

**Research Articles // Artículos de investigación**

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| William O'Donohue   | 133-147 | A Forensic Interview Protocol for Adult Sexual Assault: Content Validity and Consumer Acceptability.  |
| J Carmelo Visdómine Lozano  | 149-175 | Expectancies Flexibility and Relational Responding: The Role of the Training History and Functional Coherence.  |
| David Ruiz Méndez<br>María Luisa Cepeda Islas<br>Cynthia Zaira Vega Valero<br>Carlos Santoyo Velasco                                    | 177-197 | Dinámica de elección en humanos: efectos de la modalidad de respuesta.  |
| Børge Strømgren<br>Jon A. Løkke<br>Stian Orm  | 199-206 | Psychometric Properties of the Norwegian Acceptance and Action Questionnaire in a Non-clinical Sample.  |
| Carlos Valiente Barroso<br>Marta Martínez Vicente<br>Santiago Sastre<br>Daniel García Piñera<br>Jesús M <sup>a</sup> Alvarado Izquierdo | 207-220 | Relación entre consumo de alcohol, uso de Internet y teléfono móvil, sintomatología prefrontal y <i>mindfulness</i> disposicional en estudiantes universitarios. [ <i>Alcohol use in relation to Internet and mobile phone use, prefrontal symptomology and dispositional mindfulness in university students.</i> ] |
| Jon Magnus Eilertsen<br>Erik Arntzen  | 221-237 | Formation of Equivalence Classes Including Emotional Functions.   |

**Theoretical and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión**

- |  |         |  |
|--|---------|--|
| Sandra García Cartagena<br>Yolanda Quiles Marcos | 241-252 | Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en trastornos de la conducta alimentaria. [ <i>Systematic Review of the Efficacy of Compassion-Focused Therapy in Eating Disorders.</i> ] |
|--|---------|--|

**Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial**

- |                  |         |   |
|------------------|---------|---|
| Editorial Office | 253-254 | Normas de publicación- <i>Instructions to Authors</i> .                           |
| Editorial Office | 255     | Cobertura e indexación de IJP&PT. [ <i>IJP&amp;PT Abstracting and Indexing.</i> ] |

ISSN 1577-7057

© 2021 Asociación de Análisis del Comportamiento Almería-Madrid, España

# IJP&PT

## INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

EDITOR

Francisco Javier Molina Cobos  
Universidad de Almería, España

REVIEWING EDITORS

Mónica Hernández López  
Universidad de Jaén  
España

Francisco Ruiz Jiménez  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

ASSOCIATE EDITORS

Dermot Barnes-Holmes  
Universiteit Gent  
Belgique-België

J. Francisco Morales  
UNED-Madrid  
España

Mauricio Papini  
Christian Texas University  
USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja  
UNED-Madrid  
España

Kelly Wilson  
University of Mississippi  
USA

ASSISTANT EDITORS

Adolfo J. Cangas Díaz  
Emilio Moreno San Pedro

Universidad de Almería, España  
Universidad de Huelva, España

# IJP&PT

## INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

### Comité Editorial / Editorial Committee

**Editor:** Francisco Javier Molina Cobos, *Universidad de Almería, España*

#### Associate Editors

Dermot Barnes-Holmes, *Universiteit Gent, Belgique-België*  
Francisco Morales, *UNED, Madrid, España*  
Mauricio Papini, *Christian Texas University, USA*  
Miguel Ángel Vallejo Pareja, *UNED, Madrid, España*  
Kelly Wilson, *University of Mississippi, USA*

#### Reviewing Editors

Mónica Hernández López, *Universidad de Jaén, España*  
Francisco Ruiz Jiménez, *Fund. Univ. Konrad Lorenz, Colombia*  
Assistant Editors  
Adolfo J. Cangas Díaz, *Universidad de Almería, España*  
Emilio Moreno San Pedro, *Universidad de Huelva, España*

#### Former Editors

Jesús Gil Roales-Nieto, *Universidad de Almería, España, (2001-2011)*  
Santiago Benjumea, *Universidad de Sevilla, España, (2012-2016)*  
Miguel Rodríguez Valverde, *Universidad de Jaén, España, (2017)*

### Consejo Editorial / Editorial Advisory Board

Yolanda Alonso *Universidad de Almería, España*  
Erik Arntzen *University of Oslo, Norway*  
M<sup>a</sup> José Báguena Puigcerver *Universidad de Valencia, España*  
Yvonne Barnes-Holmes *National University-Maynooth, Ireland*  
Adrián Barbero Rubio *UNED & MICPSY, Madrid, España*  
William M. Baum *University of New Hampshire, USA*  
Gualberto Buela Casal *Universidad de Granada, España*  
Francisco Cabello Luque *Universidad de Murcia, España*  
Gonzalo de la Casa *Universidad de Sevilla, España*  
Charles Catania *University of Maryland Baltimore County, USA*  
Juan Antonio Cruzado *Universidad Complutense, España*  
Victoria Diez Chamizo *Universidad de Barcelona, España*  
Michael Dougher *University of New Mexico, USA*  
M<sup>a</sup> Paula Fernández García *Universidad de Oviedo, España*  
Perry N Fuchs *University of Texas at Arlington, USA*  
Andrés García García *Universidad de Sevilla, España*  
José Jesús Gázquez Linares *Universidad de Almería, España*  
Luis Gómez Jacinto *Universidad de Malaga, España*  
Celso Goyos *Universidade de Sao Paulo, Brasil*  
David E. Greenway *University of Southwestern Louisiana, USA*  
Patricia Sue Grigson *Pennsylvania State College of Medicine, USA*  
Steven C. Hayes *University of Nevada-Reno, USA*  
Linda Hayes *University of Nevada-Reno, USA*  
Phillip Hineline *Temple University, USA*  
Per Holth *University of Oslo, Norway*  
Robert J. Kohlenberg *University of Washington, Seattle, USA*  
María Helena Leite Hunzinger *Universidade de Sao Paulo, Brasil*  
Julian C. Leslie *University of Ulster at Jordanstown, UK*  
Juan Carlos López García *Universidad de Sevilla, España*  
Juan Carlos López López *Universidad de Almería, España*  
Fergus Lowe *University of Wales, Bangor, UK*  
Carmen Luciano *Universidad de Almería, España*  
Armando Machado *Universidade do Miño, Portugal*

Jose Marques *Universidade do Porto, Portugal*  
G. Alan Marlatt *University of Washington, Seattle, USA*  
Ralph R. Miller *State University of New York-Binghamton, USA*  
Rafael Moreno *Universidad de Sevilla, España*  
Edward K. Morris *University of Kansas-Lawrence, USA*  
Lourdes Munduate *Universidad de Sevilla, España*  
Alba Elisabeth Mustaca *Universidad de Buenos Aires, Argentina*  
José I. Navarro Guzmán *Universidad de Cádiz, España*  
Jordi Obiols *Universidad Autónoma de Barcelona, España*  
Sergio M. Pellis *University of Lethbridge, Canada*  
Ricardo Pellón *UNED, Madrid, España*  
Wenceslao Peñate Castro *Universidad de La Laguna, España*  
Victor Peralta Martín *Hospital V. del Camino, Pamplona, España*  
M. Carmen Pérez Fuentes *Universidad de Almería, España*  
Marino Pérez Álvarez *Universidad de Oviedo, España*  
Juan Preciado *City University of New York, USA*  
Emilio Ribes Iniesta *Universidad Veracruzana, México*  
Josep Roca i Balasch *INEF de Barcelona, España*  
Jesús Rosales Ruiz *University of North Texas, USA*  
Juan Manuel Rosas Santos *Universidad de Jaén, España*  
Jorge Ruiz Sánchez *Universidad de Almería, España*  
Kurt Saltzinger *Hofstra University, USA*  
Mark R. Serper *Hofstra University, USA*  
Carmen Torres *Universidad de Jaén, España*  
Peter J. Urciuoli *Purdue University, USA*  
Guillermo Vallejo Seco *Universidad de Oviedo, España*  
Julio Varela Barraza *Universidad de Guadalajara, México*  
Juan Pedro Vargas Romero *Universidad de Sevilla, España*  
Graham F. Wagstaff *University of Liverpool*  
Stephen Worchel *University of Hawaii, USA*  
Edelgard Wulfert *New York State University, Albany, USA*  
Thomas R. Zentall *University of Kentucky, USA*

*International Journal of Psychology & Psychological Therapy* is a four-monthly interdisciplinary publication open to publish original articles, reviews of one or more area(s), theoretical reviews, or methodological issues, and series of interest to some of the Psychology areas. The journal is published for the *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC) and MICPSY, and indexed and/or abstracted in:

- Academic Search Complete (EBSCO Publishing Inc.)
- Cabell's Directory (Cabell Scholarly Analytics)
- CLARIVATE-WEB of SCIENCE (Emerging Sources Citation Index)
- ClinPSYC (American Psychological Association)
- DIALNET (Fundación Dialnet, Universidad de La Rioja)
- DICE-CSIC (Difusión y Calidad de las Revistas Españolas)
- Directory of Open Access Journals (DOAJ)
- EBSCO Information Service
- GOOGLE Scholar Metrics
- IBECs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)
- IN-RECS (Index of Impact of the Social Sciences Spanish Journals)
- ISOC (CINDOC, CSIC)

*International Journal of Psychology & Psychological Therapy* es una publicación interdisciplinaria cuatrimestral, publicada por la Asociación de Análisis del Comportamiento (AAC), abierta a colaboraciones de carácter empírico y teórico, revisiones, artículos metodológicos y series temáticas de interés en cualquiera de los campos de la Psicología. Es publicada por la *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC) y MICPSY y está incluida en las bases y plataformas bibliográficas:

- Journal Scholar Metrics
- LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)
- MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas)
- ProQuest Prisma Database
- Psychological Abstracts (American Psychological Association)
- PsycINFO (American Psychological Association)
- REBIUN (Red de Bibliotecas Universitarias Españolas)
- RESH (Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanidades)
- SCIMAGO (SCImago Journal & Country Rank -SCOPUS)
- SCOPUS (Scopus Database Elsevier)

# Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en trastornos de la conducta alimentaria

Sandra García Cartagena

Universidad Miguel Hernández, España

Yolanda Quiles Marcos\*

Universidad Miguel Hernández & Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria, España

## ABSTRACT

**Systematic Review of the Efficacy of Compassion-Focused Therapy in Eating Disorders.** Eating Disorders (ED) are disorders characterized by pathological behavior in eating and an obsession with weight control. These patients have high levels of shame, self-criticism and low self-compassion, so Compassion Focused Therapy (CFT) is proposed as a therapeutic alternative. This study aimed to conduct a systematic review on the efficacy of CFT-based interventions in treating people with an ED. To do this, the PRISMA guidelines were followed and the existing literature from 2010 to 2020 was analyzed through a search carried out in the Scopus, Sciencedirect, PubMed, Embase, Web of Science and PsycINFO databases. The results suggest that CFT can generate positive changes in these patients, reducing the symptoms of the disorder, as well as levels of shame, self-criticism and increasing levels of self-compassion. The results of this study show that CFT can be effective in the treatment of eating disorders. However, it is still a developing field, made up of studies with methodological limitations, which requires more research to obtain more conclusive results.

**Key words:** Compassion Focused Therapy, eating disorders, systematic review.

**How to cite this paper:** García Cartagena S & Quiles Marcos Y (2021). Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21, 2, 241-252.

### Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La Terapia Centrada en la Compasión resulta eficaz para los trastornos del estado de ánimo, particularmente para aquellos con una alta auto crítica.

¿Qué añade este artículo?

- Muestra que la aplicación de Terapia Centrada en la Compasión en combinación con otras terapias en pacientes con trastornos de conducta alimentaria reduce la auto crítica y la vergüenza y aumenta la autocompasión.
- Muestra que se producen cambios positivos en la restricción alimentaria, así como en las preocupaciones por el cuerpo, el peso y la comida, y en otras conductas de enfermedad.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos caracterizados por anomalías graves en la ingesta y comportamientos relacionados con el control del peso. Estos trastornos comparten el sentimiento de insatisfacción corporal y/o una influencia anormal de ésta en la valoración personal (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). En los últimos años ha habido un incremento en el interés social y científico en los TCA, ya que se trata de una patología caracterizada por la gravedad de sus síntomas, su elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, así como al alto grado de comorbilidad y mortalidad que presentan. Los TCA son la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en las sociedades desarrolladas y occidentales (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Fitcher & Quadflieg, 2016; Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller, &

\* Correspondencia: Yolanda Quiles Marcos, Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud, Edificio Altamira, Universidad Miguel Hernández, Avenida. de la Universidad s/n, ELCHE, 03202 Alicante, España. Email: y.quiles@umh.es

Holte, 2012). Los TCA presentan tendencia a la cronificación y una prevalencia que continúa incrementándose desde los años 90 (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012).

Entre los aspectos implicados en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los TCA, se incluyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). En cuanto a los factores psicológicos, la literatura muestra la presencia de ciertas características comunes en estas pacientes. Entre éstas se destaca una baja autoestima, insatisfacción corporal, inflexibilidad, apego a las reglas y perfeccionismo. Además de estas características, también presentan una elevada autocrítica y vergüenza, y una baja autocompasión, que se han relacionado con la severidad de los síntomas, tanto en la anorexia nervosa (AN) como en la bulimia nerviosa (BN) (Fennig, Hadas, Itzhaky, Roe, Apter & Shahar, 2008; Ferreira, Pinto Gouveia & Duarte, 2013; Goodwin, Arcelus, Geach & Meyer, 2014; Kelly, Carter, Zuroff & Borairi, 2013; Kelly & Tasca, 2016; Roberts, Tchanturia & Treasure, 2010; Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008; Troop & Redshaw, 2012). Esta relación entre los niveles de autocrítica, vergüenza y autocompasión con la severidad de estos trastornos, pone de manifiesto la importancia de incluir estas características como objetivos en la intervención de estas pacientes. En este contexto, la Terapia Centrada en la Compasión (Compassion Focused Therapy-CFT), formulada por Paul Gilbert (2010), fue desarrollada específicamente para abordar la vergüenza, la autocrítica y la hostilidad auto dirigida, ayudando a las personas a cultivar emociones afiliativas y la compasión. Asimismo, la CFT busca ayudar a las personas autocríticas y propensas a la vergüenza a desarrollar una actitud de bondad interior hacia sus deficiencias personales y su angustia (Gilbert, 2005). Se trata de un protocolo clínico que busca entrenar el desarrollo de la compasión en pacientes con una fuerte tendencia a la autocrítica, a la culpa o vergüenza, tal y como se presenta en los TCA, tratando de fomentar el desarrollo de emociones positivas, la motivación y el afrontamiento al dolor (Gilbert, 2015).

Para Gilbert (2005, 2015) la autocompasión implica tratar con amabilidad a uno mismo, reconociendo lo que se tiene en común con otros seres humanos, y siendo conscientes de los propios déficits o aspectos negativos. La autocompasión está formada por tres componentes principales que interactúan entre sí: (a) la autocomplacencia/ autoamabilidad, entendida como el ser amable y comprenderse a uno mismo, como alternativa al juicio a sí mismo y la crítica; (b) la atención plena, que ayuda a mantener pensamientos y sentimientos aversivos en equilibrio, como alternativa a la sobreidentificación con los propios pensamientos o emociones; y (c) la humanidad compartida, considerando las experiencias de uno mismo como una extensión natural de lo experimentado por todos los individuos, como alternativa al sentimiento de aislamiento.

La CFT (Gilbert, 2005) es una terapia multimodal que incluye elementos de la terapia cognitivo-conductual y otras terapias, como las basadas en la atención plena (Mindfulness) (Kabat-Zinn, 2003) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), utilizando herramientas tales como: la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, las formulaciones estructuradas, las tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión y la práctica de atención plena, entre otras. Esta terapia, similar a otras de las incluidas en las llamadas terapias contextuales, no se centra tanto en que el sujeto cambie sus síntomas, sino que aprenda a convivir con ellos, los acepte, cambiando el curso de su experiencia subjetiva y la conciencia que tenga de ella, haciendo que los síntomas vayan perdiendo su carga e impacto (Moñivas, García Diex, & García de Silva, 2012).

En lo que respecta a la evidencia científica existente acerca de los beneficios de la CFT, cabe mencionar que ha sido utilizada en distintos problemas de salud, mostrando resultados eficaces en distintos ámbitos, como por ejemplo en dolor crónico (Costa & Pinto-Gouveia, 2011); en pacientes con lesión cerebral (Ashworth, Clarke, Jones, Jennings & Longworth, 2015); así como también en distintos problemas psicológicos como es el caso de los trastornos de estrés postraumático (Held & Owens, 2015); en personas con psicosis (Braehler *et alia*, 2013); y en el trastorno límite de personalidad (Feliu *et alia*, 2016). Una revisión sistemática realizada recientemente con catorce estudios sobre los beneficios psicoterapéuticos de la CFT, ha puesto de manifiesto que se trata de una intervención prometedora para los trastornos del estado de ánimo, particularmente aquellos con una alta autocrítica. Sin embargo, existe al mismo tiempo una importante controversia acerca de su verdadera eficacia y alcance terapéutico, ya que se necesitan más ensayos a gran escala y de mejor calidad antes de que pueda considerarse una práctica basada en la evidencia (Leaviss & Uttley, 2015). En este contexto, y teniendo en cuenta la escasez de estudios publicados sobre la aplicación de la CFT en pacientes con un TCA, se considera pertinente y necesario analizar las pruebas empíricas disponibles sobre la eficacia de los programas basados en la CFT para el tratamiento de los TCA, sintetizando los resultados de todos los estudios empíricos al respecto. Para ello, utilizaremos como método la revisión sistemática, que implica la evaluación ordenada y explícita de la literatura a partir de una pregunta clara de investigación, junto a un análisis crítico y un resumen cualitativo de la evidencia (García Perdomo, 2015). Por tanto, el objetivo de este estudio se estableció en realizar una revisión sistemática con el fin de evaluar la eficacia de la CFT en el tratamiento de pacientes con un TCA, de acuerdo a las directrices de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group (2009), ante la ausencia de publicaciones que cubran este objetivo.

## MÉTODO

### *Búsqueda bibliográfica*

Como criterios de búsqueda se utilizaron: publicaciones en revistas científicas, no tesis doctorales ni capítulos de libro, en inglés o español exclusivamente, centradas en estudios empíricos de aplicación de la CFT en pacientes con un TCA, sin restricciones en la fecha de publicación. Se utilizaron las siguientes bases de datos: *Psycinfo*, *Scopus*, *ScienceDirect*, *PubMed*, *Web of Science* y *Embase*. Se realizó la misma combinación de palabras claves en todas las bases de datos: Compassion Focused Therapy AND (anorexia OR bulimia OR eating disorder OR eating pathology).

### *Criterios de inclusión y exclusión*

Para ser incluidos en la revisión los estudios debían cumplir los siguientes criterios: (a) centrarse en la aplicación de la CFT en pacientes con TCA; (b) aportar datos sobre las variables evaluadas pre y post intervención. Como criterios de exclusión, se descartaron aquellos estudios que: (a) no implicaban la aplicación de la CFT en pacientes con TCA; (b) evaluaran una muestra clínica que no fuera pacientes con TCA; o (c) se trataba de estudios teóricos o conceptuales sobre la CFT.

### Codificación de los estudios

En los estudios seleccionados se registraron una serie de variables relacionadas con el diseño y la metodología: (a) autores y año de publicación; (b) país en el que se desarrolló el estudio; y (c) tipo de estudio. También se codificaron variables relacionadas con la muestra de pacientes: (d) número de participantes; (e) género; y (f) diagnóstico. También se registró el tipo de protocolo de intervención que se había utilizado, así como las variables evaluadas pre y post intervención.

## RESULTADOS

Tal y como se muestra en figura 1, la primera búsqueda, sin aplicar los criterios de inclusión/exclusión resultó en un total de 47 artículos. Posteriormente, fueron descartados los estudios duplicados, que no mostraran resultados de la aplicación de la CFT en pacientes con TCA, fueran teóricos o consistieran en un estudio de revisión. Finalmente, fueron seleccionados cinco estudios empíricos, procediéndose a examinar sus referencias con el fin de poder encontrar otros artículos relevantes que no hubieran sido detectados. Tal y como se muestra en la Figura 1 se mantuvieron los 5 artículos inicialmente seleccionados.

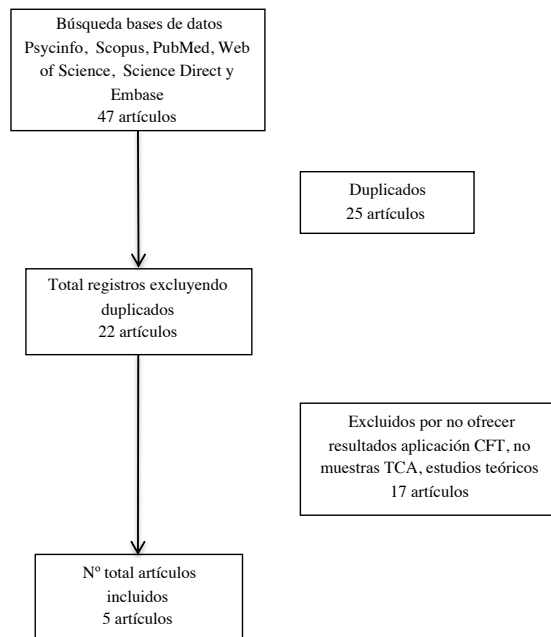


Figura 1. Diagrama del proceso de inclusión de Estudios.

En la tabla 1, se resumen las características principales de los trabajos seleccionados. Todos los estudios son a partir de 2014, dos de ellos fueron realizados en Canadá (Kelly, Carter & Borairi, 2014; Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman, 2017), otros dos en el Reino Unido (Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014; Williams, Tsivos, Brown,



Tabla 1. Características de los estudios.

Estudio	Tipo	Muestra	Intervención	Variables e instrumentos	Resultados
Gale et al. (2014) (Reino Unido)	Grupo único 5 medidas (pre-, durante- y post)	99 pacientes externos Servicio Especializado 95,95% Mujeres Edad: rango 17-62 (M= 28,01; DT= 8,67 Diagnósticos: EDNOS: 54,5%; AN: 19,2%; BN: 26,3	CFT + TCC 16 semanas 20 sesiones grupo	EDE-Q: sintomatología TCA SEDS: autoestima, asertividad, sintomatología cognitiva y conductual del TCA CORE-OM: estrés psicológico, aceptabilidad y viabilidad	- Mejoría sintomatología alimentaria, cogniciones y comportamientos; autoestima y asertividad; malestar emocional - Diferencias en función diagnóstico: pacientes con BN mejor que pacientes con AN y EDNOS en preocupación por alimentación, figura y peso, y en conductas bulímicas, funcionamiento, y hostilidad autodirigida. Tratamiento aceptable y viable - Mejoras sintomatología, vergüenza y autocompasión. - Relación negativa autocompasión y vergüenza. - Cambios en vergüenza relacionados positivamente con disminución síntomas.
Kelly et alia (2014) (Canadá)	1 único grupo Medidas pre-post	97 Pacientes unidad 24 horas o Centro de día Edad: 17-57 (M= 28; DT= 9,6) Diagnósticos: AN: 45,7%; BN: 29,6%; EDNOS: 24,7%	CFT + TCC + DBT	EDE-Q: sintomatología TCA ESS: vergüenza SCS-SF: autocompasión	- Mejoras sintomatología, vergüenza y autocompasión. - Relación negativa autocompasión y vergüenza. - Cambios en vergüenza relacionados positivamente con disminución síntomas.
Kelly et alia (2017) (Canadá)	RCT Medidas pre-durante-post	11 pacientes externas Servicio Especializado Edad: M= 36,73 (DT= 12,58) Diagnósticos: AN: 27,3%; BN: 27,3%; BED: 18,2% EDNOS: 27,3%	CFT + TCC + DBT	EDE: sintomatología TCA CEO: credibilidad y expectativas mejoría. EDE-Q: sintomatología TCA SCS: autocompasión FCS: mico a la compasión ESS: vergüenza	GE mayores mejoras sintomatología alimentaria, autocompasión, vergüenza. No diferencias en función tipo de TCA.
Williams et alia (2017) (Reino Unido)	1 único grupo Medidas pre-post	9 pacientes externas Edad: (18-40) Diagnósticos: BN: 5 TCANE: 4	TCC + DBT Psicoeducación, indicaciones nutricionales, CFT	EDE-Q: sintomatología TCA	Mejoras sintomatología alimentaria: restricción, preocupación por la alimentación, peso y figura.
Horecjo et alia (2019) (España)	1 único grupo Medidas pre-post	N= 10 pacientes Centro de día Edad: M= 20,02 (DT= 8,06) Diagnóstico: AN: 70%; BN: 10%; TCANE: 20%	CFT + TCC	SCS: autocompasión FMQ: atención plena EAT-26: Sintomatología TCA DASS-21: depresión, ansiedad y distrés BIAQ: flexibilidad cognitiva y aceptación imagen corporal RSES: autoestima	Mejoras sintomatología alimentaria, autoestima e imagen corporal (disminución evitación corporal y aumento autoapreciación positiva) Mejora autocompasión y autocerticia No cambios en depresión, ansiedad y distrés

Notes: AN= anorexia; BN= Bulimia; BED= trastorno por atracón; BIAQ= Body Image Avoidance Questionnaire; CFT= Compassion Focused Therapy; CEO= Credibility and Expectancy Questionnaire; CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; DASS-21= Depression Anxiety Stress Scales; DBT= Terapia Dialectico Comportamental; EAT-26= Eating Attitudes Test; EDE= Eating Disorder Examination; EDE-Q= Eating Disorders Examination Questionnaire; EDNOS= Eating Disorder not Otherwise Specified; ESS= Experiences of Shame Scale; FFMQ= Five Facet Mindfulness Questionnaire; FCS= Fears of Compulsion Scales; GC= grupo control; GE= grupo experimental; N= tamaño muestral; RSES= Rosenberg Self-Esteem Scale; SCS= Self-Compassion Scale; SCS-SF= Self-Compassion Scale-Short Form; SEDS= Self-Compassion Scale-Short Form; SEDS= Self-Compassion Scale; SCS-SF= Self-Compassion Scale-Short Form; TCA, trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TCC= Terapia Cognitivo Conductual

Whitelock & Sampson, 2017), y el último en España (Horcajo, Quiles & Quiles, 2019). Cuatro de ellos son estudios con un único grupo y medidas pre y post-intervención, y sólo uno se trata de un ensayo controlado aleatorizado.

En cuatro de ellos participaron sólo mujeres, mientras que en el estudio de Gale *et alia* (2014) el 4% eran hombres. Todas las participantes estaban siendo atendidas en servicios especializados para el tratamiento de TCA, bien como pacientes externas, de centro de día o ingresadas en una unidad 24 horas. Las participantes presentan un amplio rango de edad (17-62 años). Excepto en el estudio de Williams *et alia* (2017) en el que sólo participaron pacientes con BN y con TCA no especificado, en los otros cuatro se incluyeron participantes de todos los diagnósticos representados. Sólo los estudios de Gale *et alia* (2014) y Kelly *et alia* (2017) analizaron diferencias en función del tipo de diagnóstico.

En todos los estudios, la aplicación de la CFT acompañó al tratamiento que en ese momento se aplicaba en los servicios correspondientes, entre ellos rehabilitación nutricional y estabilización médica, además de n tratamiento psicológico que en la mayoría de los casos se basaba en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y/o Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) (en la tabla 2, pueden observarse los componentes de estos programas). Como también se muestra en la tabla 2, la intervención basada en la CFT resulta muy heterogénea, pues mientras en el estudio de Williams *et alia* (2017) se realizaron sesiones individuales con contenidos específicos de esta terapia, en el estudio de Kelly *et alia* (2014) no se realizaban sesiones concretas de CFT, sino que se incluyeron componentes de esta terapia en los diferentes talleres grupales que recibían las pacientes. En el resto de los estudios, las participantes recibieron talleres grupales basados en los contenidos de esta terapia, pero como se puede observar, el número de sesiones y su duración fue diferente.

Respecto a las variables evaluadas, todos los estudios han evaluado la sintomatología propia del trastorno, siendo los instrumentos más utilizados la *Eating Disorder Examination* (EDE), el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) y los *Eating Attitude Tests* (EAT-26). También se evaluaron el malestar psicológico, la vergüenza, y la autocrítica y compasión, usando para ello distintos cuestionarios como la *Experiences of Shame Scale* (ESS), la *Self-Compassion Scale-Short Form* (SCS-SF) y las *Fears of Compassion Scales* (FCS).

Como se puede observar en la tabla 1, tras la aplicación del programa de intervención en todos los estudios se produjeron mejoras en la sintomatología alimentaria, incluyendo a tanto la restricción alimentaria, como las preocupaciones y obsesiones con la comida, así como las conductas de enfermedad. Mientras que el estudio de Kelly *et alia* (2017) no encontró diferencias en estas mejorías en función del diagnóstico, el estudio de Gale *et alia* (2014) si mostró que las pacientes con BN presentaron mejorías más importantes que las pacientes con AN o TCA no especificado. De hecho, tras el tratamiento, al 73% de las pacientes con BN se las consideró recuperadas, frente al 21% de las pacientes con AN y el 30% de las pacientes con TCA no especificado.

También los estudios de Gale *et alia* (2014) y Horcajo *et alia* (2019) mostraron diferencias significativas en autoestima pre-post intervención. Respecto a la imagen corporal, evaluada con el *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ), el estudio de Horcajo *et alia* (2019) mostró disminución de la evitación corporal y aumento en la autoapreciación positiva.

En tres de los cinco estudios se evaluó si tras la aplicación del tratamiento basado en CFT se produjeron cambios en los niveles de vergüenza, autocompasión y autocríticas,



Tabla 2. Características de los programas de tratamiento.

Estudio	Tratamientos	Características Programas	Frecuencia/Duración
Gale <i>et alia</i> (2014)	TCC + CFT	1ª etapa: programa psicoeducativo / 4 sesiones de 2 horas 2ª etapa: programa recuperación / 20 sesiones de 2-2.5 horas -Identificación creencias, comportamientos y estado físico. -Autocontrol -Planificación comidas -Desafíos cognitivos -Experimentos de comportamiento -Resolución de problemas -Análisis funcional evolutivo -Entender síntomas de seguridad y estrategias regulación emocional -Entender origen y función de autocrítica, vergüenza y orgullo -Desarrollo motivación y emoción afiliativa -Miedos y bloqueos compasión	Semanal/4 semanas
	CFT	-Desarrollo compasión -Estabilización médica -Restauración de peso -Rehabilitación nutricional -Normalizar alimentación -Reducción purgas, atracones y ejercicio excesivo -Psicoeducación, relaciones y sexualidad, artes expresivas, manejo de la ansiedad. - La CFT se introdujo de manera implícita en algunos grupos, para trabajar la autocompasión no de manera directa.	Primeras 4 semanas: 2 sesiones×semana Resto de semanas: 1 sesión×semana 16 semanas
Kelly <i>et alia</i> (2014)	TCC y DBT + CFT	Tratamiento psiquiátrico y nutricional Terapia psicológica individual, basada en la DBT y TCC, 1 vez por semana	12 semanas No grupos terapéuticos específicos CFT, sus componentes tratados de forma transversal
Kelly <i>et alia</i> (2017)	GC Tratamiento protocolizado	12 sesiones/1 vez por semana -Introducción y voz autocrítica -Vergüenza, regulación afectiva y compasión -Compasión como salida de vergüenza y autocrítica -Barreras autocompasión -Conductas autocompasivas -Registro pensamiento autocompasivo -Cartas autocompasivas -Pedir y recibir compasión -Conclusiones	12 semanas
	GE Protocolizado + CFT	1ª etapa: psicoeducación y motivación 5-7 sesiones/15 días Intervención con terapeuta para completar libro de trabajo estandarizado con información sobre trastornos alimentarios, características, efectos y desarrollo. 2ª etapa: autocompasión 10-27 sesiones/15 días (50 minutos) Sesiones individuales con terapeutas especialistas en CFT centradas en abordar autocrítica inútil mediante desarrollo autocompasión.	10-27 sesiones
Williams <i>et alia</i> (2017)	Adaptación a tratamiento individual CFT	Indicaciones nutricionales (2 a 11) -Normalización hábitos alimentarios -Talleres grupales (autoestima, imagen corporal, gestión de emociones, conciencia de enfermedad y motivación al cambio, conocimientos de nutrición y habilidades sociales)	10 sesiones 1 sesión/semana
Horcajo <i>et alia</i> (2019)	Centro de Día	- Reducción malestar psicológico - Mejorar atención plena y habilidades - Incrementar afecto positivo y calidez emocional (autoestima y autocompasión) - Fomentar actitudes alimentarias más positivas - Aumentar apreciación positiva imagen corporal	2 meses y medio 10 sesiones 105 minutos.
	Tratamiento Centro de Día + CFT		

Notas: CFT= *Compassion Focused Therapy*; DBT= *Terapia Dialéctico Comportamental*; GC= grupo control; GE= grupo experimental; TCC= *Terapia Cognitivo Conductual*.

encontrando todos ellos diferencias significativas tras el tratamiento. En el caso concreto del estudio de Horcajo *et alia* (2019), se obtuvieron diferencias significativas en las subescalas Autoamabilidad y Humanidad compartida con tamaños del efecto grandes, y se una disminución significativa en las escalas de Autojuicio y Aislamiento. El estudio de Kelly *et alia* (2014) también analizó la relación entre estas variables, encontrando que la autocompasión se relacionaba de manera negativa con la vergüenza y ésta, a su vez, se relacionaba de forma negativa con la sintomatología alimentaria.

Es importante señalar que el estudio de Kelly *et alia* (2017), el único ensayo controlado aleatorizado en el que el grupo experimental siguió el tratamiento protocolizado y recibió doce sesiones de CFT, encontró mayores cambios significativos en todas las variables evaluadas (sintomatología, compasión y vergüenza) en el grupo experimental frente al grupo control.

En cuanto al malestar emocional, el estudio de Horcajo *et alia* y distrés, evaluados con las Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). No obstante, el estudio de Gale *et alia* (2014) si encontró diferencias significativas en distrés psicológico evaluado con el cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-M). Los cambios se produjeron en los cuatro factores que conforman este cuestionario: bienestar subjetivo, funcionamiento social, síntomas o problemas comúnmente percibidos y riesgo para sí mismo o los demás.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión sistemática han puesto de manifiesto que tras la aplicación de la CFT junto a los tratamientos que las participantes seguían en los diferentes servicios, no sólo se reducía la autocrítica y la vergüenza y aumentaba la autocompasión (objetivos específicos de esta terapia), sino que también se produjeron cambios positivos en la sintomatología alimentaria. Estos cambios se produjeron tanto en la restricción, como en las preocupaciones por el cuerpo, el peso y la comida y en otras conductas de enfermedad. En este sentido, es importante señalar que a pesar de que la CFT no tiene como foco trabajar directamente en la sintomatología del trastorno, si produce cambios en ésta. Por lo tanto, estos resultados indicarían que la CFT, que se dirige específicamente a la autocrítica, la vergüenza y la autocompasión, impacta sobre los síntomas y la psicopatología de la conducta alimentaria. De donde puede deducirse que es posible que los sentimientos de vergüenza y la autocrítica estuvieran contribuyendo al mantenimiento de la patología alimentaria.

Además de las mejoras en la sintomatología de los TCA, la aplicación de la CFT junto a los demás tratamientos que seguían las participantes, mejoró la autoestima y la imagen corporal, resultando en una menor evitación corporal y una mayor autoapreciación positiva. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros estudios que apuntan que la autocompasión puede estar relacionada con formas más adaptativas de apreciación de la imagen corporal (p.ej., Turk & Waller, 2020; Homan & Tylka, 2015; Wasyliw, MacKinnon & MacLellan, 2012). La autocompasión conlleva juicios menos duros del yo, por lo tanto, es posible que, independientemente de la realidad física de su cuerpo, la forma o la discrepancia con los ideales de belleza sociales, las personas autocompasivas acepten mejor su identidad física.

En cuanto al estado anímico, el estudio de Horcajo *et alia* (2019) que aplicó la CFT junto con el tratamiento protocolizado de la unidad en la que recibían tratamiento las participantes, no mostró diferencias pre-post intervención en los niveles de ansiedad

y depresión. Sin embargo, el estudio de Gale *et alia* (2014) si encontró que se redujeron los niveles de distrés psicológico evaluados con el CORE-M, en sus cuatro factores. Respecto a esta diferencia en los resultados encontrados, es importante considerar que mientras en el estudio de Gale *et alia* (2014) el tratamiento duró 16 semanas y se realizaron 20 sesiones, en el de Horcajo *et alia* (2019) se realizaron la mitad de sesiones en sólo 10 semanas.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas. Los resultados de esta revisión sistemática sugieren que sería adecuado intervenir con los sentimientos de vergüenza de estas pacientes en una fase temprana en su proceso de tratamiento. La vergüenza es conocida por su tendencia a evocar una acción “oculta”, es decir, esta emoción tiende a ser expresada y compartida menos directamente que otras. De hecho, varios estudios han encontrado que la vergüenza es una de las razones más comunes por las que las pacientes tienden a no revelar toda la información en la terapia. Es por ello que sería relevante que el terapeuta ayudara a estas pacientes a identificar los orígenes, naturaleza y funciones de su vergüenza y hostilidad interior, y las enseñara a regular estos sentimientos. Esto, junto con la intervención centrada en las barreras a la compasión, de su importancia, de las estrategias para acceder a ella, serían elementos muy adecuados para sumar y complementar las intervenciones psicológicas más frecuentes que se han aplicado en el tratamiento de los TCA.

A pesar de que son pocos los estudios que han aplicado CFT en pacientes con TCA, los resultados que ofrecen son prometedores, y sugieren la necesidad de realizar estudios para averiguar realmente si esta terapia puede ser beneficiosa para personas que padecen estos trastornos.

Los resultados de nuestra revisión han de ser considerados con cautela debido al escaso número de estudios que han evaluado los efectos de la CFT en TCA, así como a los problemas metodológicos que presentan los estudios primarios revisados. En este sentido, sería necesario llevar a cabo estudios con metodologías más rigurosas, menor riesgo de sesgo y mayor validez. Es importante destacar que sólo uno es un estudio controlado aleatorizado, siendo el resto estudios que constan de un único grupo o experiencias piloto, en las que CFT se ha combinado con el tratamiento protocolizado en servicios de atención a pacientes con TCA. Por lo tanto, es difícil discriminar si los cambios obtenidos se deben a la aplicación de la CFT.

Otra limitación importante es que los estudios revisados no realizaron ninguna medida de seguimiento, por lo que no permite conocer si los cambios y mejoras informadas se mantuvieron en el tiempo. Además, es importante constatar la heterogeneidad en la aplicación de la CFT en los diferentes estudios, tanto en contenidos como en el número de sesiones y su duración. En este sentido, sería necesario realizar estudios con programas estandarizados o protocolizados basado en los componentes de CFT, que permitiesen comparar resultados.

A pesar de las limitaciones mencionadas, creemos posible concluir que la CFT aborda aspectos especialmente relacionados con los trastornos alimentarios y tiene potencial para reducir sus síntomas. Sin embargo, quedan cuestiones sin resolver que hacen necesarios nuevos estudios sobre la aplicación de CFT en pacientes con TCA, que permitan la obtención de resultados más concluyentes.

## REFERENCIAS

(Los artículos marcados con \* formaron parte de la revisión sistemática)

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arcelus J, Mitchell A, Wales J & Nielsen S (2011). Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Ashworth F, Clarke A, Jones L, Jennings C & Longworth C (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 143-162. Doi: 10.1111/papt.12037
- Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D & Williams JM (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342. Doi: 10.1177/1073191107313003
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J & Gilbert P (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214. Doi: 10.1111/bjc.12009
- Costa J & Pinto Gouveia J (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302. Doi: 10.1002/cpp.718
- Devilly GJ & Borkovec TD (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 73-86. Doi: 10.1016/s0005-7916(00)00012-4
- Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, & McGrath G (2000). Clinical outcomes in routine evaluation: The CORE-OM. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255. Doi: 10.1080/713680250
- Fairburn CG & Beglin SJ (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370. Doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn CG, Cooper Z & O'Connor ME (2008). Eating Disorder Examination (16.0D) In: Fairburn C.G., editor. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, Simón V & Soler J (2016). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 278-286. Doi: 10.1002/cpp.2000
- Fennig S, Hadas A, Itzhaky L, Roe D, Apter A & Shahar G (2008). Self-Criticism is a Key Predictor of Eating Disorder Dimensions among Inpatient Adolescent Females. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 762-765. Doi: 10.1002/eat.20573
- Ferreira C, Pinto-Gouveia J & Duarte C (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 207-210. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.005
- Fitcher MM & Quadflieg N (2016). Mortality in eating disorders: results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 391-401. Doi: 10.1002/eat.22501
- \*Gale C, Gilbert P, Read N & Goss K (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 21, 1-12. Doi: 10.1002/cpp.1806
- García Perdomo HA (2015). Conceptos fundamentales de las revisiones sistemáticas/metaanálisis. *Urología Colombiana*, 24, 28-34. Doi: 10.1016/j.uroco.2015.03.005
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, & Garfinkel PE (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Doi: 10.1017/s0033291700049163
- Gilbert P (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy. Special Section: Compassion Focused Therapy*, 3, 97-112. Doi:10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gilbert P (Ed) (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert P, McEwan K, Matos M & Ravis A (2011). Fears of compassion: Development of threeself-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. Doi: 10.1348/147608310X526511

- Goodwin H, Arcelus J, Geach N & Meyer C (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: the role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review*, 22, 346-351. Doi: 10.1002/erv.2282
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Hayes SC, Strosahl KD & Wilson K.G (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A & Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavioral Research Therapy*, 44, 1-25. Doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Held P & Owens GP (2015). Effects of self-compassion workbook training on trauma-related guilt in a sample of homeless veterans: a pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 513-526. Doi: 10.1002/jclp.22170
- Homan KJ & Tylka TL (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7. Doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.007
- \*Horcajo L, Quiles Y & Quiles MJ (2019). Aplicación de la terapia centrada en la compasión en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 27, 295-309.
- Jáuregui I & Bolaños P (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72. Doi: 10.2147/IJGM.S16201
- Kabat-Zinn J (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology Science*, 10, 144-56. Doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kelly AC & Tasca GA (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: an examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 716-722. Doi: 10.1002/eat.22527
- \*Kelly AC, Carter JC & Borairi S (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, 47, 54-64. Doi: 10.1002/eat.22196
- Kelly AC, Carter JC, Zuroff DC & Borairi S (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: a preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23, 252-264. Doi: 10.1080/10503307.2012.717310
- \*Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C & Hoffman E (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 475-487. Doi: 10.1002/cpp.2018
- Leaviss J & Uttley L (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 927-945. Doi: 10.1017/S0033291714002141
- Lovibond PF & Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264-269. Doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- Moñivas A, García-Diex G & García-de-Silva R (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12, 83-89. Doi: 10.5218/prts.2012.0009
- National Guideline Alliance (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Neff KD (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2, 223-250. Doi: 10.1080/15298860390209035
- Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skårderud F, Geller J & Holte A (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 60-67. Doi: 10.1002/erv.1097
- Roberts ME, Tchanturia K & Treasure JL (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 44, 964-970. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.001
- Rosenberg M (1965). *Society and the adolescent child*. New Jersey: Princeton University Press.
- Smink FR, Van Hoeken D & Hoek HW (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. Doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Troop NA & Redshaw C (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: a 2.5-year longitudinal study.

- European Eating Disorders Review*, 20, 373-378. Doi: 10.1002/erv.2160
- Troop NA, Allan S, Serpell L & Treasure JL (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 480-488. Doi: 10.1002/erv.858
- Turk F & Waller G (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 79, 101856. Doi: 10.1016/j.cpr.2020.101856
- Wasylikiw L, MacKinnon AL & MacLellan AM (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9, 236-245. Doi: 10.1016/j.bodyim.2012.01.007
- \*Williams MO, Tsivos Z, Brown S, Whitelock NS & Sampson M (2017). Compassion-focused therapy for bulimia nervosa and bulimic presentations: A preliminary case series. *Behaviour Change*, 34, 199-207. Doi: 10.1017/bec.2017.13
- Williams GJ, Power KG, Miller HR & Freeman CP (1994). Development and validation of the Stirling Eating Disorder Scales. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 35-43. Doi: 10.1002/1098-108x(199407)16:1<35::aid-eat2260160103>3.0.co;2-4

Recibido, 4 octubre, 2020  
Aceptación final, 2 noviembre, 2020