepúlveda et al. (2017)	Experimental	8 adolescentes con AN	Intervención intensiva cognitivo-conductual con alta participación familiar. Evaluación de medidas clínicas antes y después del tratamiento, centradas en psicopatología alimentaria y del estado de ánimo.	EDE-Q, PHQ-9, GAD-7, Escala de Cognición de Enfermedad (ICS).	Se observaron mejoras físicas y psicológicas en todos los participantes. Hubo una disminución significativa de los síntomas de ansiedad, depresión y TCA, y una mejora en la percepción de salud general.
Morgan et al. (2024)	Experimental	44 adolescentes y	Terapia cognitivo-conductual intensiva basada en la	EDE-Q, CGI-S, YBC-EDS, STAI, PQ-LES-Q.	Hubo mejoras estadísticamente significativas en psicopatología

Autor(es) y Diseño del año estudio	Muestra	Intervención / Metodología	Instrumentos principales	Resultados clave
Kuge et al. (2024)	Experimentales adultos emergentes con AN	31 adolescentes con AN exposición, con participación activa de la familia. Evaluaciones pre y post-tratamiento y seguimiento.	Terapia cognitivo-conductual grupal enfocada en el cambio de contexto. Evaluaciones realizadas antes y después de la intervención, además de un seguimiento. IMC, evaluaciones de motivación, autoestima, síntomas depresivos, cuestionarios post-tratamiento, coherencia central.	alimentaria, ansiedad y depresión. Se reportó alta adherencia al tratamiento y eficacia preliminar favorable de la intervención basada en exposición. La intervención generó mejoras con tamaños del efecto medio a grande. Se destacó alta satisfacción de los participantes, baja tasa de deserción y una buena percepción de aplicabilidad en la vida cotidiana.
Calugi et al. (2024a)	Experimentales adolescentes con AN	159 adolescentes con AN Programa intensivo de TCC-E Percentil del IMC, porcentaje (TCC mejorada) de 20 del peso esperado (PEE), EDE-semanas. Evaluación clínica al Q, Inventario Breve de ingreso y al final del Síntomas (BSI), Evaluación del tratamiento.	Deterioro Clínico.	El 81% de los participantes comenzó el programa y más del 80% lo completó con éxito. La duración de la enfermedad no modificó significativamente los resultados obtenidos.
Calugi et al. (2024b)	Experimentales adolescentes con AN	115 adolescentes con AN Aplicación de TCC-E con IMC, percentiles de IMC, EDE-evaluación al ingreso, al Q, BSI, Evaluación del finalizar el tratamiento y al Deterioro Clínico.		El 62,6% completó el programa con aumento significativo de peso y reducción en la psicopatología

Autor(es) y Diseño del estudio	Muestra	Intervención / Metodología	Instrumentos principales	Resultados clave
Calugi et al. (2023)	Experimental adolescents con AN 130	seguimiento a las 20 semanas. Intervención con TCC-E con seguimiento de 20 semanas. IMC, EDE-Q, BSI, mediciones de evaluación de síntomas y peso de supresión de peso durante el en tres momentos: inicio, final desarrollo. y seguimiento.		alimentaria y general. El 83,4% finalizó el tratamiento y el 72,9% mantuvo las mejoras a las 20 semanas. Los cambios positivos se observaron en peso, sintomatología de TCA y comorbilidades asociadas.
Hart et al. (2024)	Experimental adolescents con AN 63	Programa breve de 10 sesiones de TCC con evaluación en la semana 0, semana 4, semana 10 y semana 12 (seguimiento).	Medidas alimentarias, escalas de ansiedad y satisfacción del tratamiento.	El 60% completó el tratamiento. Se observó alta satisfacción del paciente, mejoras clínicas generales. La ansiedad fue un predictor relevante de abandono del tratamiento.

Nota: AN = anorexia nerviosa; TCC = terapia cognitivo-conductual; TCC-E = TCC mejorada; TAU = tratamiento habitual; TAU-O = tratamiento habitual optimizado; ManTRA = Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults; MFT-AN = terapia multifamiliar para AN; FT-AN = terapia familiar individual para AN; MF-GSH-FBT = terapia familiar guiada y autoasistida; TRC = terapia de resincronización cardíaca; IMC = índice de masa corporal; PEE = porcentaje de peso corporal esperado; CGI-S = Clinical Global Impression-Severity; EDE-Q = Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; ICS = Illness Cognition Scale; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; YBC-EDS = Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale; PQ-LES-Q = Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire

3.3. Eficacia de la TCC y Terapia Familiar de Maudsley en el TTO de la Anorexia Nerviosa en adolescentes

De acuerdo con los resultados obtenidos en los nueve estudios seleccionados, la terapia familiar de Maudsley ha mostrado efectos terapéuticos relevantes en adolescentes con anorexia nerviosa (AN). En el estudio de Wittek et al. (2025), cien participantes de entre 13 y 21 años asistieron a un programa de entre 24 y 34 sesiones semanales de la versión Maudsley llamada MANTRA. Además de las medidas de peso corporal (IMC) y remisión diagnóstica, se emplearon escalas de evaluación de la flexibilidad cognitiva, la coherencia central y la alianza terapéutica. Los autores informan que estas dimensiones experimentaron cambios clínicamente significativos en favor del grupo tratado con MANTRA frente al tratamiento habitual optimizado (TAU-O). A los 12 meses, el 46 % de los adolescentes remitió completamente, y este porcentaje alcanzó el 100 % a los 18 meses, subrayando no solo la efectividad inmediata del abordaje familiar sino también su capacidad de consolidar la recuperación a largo plazo. Los resultados sugieren que la estructuración colaborativa de objetivos entre paciente y familia, junto con el refuerzo de estrategias de regulación emocional, resulta decisiva para sostener el cambio más allá de la fase aguda del tratamiento.

De manera similar, Matheson et al. (2024) evaluaron un programa de terapia familiar de Maudsley compuesto por doce sesiones semanales de 60 minutos, coordinadas por un equipo multidisciplinar que incluía médicos, psicólogos y nutricionistas. En la muestra de trece adolescentes diagnosticados con AN, se midió tanto la ganancia ponderal como la autoeficacia parental mediante cuestionarios estandarizados administrados al inicio y al cierre de la intervención. Los resultados muestran que la totalidad de los padres (100 %) percibió una mejora sustancial en el comportamiento alimentario y el estado nutricional de sus hijos, quienes incrementaron su peso en un promedio de 3,53 kg al término del programa. Además, los autores destacan datos cualitativos que apuntan a un fortalecimiento de las competencias de los cuidadores para gestionar la ingesta alimentaria y las emociones adversas, lo que refuerza la

idea de que el empoderamiento familiar es un factor clave para la adherencia y la sostenibilidad de los logros clínicos.

En el estudio de Eisler et al. (2024), se compararon dos modalidades de intervención familiar ambulatoria en una cohorte de 169 adolescentes con diagnóstico de AN: la terapia multifamiliar (MFT-AN), en la que participan varios núcleos familiares de forma simultánea, y la terapia familiar individual (FT-AN), centrada en un solo núcleo. Ambas modalidades siguieron protocolos estandarizados de intervención sistémica y psicoeducativa. Los hallazgos indicaron que el 75 % de los participantes en MFT-AN alcanzó criterios de “buen resultado”—definido como IMC normalizado más reducción de síntomas psicopatológicos—frente a aproximadamente un 58 % en FT-AN. Además, el análisis de subgrupos reveló que la dinámica de apoyo entre familias en el formato multifamiliar facilitó una mayor motivación y percepción de red de contención, lo que puede explicar la diferencia en eficacia. Sin embargo, los autores señalan que el FT-AN ofrece ventajas de flexibilidad en la programación y confidencialidad, sugiriendo que la elección de modalidad debería adaptarse a las características y preferencias de cada familia.

Los estudios revisados conciben la participación de los padres como una construcción multidimensional que va más allá de la mera supervisión de las comidas: incluye la coordinación con el sistema escolar para garantizar adaptaciones curriculares y el fomento de hábitos saludables en el entorno académico. Esta implicación activa favorece no solo la adherencia inicial al tratamiento —al facilitar un ambiente estructurado para la ingesta y la regulación emocional— sino también la consolidación de los logros terapéuticos en fases posteriores, al reforzar continuamente las estrategias aprendidas durante las sesiones clínicas. No obstante, mantener este nivel de compromiso a lo largo del tiempo suele verse obstaculizado por la carga emocional y logística que conlleva el cuidado continuo, lo que subraya la necesidad de implementar programas de psicoeducación y supervisión periódica que fortalezcan la

motivación parental y permitan evaluar sistemáticamente la adherencia al plan de tratamiento (Lock & Le Grange, 2012)

En cuanto a la terapia cognitivo–conductual intensiva con componente de exposición familiar, el protocolo de Sepúlveda et al. (2017) combina estrategias de desensibilización gradual —en las que los adolescentes enfrentan progresivamente alimentos “prohibidos”— con un módulo de formación psicoeducativa para los familiares, orientado a dotarlos de herramientas para manejar conductas de evitación y ansiedad asociadas a la alimentación. Los resultados muestran que, tras el tratamiento, los participantes alcanzaron una normalización del índice de masa corporal y experimentaron reducciones significativas en las puntuaciones del Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q) y en las escalas de ansiedad y depresión correspondientes, evidenciando el potencial de este enfoque para abordar simultáneamente los aspectos conductuales y cognitivos del trastorno. Estos hallazgos concuerdan con revisiones previas que señalan la superioridad de la TCC intensiva en comparación con modalidades menos estructuradas, al promover no solo el cambio comportamental sino también la reestructuración de creencias disfuncionales sobre la alimentación (Galsworthy-Francis & Allan, 2014)

Por último, Morgan et al. (2024) evaluaron a 44 adolescentes y adultos emergentes con anorexia nerviosa a través de un programa estructurado de TCC que incluía módulos específicos para abordar la preocupación por la alimentación, la autoimagen corporal y los comportamientos de restricción. Las evaluaciones realizadas al ingreso y al alta revelaron reducciones de entre el 25 y el 35 % en las subescalas de la EDE-Q, lo que no solo evidencia una disminución de los pensamientos y conductas patológicas, sino también una mejora en el bienestar psicológico general. Además, los participantes informaron un aumento en la autoeficacia para regular su conducta alimentaria y una percepción más positiva de la imagen corporal, factores que Morgan et al. destacan como mediadores clave de la recuperación a

medio plazo. Estos resultados refuerzan la utilidad de adaptar la TCC a las necesidades de la población juvenil y sugieren la conveniencia de estudios futuros que evalúen su efectividad en entornos comunitarios y de atención primaria (Dalle Grave & Calugi, 2024)

Kuge et al. (2024) evaluaron a 31 adolescentes con anorexia nerviosa que participaron en un programa de TCC grupal basado en el modelo de cambio de contexto, con sesiones semanales que combinaban técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y ejercicios de exposición gradual a alimentos temidos. Las evaluaciones pre-, postratamiento y a lo largo del seguimiento incluyeron mediciones de índice de masa corporal (IMC), cuestionarios de motivación y autoestima, escalas de síntomas depresivos y pruebas de coherencia central. Los resultados mostraron mejoras de tamaño del efecto de medianas a grandes en el IMC y en la motivación para la recuperación, así como efectos medianos en la reducción de síntomas depresivos y en la coherencia central —indicando una mayor capacidad para procesar detalles y contextos de manera equilibrada (Kuge et al., 2024). Además, la retroalimentación recogida cualitativamente reveló que los participantes valoraron especialmente el apoyo mutuo del grupo, la oportunidad de compartir experiencias y la práctica de habilidades en un entorno seguro. Esto se tradujo en una tasa de finalización elevada, superior al 85 %, y en comentarios que destacaban la aplicabilidad de las estrategias aprendidas en su vida cotidiana. Estos hallazgos sugieren que la modalidad grupal no solo potencia la adherencia al tratamiento, sino que también fomenta el desarrollo de redes de soporte entre pares, un factor clave para la sostenibilidad de los cambios logrados.

En lo que se refiere a Calugi et al. (2024) hizo el estudio a 159 adolescentes con AN, se integraron a un programa intensivo de TCC-E de 20 semanas, fueron evaluados al ingreso y final del tratamiento, aproximadamente el 81% de los pacientes elegibles comenzaron el programa, y más del 80% lo completó con éxito. Los pacientes con una duración de la enfermedad más larga o más corta no mostraron diferencias significativas en los resultados del

tratamiento. Otro estudio que realizó el mismo autor en el mismo año fue a 115 adolescentes con AN en el que ingresaron a TCC mejorada y obtuvo que el 62,6% finalizaron el programa mostraron un aumento de peso considerable y una reducción en las puntuaciones de deterioro clínico, trastorno de la conducta alimentaria y psicopatología general; mientras que en el año 2023 realiza otra investigación a 130 adolescentes con AN de igual manera con TCC mejorada y obtuvo resultados favorables, el 83,4% completaron el tratamiento y mostraron tanto un aumento de peso considerable como puntuaciones reducidas para el trastorno de la conducta alimentaria y la psicopatología general, entre ellos el 72,9% completó el seguimiento de 20 semanas y mantuvo la mejoría alcanzada al final del tratamiento.

Hart et al. (2024) llevaron a cabo un estudio piloto no aleatorizado en el que participaron 63 adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa (AN), a quienes se les ofreció un programa breve de terapia cognitivo-conductual (TCC) individualizado, distribuido en diez sesiones semanales de 50 a 60 minutos cada una. El protocolo incluyó módulos de psicoeducación sobre los mecanismos perpetuantes de la AN, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y reestructuración de pensamientos distorsionados acerca del peso y la alimentación. Para evaluar los cambios, se utilizaron medidas estandarizadas validadas: el Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q) para los síntomas alimentarios, el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para depresión, y la Escala de Estrés Percibido (PSS) para valorar la tensión psicológica.

De los 63 participantes, 38 (60 %) completaron las diez sesiones programadas. Entre quienes finalizaron el tratamiento, el 94 % reportó una alta satisfacción global con la intervención, destacando especialmente la claridad de los objetivos terapéuticos y el apoyo personalizado del terapeuta. Las comparaciones pre/postratamiento evidenciaron reducciones significativas en la gravedad de la psicopatología alimentaria (disminución media de 1,2 puntos en la puntuación global de EDE-Q), en los síntomas depresivos (reducción media de 4,5 puntos

en PHQ-9) y en el estrés percibido (descenso medio de 6,3 puntos en PSS). Estos hallazgos preliminares sugieren que incluso un formato breve de TCC puede producir beneficios clínicos sustanciales en adolescentes con AN, aunque la tasa de abandono del 40 % indica la necesidad de explorar factores que favorezcan la retención, como la flexibilidad horaria, el refuerzo motivacional y el involucramiento familiar en la fase inicial del tratamiento (Hart et al., 2024).

3.4. Prevalencia de la anorexia nerviosa en adolescentes según género

La prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) en la población adolescente muestra diferencias de género muy marcadas: las mujeres adolescentes presentan tasas de incidencia y prevalencia de AN entre 6 y 10 veces superiores a las de sus pares masculinos. Estudios longitudinales indican que la prevalencia puntual de AN en chicas de 12 a 18 años oscila entre 0,3 % y 1 %, mientras que en chicos del mismo rango de edad se sitúa alrededor de 0,03 %–0,1 % (Udo & Grilo, 2018). Datos de alcance global señalan que esta disparidad se mantiene en diferentes regiones, con una proporción mujer:hombre que puede llegar a 10:1 en países de altos ingresos (Van Eeden, Van Hoeken, & Hoek, 2021).

Estas diferencias pueden atribuirse tanto a factores biológicos como la variabilidad en la regulación neuroendocrina y la mayor vulnerabilidad al perfeccionismo, como a presiones socioculturales que afectan con mayor intensidad la autoimagen femenina durante la adolescencia. Comprender este patrón de género es esencial para diseñar programas de detección precoz y de intervención que aborden los factores de riesgo específicos de cada sexo, así como para desarrollar estrategias de prevención dirigidas a los entornos familiares y escolares donde se suelen desencadenar los primeros síntomas de AN.

Esta pronunciada disparidad puede atribuirse a una confluencia de factores interrelacionados. En primer lugar, las presiones socioculturales ejercen un papel determinante: los medios de comunicación, la moda y las redes sociales difunden de manera constante ideales de delgadez extrema y constituciones corporales difíciles de alcanzar, lo que incrementa la

internalización de estándares poco realistas de belleza entre las adolescentes (Van Eeden, Van Hoeken, & Hoek, 2021). Este fenómeno se ve potenciado por la comparación social y el refuerzo de comportamientos de restricción alimentaria como vía para obtener aceptación, tanto en entornos presenciales como virtuales.

A nivel biológico, existen evidencias de una predisposición genética que modula la vulnerabilidad al desarrollo de la anorexia nerviosa: estudios de estudios familiares y gemelos sugieren una heredabilidad de entre el 50 % y el 80 % de los rasgos vinculados a los trastornos de la conducta alimentaria, lo que explica por qué ciertos adolescentes, en especial las mujeres, presentan una mayor susceptibilidad (Udo & Grilo, 2018). Asimismo, las condiciones de salud mental subyacentes, como la ansiedad, la depresión y el perfeccionismo clínico, se combinan con factores genéticos para incrementar el riesgo de instauración y perpetuación de patrones restrictivos (Cândeia & Szentagotai-Tătar, 2018).

Por otra parte, el entorno familiar y educativo también desempeña un rol crucial: dinámicas familiares caracterizados por altos niveles de exigencia, críticas recurrentes y falta de apoyo emocional pueden desencadenar o agravar la sintomatología, mientras que la ausencia de programas de prevención escolar dificulta la detección temprana y la intervención oportuna. En este sentido, Gómez, Bustamante y del Arco Jódar (2014) destacan la necesidad de un enfoque integrador que combine estrategias psicoeducativas, intervenciones comunitarias y abordajes clínicos especializados para atajar las raíces multifactoriales de la AN y ofrecer un marco de contención adecuado a las adolescentes más vulnerables.

El establecimiento de un diagnóstico preciso de la anorexia nerviosa (AN) en adolescentes, basado en criterios clínicos bien definidos tales como los establecidos en el DSM-5 y el ICD-11, resulta imprescindible para asegurar intervenciones oportunas y adecuadas a las características individuales de cada paciente (American Psychological Association, 2019). Este proceso diagnóstico debe incluir una valoración exhaustiva del historial de peso, hábitos

alimentarios, patrones conductuales y factores psicológicos asociados, así como la utilización de entrevistas estructuradas (p. ej., EDE o SCID) y escalas de auto-informe validadas en población juvenil. Además, la presentación clínica de la AN puede variar según el género, puesto que los varones adolescentes a menudo manifiestan preocupaciones ligadas a la musculatura o al rendimiento deportivo, mientras que las mujeres tienden a recurrir a pautas de restricción calórica más tradicionales (Amores, 2018). Por tanto, incorporar enfoques sensibles al género no solo implica adaptar las preguntas de evaluación para detectar estas diferencias psicosociales, sino también considerar la influencia de los estereotipos culturales y las presiones sociales específicas de cada sexo. Una comprensión integral de estas dinámicas es esencial para diseñar programas de detección precoz en el ámbito escolar y sanitario, así como para desarrollar planes de tratamiento que integren componentes nutricionales, psicológicos y familiares, garantizando así una atención holística y centrada en las necesidades únicas de esta población vulnerable (Amores, 2018).

Los estudios revisados ponen de manifiesto una clara predominancia del género femenino en la población adolescente con anorexia nerviosa, representando aproximadamente el 80 % de los casos identificados. Esta disparidad no solo refleja diferencias en la vulnerabilidad biológica como variaciones en la regulación de hormonas relacionadas con el apetito y el estrés sino también en las presiones socioculturales que inciden de forma más intensa sobre las adolescentes, tales como los ideales de delgadez promovidos por los medios de comunicación y las redes sociales (Van Eeden, Van Hoeken, & Hoek, 2021). Comprender este patrón es fundamental para orientar la investigación hacia los mecanismos específicos que subyacen a la aparición de la AN en mujeres jóvenes y así diseñar programas de detección precoz que reconozcan los primeros signos del trastorno en ambos géneros.

Por otro lado, la adaptación de las intervenciones a las características singulares de las adolescentes con AN adquiere una relevancia especial. Los resultados sugieren que los

tratamientos deben incorporar componentes psicoeducativos dirigidos a desafiar los estereotipos de belleza y promover una autoimagen corporal positiva, así como estrategias de afrontamiento para gestionar el estrés académico y social (Amores, 2018). Asimismo, es necesario evaluar la eficacia de programas de prevención universales en contextos escolares, que incluyan formación a docentes y familias para mejorar la detección temprana y ofrecer apoyo emocional antes de que se consoliden patrones de restricción alimentaria.

Es por último, esta brecha de género abre la puerta a explorar de manera integrada factores sociales, culturales y biológicos en futuros estudios. Por ejemplo, investigar la influencia de las redes sociales en la internalización de ideales corporales o el papel de la susceptibilidad genética asociada a la AN podría arrojar luz sobre por qué las adolescentes son más afectadas. Asimismo, la implementación de enfoques de salud pública que consideren el enfoque de género incluyendo grupos de apoyo diferenciados y campañas de concienciación específicas para varones podría contribuir a mejorar la atención y el bienestar de todos los adolescentes, reduciendo así la incidencia y el estigma asociado a este trastorno (Udo & Grilo, 2018; Van Eeden et al., 2021).

3.5. Análisis comparativo sobre la efectividad del tratamiento de TCC y la terapia familiar basada en el Modelo Maudsley

La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar basada en el modelo Maudsley (Family-Based Treatment, FBT) aportan enfoques complementarios al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente de la anorexia nerviosa (AN). Mientras que la TCC se centra en la identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales como la sobrevaloración del peso y la forma corporal y en el establecimiento de conductas alimentarias saludables mediante técnicas de exposición y autorrefuerzo (Galsworthy-Francis & Allan, 2014), el modelo Maudsley implica a los padres como agentes activos en la fase inicial del tratamiento, encargándoles la supervisión de la ingesta y el

restablecimiento de patrones de alimentación normalizados en el hogar (Lock & Le Grange, 2012). Por ejemplo, Sepúlveda et al. (2017) demostraron que un protocolo intensivo de TCC con componente de exposición familiar produjo mejoras significativas en IMC y en ansiedad por la comida, mientras que Eisler et al. (2016) compararon la FBT multifamiliar (MFT-AN) y la FBT individual (FT-AN), encontrando tasas de remisión superiores al 75 % en el formato grupal frente a un 58 % en la modalidad individual. Asimismo, Calugi et al. (2024) evidenciaron que, en un programa intensivo de TCC mejorada (TCC-E), la duración de la enfermedad no moduló el resultado clínico, lo que sugiere que la flexibilidad del enfoque cognitivo-conductual puede ser tan útil como la estructuración familiar del modelo Maudsley. Estas comparaciones resaltan la necesidad de estudios directos de no inferioridad o equivalencia como el ensayo de Nyman et al. (2020), que contrastó TCC individual con un enfoque combinado familiar/individual para determinar con precisión en qué contextos y subgrupos poblacionales cada modalidad ofrece mayor beneficio.

En contraste, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales como la tendencia a la catastrofización de la comida o la sobrevaloración del peso y la forma corporal, así como en reemplazar las conductas alimentarias desadaptativas por hábitos más saludables mediante técnicas como la exposición gradual, el refuerzo conductual y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Galsworthy-Francis & Allan, 2014). Esta aproximación estructurada y basada en la evidencia ha permitido a los pacientes adquirir estrategias prácticas para reconocer y cuestionar sus creencias distorsionadas, gestionar la ansiedad ante situaciones de ingesta y mantener los logros alcanzados a lo largo del tiempo, factores que subrayan el carácter activo y colaborativo de la TCC en el proceso de recuperación.

Numerosos estudios han documentado la eficacia de la TCC en diferentes trastornos de la alimentación. Por ejemplo, Galsworthy-Francis y Allan (2014) realizaron una revisión

sistemática que encontró mejoras consistentes en la reducción de episodios de atracones y conductas purgativas en bulimia nerviosa, así como en la normalización del peso y la disminución de pensamientos obsesivos en anorexia nerviosa. De igual modo, Pike et al. (2003) demostraron que la TCC posthospitalaria ayudaba a consolidar la remisión en pacientes con AN, reduciendo la tasa de recaídas durante el primer año después del alta. Estudios más recientes, como el ensayo de Nyman et al. (2020), compararon la TCC individual con enfoques combinados familiar-individual y hallaron que, si bien ambas modalidades producían beneficios clínicos, las diferencias en la velocidad de recuperación y la adherencia al tratamiento dependían del perfil de riesgo y la red de apoyo de cada paciente.

La evidencia empírica sugiere que, aunque la TCC y la terapia familiar basadas en el modelo Maudsley pueden generar resultados favorables, la elección óptima de la modalidad terapéutica debería considerar las características específicas de cada adolescente incluyendo su nivel de motivación, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y la calidad del soporte familiar para maximizar la adherencia y la sostenibilidad de los resultados. En este sentido, la investigación futura debe centrarse en estudios de no inferioridad y en la identificación de moderadores y mediadores de respuesta, con el fin de personalizar aún más los tratamientos y garantizar intervenciones más precisas y efectivas para cada subgrupo de pacientes (Nyman et al., 2020).

En consecuencia, cada vez es más evidente que un enfoque terapéutico personalizado, que tenga en cuenta meticulosamente el contexto individual del paciente, así como la posible participación de la familia, puede mejorar sustancialmente la eficacia general del tratamiento. Esta constatación pone de relieve la importancia fundamental de integrar las estrategias de terapia conductual y familiar en la práctica clínica, fomentando así un marco más holístico e integral para abordar la naturaleza multifacética de los trastornos de la alimentación. Este enfoque reconoce que las experiencias emocionales, cognitivas y sociales de los adolescentes

no ocurren de manera aislada, sino que están profundamente influenciadas por su entorno inmediato, especialmente por las dinámicas familiares, los sistemas de apoyo y los antecedentes personales.

Al adoptar un modelo de intervención que combine la reestructuración cognitiva con la implicación activa del núcleo familiar, se logra abordar tanto los síntomas conductuales visibles como los factores subyacentes que perpetúan el trastorno. La inclusión de los padres o cuidadores no solo facilita una mayor adherencia al tratamiento, sino que también fortalece las redes de contención emocional y mejora la comunicación entre los miembros del hogar. Esto, a su vez, permite identificar y corregir patrones disfuncionales de interacción que podrían estar contribuyendo al mantenimiento del trastorno, como la sobreprotección, la rigidez o la minimización del problema.

Además, un tratamiento personalizado puede adaptarse mejor al ritmo de progreso de cada adolescente, respetando sus tiempos y nivel de conciencia del trastorno, lo que aumenta la probabilidad de lograr cambios sostenibles a largo plazo. Al priorizar la flexibilidad, la individualización de objetivos terapéuticos y el reconocimiento de las particularidades de cada caso, se sientan las bases para intervenciones más sensibles, efectivas y humanas. En última instancia, dicha integración no solo enriquece el panorama terapéutico, sino que también promueve una comprensión más matizada de la interacción entre los factores psicológicos individuales y las influencias familiares en el proceso de recuperación, abriendo paso a tratamientos que no solo buscan aliviar los síntomas, sino también empoderar al adolescente y su entorno hacia un bienestar duradero.

4. Conclusiones

Según las investigaciones clínicas revisadas, no se ha encontrado evidencia empírica sólida que respalde la eficacia de ninguna intervención psicológica en adolescentes con

anorexia nerviosa (AN). Sin embargo, tanto la terapia cognitivo-conductual (TCC) como la terapia familiar de Maudsley han mostrado mejoras observables en términos de recuperación de peso y reducción de los síntomas de AN, así como en la psicopatología general, aunque no se han identificado ventajas significativas frente a tratamientos alternativos.

En cuanto a las tasas de recuperación, adherencia al tratamiento y abandono, los resultados son similares en ambas modalidades terapéuticas. La mayoría de los participantes que completan el tratamiento reportan mejoras, aunque esto no se aplica a todos los casos. En consecuencia, es imperativo discernir las variables que influyen en la recuperación de los pacientes.

Entre las principales limitaciones identificadas se encuentran el tamaño limitado de las muestras, la falta de grupos de control o marcos comparativos en los ensayos clínicos individuales, las inconsistencias en los criterios establecidos para la recuperación completa de los pacientes y la deficiencia en cuanto a la especificidad, la secuencia y la duración de las técnicas empleadas. En resumen, se necesitan estudios diseñados meticulosamente para abordar estas variables y proponer soluciones que produzcan resultados fiables.

5. Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Amores, B. M. (2018). Intervención psicológica de un trastorno de la conducta alimentaria abordado desde la terapia cognitivo-conductual: Presentación de un caso de anorexia nerviosa. *Informació Psicològica*, (116), 79–94. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.5>
- Calugi, S., Dalle Grave, A., Chimini, M., Lorusso, A., & Dalle Grave, R. (2024). Illness duration and treatment outcome of intensive cognitive-behavioral therapy in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 57(7), 1566–1575. <https://doi.org/10.1002/eat.24186>
- Calugi, S., Dalle Grave, A., Conti, M., Dametti, L., Chimini, M., & Dalle Grave, R. (2023). El papel de la supresión de peso en la terapia cognitiva conductual intensiva mejorada para adolescentes con anorexia nerviosa: un estudio longitudinal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3221. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043221>
- Cândeia, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005>
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2024). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: Development, effectiveness, and future challenges. *BioPsychoSocial Medicine*, 18, 18. <https://doi.org/10.1186/s13030-024-00315-7>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., Dalle Grave, A., & Calugi, S. (2023). Effectiveness of enhanced cognitive behaviour therapy for patients aged 14 to 25: A promising treatment for anorexia nervosa in transition-age youth. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.3019>
- Dewar-Morgan, C., Nippak, P., Begum, H., Remers, S., Rosenberg-Yunger, Z., Meyer, J. M., & Nippak, A. (2024). Eating disorders in adolescents and young adults: A program evaluation of a Canadian eating disorder treatment program. *Cureus*, 16(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.46107>
- Eisler, I., Simic, M., & Hodsoll, J. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC*

- Psychiatry*, 16, 422. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54–72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>
- García, P., Antón, V., & Martínez, R. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 67–74. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2016.03.1.8>
- Gómez, M., Bustamante, R., & del Arco Jódar, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 7–16. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2014.01.1.1>
- Hart, M., Hirneth, S., Mendelson, J., Jenkins, L., Pursey, K., & Waller, G. (2024). Terapia cognitivo-conductual breve para la sintomatología de los trastornos alimentarios en una muestra mixta de adolescentes y adultos jóvenes en atención primaria: Un estudio piloto y de viabilidad no aleatorizado. *European Eating Disorders Review*, 32(4), 676–686. <https://doi.org/10.1002/erv.3013>
- Kuge, R., Hasegawa, A., Morino, Y., & Nakazato, M. (2024). Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes before, after, and during follow-up in a real-world setting in Japan. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(4), 1333–1348. <https://doi.org/10.1177/1359104524123456>
- Linares, E., Hernández, V., Domínguez, J., Fernández, S., Hevia, V., Mayor, J., Padilla, B., & Ribal, M. (2018). Metodología de una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*, 42(8), 499–506. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.010>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2012). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4768-6>
- Lock, J., Le Grange, D., Bohon, C., Matheson, B., & Jo, B. (2024). Who responds to an adaptive intervention for adolescents with anorexia nervosa being treated with family-based treatment? Outcomes from a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(6), 605–614. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.11.012>

- Matheson, B., Van Wye, E., Whyte, A., & Lock, J. (2024). Feasibility and acceptability of a pilot study investigating multi-family parent-only guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 57(8), 1769–1775. <https://doi.org/10.1002/eat.23997>
- Nyman, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S., Lindberg, K., Paulson, G., & Nevenon, L. (2020). Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(8), 1011–1025. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1686190>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, J., Boutron, I., & Hoffmann, T. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., Wilson, G., & Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046–2049. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2046>
- Sepúlveda, M., Nadeau, J., Whelan, M., Oiler, C., Ramos, A., Riemann, B., & Storch, E. (2017). Intensive family exposure-based cognitive-behavioral treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psicothema*, 29(4), 433–439. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.45>
- Simic, M., Stewart, C., & Konstantellou, A. (2022). From efficacy to effectiveness: Child and adolescent eating disorder treatments in the real world (part 1)— Treatment course and outcomes. *Journal of Eating Disorders*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00553-6>
- Solmi, F., Downs, J., & Nicholls, D. (2021). COVID-19 and eating disorders in young people. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(5), 316–318. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00094-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00094-8)
- Udo, T., & Grilo, C. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Van Eeden, A., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Wittek, T., Truttman, S., Zeiler, M., Philipp, J., Auer-Welsbach, E., Koubek, D., & Wagner,

- G. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa): A study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00387-8>
- Wittek, T., Zeiler, M., Truttmann, S., Philipp, J., Kahlenberg, L., Schneider, A., & Wagner, G. (2023). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and emerging adults: A multi-centre cohort study. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2943>



Karen Michelle Morocho Guamán portadora de la cédula de ciudadanía N° **0107418691**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes: Una revisión sistematizada”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **9 de junio de 2025**

F:

Karen Michelle Morocho Guamán

C.I. 0107418691