

Revisión Sistemática

Revisión Sistemática de las Intervenciones con Terapia de Aceptación y Compromiso Para Problemas de la Conducta Alimentaria

María Xesús Froxán-Parga  y Uxue Arana-Pascual 

Universidad Autónoma de Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 5/07/2025
Aceptado: 10/11/2025

Palabras clave:

Terapia de aceptación y compromiso
Trastornos de la conducta alimentaria
Insatisfacción corporal
Eficacia
Mecanismos de cambio

Keywords:

Acceptance and commitment therapy
Eating disorders
Body dissatisfaction
Efficacy
Mechanisms of change

RESUMEN

Introducción: La presente revisión sistemática tiene como objetivo examinar la eficacia de las intervenciones con Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para problemas de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal, y analizar las variables mediadoras de dicha eficacia, conectando procesos con resultados. **Método:** Se identificaron 639 artículos, de los cuales se seleccionaron 19, siguiendo el método PRISMA. **Fuentes de información:** PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, Bun!, Psychology and Behavioural Sciences Collection y PSICODOC. **Resultados:** A pesar de la adecuación teórica de ACT para esta problemática y de los hallazgos positivos que sostienen su eficacia, los resultados deben ser tomados con cautela. **Discusión:** La inconsistencia de estos podría derivarse de una falta de claridad conceptual con respecto al modelo de la flexibilidad psicológica, deficiencias metodológicas que limitan la capacidad de aislar los efectos de las intervenciones o la falta de medidas durante las mismas. Sería necesario, en investigaciones posteriores, establecer definiciones operativas más ajustadas sobre los mecanismos de cambio y hacer uso de instrumentos de evaluación que permitan examinar de forma más precisa el rol de la flexibilidad psicológica y sus componentes. **Limitaciones:** Futuras investigaciones deberían incluir valoraciones de calidad, medidas del tamaño del efecto y ampliar las fuentes consultadas.

Systematic Review of Acceptance and Commitment Therapy Interventions for Eating Disorders

ABSTRACT

Introduction: The present systematic review aims to examine the efficacy of interventions based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders and body dissatisfaction, and analyze the mediating variables underlying its efficacy, connecting processes to outcomes. **Method:** 19 articles were analyzed from a total of 639 identified registers following the PRISMA guidelines. **Sources of information:** PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, Bun!, Psychology and Behavioural Sciences Collection and PSICODOC. **Results:** Despite the theoretical adequacy of ACT for this issue and the existence of positive findings supporting its efficacy, results should be interpreted with caution. **Discussion:** The inconsistency of the results could stem from a lack of conceptual clarity regarding the psychological flexibility model, from methodological deficiencies in the design -that limit the capacity to isolate the intervention effects-, and the lack of measurements during the treatment application. Subsequent research would benefit from establishing more adjusted and operative definitions about the mechanisms of change, as well as using assessment tools that allow for a more precise analysis of the role of psychological flexibility and of its components. **Limitations:** Future research should include quality assessments and effect size measures, and broaden the sources consulted.

Introducción

En la presente revisión se emplea el término “problemas de la conducta alimentaria” en lugar de “trastornos de la conducta alimentaria” (TCA). Este uso responde a la intención de adoptar una perspectiva funcional, más allá de su nosología. Se busca así incluir experiencias de sufrimiento y patrones conductuales relevantes que, aun sin alcanzar criterios diagnósticos formales, comparten procesos psicológicos similares. Desde esta perspectiva, los problemas de la conducta alimentaria, lejos de la categorización diagnóstica relativa a su morfología, a menudo cuestionada (Cuthbert, 2022; Hayes y Follete, 1992; Insel y Cuthbert, 2015; Timimi, 2014; Zettle, 2020), persiguen diferentes funciones, como evitar la obesidad (condicionada aversivamente), la regulación emocional, sentir control, etc. (Carrasco y Adame, 2000). El solapamiento entre diagnósticos y su persistencia sugiere la existencia de mecanismos comunes responsables de mantener este tipo de problemas (McLean y Paxton, 2019; Rohde et al., 2014), una idea ampliamente abordada desde el enfoque transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003). La insatisfacción corporal, derivada de una evaluación negativa de la imagen corporal, podría ser uno de esos procesos comunes.

Las conductas restrictivas y purgativas frecuentemente responden a estrategias de evitación experiencial de pensamientos y emociones desagradables relativos a la propia imagen corporal (Kater, 2010; Timko et al., 2014). Esta está constituida por factores socioculturales y mediada por reglas verbales, por lo que el lenguaje tiene un peso importante en su desarrollo. Más aún, la resistencia al cambio en este tipo de problemas podría derivarse de un seguimiento rígido de reglas, puesto que la conducta gobernada por reglas tiende a ser más insensible a los cambios en las contingencias ambientales (Virués-Ortega y Miguel, 2013). A pesar de cambios en las consecuencias, incluso si son perniciosas o no llegan a cumplirse nunca (como alcanzar la delgadez), cuando esta se ha adquirido verbalmente la conducta tiende a persistir (Moskovich, 2014). Esta persistencia infructuosa, en ocasiones, socialmente reforzada, es lo que termina por suponer una reducción del repertorio conductual del individuo.

Los tratamientos actuales para los problemas de la conducta alimentaria incluyen diversas estrategias con distintos niveles de evidencia, siendo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) la más avalada, seguida por la Terapia Basada en Familia, la Terapia Interpersonal y terapias de tercera generación como la Terapia Dialéctica Conductual o la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Ahmed et al., 2025). La TCC busca modificar el contenido de pensamientos desadaptativos mediante “reestructuración cognitiva” o moldeamiento verbal (González-Terrazas y Froxán-Parga, 2021). En oposición, la ACT no pone el foco del sufrimiento de las personas con problemas de la conducta alimentaria en la presencia o el contenido de los pensamientos desadaptativos, sino en la manera en la que el individuo se relaciona con estos y en la función de los mismos. Así, pretende flexibilizar la forma en la que este interactúa con su entorno interno (eventos privados) y externo, para que no sea la evitación del malestar lo que guíe la conducta, sino que esta esté orientada por los valores personales. Esto ha motivado su creciente aplicación en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Chew et al., 2023; Fernández-Montes et al., 2018; Juarascio et al., 2013b; Kater, 2010; Manlick et al., 2013; Onnink et al., 2022) y justifica explorar su eficacia y mecanismos de cambio.

La ACT se fundamenta en el *contextualismo funcional* (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, 1993) y la Teoría del Marco Relacional (RFT,

Hayes et al., 2001). Tanto la ACT como la RFT sugieren una manera particular de comprender la relación que se establece entre los eventos privados y el comportamiento manifiesto, estando mediados por reglas verbales desadaptativas. A través de la RFT (Hayes et al., 2001), se explica cómo el lenguaje genera asociaciones arbitrarias entre estímulos (como, por ejemplo, comida calórica = engordar = fracaso/rechazo social) que pueden derivar en reglas rígidas que regulen el comportamiento, la evitación experiencial de eventos internos desagradables y, por tanto, la reducción del repertorio conductual (inflexibilidad psicológica), procesos clave en la génesis del sufrimiento humano (Hayes et al., 2012; Wulfert et al., 1994). Por ello, ACT propone un modelo basado en la *flexibilidad psicológica* como eje de la salud mental, al que subyacen diferentes procesos (*atención plena, valores, compromiso con la acción, yo como contexto, defusión y aceptación*) que están en la base tanto de la adaptabilidad como del sufrimiento humano (Hayes et al., 2012), y que puede adecuarse a los casos de larga duración, resistentes o con sintomatología subumbral, donde la persona siga sufriendo por su forma de relacionarse con los eventos privados sobre su cuerpo y la alimentación.

La evidencia actual sobre la eficacia de intervenciones ACT en problemas de la conducta alimentaria es heterogénea en cuanto a: grupo poblacional; formato y duración de la intervención (presenciales, online o gamificadas; talleres breves o intervenciones prolongadas); protocolo de aplicación (manualizadas, autoayuda o personalizadas), así como en la inclusión, o ausencia de la misma, de medidas de procesos mediadores (por ejemplo, *flexibilidad psicológica*) y diseño de la investigación (ensayos clínicos aleatorizados, ECA, estudios de caso único, series de casos, etc.). Esta diversidad metodológica dificulta la comparación directa entre estudios y limita la extracción de conclusiones.

En su revisión sistemática y metaanálisis, Chew et al. (2023) señalan que, aunque ACT parece útil para la pérdida de peso y mejoras en la *flexibilidad psicológica* y el estigma asociado al peso, la evidencia específica sobre su eficacia en problemas como la restricción alimentaria o los atracones sigue siendo limitada; señalan que su aplicación es demasiado heterogénea y llaman a una mayor estandarización. Onnink et al. (2022) apuntan que ACT podría ser razonablemente eficaz para los TCAs, pero advierten deficiencias metodológicas (ausencia de cegamiento, abandono de participantes, escaso seguimiento), así como una escasez de ensayos clínicos aleatorizados.

En cuanto a los mecanismos de acción, Di Sante et al. (2022) señalan que, aunque la *flexibilidad psicológica* muestra efectos moderados, esta no se asoció de forma significativa con los resultados en los grupos con controles activos (frente a controles inactivos, donde hubo efectos pequeños), lo que impide afirmar la superioridad de ACT frente a otros tratamientos.

Por otro lado, la revisión de Griffiths et al. (2018) versa sobre la aplicación de ACT para la insatisfacción corporal (variable escasamente considerada y crucial en la génesis de los problemas de la conducta alimentaria), pero los problemas metodológicos (muestras insuficientes, falta de cegamiento y seguimiento a largo plazo) comprometen la validez de sus hallazgos; no obstante, los resultados sugirieron que la *flexibilidad psicológica* (además de la autocompasión o la *atención plena*) puede facilitar la reducción de la insatisfacción.

Asimismo, Barney et al. (2019) exploraron los mecanismos de cambio para TCAs aplicando terapias contextuales (ACT, DBT, etc.) y encontraron que los cambios fueron consistentes con los mecanismos hipotetizados, pero los análisis y herramientas de mediación fueron deficientes e inconsistentes, con una escasez

de evaluaciones durante el tratamiento; en los estudios revisados, a pesar de que la *flexibilidad psicológica* correlaciona con los resultados (así como otras variables), todas las mejoras y asociaciones significativas se observaron en todos los participantes independientemente de la condición de tratamiento, lo que sugiere que estas mejoras podrían no ser específicas de los procesos ACT.

Frente a estas limitaciones, la presente revisión sistemática considera una amplia variedad de conductas problema (restricción, purgas, atracones, comprobaciones corporales, evitación de estímulos o situaciones etc.) y poblaciones (población con diagnóstico de TCA, población que no cumple criterios diagnósticos, que los ha cumplido en algún momento o que presenta sintomatología subumbral), a la par que excluye estudios centrados únicamente en la pérdida de peso; además de incluir medidas de insatisfacción corporal y población no occidental (Fang et al., 2022; Masuda et al., 2016), que podrían aumentar la generalizabilidad de las conclusiones a otras culturas y poblaciones.

En línea con lo señalado por Onnink et al. (2022) en cuanto a la escasez de ECAs, este estudio incluye un número considerable de ellos. Sin embargo, si bien los ECAs son los *gold standard* por su rigor metodológico, no están exentos de críticas: frecuentemente demuestran equivalencias entre tratamientos y están sujetos a limitaciones y sesgos que tienden a acumular resultados positivos (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). Además, parten de la *asunción ergódica*, presuponiendo erróneamente la homogeneidad entre participantes que nos conduce al problema del “cliente medio” o de un individuo que no existe (Molenaar, 2008).

En oposición, los estudios de caso único enriquecen y complementan este conocimiento: los tratamientos son individualmente administrados, menos estandarizados y consideran más variables disposicionales, alineándose con el análisis conductual (Zettle, 2020). Ambos son necesarios para el avance del conocimiento; y la inclusión de estos últimos, como se ha realizado en este estudio, disminuye la brecha entre investigación y práctica clínica, sugiriéndonos qué funciona y qué no y ofreciendo una comprensión profunda de los procesos y factores subyacentes a eficacia de la intervención.

Por último y en línea con lo anterior, además de examinar la eficacia de ACT y debido a la escasez de estudios que relacionan los resultados con sus variables mediadoras y a la heterogeneidad de los mismos, este estudio pretende esclarecer qué componentes específicos (*flexibilidad* en su conjunto, *aceptación*, *defusión*, etc.) median los cambios terapéuticos, dado que conectar resultados con procesos subyacentes a su eficacia sigue siendo una tarea pendiente en la investigación en psicoterapia (Insel, 2017).

Objetivos

En la presente revisión sistemática se plantearon los siguientes objetivos generales: (a) estudiar la eficacia relativa de la ACT para el tratamiento de problemas de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal y (b) investigar cuáles son las variables mediadoras de dicha eficacia, tomando como base los estudios identificados en la revisión.

Los objetivos específicos son explorar: (a) si las intervenciones ACT se están aplicando y estudiando en comparación con otro tipo de intervenciones o con la ausencia de intervención; (b) el tipo y temporalidad de medidas tomadas para reflejar los cambios

relativos a la intervención; (c) qué instrumentos se utilizan para medir las variables de interés; (d) qué mecanismos de cambio o variables mediadoras se hipotetizan como responsables de los resultados (*flexibilidad*, *aceptación*, *defusión*, *yo como contexto*, *atención plena*, *valores y compromiso con la acción*).

Método

Procedimiento

Esta revisión ha seguido las directrices metodológicas PRISMA (Page et al., 2021) para una publicación transparente y sistematizada, donde se especifiquen la estrategia y criterios de búsqueda para facilitar su replicación.

Criterio de Elegibilidad

Siguiendo el criterio PICO (*Population, Intervention, Comparator and Outcome*) (PICO, Page et al., 2021), se han escogido estudios con población con algún problema de la conducta alimentaria o insatisfacción corporal, incluyendo pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), trastorno por atracón (TA) y trastorno purgativo (TP), así como pacientes que no cumplen criterios diagnósticos, que los han cumplido en algún momento o que presentan sintomatología subumbral (independientemente de la edad, género, origen sociodemográfico, si han recibido o no intervenciones previas y si la terapia era ambulatoria o residencial) (P); estudios que aplicasen ACT o terapia basada en la aceptación como intervención (independientemente de la duración, formato de aplicación y de si esta estaba manualizada) (I); estudios que tuvieran intervención (independientemente del tipo de terapia) o ausencia de tratamiento (control, lista de espera) como objetivo de comparación (C); y la eficacia (derivada del cambio cuantitativo en las puntuaciones en los instrumentos de medición, cambio conductual, reportes verbales de mejora, valoración cualitativa de la intervención, etc.) y mecanismos de cambio (cambios en variables mediadoras y su relación con los resultados terapéuticos) como resultados de interés (O).

Por ello, los criterios de inclusión fueron: a) ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, series de casos y estudios de caso único; b) artículos publicados en inglés y español; c) la temática del artículo debía ser la aplicación de ACT para problemas de la conducta alimentaria y/o insatisfacción corporal.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: a) idioma diferente del inglés o español; b) libros, tesis doctorales y tesinas; c) revisión de la literatura, revisión narrativa, revisión sistemática, metaanálisis, metasíntesis; d) intervenciones basadas en mindfulness, mindfulness para la reducción del estrés; e) validaciones de las propiedades psicométricas de tests.

Estrategia de Búsqueda Bibliográfica

La búsqueda bibliográfica fue realizada por un único revisor durante las dos últimas semanas de febrero de 2025. Con el objetivo de identificar un número de estudios suficiente se realizaron búsquedas en seis bases de datos: PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, Bun!, Psychology and Behavioural Sciences

Collection y PSYCODOC. No se utilizaron restricciones para el año de publicación (debido a la ausencia de artículos empíricos anteriores a 2002) y la búsqueda se realizó en inglés.

Para la primera búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave y booleanos: ("acceptance and commitment therapy" OR "ACT therapy") AND ("eating disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR "eating disorder symptoms" OR "body image disorders" OR "Body Dissatisfaction"). Sin embargo, dado el amplio número de resultados encontrados ($n = 896$), así como su inadecuación, se añadieron los siguientes términos: AND ("intervention" OR "treatment" OR "therapy effectiveness" OR "clinical trial") NOT ("mindfulness-based stress reduction") NOT ("validation study" OR "psychometric properties") NOT ("Systematic Review" OR "Review" OR "Meta-analysis" OR "Narrative Review").

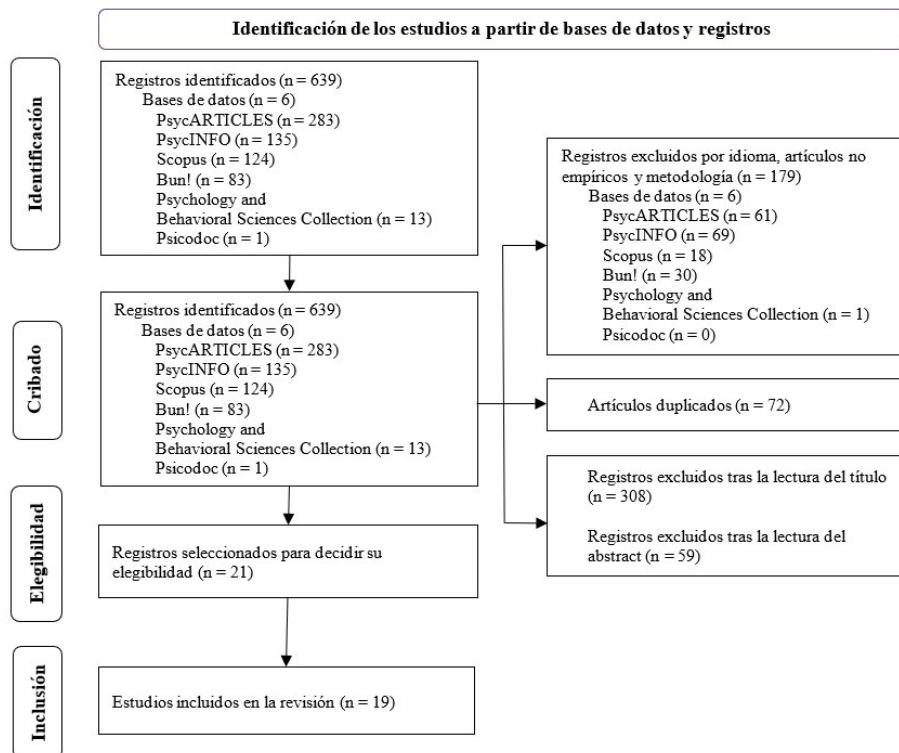
Resultados

Filtrado de Artículos y Diagrama de Flujo

La figura 1 ilustra el proceso llevado a cabo para la selección de artículos. Se identificaron 639 registros que pasarían a formar parte del proceso de cribado. De ellos, 179 registros fueron excluidos por idioma, metodología o no ser artículos empíricos. De los 460 restantes, 72 registros fueron eliminados por tratarse de duplicados. A continuación, 308 registros fueron excluidos después de la lectura del título y 59 fueron excluidos tras la lectura del abstract. Finalmente, de los 21 registros seleccionados, 19 registros fueron incluidos en la revisión.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA Para Revisiones Sistemáticas, Adaptado de "The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews", por Page et al. (2021).



Características Generales y Específicas de los Estudios Incluidos en la Revisión

La tabla 1 presenta el resumen de las características generales de los estudios y la tabla 2 sus características específicas.

Resultados de los Estudios

Reducción Sintomatología General TCA

Varios ECAs muestran reducciones significativas de la sintomatología alimentaria en grupo ACT frente a TAU o TC (Fogelkvist et al., 2020, 2022; Juarascio, 2010). Encontramos resultados similares en estudios con grupo control, cuasi experimentales o de caso único (Heffner et al., 2002; Hill et al., 2014, 2015, 2020; Karekla et al., 2022; Masuda, 2016; Pearson et al., 2012).

No obstante, otros estudios señalan que los efectos no siempre se mantienen (Frayn et al., 2019), son modestos o fluctuantes (Berman et al., 2009), o no muestran beneficios adicionales frente a otras intervenciones con grupo con principio activo (Juarascio et al., 2013a, 2015; Parling et al., 2016).

Insatisfacción Corporal e Imagen Corporal Negativa

Se observaron mejoras en insatisfacción corporal y preocupación por peso, figura o imagen corporal tras intervenciones ACT en Fogelkvist et al. (2020), Karekla et al. (2022), Marco-Cramer et al. (2018), Merwin et al. (2023), Parling et al. (2016), Pearson et al. (2012) y Fang et al. (2022), donde esta mejora se asocia a la defusión.

Tabla 1*Características Generales de los Artículos Revisados (Presentados en Orden Cronológico)*

Estudio	Muestra	Población	Metodología	Variables
Heffner et al. (2002)	<i>n</i> = 1 Edad: 15 Género: femenino	Mujer con AN Muestra extraída del Centro Quin Curtis (QCC), Departamento de Psicología de la Universidad de Virginia Occidental	Estudio de caso único. ACT (<i>n</i> = 1)	VI: Intervención VD: Síntomas asociados con la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Peso
Berman et al. (2009)	<i>n</i> = 3 Edad: 24-56 Género: femenino	Personas con AN previamente tratada (comórbidos: TEPT, distimia) Muestra extraída de clínicas especializadas en TCA y una universidad de una ciudad del medio oeste de Estados Unidos	Serie de casos. Diseño de línea base múltiple no concurrente. ACT (<i>n</i> = 3)	VI: Intervención VD: Sintomatología, antecedentes del trastorno alimentario y otros síntomas (entrevista semiestructurada); Peso y altura; Sintomatología psicológica general; Sintomatología alimentaria; Depresión; Ansiedad Variable de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal
Juarascio et al. (2010)	<i>n</i> = 55 Edad: 19-46 Género: femenino (92,6%) y masculino (7,4%)	Personas con patología alimentaria subclínica Muestra extraída de centro universitario de orientación estudiantil	ECA ACT (<i>n</i> = 27) TC (<i>n</i> = 28)	VI: Tipo de intervención (ACT o TC) VD: Depresión; Ansiedad; Funcionamiento global; Calidad de vida; Sintomatología alimentaria
Pearson et al. (2012)	<i>n</i> = 73 Edad: 18-68 Género: femenino	Mujeres con insatisfacción corporal y sintomatología alimentaria subclínica Muestra extraída de una universidad (y de la comunidad metropolitana circundante) en la zona Oeste de Estados Unidos	ECA ACT (<i>n</i> = 39) Control en lista de espera (<i>n</i> = 34)	VI: Tipo de intervención (ACT vs Lista de espera); VD: Síntomas relacionados con la patología alimentaria; Actitudes y síntomas relacionados con los trastornos alimentarios; Preocupaciones por la comida, la alimentación, el peso y la figura; Conciencia del apetito (formularios de automonitoreo); Actitudes y conductas alimentarias desadaptativas; Ansiedad corporal Variables de proceso: Niveles generales de aceptación; Aceptación y flexibilidad psicológica con respecto al peso
Juarascio et al. (2013a)	<i>n</i> = 140 Edad: 18-55 Género: femenino	Mujeres con diagnóstico de AN, BN o TCANE en el espectro de la AN o BN (inclusión de comorbilidades) Muestra procedente de centro de tratamiento residencial para TCA en Estados Unidos	Cuasi-experimental. Diseño de grupos no equivalentes. TAUa (<i>n</i> = 20) TAUb (<i>n</i> = 54) TAU+ACT (<i>n</i> = 66)	VI: Tipo de intervención (TAU + ACT o TAU) Subgrupo (AN o BN) VD: Sintomatología alimentaria; Disposición a probar un alimento "prohibido" (% de alimento consumido en la exposición conductual); Regulación emocional; Peso y altura; Rehospitalizaciones; Aceptabilidad del Tratamiento Variables de proceso: Defusión; Aceptación; Síntomas Generales y Procesos mediadores
Hill et al. (2014)	<i>n</i> = 2 Edad: 27-40 Género: 50% (<i>n</i> = 1) femenino y 50% (<i>n</i> = 1) masculino	Personas con TA y TCANE (comorbilidades: TEPT, abuso de sustancias y depresión) Muestra caucásica y mexicana	Serie de casos. Diseño de línea base múltiple no concurrente. ACT (<i>n</i> = 2)	VI: Intervención VD: Ingesta emocional (frecuencia diaria autoinformada); Patología alimentaria; Ingesta emocional; Deterioro funcional consecuencia del TCA Variable de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal
Hill et al. (2015)	<i>n</i> = 2 Edad: 22-42 Género: femenino	Mujeres con TA Muestra extraída de contexto universitario estadounidense	Serie de casos. Diseño de línea base múltiple no concurrente. ACT (<i>n</i> = 2)	VI: Intervención VD: Frecuencia y número de atracones (automonitoreada); Patología alimentaria; Cogniciones relacionadas con los TCAs; Ingesta emocional; Deterioro funcional consecuencia del TCA Variable de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal
Juarascio et al. (2015)	<i>n</i> = 105 Edad: 18-55 Género: femenino	Mujeres con diagnóstico de AN, BN o TCANE en el espectro de la AN o BN. Muestra procedente de centro de tratamiento residencial para TCA en Estados Unidos	Diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes. TAU (<i>n</i> = 53) TAU+ACT (<i>n</i> = 52)	VI: Tipo de intervención (TAU + ACT vs TAU) VD: Sintomatología alimentaria; Impacto de la sintomatología alimentaria en la calidad de vida Variables de proceso: Dificultades en la regulación emocional; Flexibilidad psicológica; Defusión
Margolis y Orsillo (2016)	<i>n</i> = 66 Edad media: 20,25 años Género: femenino	Mujeres con alta insatisfacción corporal Muestra extraída de una universidad del noreste de Estados Unidos	ECA Aceptación (<i>n</i> = 21) Reestructuración (<i>n</i> = 21) Control (<i>n</i> = 24) Se utilizaron grabaciones de audio de 15-20 minutos para cada condición y 16 anuncios de mujeres jóvenes con las que debían compararse.	VI: Tipo de intervención (Aceptación, Reestructuración o Control) VD: Insatisfacción corporal

Estudio	Muestra	Población	Metodología	Variables
Masuda et al. (2016)	<i>n</i> = 1 Edad: 21 Género: femenino	Mujer con TP Muestra extraída de una clínica psicológica de una universidad en Georgia (Estados Unidos), mujer latina	Estudio de caso único. ACT (<i>n</i> = 1)	VI: Intervención VD: Conducta purgativa (autoinformada); Sintomatología alimentaria; Cogniciones relativas a la conducta alimentaria; Deterioro funcional consecuencia del TCA; Calidad de vida; Deterioro psicológico global Variable de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal; Evitación experiencial
Parling et al. (2016)	<i>n</i> = 43 Edad: 18-51 Género: femenino (<i>n</i> = 42) y masculino (<i>n</i> = 1)	Personas con AN total, parcial o subumbral Muestra procedente de unidad hospitalaria de TCAs para adultos	ECA ACT (<i>n</i> = 24) TAU (<i>n</i> = 19)	VI: Tipo de intervención (ACT vs TAU) VD: Índice de masa corporal (IMC); Patología alimentaria específica; Depresión; Calidad de Vida; Apoyo social percibido; Síntomas psicológicos; Autoestima; Preocupaciones relacionadas con la forma corporal; Estrategias de afrontamiento; Impacto de los trastornos alimentarios en el funcionamiento psicosocial; Actitudes, sentimientos y comportamientos asociados con los trastornos de la conducta alimentaria; Uso de atención médica
Marco-Cramer et al. (2018)	<i>n</i> = 14 Edad media: 17,93 años Género: 93% (<i>n</i> = 13) femenino y 7% (<i>n</i> = 1) masculino	Pacientes con diagnóstico de TCA (57.1% AN; 14.3% BN; 21.4% TCANE y 7.1% TA) recibiendo tratamiento especializado en régimen de centro de día. Pacientes que acudían a tratamiento en el centro CREA, especializado en TCAs (España)	Cuasi-experimental de grupo pretest-postest sin grupo control. ACT (<i>n</i> = 14)	VI: Intervención VD: Imagen corporal; Calidad de vida; Ansiedad y Depresión Variables de proceso: Aceptación; Conciencia emocional
Frayn et al. (2019)	<i>n</i> = 32 Edad: adultos (>18 años) Género: 87,5% femenino (<i>n</i> = 28) y 12,5% masculino (<i>n</i> = 4)	Personas con alimentación emocional Muestra de población universitaria	Cuasi-experimental sin grupo control. ACT (<i>n</i> = 32)	VI: Intervención VD: Alimentación emocional; Viabilidad y aceptabilidad del taller Variables de proceso: Clarificación de valores; Aceptación/tolerancia a la angustia; Atención plena
Fogelkvist et al. (2020)	<i>n</i> = 99 Edad: 16-47 Género: femenino	Mujeres con tratamiento previo de TCA y logro de un patrón de alimentación regular con síntomas residuales y problemas de imagen corporal. AN (total, atípica o en remisión parcial); BN (total, baja frecuencia/duración limitada, en remisión parcial); TA (total o en remisión); TP; TCANE. Pacientes reclutadas de una clínica especializada en TCAs de Suecia	ECA ACT (<i>n</i> = 52) TAU (<i>n</i> = 47)	VI: Tipo de intervención (ACT vs TAU) VD: Síntomas TCA; Autoestima; Cambios en la atención plena; Problemas de imagen corporal (cognitivos y conductuales); Consumo de servicios de atención en urgencias
Fang et al. (2022)	<i>n</i> = 86 Edad: 18-22 Género: 53,49% femenino (<i>n</i> = 46) y 46,51% masculino (<i>n</i> = 40)	Personas con alta imagen corporal negativa Muestra extraída de una universidad en China	ECA ACT (<i>n</i> = 42) Control (<i>n</i> = 44)	VI: Tipo de intervención (ACT vs Lista de espera) VD: Imagen corporal negativa; Actitudes implícitas hacia la imagen corporal negativa Variables de proceso: Flexibilidad psicológica; Fusión cognitiva
Fogelkvist et al. (2022)	<i>n</i> = 77 Edad: 16-47 Género: femenino	Mujeres con diagnóstico de TCA y logro de un patrón de alimentación relativamente regular. Subgrupos: espectro de AN y espectro de BN. Muestra procedente de centro ambulatorio especializado en TCAs.	ECA ACT (<i>n</i> = 37) TAU (<i>n</i> = 40)	VI ₁ : Tipo de intervención (ACT vs TAU) VI ₂ : Tipo de TCA (espectro AN o espectro BN); Edad (>25/<25); Depresión (>20/<20); Duración del tratamiento (> o < a 1 año) VD: Síntomas TCA (> o < 2.76 en EDE-Q); Recuperación subjetiva ("Sí/No")
Hill et al. (2020)	<i>n</i> = 3 Edad: 19-24 Género: femenino	Mujeres con conductas restrictivas de alimentación y "body-checking". Muestra extraída de la clínica ambulatoria de la universidad de investigación de los autores	Serie de casos. Diseño de línea base múltiple no concurrente. ACT (<i>n</i> = 3)	VI: Intervención VD: Conductas clínicamente relevantes autoinformadas (conductas restrictivas de alimentación y "body-checking" y conductas relevantes en un ámbito vital valorado); Patología alimentaria; Funcionamiento psicológico global; Peso Variables de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal; Autocompasión

Estudio	Muestra	Población	Metodología	Variables
Karekla et al. (2022)	n = 92 Edad: 13-25 Género: femenino	Mujeres con preocupación por el peso Muestra extraída de escuelas públicas de educación secundaria y la universidad de Chipre	ECA Intervención digital AcceptME (n = 62) Control en lista de espera (n = 30)	VI: Tipo de intervención (ACT o Lista de espera); VD: Preocupación por el peso; Sintomatología alimentaria; Calidad de vida; Insatisfacción corporal Variables de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal
Merwin et al. (2023)	n = 92 Edad: 13-25 Género: femenino	Mujeres con preocupación por el peso Muestra extraída de escuelas públicas de educación secundaria y la universidad de Chipre	ECA Intervención digital AcceptME (n = 62) Control en lista de espera (n = 30)	VI: Tipo de intervención (ACT o Lista de espera) VD: Preocupación por el peso; Sintomatología alimentaria Variable de proceso: Flexibilidad de la imagen corporal

Nota. ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso. TAU: Treatment As Usual (Tratamiento habitual). TC: Terapia Cognitiva. TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria. AN: Anorexia Nerviosa. BN: Bulimia Nerviosa. TA: Trastorno por Atracción. TP: Trastorno Purgativo. TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático. VI: Variable Independiente. VD: Variable Dependiente.

Tabla 2

Análisis de Resultados de los Estudios. Medidas, Instrumentos y Resultados Obtenidos

Estudio	Medidas	Instrumentos de evaluación	Procesos	Resultados
Heffner et al. (2002)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Seguimiento (T4)	EDI-II		Las puntuaciones en las escalas de afán de delgadez e ineficacia descendieron al rango no clínico. La insatisfacción corporal se mantuvo en el rango clínico (EDI-2). El peso se estabilizó cerca de su objetivo de 54,4 kg y aumentó a 56,7 kg en el seguimiento.
Berman et al. (2009)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento al año (T4)	STAR, SCL-90-R, EDE-Q, BDI-II, BAI, EDDS	Flexibilidad de la imagen corporal	Las 3 participantes mostraron mejoras en síntomas psicológicos globales y flexibilidad de la imagen corporal. Solo la participante 2 mantuvo avances en peso y salud física a largo plazo. La participante 1 experimentó una recaída parcial en síntomas de AN al año, aunque mantuvo el peso y la estabilidad en otros aspectos. La participante 3 mostró mejoras modestas y fluctuaciones en síntomas
Juarascio et al. (2010)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2)	BDI-II, BAI, GAF, QOLI, EPI		Mejoras en ambos grupos en reducción sintomatológica alimentaria, pero disminución significativamente mayor en ACT. Sin diferencias significativas entre ACT y TC en la mejora de variables secundarias.
Pearson et al. (2012)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2) Seguimiento a la semana y 2 semanas (T3)	EDI-II, MAC-S, EAT-26, PASTAS, PEWS, AAQ, AAQ-W	Flexibilidad psicológica Flexibilidad asociada con el peso	ACT obtuvo mejoras significativas en las actitudes hacia la alimentación y la ansiedad corporal, y redujo la preocupación por la alimentación, el peso y la figura. La flexibilidad psicológica relacionada con el peso mejoró significativamente, así como la flexibilidad psicológica en general, aunque con efecto menor.
Juarascio et al. (2013a)	Inicio del tratamiento (T1) BSQ durante las intervenciones (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento a los 6 meses (T4)	EDE-Q, SCID + Sección específica para trastornos alimentarios, Exposición conductual a un alimento prohibido y disposición a probarlo, DDS, AAQ-II, DERS, BSQ, Rehospitalizaciones, Peso y altura, TAQ	Defusión Aceptación Procesos teorizados por el BSQ	Mejoras en variables de resultado y proceso en ambos grupos (TAU y TAU + ACT), sin diferencias significativas. Sin diferencias en evolución según diagnóstico (BN o AN). Menor tasa de reingreso a hospitalización en ACT. Mayor asistencia a sesiones en ACT se asoció con mejoras en el EDE-Q global. Sin evidencias de mediación con medidas estándar de procesos (DERS, AAQ-II, DDS). La disposición general a experimentar emociones negativas mientras se mantienen conductas valoradas (BSQ-General Willingness) sí mediaba el efecto del tratamiento sobre la mejora en el EDE-Q global.
Hill et al. (2014)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento a los 3 meses (T4)	SCID-CV para trastornos del eje I, Entrevistas Clínicas Estructuradas, BI-AAQ, EDE-Q, EES, CIA 3.0	Flexibilidad de la imagen corporal	Ambos participantes disminuyeron la frecuencia de la ingesta emocional, lo cual se mantuvo en el seguimiento a los 3 meses. El Participante 1 dejó de cumplir los criterios de TA tras el tratamiento y en el seguimiento. Se observaron mejoras en la flexibilidad de la imagen corporal en ambos participantes.
Hill et al. (2015)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento a la semana (T4) Seguimiento a los 3 meses (T5)	BI-AAQ, EDE-Q, MAC-R, EES, CIA 3.0	Flexibilidad de la imagen corporal	ACT redujo la frecuencia de atracones en ambos participantes, manteniendo las mejoras en el seguimiento a tres meses. El participante 1 dejó de cumplir los criterios de TA. El Participante 2 mostró mejoras significativas en la pérdida de control percibida, pero su frecuencia de atracones aún cumplía criterios clínicos. Ambos mejoraron en flexibilidad de imagen corporal, pero el incremento de esta variable sólo fue significativo para el Participante 1.

Estudio	Medidas	Instrumentos de evaluación	Procesos	Resultados
Juarascio et al. (2015)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2)	EDE-Q, EDQoL, DERS, AAQ-II, DDS	Flexibilidad psicológica, Defusión	Mayor defusión se asocia con mejoras en la calidad de vida psicológica. La flexibilidad psicológica no predijo mejoras en la calidad de vida. Mayor regulación emocional y menor impulsividad pueden reducir el impacto del TCA en la calidad de vida. Sin diferencias significativas entre grupos TAU y TAU + ACT. TAU también mejoró la defusión. ACT no mostró un beneficio adicional sobre el tratamiento estándar.
Margolis y Orsillo (2016)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2)	9-item Body Dissatisfaction scale from EDI, VASs + 3 preguntas (insatisfacción corporal, angustia acerca de los sentimientos sobre su cuerpo, nivel experimentado de definición de uno mismo a partir de la apariencia externa), Consumer Response Questionnaire	Aceptación	Las intervenciones ACT y TC proporcionaron un efecto protector contra la insatisfacción. El grupo control experimentó un aumento de la insatisfacción corporal tras la tarea. Los 3 grupos reportaron un aumento en el grado en que se sintieron definidos por su apariencia externa tras la tarea, sin diferencias significativas.
Masuda et al. (2016)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento a los 3 meses (T4) Seguimiento a los 12 meses (T5)	SCID-CV para trastornos del eje I, BIAAQ, AAQ-II, EDE-Q, MAC-R, CIA 3.0, WHOQOL-BREF, GHQ-12	Flexibilidad de la imagen corporal Evitación experiencial	La participante redujo significativamente la frecuencia de vómitos autoinducidos, llegando a la ausencia total de purgas en los seguimientos de 3 y 12 meses. La evitación experiencial y la flexibilidad corporal tuvieron fluctuaciones, pero mejoraron progresivamente. La calidad de vida y el malestar psicológico mejoraron en línea con la reducción de síntomas alimentarios. Los cambios se mantuvieron al año.
Parling et al. (2016)	Antes del <i>daycare treatment</i> (T1) Inicio del tratamiento (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento: • a los 6 meses (T4) • a los 12 meses (T5) • a los 18 meses (T6) • a los 24 meses (T7) • a los 5 años (T8)	SCID-CV + sección específica para trastornos alimentarios, EDE, Báscula (IMC), EDE-Q, MADRS-S, QOLI, PSS, SCL-90, RSE, BSQ, WCQ, EDI-II, CIA Visitas a los servicios de atención médica		Mejoras en ambos grupos en reducción sintomatológica, sin diferencias significativas. Mejora significativa solo en ACT en insatisfacción corporal y forma corporal a los 24 meses. Las variables secundarias no mostraron ningún efecto de grupo ni de interacción. Disminución en autoestima a lo largo del tiempo en ambos grupos. Menor necesidad de atención psiquiátrica en ACT. Mayor tasa de abandono en ACT.
Marco - Cramer et al. (2018)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2)	BAS, BIAQ, Cuestionario de salud, SF-12, EAQ, MAAS, AAQ	Aceptación Atención plena	ACT aumentó de la opinión favorable sobre las características físicas del propio cuerpo (BAS). Un descenso en la evitación corporal (BIAQ) sugirió una mayor aceptación, pero no se encontraron diferencias significativas en ninguna subescala del AAQ. Mejoras en la calidad de vida. Mejoró la identificación emocional y la expresión de esta, así como la atención del momento presente (EAQ y MAAS).
Frayn et al. (2019)	Inicio del tratamiento (T1) Seguimiento a las 2 semanas (T2) Seguimiento a los 3 meses (T3)	DEBQ, DTS, FAAQ, MEQ, Values Application	Clarificación de valores Aceptación/ Tolerancia a la angustia Atención plena	ACT redujo la ingesta emocional (DEBQ) de forma sostenida a los 3 meses, pero las mejoras en la frecuencia autoinformada no se mantuvieron. La aceptación, clarificación de valores y compromiso mejoraron a las 2 semanas, pero no perduraron. La atención plena fue el único proceso con mejoras mantenidas a los 3 meses. No hubo aumento en la tolerancia a la angustia en ningún momento.
Fogelkvist et al. (2020)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2) Seguimiento al año (T3) Seguimiento a los dos años (T4)	EDE-Q, BSQ, BCQ, SCQ, MAAS Consumo de atención de urgencias	Atención plena	ACT superior a TAU en reducción de la sintomatología alimentaria e insatisfacción corporal. Aunque ambos grupos mejoraron, solo ACT mantuvo la reducción a 2 años. ACT mostró mayores mejoras sostenidas (2 años) en medidas secundarias: conciencia plena, preocupación por la imagen corporal y chequeo corporal. ACT requirió más atención especializada durante la intervención. TAU requirió más atención especializada en el seguimiento.
Hill et al. (2020)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Seguimiento a los 3 meses (T3)	SCID-IV, Autorregistro de las conductas clínicamente relevantes, BI-AAQ, SCS-SF, EDE-Q, GHQ-12	Flexibilidad de la imagen corporal Autocompasión	ACT redujo las conductas desadaptativas de TCA en todos los casos, aumentó los comportamientos alineados con valores y mejoró flexibilidad psicológica y autocompasión. También disminuyeron los síntomas globales de TCA y el malestar psicológico. En casos relevantes, hubo recuperación física. Estos cambios se mantuvieron a los tres meses.

Estudio	Medidas	Instrumentos de evaluación	Procesos	Resultados
Fang et al. (2022)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2)	AAQ-II, CFQ-F, NPSS, IAT	Flexibilidad psicológica Defusión cognitiva	ACT aumentó la defusión cognitiva, que se asoció con menor imagen corporal negativa. ACT aumentó la flexibilidad psicológica, que correlacionó positivamente con la defusión cognitiva, pero no con la mejora de la imagen corporal negativa. La influencia de la flexibilidad psicológica en la mejora de la imagen corporal negativa estuvo mediada por la defusión cognitiva.
Fogelkvist et al. (2022)	Inicio del tratamiento (T1) Final del tratamiento (T2) (16 semanas después del inicio) Seguimiento al año (T3) Seguimiento a los 2 años (T4)	EDE-Q, MADRS-S Subjective experience of recovery		ACT superior a TAU en reducción sintomatológica desde el inicio hasta el seguimiento. Personas en el espectro de AN (frente a BN), más jóvenes, con duración del tratamiento previo más corto y calificaciones de depresión y sintomatología TCA más bajas se beneficiaron en mayor medida de ACT. Asociación significativa entre experiencia subjetiva de recuperación y grupo (superiores en ACT).
Karekla et al. (2022)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento al mes (T4) (solo en el grupo ACT)	WCS, EDDS, EDE-Q, YQOL-SF, BSQ-8C, BI-AAQ	Flexibilidad de la imagen corporal	AcceptME, frente al grupo control, obtuvo mejoras significativas en la reducción de las preocupaciones sobre el peso y la figura, y de la sintomatología alimentaria. También aumentó la flexibilidad de la imagen corporal. El riesgo de desarrollar un TCA fue 14,5 veces menor en el grupo AcceptMe. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento. Sin efectos significativos en la calidad de vida.
Merwin et al. (2023)	Inicio del tratamiento (T1) Durante la intervención (T2) Final del tratamiento (T3) Seguimiento al mes (T4) (solo en el grupo ACT)	WCS, EDDS, EDE-Q, BI-AAQ	Flexibilidad de la imagen corporal	ACT fue superior al grupo control en reducción de la preocupación por el peso (WCS). Mejores puntuaciones en flexibilidad de la imagen corporal (BI-AAQ) se asociaron con menores preocupaciones por el peso (WSC) en ambos grupos, pero en mayor medida en ACT. El aumento en la flexibilidad de la imagen corporal y la condición ACT predijeron mejoras en la sintomatología alimentaria (EDE-Q) 1 mes después de la intervención.

Nota. Eating Disorder Examination (EDE); Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q); Eating Disorder Inventory (EDI); Eating Disorders Inventory-II (EDI-II); Eating Pathology Index (EPI); Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS); Mizes Anorectic Cognitions Scale (MAC-S); Mizes Anorectic Cognitions Scale Revisada (MAC-R); Eating Attitudes Test (EAT-26); Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ); Emotional Eating Scale (EES); Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I (SCID-CV); Semi-structured clinical interview desarrollada por los servicios de la Universidad de Minnesota para adolescentes en riesgo (STAR); The Body Shape Questionnaire (BSQ); Body Checking Questionnaire (BCQ); Self-Concept Questionnaire (SCQ); Weight Concern Scale (WCS); Negative Physical Self Scale (NPSS); Implicit Association Test (IAT); Body Shape Questionnaire-8C (BSQ-8C); Physical Appearance State and Trait Anxiety Inventory-State Version (PASTAS); Preoccupation with Eating, Weight, and Shape Scale (PEWS); Escala de Apreciación Corporal (BAS); Online Visual Analog Scales (VASs); Consumer Response Questionnaire (Mills et al., 2002); The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS); Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-I); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II); Distress Tolerance Scale (DTS); Drexel Defusion Scale (DDS); Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-F); Values Application (desarrollado por Frayn y Knäuper); Self-Compassion Scale - Short Form (SCS-SF); Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ); Acceptance and Action Questionnaire for Weight (AAQ-W); Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ); Mindful Eating Questionnaire (MEQ); Cuestionario de Evitación Corporal (BIAQ); Sub-scales of the Symptom Checklist (SCL-90); Brief Symptom Questionnaire (BSQ); Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, the self-rating version (MADRS-S); Beck Depression Inventory-II (BDI-II); Beck Anxiety Inventory (BAI); Difficulties in Emotion Regulation (DERS); Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ); Ways of Coping Questionnaire (WCQ); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE); Quality of Life Inventory (QOLI); Eating Disorder Quality of Life (EDQoL); Youth Quality of Life Instrument-Short Form (YQOL-SF); Cuestionario de Salud SF-12; World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-BREF); Perceived Social Support (PSS); Global Assessment of Functioning Scale (GAF); General Health Questionnaire-12 (GHQ-12); Clinical Impairment Assessment scale (CIA); Treatment Acceptability Questionnaire (TAQ).

Sin embargo, en Margolis y Orsillo (2016) los efectos no fueron específicos de ACT, dado que ambas intervenciones (aceptación y reestructuración) ofrecieron un efecto protector contra la insatisfacción corporal, y en Heffner et al. (2002) la insatisfacción corporal permaneció en rango clínico. En Juarascio et al. (2013a), aunque hubo una tendencia favorable, no fue estadísticamente significativa.

Procesos y Mecanismos Mediadores

En cuanto a los procesos ACT hipotetizados como mediadores de la eficacia encontramos que, de los 19 estudios, diez miden flexibilidad psicológica, cinco aceptación/tolerancia a la angustia, tres defusión, otros tres atención plena y solo uno clarificación de valores.

Defusión. Fang et al. (2022) encontraron que ACT reducía la fusión cognitiva, y que una mayor defusión se asociaba con menor imagen corporal negativa y mayor flexibilidad psicológica, mediando sus efectos.

Sin embargo, Juarascio et al. (2013a) no encontraron evidencias de mediación con medidas estándar de defusión, y aunque Juarascio

et al. (2015) observaron que mayores niveles de defusión se asociaban con mejor calidad de vida, esto no fue exclusivo de ACT.

Flexibilidad. Los resultados difieren en los distintos estudios: Merwin et al. (2023) concluyen que la mejora en flexibilidad de la imagen corporal se asocia con menores preocupaciones por el peso y, en general, con mejoras en la sintomatología alimentaria, resultados concordantes con Karekla et al. (2022), Pearson et al. (2012), Hill et al. (2020) y Berman et al. (2009), aunque con diferencias en cuanto a la cuantía del cambio. En el estudio de Hill et al. (2015), solo un participante mejoró la flexibilidad de la imagen corporal y en Masuda et al. (2016), las mejoras fluctuaron.

En Fang et al. (2022) la mejora de la flexibilidad psicológica correlacionó positivamente con la defusión cognitiva pero no con la mejora de la imagen corporal, así que se puede concluir que esta variable estuvo mediada por la defusión. Asimismo, en el estudio de Juarascio et al. (2015), la flexibilidad psicológica no predijo mejoras en la calidad de vida.

Conciencia Plena. ACT mostró mejoras sostenidas en conciencia plena en Fogelkvist et al. (2020), Frayn et al. (2019) y

Marco-Cramer et al. (2018), siendo este el único proceso con efectos mantenidos a los tres meses en el estudio de Frayn et al. (2019).

Aceptación/Tolerancia a la Angustia. Se observaron mejoras en aceptación y evitación experiencial tras ACT en Masuda et al. (2016) y un efecto mediador de la disposición a experimentar emociones negativas sobre la sintomatología alimentaria en Juarascio et al. (2013a).

Sin embargo, encontramos, de nuevo, resultados no concluyentes: en Margolis y Orsillo (2016) tanto la aceptación como la reestructuración actuaron como factores protectores, en Frayn et al. (2019) las mejoras no se mantuvieron, y en Marco-Cramer et al. (2018) no hubo diferencias significativas en las subescalas de aceptación pese a una menor evitación corporal.

Valores. El único estudio que midió clarificación de valores fue el de Frayn et al. (2019), donde se produjeron mejoras a las dos semanas, pero no perduraron.

Mantenimiento de las Mejoras a Largo Plazo

Se reporta un mantenimiento de las mejoras en sintomatología alimentaria, insatisfacción corporal y variables mediadoras tras intervenciones ACT hasta dos años (Fogelkvist et al., 2020; Parling et al., 2016), un año (Masuda et al., 2016), tres meses (Hill et al., 2014, 2015, 2020) y un mes (Karekla et al., 2022; Merwin et al., 2023).

En cambio, en Frayn et al. (2019) y Berman et al. (2009) las mejoras no se mantuvieron, observándose recaídas o recesiones del efecto en algunas variables.

Rehospitalizaciones y Utilización de Recursos Médicos

ACT se asocia con un menor uso de recursos a largo plazo: menor atención requerida durante el seguimiento frente a TAU (Fogelkvist et al., 2020), menor necesidad de atención psiquiátrica (Parling et al., 2016), y menor tasa de hospitalizaciones (Juarascio et al., 2013a), o, incluso, ausencia de las mismas (Berman et al., 2009).

Medidas Secundarias

ACT se asoció con mejoras en calidad de vida, síntomas psicológicos, depresión, ansiedad y funcionamiento global (Berman et al., 2009; Juarascio et al., 2015; Marco-Cramer et al., 2018; Masuda et al., 2016). No obstante, Karekla et al. (2022) no hallaron efectos significativos en calidad de vida, y Juarascio et al. (2010) no encontraron diferencias entre ACT y TC en depresión, ansiedad o calidad de vida, aunque ACT mejoró más el funcionamiento general en casos más graves.

Características de los Pacientes Asociadas a una Mayor Eficacia

ACT fue más eficaz en pacientes jóvenes con anorexia nerviosa (vs. bulimia), con tratamiento previo breve y sintomatología depresiva y alimentaria leve (Fogelkvist et al., 2022). Además, la mayor asistencia y compromiso con la intervención se relacionaron con mejores resultados, siendo la asistencia un predictor consistente de mejoría (Merwin et al., 2023; Juarascio et al., 2013a).

Discusión

El tratamiento de los problemas de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal mediante intervenciones ACT es una práctica impulsada por el auge de las terapias contextuales en las últimas décadas, cuya eficacia se ha probado en dolor, enfermedades crónicas, cáncer, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo o abuso de sustancias (Du et al., 2021; García-Rasero y Tamayo-Hernandez, 2019; Gloster et al., 2020; Philip y Cherian, 2021). Su cambio de perspectiva frente a otras terapias por su enfoque en modificar la manera en la que el individuo se relaciona con sus eventos internos y externos (y el foco en la función de estos), su forma de entender el sufrimiento humano y la relevancia del lenguaje sobre el mismo la convierten en una propuesta interesante para el abordaje de los problemas de la conducta alimentaria.

Las revisiones sobre la eficacia de ACT para estos problemas son escasas, y cuentan con estudios con ciertas deficiencias metodológicas y que no consideran la insatisfacción corporal o síntomas residuales. También son escasos los estudios que relacionan los resultados con sus variables mediadoras y, entre aquellos que lo hacen, existe heterogeneidad en las variables hipotetizadas y la forma de medirlas. Esta revisión pretendía salvar algunas de estas carencias mediante un examen exhaustivo y actualizado que conecte procesos con resultados desde un enfoque transdiagnóstico, utilizando estudios con muestras, formatos, duraciones y diseños diversos. Así, este estudio ofrece una actualización amplia y novedosa sobre intervenciones ACT para problemas de la conducta alimentaria.

Encontramos una muestra eminentemente femenina, que incluye población con diagnóstico de TCA, sintomatología subclínica, insatisfacción corporal, preocupación por el peso, imagen corporal negativa o problemas de alimentación emocional. En la mayoría de estudios, el cambio clínico se mide a través de reducciones en la sintomatología alimentaria ($n = 16$) e insatisfacción corporal ($n = 8$). En menor medida, se miden variables como calidad de vida, funcionamiento psicológico global, deterioro funcional o depresión. Estas variables “secundarias” podrían reflejar el cambio clínico sin una reducción significativa de la sintomatología o el malestar subjetivo, siendo teóricamente coherente con ACT, que no centra su objetivo en la reducción sintomatológica sino en el aumento de la flexibilidad psicológica. No obstante, las variables utilizadas como primarias para reflejar la significancia del cambio clínico son la reducción de la sintomatología alimentaria e insatisfacción corporal. En la misma línea, la mayoría de estudios utilizan como criterios de inclusión de los participantes etiquetas diagnósticas, lo cual sería teóricamente incongruente con el enfoque transdiagnóstico de ACT.

Los estudios de esta revisión también son heterogéneos en sus objetivos, así como en la aplicación del tratamiento, donde este último es tanto ambulatorio como residencial y las intervenciones son tanto grupales como individuales, y con distintas duraciones (ver tabla 2), sugiriendo una posible adaptación de intervenciones ACT a contextos más accesibles y económicos. Esta variabilidad podría conllevar una serie de limitaciones metodológicas y ser fuente potencial de sesgo, debiendo ser considerada al interpretar los resultados.

En cuanto al diseño, destacan principalmente los ECAs, seguidos de estudios cuasiexperimentales, series de casos y casos únicos. Las

medidas fueron tomadas en todos ellos al inicio (T1) y al final de la intervención (T2), y a pesar de la cantidad de estudios que contaron con seguimientos (14 de 19), hubo escasez de evaluaciones durante el tratamiento ($n = 9$), como refirieron Barney et al. (2019).

En los resultados encontramos una falta de consistencia: algunos muestran una reducción significativa de la sintomatología alimentaria, que puede o no mantenerse en el tiempo mientras que otros no muestran beneficios comparativos de la ACT (tabla 2). En cuanto a la insatisfacción corporal, observamos algo parecido: los resultados no son concluyentes. Algunos estudios muestran una reducción significativa de la insatisfacción y preocupaciones asociadas. Sin embargo, en otros estudios no se reduce significativamente la insatisfacción corporal o es imposible aislar el efecto de la intervención (tabla 2).

En cuanto a los procesos hipotetizados como mediadores del cambio clínico, aunque varios estudios muestran (como vimos en el apartado de resultados y es posible observar en la tabla 2) que ACT favorece mejoras en *defusión*, *flexibilidad psicológica* o de la *imagen corporal*, *conciencia plena* y *aceptación*, la evidencia sobre su papel mediador es inconsistente. En algunos casos, los cambios en *defusión* o *flexibilidad corporal* se asociaron a mejoras, pero en otros, los efectos fueron limitados, inespecíficos de ACT y compartidos con tratamientos control, o no se sostuvieron en el tiempo (tabla 2). Estas dificultades son consistentes con lo hallado por Barney et al. (2019) o Di Sante et al. (2022). Cabe destacar que en el estudio de Heffner et al. (2002) no es posible atribuir los resultados a ningún componente específico de ACT, al combinar distintas estrategias terapéuticas (TCC) sin medir efecto aisladamente. Además, hubo procesos ACT (*yo como contexto*, *valores*, *compromiso*) escasamente o nada medidos. El proceso más medido fue la *flexibilidad* ($n = 10$), distinguiendo entre *flexibilidad psicológica general*, *flexibilidad de la imagen corporal* o *flexibilidad psicológica específica respecto al peso*. Esta variabilidad conceptual y metodológica dificulta la comparación directa entre estudios y la interpretación de los mecanismos de cambio (por diferencias en su definición), afectando a la validez de las conclusiones y limitando la posibilidad de síntesis por falta de homogeneidad en las medidas. Además, algunas formas de medir la *flexibilidad* podrían predecir cambios clínicos y otras no, por lo que el efecto global enmascararía estas diferencias.

Estas dificultades conceptuales son importantes. En Bond et al. (2011), 12 expertos investigadores que participaron en el desarrollo de ACT y del instrumento AAQ-I establecen el concepto de *flexibilidad* (e *inflexibilidad*) *psicológica* como la dominancia o no dominancia de los eventos internos sobre las contingencias para determinar acciones orientadas a valores. Sin embargo, el propio Hayes en 2006 deja una definición algo más difusa: “Se puede definir la flexibilidad psicológica como la habilidad de contactar con el momento presente de manera más plena como ser humano consciente, y de cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve a fines valiosos” (Hayes et al., 2006, pág. 7).

El *modelo de la flexibilidad psicológica* (*Hexaflex*) se compone de diferentes constructos (*aceptación*, *defusión*, *valores*, *atención plena*, etc.), por los cuales se define. Sin embargo, se utiliza el término que da nombre al modelo (*flexibilidad*) de forma intercambiable con sus componentes. Por ejemplo, en Bond et al. (2011), donde se pretende hacer un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento AAQ-II, ampliamente utilizado en los estudios de la presente revisión, se hace referencia al constructo

indistintamente como *aceptación*, *evitación experiencial* e *inflexibilidad psicológica*. Lo mismo ocurre en los estudios revisados, como Masuda et al. (2016), que lo usa como medida de *evitación*, o Juarascio et al., que en 2013a usan el mismo instrumento para medir *aceptación* que usarán en 2015 bajo el nombre de *flexibilidad*. Incluso Hayes (2012) refiere que “el propio término de *flexibilidad psicológica* carece de importancia. Lo que importa es si los procesos de *aceptación*, *atención consciente* y *valores* proporcionan un modelo coherente para el sufrimiento humano y la adaptabilidad” (pág. 161). Esta confusión terminológica hace replantearse qué constructo se quiere medir exactamente y qué procesos son realmente responsables del cambio.

Para evidenciar el *modelo Hexaflex* no es suficiente con el consenso conceptual de los expertos, sino que afirmar una estructura de seis componentes de una variable supraordenada es una afirmación psicométrica, más que conceptual (McLoughlin y Roche, 2023). Serían necesarias medidas fiables, válidas y mutuamente excluyentes de cada uno de los seis procesos centrales, así como la demostración de un factor supraordenado (*flexibilidad psicológica*) que se ajuste al modelo. Después, se tendría que demostrar que los cambios en las variables de resultado están mediados por la *flexibilidad psicológica*.

Otros estudios sugieren que la medida más popular de *flexibilidad psicológica*, el AAQ-II, podría estar midiendo, en su lugar, emociones negativas/neuroticismo o solo alguno de sus componentes, como la *evitación experiencial* (McLoughlin y Roche, 2023; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014). Más aún, si el mecanismo mediador del cambio fuera una reducción de la emoción negativa, sería inconsistente con ACT y más coherente con el modelo cognitivo-conductual (McLoughlin y Roche, 2023). Por otro lado, lo observado en Fang et al. (2022) es congruente con lo sugerido por

McLoughlin y Roche (2023): la mediación de un componente individual (*defusión*) no supone la evidencia de que la *flexibilidad psicológica* en su conjunto medie los resultados del tratamiento.

Por último, ACT se asoció con menor necesidad de atención y rehospitalizaciones (tabla 2). Esto sería coherente con la teoría, ya que los pacientes aprenderían a “aceptar” o “convivir” con el malestar si éste persistiera. Además, mostró mejoras en calidad de vida, síntomas psicológicos, depresión, ansiedad y funcionamiento global en algunos de los estudios. Sin embargo, otros no encontraron efectos significativos en la calidad de vida ni diferencias entre ACT y TC en depresión y ansiedad (tabla 2). En cuanto a las características de los pacientes asociadas a mayor eficacia: pacientes jóvenes con AN y menor sintomatología parecen beneficiarse más de ACT, y la asistencia a más sesiones predice mejores resultados.

Limitaciones y Líneas Futuras

Como limitación principal del presente trabajo, destaca la ausencia de una evaluación de la calidad metodológica de los estudios. Asimismo, debido a la selección de las bases de datos, no se incluyeron artículos posteriores a los ya revisados de autores como Parling (2016) y otros que pudieran haber sido de interés. De cara a investigaciones futuras, sería necesaria una evaluación del riesgo de sesgo y de la calidad metodológica de los estudios, además de plantear la posibilidad de contar con medidas del tamaño del efecto y/o metaanálisis.

Por otro lado, se considerarían otras posibles bases de datos que permitieran ampliar y hacer más exhaustiva la búsqueda bibliográfica.

Por último, la heterogeneidad de objetivos, poblaciones, medidas, formatos de intervención, duración y contextos de aplicación dificulta la comparación directa de resultados y la obtención de conclusiones generalizables sobre la eficacia de ACT en TCAs; si bien esta variabilidad permite una visión más amplia de la aplicabilidad de ACT desde un enfoque transdiagnóstico.

Conclusiones

En conjunto, esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la ACT en el tratamiento de los problemas de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal, así como la naturaleza de dichos estudios, y examinar las variables mediadoras o mecanismos que se hipotetizan como responsables del cambio. Así, a pesar de los hallazgos de los estudios que sostienen la eficacia de ACT para TCA e insatisfacción corporal y de la adecuación teórica de su enfoque, estos resultados deben ser tomados con cautela. Ya que la inconsistencia de estos podría derivarse de una falta de claridad conceptual, sería necesario, en investigaciones futuras, establecer definiciones operativas más precisas sobre los mecanismos de cambio y utilizar instrumentos de evaluación que permitan examinar minuciosamente el rol de la *flexibilidad* y sus componentes para problemas de la conducta alimentaria, incluyendo la insatisfacción corporal. Asimismo, se hace presente la necesidad de un mayor número de medidas durante las intervenciones (entre ellas, medidas de proceso y mediación, no únicamente correlacionales, y medidas no centradas en la reducción sintomatológica) y estudios que aislen el efecto de la intervención de manera rigurosa.

Contribución de las Autoras

Uxue Arana Pascual: conceptualización y diseño del trabajo, revisión teórica, redacción, análisis e interpretación de los resultados.

Maria Xesús Froxán Parga: dirección, supervisión y revisión del trabajo.

Financiación

Este trabajo no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales o sin ánimo de lucro.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Ahmed, Fatema; Wu, Chen; Li, Li; Ye, Qingyuan; Ksebe, Waleed y Wang, Kefang (2025). Psychological approaches for eating disorders: The role of body image, self-esteem, and quality of life. En F. Durbano, F. Irtelli y B. Marchesi (Eds.), *Psychotherapy in the third millennium - Cross-cutting themes and proposals for reflection*. Intech Open. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1009601>
- Barney, Jennifer L.; Murray, Helen B.; Manasse, Stephanie M.; Dochat, Cara y Juarascio, Adrienne S. (2019). Mechanisms and moderators in mindfulness-and acceptance-based treatments for binge eating spectrum disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 352–380. <https://doi.org/10.1002/erv.2673>
- * Berman, Margit I.; Boutelle, Kerri. N. y Crow, Scott J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 426–434. <https://doi.org/10.1002/erv.962>
- Biglan, Anthony y Hayes, Steven C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bond, Frank W.; Hayes, Steven C.; Baer, Ruth A.; Carpenter, Kenneth M.; Guenole, Nigel; Orcutt, Holly K.; Waltz, Tom y Zettle, Robert D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carrasco, Tomás J. y Adame, María L. (2000). Una alternativa científica a la comprensión y el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas: El análisis funcional de la conducta. En María Lameiras Fernández y José María Faílde Garrido (Coords.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención* (pp. 65–86). Universidad de Vigo.
- Chew, Han Shi Jocelyn; Chng, Samuel; Rajasegaran, Nagadarshini Nicole; Choy, Khun Hean y Chong, Yuen Yu (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 28, 6. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01535-6>
- Cuthbert, Bruce N. (2022). Research Domain Criteria (RDoC): Progress and Potential. *Current Directions in Psychological Science*, 31(2), 107–114. <https://doi.org/10.1177/09637214211051363>
- Di Sante, Jessica; Akeson, Bianca; Gossack, Amanda y Knäuper, Bärbel (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>
- Du, Shizheng; Dong, Jianshu; Jin, Shengji; Zhang, Heng y Zhang, Yuqun (2021). Acceptance and commitment therapy for chronic pain conditions on functioning: A systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 417–426. <https://doi.org/10.1111/jan.14575>
- Fairburn, Christopher G.; Cooper, Zafra y Shafran, Roz (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- * Fang, Shuanghu; Ding, Dongyan; Ji, Pingping; Huang, Mingjie y Hu, Kesong (2022). Cognitive defusion and psychological flexibility predict negative body image in the Chinese college students: Evidence from acceptance and commitment therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16519. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416519>
- Fernández-Montes, Isabel; Cabañas, Verónica y Casanova, Irene (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 85–117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6642694>
- * Fogelkvist, Maria; Gustafsson, Sanna Aila; Kjellin, Lars y Parling, Thomas (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- * Fogelkvist, Maria; Gustafsson, Sanna Alia; Kjellin, Lars y Parling, Thomas (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 10, 90. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>
- * Frayn, Mallory; Khanyari, Sabrah y Knäuper, Bärbel (2019). A 1-day acceptance and commitment therapy workshop leads to reductions in emotional eating in adults. *Eating and Weight Disorders*, 25(5), 1399–1411. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00778-6>
- García-Rasero, Alba María y Tamayo-Hernández, José Antonio (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia de aceptación y

- compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101–125. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63651>
- Gloster, Andrew T.; Walder, Noemi; Levin, Michael E.; Twohig, Michael P. y Karekla, Maria (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.2020.09.009>
- González-Blanch, César y Carral-Fernández, Laura (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 94–106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- González-Terrazas, Raymundo y Froxán-Parga, María Xesús (2021). Saber qué y saber cómo: Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea: Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 3(12), 1-16. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Griffiths, Catrin; Williamson, Heidi; Zucchelli, Fabio; Paraskeva, Nicole y Moss, Tim (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4), 189–204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Hayes, Steven C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En Steven C. Hayes; Linda J. Hayes; Hayne W. Reese y Theodore R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Context Press.
- Hayes, Steven C.; Barnes-Holmes, Dermot y Roche, Bryan (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://doi.org/10.1007/b108413>
- Hayes, Steven C. y Follette, William C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 345–365.
- Hayes, Steven C.; Luoma, Jason B.; Bond, Frank W.; Masuda, Akihiko y Lillis, Jason (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, Steven C.; Strosahl, Kirk D. y Wilson, Kelly G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- * Heffner, Michelle; Sperry, Jeannie; Eifert, Georg H. y Detweiler, Michael (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232–236. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- * Hill, Mary L.; Masuda, Akihiko; Melcher, Hailey; Morgan, Jessica R. y Twohig, Michael P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367–378. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- * Hill, Mary L.; Masuda, Akihiko; Moore, Makeda y Twohig, Michael P. (2014). Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. *Clinical Case Studies*, 14(2), 141–154. <https://doi.org/10.1177/1534650114547429>
- * Hill, Mary L.; Schaefer, L. Ward; Spencer, Samuel D. y Masuda, Akihiko (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006>
- Insel, Thomas R. (2017). Digital phenotyping: Technology for a new science of behavior. *JAMA*, 318(13), 1215–1216. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11295>
- Insel, Thomas R. y Cuthbert, Bruce N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499–500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- * Juarascio, Adrienne S.; Forman, Evan M. y Herbert, James 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, Adrienne S.; Schumacher, Leah M.; Shaw, Jena; Forman, Evan M. y Herbert, James D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.002>
- * Juarascio, Adrienne; Shaw, Jena; Forman, Evan; Timko, C. Alix; Herbert, James; Butryn, Meghan; Bunnell, Douglas; Matteucci, Alyssa y Lowe, Michael (2013a). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459–489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Juarascio, Adrienne; Shaw, Jena; Forman, Evan M.; Timko, C. Alix; Herbert, James D.; Butryn, Meghan L. y Lowe, Michael (2013b). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.001>
- * Karekla, Maria; Nikolaou, Patrisia y Merwin, Rhonda M. (2022). Randomized clinical trial evaluating AcceptME—A digital gamified acceptance and commitment early intervention program for individuals at high risk for eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1775. <https://doi.org/10.3390/jcm11071775>
- Kater, Kathy (2010). New pathways: Applying acceptance and commitment therapy to the treatment of eating disorders. En M. Maine, B. H. McGuilley y D. W. Bunnell (Eds.), *Treatment of eating disorders: Bridging the research–practice gap* (pp. 163–180). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375668-8.10010-5>
- Manlick, Christopher F.; Cochran, Sam V. y Koon, Jerrod (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 115–122. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9223-7>
- * Marco-Cramer, Maria; Quiles-Marcos, Yolanda y Quiles-Sebastián, María José (2018). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: Un estudio piloto. *Informació Psicològica*, 116, 18–31.
- * Margolis, Susan E. y Orsillo, Susan M. (2016). Acceptance and body dissatisfaction: Examining the efficacy of a brief acceptance based intervention for body dissatisfaction in college women. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 482–492. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000072>
- * Masuda, Akihiko; Ng, Stacey Y.; Moore, Makeda; Felix, Isabelle y Drake, Chad E. (2016). Acceptance and commitment therapy as a treatment for a Latina young adult woman with purging: A case report. *Practice Innovations*, 1(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/pri0000012>
- McLean, Siân A. y Paxton, Susan J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 145–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.006>
- McLoughlin, Shane y Roche, Bryan T. (2023). ACT: A process-based therapy in search of a process. *Behavior Therapy*, 54(6), 939–955. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.010>
- * Merwin, Rhonda M.; Nikolaou, Patrisia; Moskovich, Ashley A.; Babyak, Michael; Smith Patrick J. y Karekla, Maria (2023). Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image*, 44, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.010>
- Mills, Jennifer S.; Polivy, Janet; Herman, C. Peter y Tiggemann, Marika (2002). Effects of exposure to thin media images: Evidence of self-enhancement among restrained eaters. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1687–1699. <https://doi.org/10.1177/014616702237650>
- Molenaar, P.C.M. (2008). On the implications of the classical ergodic theorems: Analysis of developmental processes has to focus on intra-individual variation. *Developmental Psychobiology*, 50(1), 60–69. <https://doi.org/10.1002/dev.20262>
- Moskovich, Ashley A. (2014). *Maladaptive rule-governed behavior in anorexia nervosa: The need for certainty and control* [Doctoral thesis,

- Duke University]. Duke University ProQuest Dissertations & Theses. <https://core.ac.uk/download/pdf/37750224.pdf>
- Onnink, Carly M.; Konstantinidou, Yvoni; Moskovich, Ashley A.; Karekla, Maria K. y Merwin, Rhonda 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>
- Page, Matthew J.; McKenzie, Joanne E.; Bossuyt, Patrick M.; Boutron, Isabelle; Hoffmann, Tammy C.; Mulrow, Cynthia D.; Shamseer, Larissa; Tetzlaff, Jennifer M.; Akl, Elie A.; Brennan, Sue E.; Chou, Roger; Glanville, Julie; Grimshaw, Jeremy M.; Hróbjartsson, Asbjørn; Lalu, Manoj M.; Li, Tianjing; Loder, Elizabeth W.; Mayo-Wilson, Evan; McDonald, Steve; ... Moher, David (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- * Parling, Thomas; Cernvall, Martin; Ramklint, Mia; Holmgren, Sven y Ghaderi, Ata (2016). A randomised trial of acceptance and commitment therapy for anorexia nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 16, 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6>
- * Pearson, Adria N.; Follette, Victoria M. y Hayes, Steven C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181–197. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>
- Philip, Joel y Cherian, Vinu (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100603. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603>
- Rohde, Paul; Stice, Eric y Marti, C. Nathan (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187–198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Timimi, Sami (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208–215. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- Timko, C. Alix; Juarascio, Adrienne S.; Martin, Lindsay M.; Faherty, Ashley y Kalodner, Cynthia (2014). Body image avoidance: An under-explored yet important factor in the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.01.002>
- Tyndall, Ian; Waldeck, Daniel; Pancani, Luca; Whelan, Robert; Roche, Bryan y Dawson, David L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Virués-Ortega, Javier y Miguel, Caio F. (2013). Análisis funcional de la conducta verbal. En Raymond G. Miltenberger (Ed.), *Modificación de conducta: Principios y procedimientos* (pp. 483–501). Pirámide.
- Wolgast, Martin (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831–839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Wulfert, Edelgard; Greenway, David E.; Farkas, Paula; Hayes, Steven C. y Dougher, Michael J. (1994). Correlation between self-reported rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(4), 659–671. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-659>
- Zettle, Robert D. (2020). Treatment manuals, single-subject designs, and evidence-based practice: A clinical behavior analytic perspective. *The Psychological Record*, 70(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00394-2>