

Revisión Sistemática de Los Tratamientos Psicológicos para Pacientes con Abuso De Sustancias y Trastornos De la Conducta Alimentaria



Bárbara Osset Osset

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Universidad Pontificia Comillas

Alba Moreno Encinas

Mayo 2022

RESUMEN

La comorbilidad de los trastornos de la alimentación (TCA) y de los trastornos por uso de sustancias (TUS) ha sido muy estudiada en la última década. Aun así, hay muy pocas investigaciones que abarcan el curso de tratamiento que se debe de poner en práctica cuando nos encontramos con pacientes con TCA y TUS comorbidamente. En esta revisión sistemática se plantea hacer una recopilación de los estudios publicados desde el 2010 que tratan el curso de tratamiento o investigan la eficacia de terapias psicológicas para los TCA-TUS. Los resultados han sido escasos debido a la poca literatura encontrada que cumpliera con los criterios de inclusión, priorizando que fueran estudios que abarcaran ambas patologías simultáneamente. Teniendo en cuenta las limitaciones podemos concluir que hay resultados que indican que hay tratamientos que funcionan ante la reducción de sintomatología de TCA y TUS, y esto invita a que haya futuras investigaciones ampliando el curso de tratamiento de este tipo de patologías.

Palabras Clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia, Trastornos por uso de sustancias, Alcoholismo, Psicoterapia, Tratamiento psicológico

ABSTRACT

The comorbidity of eating disorders (ED) and substance use disorders (SUD) has been extensively studied in the last decade. Even so, there are very few investigations that cover the course of treatment that should be put into practice when we find patients with comorbid eating disorders and SUDs. In this systematic review, we propose to make a compilation of the studies published since 2010 that deal with the course of treatment or investigate the efficacy of psychological therapies for EDs-SUDs. The results have been scarce due to the little literature found that met the inclusion criteria, prioritizing that they were studies that included both pathologies simultaneously. Considering the limitations, we can conclude that there are results that indicate that there are treatments that work to reduce the symptoms of eating disorders and SUDs, and this invites future research to expand the course of treatment of this type of pathology.

Key Words: Eating Disorders, Anorexia nervosa, Bulimia, Substance-related disorders, Alcoholism, Psychotherapy, Psychological Treatment

INDICE

1) RESUMEN Y ABSTRACT.....	1
2) ÍNDICE.....	2
3) INTRODUCCIÓN.....	3
4) METODOLOGÍA.....	10
5) RESULTADOS.....	16
6) DISCUSIÓN.....	30
7) REFERENCIAS.....	36
8) ANEXOS.....	40

INTRODUCCIÓN

En una proporción significativa de pacientes con trastornos de la conducta alimentarios (TCA), existe comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, de los cuales el uso de sustancias/trastorno por uso de sustancias (TUS) es uno de los más comunes. Las comorbilidades psiquiátricas recurren entre los trastornos alimentarios y el TUS, lo que dificulta la evaluación y el tratamiento. Además de un incremento en el riesgo de abandono del tratamiento, Flores-Fresco et al., (2018).

Tanto los TCA como los TUS son trastornos muy estudiados desde la psiquiatría y la psicología, siendo el incremento en incidencia de los TCA muy llamativo en los últimos años. La coocurrencia de ambos trastornos no sigue unas pautas estructuradas a la hora de ser abordados, y esto dificulta la eficacia de la recuperación de los pacientes con esta comorbilidad. Según Gordon et al., (2008), la prevalencia de los TCA parece ser mayor en los sujetos que abusan de sustancias, que en aquellos que no muestran esta conducta.

Según Terán et al., (2008), las adicciones son un fenómeno arduo, influenciadas por varios factores y pueden ir seguidas de complicaciones médicas, alteraciones neuropsicológicas, así como de malestar psicopatológico y dificultades sociolaborales, legales y familiares. En los últimos años, los criterios diagnósticos para los TUS han cambiado mucho. Anteriormente se daba prioridad a los criterios de abstinencia y tolerancia y ahora el enfoque va más dirigido a criterios relacionados con la ingesta compulsiva.

La conducta adictiva se caracteriza por la búsqueda y consumo compulsivo de sustancias (drogas), una pérdida de control en la ingesta y la aparición de un estado emocional negativo (disforia, ansiedad, irritabilidad) cuando el sujeto no puede acceder a la sustancia deseada. se impide el acceso a dicha sustancia. En la actualidad se sabe que la tolerancia y la abstinencia no

son características imprescindibles para que una persona sufra una adicción, sino que las conductas como la compulsión y las múltiples recaídas constituyen rasgos fundamentales para tener en cuenta, Ross et al., (1999).

Según el (DSM-V; 2013):

Trastornos por uso de Sustancias

“ Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. ”

Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos que abarcan todos aquellos que están relacionados con la comida y/o el acto de comer o restringirse de ello. Hasta el momento los TCA más habituales eran la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno alimentario no especificado, pero tras la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; 2013) se ha añadido el trastorno por atracón como un diagnóstico específico, Vázquez-Arévalo et al., (2015).

Ante la necesidad de diagnosticar trastornos psiquiátricos, el manual de referencia es el DSM-V American Psychiatric Association, (2013), el cual sitúa dentro del conjunto de los TCA, otros como el trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de alimentos, además de aquellos trastornos alimentarios no especificados (TCANE). En esta revisión nos centraremos en la Anorexia Nerviosa (AN), en la Bulimia Nerviosa (BN) y en los Trastornos por Atracón y su comorbilidad con los TUS, aunque no descartaremos el resto de los trastornos mencionado anteriormente.

Según el DSM-V estos son los criterios diagnósticos para los siguientes TCAs:

Anorexia Nerviosa:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Trastorno por Atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosas.

Las investigaciones actuales se han centrado en la similitud sintomatológica entre ambos trastornos, lo que indica similitudes en su etiología que podrían tener importantes implicaciones para el tratamiento. En los TCA y los TUS se observan alteraciones en el apetito y la saciedad, comportamientos obsesivos e impulsivos, conductas de autodestrucción y graves consecuencias médicas, Root et al., (2010). Podríamos llegar a relacionar esto con algunos síntomas de TUS en algunos casos de trastornos por atracón entre otros TCA.

Según Flores-Fresco et al., (2018) podemos encontrarnos con una alteración en el consumo de reforzadores naturales, cómo podrían ser el sexo o la comida, dónde identificamos unos patrones compulsivos, llevando a una adicción no tóxica o adicción comportamental. Al igual que con los TUS, la adicción no tóxica tiene manifestaciones similares, que incluyen ansiedad, pérdida de control, baja tolerancia, síndrome de abstinencia y altas tasas de

recaída. Para el abuso de sustancias, se han descrito las fases del *want*, el querer y del *need*, necesitar, que podríamos aplicar a distintos TCAs, Hoebel et al., (2009). La fase de *want* está relacionado con el proceso psicológico que produce un estímulo relevante, que genera un aprendizaje asociativo pavloviano. Sin embargo, *need* se relaciona con el componente hedónico (Berridge, 2009).

Según Corte y Stein, (2000) cada comportamiento de uso de sustancias está asociado con patrones claramente diferentes con respecto los TCA. El consumo de alcohol se asocia con el uso de conductas farmacológicas de control de peso, en particular diuréticos. En contraste, el consumo de marihuana y tabaco; son más frecuentes entre las mujeres con BN. Sin embargo, en el estudio de estos autores, existían relaciones conductuales específicas y los atracones tendían a desalentar el consumo de marihuana, mientras que el ejercicio tendía a desalentar el consumo de tabaco.

La asociación entre los diuréticos y el consumo de alcohol puede apuntar a intentos desadaptativos de regulación afectiva a través de la ingesta de sustancias. Alternativamente, tanto el consumo de alcohol como el de diuréticos pueden reflejar altos niveles de impulsividad, aunque los atracones y los vómitos, que se consideran conductas impulsivas, no parecen estar relacionados con el consumo de alcohol. El hecho de que estos comportamientos de uso de sustancias estén más fuertemente asociados con el grupo de diagnóstico de BN también plantea preguntas sobre posibles perturbaciones en los sistemas de neurotransmisores comunes a la bulimia y el uso de marihuana y tabaco, según describen Corte y Stein, (2000).

En la actualidad, las tasas de prevalencia de TCA parecen ser mayores en población adicta, aunque las cifras difieren mucho de unos estudios a otros, probablemente debido a diferencias metodológicas. Otro factor que influye en estas diferencias es la heterogeneidad en la

definición de TUS ya que en ocasiones se habla de sustancias tóxicas o no tóxicas dificultando la acotación del diagnóstico, Root et al., (2010).

Por ejemplo, el Centro de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia CASA, (2003) sitúa la prevalencia de abuso de drogas y alcohol en torno al 50% en las personas que sufren trastornos de la alimentación, en comparación con el 9% de la población general. Por otro lado, en personas con TUS, cerca del 35% presentan comorbilidad con trastornos alimentarios en comparación con el 1-3% de la población general.

En España son escasos los estudios centrados en esta comorbilidad. Algunos estudios realizados en hospitales con unidades de trastornos de la conducta alimentaria en adultos han demostrado que los pacientes adultos con estos trastornos consumen una media de tres sustancias adictivas, siendo las más frecuentes la cafeína (86%), el alcohol (72%) y el tabaco (51%). En menor medida, también se observa el abuso de benzodiazepinas e hipnóticos, cannabis y otras sustancias como alucinógenos, cocaína, anfetaminas y opiáceos SEPD, (2014) Con respecto a la población adolescente, observaron una relación significativa entre los adolescentes que consumían drogas y el riesgo a sufrir TCA, concretamente en el consumo de psicoestimulantes y tabaco, con el objetivo de suprimir el apetito o controlar el peso, Bisetto Pons et al., (2012). Todos estos datos nos permiten afirmar que, globalmente, la prevalencia de TUS es más alta en los pacientes con TCA en comparación con la población general Root et al., (2010).

Varios modelos explicativos relacionan los TCA y los TUS con factores biológicos, ambientales y de personalidad compartidos. Ambos trastornos comparten un deterioro común en la neurotransmisión de los sistemas opioide-dopaminérgicos, serotoninérgicos e intrínsecos. Finalmente, los factores de personalidad deben considerarse como un mecanismo subyacente común de las comorbilidades con el TCA y los TUS. Entre estos factores, la impulsividad es la

característica más destacada asociada con cada uno de los trastornos. Varios estudios han demostrado que los pacientes con atracción y dependencia del alcohol tienden a tener puntuaciones más altas que aquellos con control de impulsos. Las inhibiciones más bajas y el aumento de la impulsividad se asocian con tasas más altas de abuso de sustancias. En los estudios anteriores se puede observar que no se ha trabajado en valorar la presencia de TCA en la población diagnosticada de TUS, según mencionan Flores-Fresco et al., (2019).

El objetivo de esta revisión es describir y analizar de forma crítica aquellos trabajos publicados en la última década aproximadamente, respecto a las intervenciones psicológicas en pacientes con TUS y TCA co-morbidamente. A través de una revisión sistemática de la literatura buscamos identificar el tipo de tratamientos que se aplican cuando hay ambas patologías y si ambas patologías se tratan de forma secuencial o no. Por otra parte, sería interesante identificar si hay unos patrones poblacionales que lleven a desarrollar ambas patologías y que modelos explicativos subyacen a ambas patologías.

METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda

Esta revisión sistemática se ha llevado a cabo mediante una metodología basada en el modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) Urrútia y Bonfill, (2010).

La búsqueda y selección de artículos para la revisión sistemática se realizó entre los meses de enero y abril de 2022 en las siguientes bases de datos: PsycINFO, P&BSC, PubMed, Web of Science y Cochrane Library. De las bases de datos PsycINFO y P&BSC se descartaron

los artículos seleccionados, ya que, de la primera, se presentaron problemas técnicos durante la búsqueda y de la segunda, los artículos no cumplían los criterios de inclusión.

Para generar las ecuaciones de búsqueda se utilizaron una combinación de descriptores en lenguaje documental específicos para cada base de datos y lenguaje libre. Los artículos fueron identificados utilizando las siguientes palabras clave: *Eating Disorders; Food Addiction; Bulimia Nerviosa; Anorexia Nerviosa; Substance Abuse; Drug Use; Psychotherapy; Psychological Treatments.*

Se realizó una revisión del listado de referencias de los artículos seleccionados. Además, se completó el número de artículos disponibles mediante la realización de búsquedas adicionales en Internet, como en Google académico y en capítulos de libros. Los artículos incluidos en este trabajo fueron principalmente, estudios experimentales, evitando revisiones sistemáticas y tesis.

Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR” para combinar las palabras clave. La *Tabla 1* resume los términos y las ecuaciones de búsqueda utilizadas en la revisión. En el *Anexo 2* se podrán encontrar las búsquedas realizadas en detalle.

Criterios de inclusión y exclusión

Se limitó la búsqueda a los artículos publicados después del 2010, se consideraron los artículos publicados tanto en inglés como en español.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Seleccionar ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados, estudios de caso, y estudios transversales/longitudinales.

- Los sujetos de la muestra estuvieran diagnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11; OMS, 2019) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013).
- Participantes con un Trastorno por Consumo de Sustancias de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11; OMS, 2019) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013).
- Participantes con ambos trastornos de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11; OMS, 2019) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013).

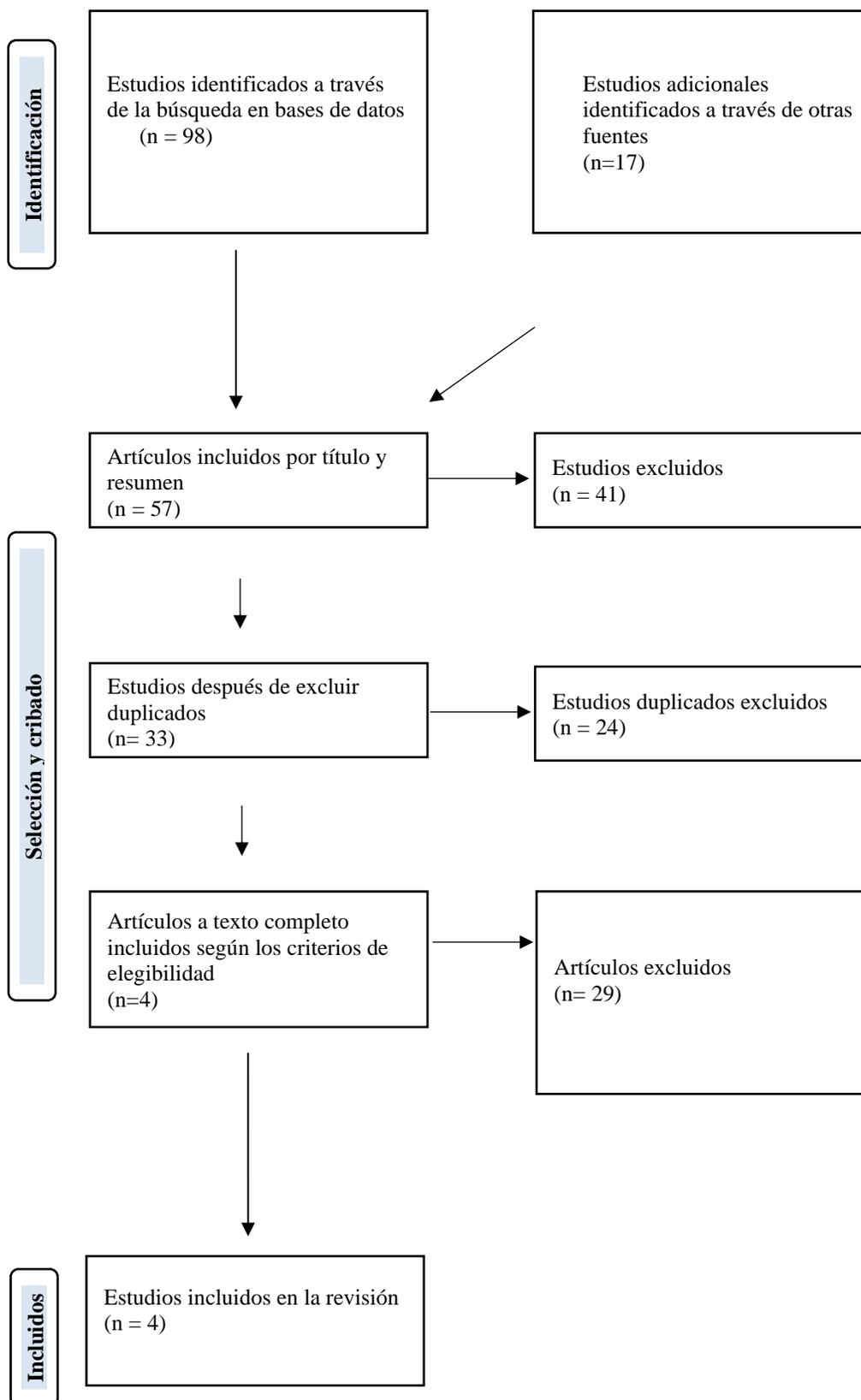
Los estudios excluidos fueron:

- Artículos de comorbilidad de los TCA con otros problemas que no fueran el consumo de sustancias.
- Artículos de comorbilidad de abuso o dependencia de sustancias que no fueran con TCA.
- Se excluyeron los artículos que fuesen revisiones, tesis o TFM's, o no disponibles.

Diagrama de flujo

La revisión ha sido realizada utilizando la secuencia de pasos descritos en la *Figura 1*. De los artículos revisados, se han registrado 4 documentos que realmente cumplían con los criterios propuestos en la revisión.

Figura 1



Extracción de datos

La organización de los artículos incluidos se realizó con el software de administración de referencias bibliográficas Zotero. Se extrajeron datos de los estudios como año de publicación, número de participantes, edad media, tipo de análisis utilizado en el estudio, población, variables psicológicas estudiadas, instrumentos utilizados y los resultados obtenidos, para más tarde ser evaluados.

Variables

A partir de los estudios seleccionados, se analizaron las siguientes variables:

Que los estudios tuvieran una muestra con pacientes con TCA y TUS, como trastornos comórbidos, y prestaremos atención a los tratamientos y técnicas empleadas para la reducción de síntomas de ambas patologías. Los estudios tienen que estar en inglés o en español, estar publicados después del 2010 y que la lectura completa del documento esté disponible. Por otra parte, los criterios de inclusión y de exclusión mencionados son imprescindibles para tener en cuenta.

En la búsqueda realizada con las ecuaciones, se obtuvieron (n=98) artículos y se añadieron 17 estudios a través de fuentes adicionales, obteniendo un total de (n=115) estudios. Se escogieron, entre todos aquellos que estuvieran escritos en español o inglés, 57 artículos mediante la revisión del título y el resumen, excluyendo 58. Excluyendo los resultados duplicados, quedaron 33. Después de la lectura del texto se obtuvieron 4 artículos que fueron incluidos en nuestra revisión sistemática, excluyendo aquellos cualitativos o de los que no se pudo obtener el texto completo. Por lo tanto, se incluyeron aquellos artículos escritos en lengua española o inglesa que cumplieran con los criterios de inclusión.

Tabla 1

Base de Datos	Nº artículos	Ecuación de Búsqueda Final
PubMed	5	("Psychotherapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Rational-Emotive"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND ("Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh])
Cochrane Library	5	("Psychotherapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Rational-Emotive"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND ("Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh])
PsycInfo	11	(DE "Psychotherapy") AND (DE "Substance-Related and Addictive Disorders" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Addiction") AND (DE "Eating Disorders")
P&BSC	4	(DE "PSYCHOTHERAPY") AND DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "ADDICTIONS" OR DE "DRUG abuse") AND (DE "DIAGNOSIS of eating disorders" OR DE "ANOREXIA nervosa" OR DE "EATING disorders" OR DE "BULIMIA")
Web of Science	68	(ALL=(`psychological treatment`)) OR ALL=(`psychotherapy`) AND (ALL=(`substance abuse`)) OR ALL=(`drug use`) AND (((ALL=(`eating disorders`)) OR ALL=(`anorexia nervosa`)) OR ALL=(`bulimia`)) OR ALL=(`binge-eating disorder`)
TOTAL	93	

RESULTADOS

Durante el escrutado de los artículos seleccionados de las bases de datos, fueron descartados la mayoría, al no incluir como variables, ambas patologías o resultados basados en tratamientos.

A continuación, en la tabla 2, podemos visibilizar los datos extraídos de dichos artículos, pudiendo ver el tipo de muestra, los objetivos del estudio, la metodología y herramientas empleadas a la vez que un resumen de los principales resultados y limitaciones encontradas a lo largo del estudio.

Tabla 2

Características y resultados de los estudios incluidos

Autores, año publicación	Muestra	Tipo de estudio y metodología	Objetivos	Herramientas y Tipo de Tratamiento	Resultados principales	Limitaciones
Courbas et al., (2012).	25 mujeres diagnosticadas con TCA-TUS	Ensayo clínico aleatorizado. Las participantes asignadas al azar a la condición de intervención recibieron DBT, mientras que los asignados aleatoriamente al grupo control, recibieron el tratamiento habitual (TAU), durante 1 año. Se administró a los participantes una serie de medidas relacionadas con los TCA, TUS y la depresión al comienzo del tratamiento y a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento, seguidas de evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses.	Examinar la eficacia preliminar de la terapia dialéctico-conductual (DBT) adaptada para trastornos de la conducta alimentaria concurrentes (TCA) y trastornos por uso de sustancias (TUS).	Los participantes fueron evaluados por evaluadores cegados al inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento. Los evaluadores ciegos fueron entrenados rigurosamente por el psicólogo clínico. SCID-IV; First et al., (1996), ASI; McLellan et al., (1992), DTCQ-8; Sklar & Turner, (1999), EDE2; Fairburn & Cooper, (1993), EES; Arnow et al., (1994), EDI; Garner et al., (1983), NMRS; Cataranzo & Mearns, (1990), BDI; Beck et al., (1996). Terapia dialéctico-conductual (DBT). = una combinación de enseñanza de mindfulness, TCC y estrategias de tratamiento y énfasis continuo en la	La sintomatología en TCA y TUS, depresión y mala regulación emocional se vieron reducidas significativamente en el grupo clínico tras recibir DBT.	1. Parte de la muestra control abandono el tratamiento 2. La muestra es pequeña, no se generalizan los resultados 3. Muestra muy heterogénea, respecto a los TCA y los TUS. 4. Participantes del grupo DBT evidenciaron niveles más altos de sintomatología ED en el EDI. 5. posible que las calificaciones estuvieran influenciadas por las expectativas de los evaluadores. 6. En el seguimiento no se evaluó los trastornos en base al DSM-IV. 7. Participantes en DBT recibieron

Autores, año publicación	Muestra	Tipo de estudio y metodología	Objetivos	Herramientas	Resultados principales	Limitaciones
				dialéctica, es decir, encontrar la síntesis entre blanco y negro y siempre resaltar el gris		tratamiento individualizado.
Evans et al., (2020)	Grupo focal. 16 sanitarios de NSW AUST RALI A	2 fases. Fase 1: explorar barreras y habilitadores de detección y atención integrada de comorbilidad de TCA y TUS. Fase 2: Desarrollo de una vía clínica derivada de los temas identificados en los grupos focalizados. Se utilizó el enfoque de conferencia de consenso para facilitar este proceso.	El objetivo de este estudio cualitativo fue explorar las barreras para la detección y la provisión de atención integrada para la presentación comórbida de TCA-TUS y crear una vía de intervención.	The consensus development conference method (Halcomb et al. 2008)	Este estudio identificó un número de sanitarios, clientes y Cuestiones organizativas que repercuten en la capacidad de implementar la detección y el tratamiento de los trastornos alimentarios. Se tuvieron en cuenta los resultados para crear una Vía de intervención clínica.	El estudio se llevó a cabo en un entorno rural de tratamiento ambulatorio por TUS, con muestra muy pequeña. Estudio cualitativo, poco generalizable. La vía clínica no es una herramienta validada, pero fue diseñado para satisfacer las necesidades del entorno de estudio.
Karačić et al., (2011)	149 pacientes con BN y EDN OS (TCA no específicos)	Se dividieron en grupos de alto o bajo consumo de alcohol (HIG y LIG) según su consumo en la evaluación previa al tratamiento. Su consumo de alcohol y la	Examinar cambio de ingesta de alcohol durante y después de la terapia cognitiva conductual transdiagn	16th edition of the Eating Disorder Examination interview (EDE) (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008) Entrevista Clínica Estructurada para	No Hubo diferencias significativas en la reducción de sintomatología de TCA. El grupo HIG	No indican qué sería útil para los pacientes que continúan bebiendo en exceso o comienzan a hacerlo mientras reciben tratamiento

ficado) psicopatología del trastorno alimentario se examinaron durante el curso del tratamiento y el seguimiento.

óstica para TCA (TCC-E). Se tiene en cuenta la relación entre el consumo de alcohol, el diagnóstico de trastorno alimentario y el episodio depresivo mayor actual en el momento de la primera evaluación

el Eje I del DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) Terapia cognitiva conductual transdiagnóstica (TCC-E)

si redujo su consumo de alcohol significativamente, pero el LIG no, esto indica que no se puede responsabilizar al tratamiento de TCC-E de las mejoras de sintomatología.

psicológico para su TCA, especialmente cuando el trastorno alimentario sigue siendo de importancia clínica.

Autores, año publicación	Muestra	Tipo de estudio y metodología	Objetivos	Herramientas	Resultados principales	Limitaciones
Sugarman et al., (2020)	24 mujeres	Terapia grupal de prevención de recaídas. 12 sesiones de TCC e incluye contenido específico de género. El WRG está diseñado para tratar a mujeres con TUS que son heterogéneas con respecto a las sustancias de uso, presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes (incluyendo TCA)	(a) evaluar la satisfacción de los participantes y terapeutas de grupo con el WRG, (b) recopilar comentarios sobre las formas en que el WRG podría ser modificado para personas con TCA-TUS concurrentes, y (c) examinar deseo de	The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998) The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Skinner, 1982) The Craving Scale (Weiss, Griffin, & Hufford, 1995) The Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Zwick, 1982)	El craving disminuyó desde el inicio hasta después del tratamiento, significativamente, en la autoevaluación de la probabilidad de usar sustancias en el entorno donde se usaba anteriormente.	Muestra demasiado pequeña, más un estudio de caso sin contraste de resultados con un grupo control. La mayoría de los participantes en este estudio estaban en un ambiente controlado (tratamiento residencial), por lo tanto, no pudimos medir el cambio en el uso de sustancias.

consumo
de
sustancias
antes y
después
del
tratamiento
o

El primer estudio realizado por Courbasson et al., (2012), examinó la eficacia preliminar de la terapia dialéctico-conductual (DBT) adaptada para trastornos de la conducta alimentaria (TCA) concurrentes con trastornos por uso de sustancias (TUS). Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado aleatorizado con 25 pacientes diagnosticadas con TCA y TUS concurrentes. Los participantes asignados al azar a la condición de intervención recibieron DBT, mientras que otros, asignados aleatoriamente siguieron el tratamiento habitual (TAU), durante un período de 1 año. Se administró a los participantes una serie de medidas relacionadas con los trastornos alimentarios, el consumo de sustancias y la depresión al comienzo del tratamiento y a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento, seguidas de evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses, realizadas por un grupo de evaluadores ciegos. Los participantes asignados al azar al grupo clínico con DBT demostraron una tasa de retención superior en relación con sus contrapartes en la condición TAU en varios puntos temporales del estudio, incluido el postratamiento (80% versus 20%) y el seguimiento (60% versus 20%). Debido a las tasas de abandono inesperadamente elevadas y al empeoramiento de la sintomatología TCA-TUS en la condición TAU, los esfuerzos de reclutamiento terminaron antes de tiempo.

Los resultados mostraron lo siguiente:

En cuanto a los episodios de atracones, se observó una reducción significativa en el número de episodios de atracones objetivos a lo largo del estudio ($\chi^2 = 8,07$; grados de libertad [df] = 3;

$p < 0,05$). Una serie de comparaciones reveló que las puntuaciones posteriores al tratamiento fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales.

En cuanto a los trastornos alimentarios en especial BN, se observaron resultados positivos en cuando las puntuaciones del EDI-bulimia ($F_{3, 23} = 21,80$; $p < 0,000$), puntuaciones de ineficacia ($F_{3, 24} = 12,74$; $p < 0,000$) y puntuaciones de conciencia interoceptiva ($F_{3, 24} = 6,96$; $p < 0,002$). Las comparaciones en la subescala de bulimia mostraron que las puntuaciones posteriores al tratamiento ($p < 0,01$), 3 meses de seguimiento ($p < 0,0001$) y 6 meses de seguimiento ($p < 0,0001$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales. Para la subescala de ineficacia, seguimiento a los 3 meses las puntuaciones ($p < 0,01$) y de seguimiento a los 6 meses ($p < 0,0001$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales. De manera similar, para la subescala de conciencia interoceptiva, las puntuaciones de seguimiento a los 3 meses ($p < 0,01$) y a los 6 meses ($p < 0,01$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales. Además, hubo efectos principales significativos para el tiempo en las puntuaciones de restricción EDE ($F_{3, 18} = 8,52$; $p = 0,001$), puntuaciones de preocupación por comer ($F_{3, 18} = 4,71$; $p < 0,02$), puntuaciones de preocupación por la forma ($F_{3, 18} = 7,79$; $p < 0,002$), puntuaciones de preocupación por el peso ($F_{3, 18} = 12,40$; $p < 0,000$) y puntuaciones globales ($F_{3, 18} = 11,62$; $p < 0,001$). Las comparaciones revelaron que las puntuaciones después del tratamiento, a los 3 meses de seguimiento ya los 6 meses en las puntuaciones globales y de restricción del EDE, preocupación por el peso y las puntuaciones globales fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales (todas $p < 0,001$). Para la preocupación por la forma y la alimentación, solo las puntuaciones de seguimiento a los 6 meses (ambas $p < 0,01$) fueron más bajas que las puntuaciones iniciales.

En referencia a las puntuaciones del uso de sustancias, hubo efectos significativos puntuaciones compuestas de ASI-sustancia ($F_{3, 19} = 2,06; p < 0,01$), pero ninguno para las puntuaciones compuestas de ASI-alcohol y las puntuaciones DTCQ. Una serie de comparaciones encontró que las puntuaciones posteriores al tratamiento ($p < 0,02$), a los 3 meses de seguimiento ($p < 0,02$) y a los 6 meses de seguimiento ($p < 0,03$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales.

Resaltando las puntuaciones con respecto a sintomatología depresiva, hubo puntuaciones significativas en el BDI ($F_{3, 26} = 6,28; p < 0,03$), puntuaciones cognitivas ($F_{3, 26} = 4,96; p < 0,01$) y puntuaciones afectivas ($F_{3, 26} = 3,47; p < 0,05$). Las puntuaciones de seguimiento a los 6 meses fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales para las subescalas cognitivas y afectivas ($p < 0,01$) y las puntuaciones totales ($p < 0,003$), mientras que las puntuaciones de seguimiento a los 3 meses fueron significativamente menores. más bajas que las puntuaciones iniciales para la subescala de rendimiento somático ($p < 0,02$) y las puntuaciones totales ($p < 0,007$).

Por último, hacemos referencia a la regulación del estado de ánimo, e identificamos efectos significativos en las puntuaciones totales de NMRS ($F_{3, 26} = 5,06; p < 0,007$), puntuaciones generales ($F_{3, 20} = 5,59; p < 0,007$), puntuaciones cognitivas ($F_{3, 20} = 3,37; p < 0,04$) y puntuaciones de conducta ($F_{3, 20} = 3,19; p < 0,05$). las puntuaciones posteriores al tratamiento, a los 3 meses de seguimiento y a los 6 meses fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales para las puntuaciones totales de NMRS ($p < 0,05$ para los tres puntos temporales) y NMRS puntuaciones generales ($p < 0,05$, $p < 0,02$ y $p < 0,01$, respectivamente). Para la subescala cognitiva, solo las puntuaciones de seguimiento a los 6 meses ($p < 0,02$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones iniciales, mientras

que, en la subescala de comportamiento, solo las puntuaciones de seguimiento a los 3 meses ($p < 0,02$) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones de referencia.

En el Anexo 2 podremos visualizar las tablas con los datos estadísticos que recogen los datos de los resultados del estudio realizado por Courbasson et al., (2012).

El segundo artículo incluido en la revisión, realizado por los autores Evans et al., (2020) es un estudio cualitativo donde se aplica un grupo focal.

El objetivo de este estudio cualitativo era explorar las barreras para el cribado y la provisión de atención integrada para los trastornos alimentarios en un entorno de tratamiento de consumo de sustancias en una comunidad rural. Se realizaron grupos de discusión durante la fase 1 para explorar las experiencias y percepciones de los médicos y de los clientes con un consumo de sustancias comórbido y trastorno de la conducta alimentaria. El análisis cualitativo identificó las barreras percibidas y los posibles facilitadores de la detección y de la atención integrada. Como resultado, se creó una vía clínica para el cribado y la atención integrada de los trastornos alimentarios en un entorno de tratamiento por consumo de sustancias (*Figura 2*).

Las siguientes preguntas sirvieron para orientar la discusión de los grupos focales:

1. ¿Qué le viene a la mente cuando piensa en los trastornos alimentarios?
2. ¿Qué pasa con los trastornos alimentarios en entornos de uso de drogas y el alcohol?
3. ¿Qué papel cree que le corresponde ante los trastornos de la alimentación?
4. ¿Qué barreras percibe para identificar trastornos alimentarios y proporcionar tratamientos adecuados?

5. ¿Cómo influye la organización o el sistema en su intervención ante los trastornos alimentarios?
6. Si la atender trastornos alimentarios se convirtiera en una de las principales actividades en el servicio de drogas y alcohol, ¿ante qué cosas podrías responder?

La segunda fase implicó el desarrollo de una vía clínica de intervención, derivada de los temas identificados en los grupos focales. Se utilizó el enfoque de conferencia de consenso para facilitar este proceso. Para analizar los datos de los grupos focalizados, los autores utilizaron el análisis temático y plantearon tres temas principales: creencias sobre los clientes (puntos de vista estereotipados, complejidad de la comorbilidad, expectativas del cliente), comprensión de uno mismo (falta de conocimientos/habilidades, rol profesional), barreras organizacionales y herramientas.

Los resultados de la primera fase fueron analizados a través de un análisis temático de los datos de los grupos focales, los cuales arrojaron unos temas generales que generaban unos niveles de impotencia prominente a lo largo del discurso del médico. Estos son los temas en cuestión:

- (i) Creencias sobre el cliente.
- (ii) Comprensión de uno mismo.
- (iii) Barreras organizacionales y habilitadores.

- (i) Creencias sobre el cliente

La discusión del grupo focal se centró en el cliente, principalmente en el contexto y las barreras como desafíos para el tratamiento. Se identificó que la naturaleza del cliente de por sí ya era una barrera. Dentro de este tema, surgieron tres subtemas adicionales, que trajeron luz a las

dificultades de detección y tratamiento de TCA en pacientes con TUS. Los subtemas fueron los siguientes:

- Visión estereotipada de los clientes con trastornos alimentarios.
 - Comorbilidad del cliente.
 - Expectativas del cliente de tratamiento por consumo de sustancias.
- (ii) Comprensión de uno mismo.

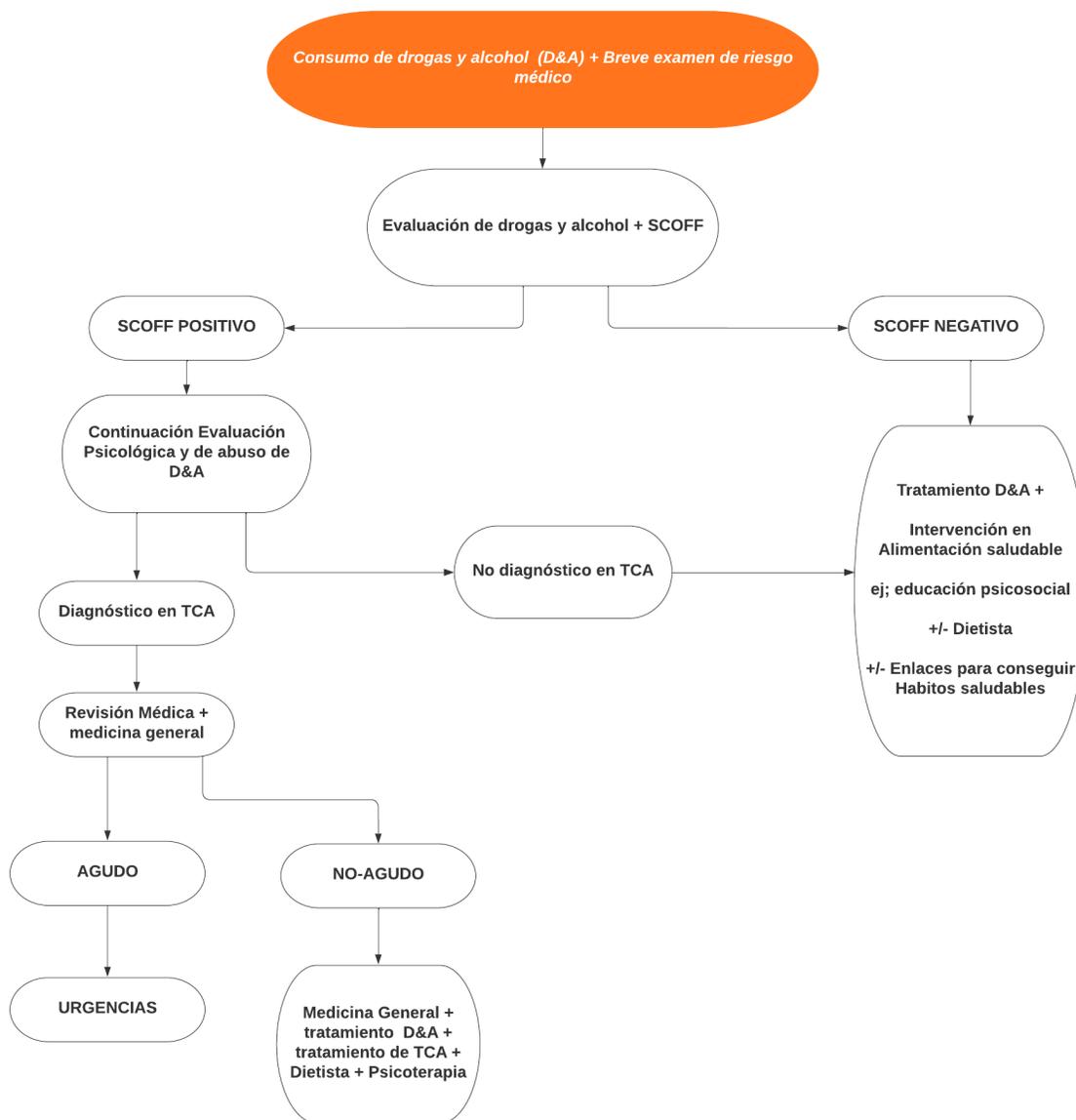
Este tema refleja cómo los sanitarios veían su experiencia al responder a los TCAs. En términos generales, y los subtemas encontrados fueron los siguientes:

- a) Desconocimiento y habilidades
 - b) Impotencia
 - c) Problemas de rol profesional
- (iii) Barreras organizacionales y habilitadores.

El tema de la organización como barrera fue identificado en las discusiones de los grupos focales. Los sanitarios especializados en TUS, consideraban que los clientes con TCA debían ser derivados a otro lugar. La creencia que estos clientes no podían ser tratados dentro del entorno de tratamiento de uso de sustancias se basó en el cliente y los factores clínicos descritos anteriormente. Esta creencia fue fortalecida por las barreras organizacionales percibidas. Sin embargo, a pesar de estas barreras, los sanitarios identificaron factores que podrían permitir mejoras en la detección y tratamiento de TCA en un entorno de tratamiento por TUS. En particular, los sanitarios identificaron mucha voluntad en participar en la detección de TCAs si se les brindaba apoyo organizacional en forma de educación, vías clínicas y de derivación, y acceso a herramientas de detección.

En la segunda fase de los grupos focales, los autores diseñaron una vía clínica informada por los hallazgos de la fase 1, basándose en la política del Ministerio de Salud de NSW sobre comorbilidad y la literatura internacional. Los elementos importantes capturados en esta discusión se centraron en la necesidad de que la detección sea simple y fácil de usar para el cliente y los sanitarios. Además, se identificó que era fundamental evaluar el riesgo médico en la etapa más temprana posible de contacto con el cliente y durante la evaluación y la planificación del tratamiento. La ruta clínica final reflejó la discusión de la reunión de consenso y se puede encontrar en la figura 2.

Figura 2: Ruta clínica para la detección de los trastornos alimentarios en un entorno de tratamiento por consumo de sustancias:



El tercer artículo realizado por Karačić et al., (2011) es un estudio que usó datos obtenidos de un estudio aleatorizado de dos centros de ensayo de tratamiento controlado con dos formas de terapia cognitiva conductual "mejorada" para los trastornos alimentarios. Ciento cuarenta y nueve pacientes ambulatorios con un trastorno alimentario se dividieron en grupos de

alto o bajo consumo de alcohol (HIG y LIG) según su consumo en la evaluación previa al tratamiento. Su consumo de alcohol y la psicopatología del trastorno alimentario se examinaron durante el curso del tratamiento y el seguimiento. Los objetivos planteados fueron los siguientes; examinar el cambio de ingesta de alcohol durante y después de la terapia cognitiva conductual transdiagnóstica para los trastornos alimentarios (TCC-E). Además, el artículo considera la relación entre el consumo de alcohol, el diagnóstico del trastorno alimentario y el episodio depresivo mayor actual en el momento de la primera evaluación.

Se preguntó a los participantes sobre su ingesta en términos del número de días por semana habían bebido alcohol, lo que habían bebido y cuánto habían consumido de media a la semana durante el último mes.

En el presente estudio se utilizó la puntuación EDE, (Eating Disorder Examination interview), Fairburn et al., (2008) global como medida general de TCA. Cada grupo separado por la ingesta de alcohol también fue comparado con el número de episodios bulímicos y restricción medidos por la EDE. Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento, al final del tratamiento y a los 20, 40 y 60 semanas después del tratamiento para poder llevar a cabo un seguimiento.

Haciendo referencia a los resultados obtenidos con respecto a la ingesta de alcohol durante el curso del tratamiento y el seguimiento de un análisis de varianza de medidas repetidas reveló un grupo significativo por interacción temporal, $F(3,4,338) = 7.74$, $p < .001$, h^2 parcial $\frac{1}{4}$.072, lo que indica que, dependiendo del grupo de ingesta, el curso del consumo de alcohol difería. El grupo HIG redujo su media consumo de alcohol de 26.2 unidades por semana durante el último mes en el inicio del tratamiento a 17,7 unidades post-tratamiento y permaneció constante durante el período de seguimiento. El grupo LIG se mantuvo relativamente estable con

una ingesta media de 4,1 unidades por semana antes del tratamiento y entre 6,2 y 6,6 unidades después del tratamiento y durante el seguimiento.

Al examinar el consumo de alcohol al final del tratamiento, más de la mitad de los HIG (52,8%; n = 19) ya no bebían excesivamente. Sin embargo, el 12,5% (n = 10) de la LIG ahora bebía por encima del límite seguro. La mayoría de los datos del grupo LIG están distribuidos de manera relativamente uniforme y sin grandes cambios en el consumo de alcohol. Sin embargo, se destacan tres pacientes con LIG que elevaron el consumo de alcohol. consumo por 21, 24 y 33 unidades. Los datos de obtenidos con el grupo HIG indican una reducción en el alcohol consumo y una mejora en las puntuaciones globales de EDE, aunque hubo 3 sujetos que aumentaron también su consumo de alcohol.

Por último, los autores Sugarman et al., (2020) realizaron un estudio con una muestra de veinticuatro mujeres pertenecientes a The Women's Recovery Group (WRG), un grupo terapéutico donde se trata a mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. El programa implementado consistía en terapia grupal de prevención de recaídas. 12 sesiones de Terapia Cognitivo-Conductual que incluye contenido específico de género. El WRG está diseñado para tratar a mujeres con TUS que son heterogéneas con respecto a la sustancia de uso, y que tiene en cuenta la presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes.

Los objetivos fueron los siguientes:

- a. Evaluar la satisfacción de los participantes y terapeutas de grupo con el WRG
- b. Recopilar comentarios sobre las formas en que el programa de WRG podría ser modificado para personas con TCA y TUS concurrentes.
- c. Examinar el deseo de consumo de sustancias (craving) antes y después del tratamiento.

Se utilizaron muchas herramientas de evaluación, entre ellas, The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Fairburn & Beglin, (2008) para identificar TCA. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) Bush, et al., (1998), que ayudó a determinar el consumo de alcohol ingerido. The Drug Abuse Screening Test (DAST-10), Skinner, (1982), para registrar el uso de otras sustancias, cantidad y frecuencia. The Craving Scale Weiss, et al., (1995) ayudó a identificar el deseo o craving antes del tratamiento, y después. Y, por último, The Client Satisfaction Questionnaire, Attkisson & Zwick, (1982) fue el cuestionario aplicado para poder registrar la satisfacción ante el programa, tanto de las mujeres de la muestra como del equipo terapéutico.

Las mujeres con TCA-TUS concurrentes que ingresan a un tratamiento para TCA son un grupo especial dónde sus TUS son a menudo sub-tratados. Abordar el consumo de sustancias dentro el contexto del tratamiento de la TCA puede abordar algunas de las barreras para el tratamiento y los grupos de apoyo y recuperación para mujeres han demostrado ser de gran ayuda.

Las medidas posteriores al tratamiento informaron una satisfacción moderada con el grupo, (pero otorgaron calificaciones altas a la importancia de tener un grupo enfocado tanto en los TCA como en el uso de sustancias. Los participantes calificaron "Los efectos de las drogas y el alcohol en la salud de las mujeres", "Cómo manejar los factores desencadenantes y las situaciones de alto riesgo" y "Manejar el estado de ánimo, la ansiedad y los problemas de alimentación sin usar sustancias" como algunos de los temas más útiles de la sesión. "Las mujeres como cuidadoras", "El uso de sustancias por parte de las mujeres a lo largo del ciclo de vida" y "El uso de sustancias y la salud reproductiva de las mujeres" fueron calificados como menos útiles. La mayoría de los participantes dijeron que les hubiera gustado tener más

información sobre los trastornos alimentarios concurrentes, la autoimagen/autoestima, la vergüenza y la culpa, la ambivalencia sobre la gravedad del consumo de sustancias y el mantenimiento de la sobriedad durante los años universitarios.

Todos los terapeutas sintieron que era extremadamente importante tener un grupo de recuperación TUS integrado en un programa de TCA, y que era extremadamente factible que los terapeutas aprendieran el WRG. Su calificación general de satisfacción con el grupo fue superior al promedio ($M = 3,7$, $SD = 0,58$). Además, calificaron el WRG alto en cuanto a la facilidad de implementación en una práctica ambulatoria, residencial u otros programas de tratamiento ($M = 4.7$, $SD = 0.6$).

El deseo retrospectivo de usar sustancias cuando ´´indicado por el entorno`´ ("Califique su deseo de usar drogas y/o alcohol si estaba en el entorno en el que consumía anteriormente") disminuyó significativamente desde el inicio hasta el final del tratamiento ($t = 2.8$, $df = 43$, $p = 0,008$). Las calificaciones del ansia actual y la probabilidad percibida de usar sustancias disminuyeron desde la inscripción hasta el postratamiento, pero no de manera significativa. El craving de sustancias de los participantes disminuyó significativamente en la autoevaluación de la probabilidad de usar sustancias en el entorno donde se usaba anteriormente.

DISCUSIÓN

Se cree ampliamente que los trastornos alimentarios están sistemáticamente asociados con el trastorno por uso de sustancias (TUS). Se ha dedicado una cantidad considerable de esfuerzo en investigaciones para clarificar la naturaleza de la relación entre los TCA y los TUS, un esfuerzo por desarrollar una prevención y estrategias de tratamiento. Sin embargo, a pesar de

este esfuerzo, la naturaleza de la relación entre los trastornos sigue sin estar clara, Corte, y Stein, (2000).

Los resultados de esta revisión nos muestran lo mucho que queda por investigar sobre los planes de tratamiento para pacientes con TCA-TUS concurrentes. Durante la realización de esta revisión de literatura, se ha identificado que hay mucho publicado sobre la prevalencia y la relación entre ambos trastornos, pero se han encontrado muy pocos resultados que identifiquen un curso de tratamiento, o que hayan aplicado diferentes técnicas o modelos de terapia psicológica en pacientes con ambas patologías.

Aun así, cabe destacar que los resultados de la aplicación de DBT en un grupo de pacientes con TCA y TUS tuvo un efecto positivo significativo en las características conductuales y actitudinales de los trastornos alimentarios, la gravedad y el uso de sustancias, la regulación del estado de ánimo negativo y los síntomas depresivos. Por otra parte, los aumentos en la capacidad percibida de los participantes para regular y hacer frente a los estados emocionales negativos se asociaron significativamente con disminuciones en el comer emocional y aumentos en los niveles de confianza en la capacidad para resistir los impulsos de uso de sustancias. Los resultados sugieren que la DBT adaptada podría ser prometedora para el tratamiento de personas con TCA y TUS concurrentes, Courbasson et al., (2012). Una de las principales limitaciones que tuvo este estudio fue debido al elevado número de abandonos del grupo control, que hizo que la muestra fuera muy pequeña, dificultando el contraste de resultados y así asegurándonos de que los beneficios de la DBT eran exclusivamente de la aplicación de esta y no de otros factores no controlados. Estos imprevistos invitan a futuras investigaciones a seguir llevando a cabo ensayos clínicos sobre la DBT en pacientes con TCA-TUS.

Por otra parte, los resultados obtenidos del estudio de Evans et al., (2020) nos muestran la importancia de una intervención multidisciplinar ante los pacientes con TCA-TUS. A su vez, este estudio cualitativa, aporta de primera mano, las experiencias de los profesionales sanitarios que trabajaban con población TUS y que se encontraban con sintomatología TCA no diagnosticada. Estos profesionales no habían sido formados ni se les había proporcionado una vía de actuación ante estos casos, y esto les dejaba con una sensación de impotencia que los llevaba a derivar estos pacientes. En este estudio se planteó recoger información y opiniones sobre las limitaciones que se encontraban los sanitarios, y conjuntamente realizar una vía de acción que les permitiera reaccionar ante situaciones futuras de TCA-TUS.

Cabe destacar que este estudio cualitativo ha sido desarrollado bajo las demandas de un grupo muy específico de sanitarios, quienes trabajan con una población muy concreta y no es generalizable ampliamente a otros caso. Aun así, los resultados obtenidos están relacionados con cuestiones que aparecen en la literatura, ya que una de las principales inquietudes, es la falta de coordinación y guías de tratamiento en los entornos sanitarios donde nos podemos encontrar pacientes con TCA-TUS.

Tras analizar los resultados del estudio realizado por Karačić et al., (2011) estos nos enseñan que no hubo diferencia entre los grupos en la respuesta del TCA, es decir, que la sintomatología de TCA no se vio alterada de forma significativa. Por otra parte, el grupo con HIG redujo significativamente su consumo de alcohol después del tratamiento, mientras que el consumo de LIG se mantuvo estable durante el transcurso del tratamiento y el seguimiento. No hubo diferencias de grupo en la depresión mayor y la gravedad general del trastorno alimentario al inicio del estudio.

El presente estudio proporciona evidencia de que la TCC-E generalmente es útil para muchas personas con TCA, independientemente de su nivel de consumo de alcohol. Nuestros datos no indican qué sería útil para los pacientes que continúan bebiendo en exceso o comienzan a hacerlo mientras reciben tratamiento psicológico para su TCA, especialmente cuando el trastorno alimentario sigue teniendo importancia clínica. Sin embargo, sería prudente reevaluar las circunstancias sociales del paciente y su estado mental más amplio y especialmente la depresión del estado de ánimo. Cuando sea apropiado un tratamiento psicológico adicional, parecería sensato probar un enfoque centrado principalmente en el alcohol u ofrecer un tratamiento dirigido a abordar problemas psicológicos como la baja autoestima o los problemas de relación, que podrían contribuir plausiblemente a mantener ambos tipos de problema

Una de las principales limitaciones de este estudio sería, que los autores no indican qué alternativa de tratamiento sería útil para los pacientes que continúan bebiendo en exceso o comienzan a hacerlo mientras reciben tratamiento psicológico para su TCA, especialmente cuando el TCA sigue teniendo sintomatología significativa. Este estudio no deja del todo claro que sea el TCC-E la respuesta a la mejoría en el consumo de alcohol, aunque si que hay datos estadísticamente significativos en los resultados, que muestran que, aunque la mejoría en la sintomatología de TCA-TUS no sea grande, sigue estando presente, por tanto hay evidencias de que la TCC-E es de ayuda en estos caso.

El último estudio analizado fue el de Sugarman et al., (2020) donde los terapeutas indicaron que el WRG era extremadamente factible de aprender y sería fácil de implementar en un programa de tratamiento de TCA residencial o ambulatorio. Tanto los participantes como los terapeutas sintieron que era de vital importancia el tener un grupo de tratamiento donde nos pudieran enfocar tanto en TCA como en TUS.

Haciendo referencia a los resultados, el craving de los participantes disminuyó desde el inicio del tratamiento de forma significativa, en base a las autoevaluaciones aplicadas a los participantes. Por tanto, vemos una mejoría en la sintomatología de TUS en estos pacientes, aunque habría que tener en cuenta que la mayoría de los participantes en este estudio estaban en un ambiente controlado (tratamiento residencial), por lo tanto, no se pudieron medir los cambios ante el consumo de sustancias en ambiente natural, dificultando así tener conclusiones claras de la eficacia del WRG. Los autores Sugarman et al., (2020), destacan la importancia de futuras investigaciones donde se pueda seguir mejorando estos programas de tratamiento para TCA-TUS. Como este estudio evaluaba la viabilidad y la satisfacción, la muestra era pequeña y carecía de un grupo de control. En adición a esto, la muestra no era representativa en cuanto a raza, etnia y nivel educativo. Debido a que la muestra era en gran parte homogénea también con respecto a la edad, el estudio identificó necesidades específicas para mujeres jóvenes con TCA y TUS.

Recogiendo estos datos y conclusiones de los estudios analizados, sería adecuado volver a los objetivos iniciales de este estudio. Con respecto a los tratamientos basados en la evidencia identificados como beneficiosos para diagnósticos de TCA-TUS identificamos la terapia cognitivo-conductual, haciendo hincapié en el trabajo de regulación emocional, tolerancia a la frustración y sintomatología depresiva. Por otra parte, la terapia DBT ha mostrado tener eficacia en la reducción de sintomatología de TUS y TCA, aunque sería necesario seguir investigando con este tipo de tratamientos ya que no se han hallado más estudios que el de Courbasson et al., (2012). también ha sido interesante identificar que la mayoría de los pacientes eran mujeres entre 18 y 40 años, y ver que todos los estudios están de acuerdo en que sería importante implementar un tratamiento multidimensional, donde se abordan las sintomatologías más graves

independientemente del trastorno, en esto la DBT es pionera teniendo en cuenta que sus orígenes vienen de trabajar con pacientes con trastorno bipolar, quienes tienden a tener mucha sintomatología diferente encontrada tanto en pacientes con TCA como con TUS. Según Courbasson et al., (2012) se debería de trabajar tanto en pacientes con TCA como en pacientes con TUS, la conciencia de los problemas y los comportamientos impulsivos, las estrategias de regulación de las emociones y el aumento de las habilidades de afrontamiento, ya que son aspectos que suelen tener que trabajar estos pacientes y desde la DBT se pueden abarcar simultáneamente. Por otra parte, los TCA y los TUS, en ocasiones han sido identificados como consecuentes de una mala regulación emocional, son conductas compensatorias para regular el malestar. El origen de la comorbilidad de estas patologías no ha sido abarcado en esta investigación, aunque sería una propuesta muy interesante para futuros estudios.

Limitaciones

La principal limitación encontrada en esta revisión sistemática ha sido la falta de literatura, entre otras cosas. Los artículos que si han sido seleccionados por cumplir con la mayoría de los criterios de inclusión eran muy heterogéneos, y esto ha dificultado encontrar puntos en común. Por otra parte, los mecanismo de búsqueda no facilitaban la selección de artículos específicos del objeto de estudio y esto ha dificultado enormemente la realización de una muestra significativa. Afortunadamente se pudieron identificar artículos manualmente, basándonos en la bibliografía de aquellos que ya cumplían con los criterios de inclusión.

Relevancia a la práctica clínica

Hoy en día no existe un manual de intervención para diagnósticos de TCA y TUS concurrentes. La literatura recopilada demuestra la gran comorbilidad de ambos trastornos, y la poca claridad que hay ante que procesos poner en marcha para tratar a estos pacientes. Los especialistas en TCA, no abarcan los tratamientos en TUS y viceversa. Esta pequeña revisión nos da un poco de perspectiva ante la situación que hay con este problema, y considero que resalta la importancia de seguir investigando sobre las posibles vías de tratamiento para esta población en concreto.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Berridge, K. C. (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: Brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 97, 537-550.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.02.044>

Bisetto Pons, D., Botella Guijarro, Á., y Sancho Muñoz, A. (2012). [Eating Disorders and drug use in adolescents]. *Adicciones*, 24(1), 9-16.

Claudat, K., Brown, T. A., Anderson, L., Bongiorno, G., Berner, L. A., Reilly, E., Luo, T., Orloff, N., y Kaye, W. H. (2020). Correlates of co-occurring eating disorders and substance use disorders: A case for dialectical behavior therapy. *Eating Disorders*, 28(2), 142-156.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1740913>

Corte, C., y Stein, K. F. (2000). Eating disorders and substance use: An examination of behavioral associations. *Eating Behaviors*, 1(2), 173-189.

Courbasson, C. M., Nishikawa, Y., y Shapira, L. B. (2011). Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533603>

Courbasson, C., Nishikawa, Y., y Dixon, L. (2012). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434-449. <https://doi.org/10.1002/cpp.748>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R., et al. (2008). Enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: the core protocol. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford

Flores-Fresco, M. J., Blanco-Gandía, M. del C., y Rodríguez-Arias, M. (2018). Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias: Alterations in eating behavior in patients with substance abuse disorders. *Clinica y Salud*, 29(3), 125-132. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a18>

Gordon, S. M., Johnson, J. A., Greenfield, S. F., Cohen, L., Killeen, T., y Roman, P. M. (2008). Assessment and treatment of co-occurring eating disorders in publicly funded addiction treatment programs. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(9), 1056–1059. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.9.1056>

Hyman, S. E., Malenka, R. C. y Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 565-598. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.29.051605.113009>

Karačić, M., Wales, J. A., Arcelus, J., Palmer, R. L., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2011). Changes in alcohol intake in response to transdiagnostic cognitive behaviour therapy for

eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 573-577.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.011>

O'Malley, S. S., Sinha, R., Grilo, C. M., Capone, C., Farren, C. K., McKee, S. A., Rounsaville, B. J., y Wu, R. (2007). Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: A randomized controlled trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(4), 625-634.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00347.x>

Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M., y Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 94-107.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.016>

Robinson, L. D., Kelly, P. J., Deane, F. P., y Reis, S. L. (2019). Exploring the Relationships Between Eating Disorders and Mental Health in Women Attending Residential Substance Use Treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(4), 270-280.
<https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1660019>

Rodríguez Guarín, M. (2009). Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico / Drug Use, Impulsivity, and Trauma in Patients with Eating Disorders: a Triad of Risks for Complex Comorbidities affecting the Prognosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 420-432.

Root, T., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., y Bulik, C. M.

(2010). Substance Use Disorders in Women with Anorexia Nervosa. *The International journal of eating disorders*, 43(1), 14-21. <https://doi.org/10.1002/eat.20670>

Ross, H. E. E Ivis, F. (1999). Binge eating and substance use among male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 245-260.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199911\)26:33.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199911)26:33.0.co;2-r)

Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., King, B. R., Dechant, E., Weigel, T., Tarbox, P., y Greenfield, S. F. (2020). The Women's Recovery Group for Individuals with Co-occurring Substance Use and Eating Disorders: Feasibility and Satisfaction in a Residential Eating Disorders Program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 446-456.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2020.174621>

Sociedad Española de Patología Dual - SEPD. (2014). *La dieta es la puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/prensa/np/310114np-tca-pdual.pdf>

Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Cocaína*. Valencia, España: Socidrogalcohol

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clí* 135(11), 507-511

Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.00>

ANEXOS

Anexo 1.

Pubmed	Ecuación De Búsqueda	Resultados
--------	----------------------	------------

#1	"Psychotherapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Rational- Emotive"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh]	18,060
#2	"Substance-Related Disorders"[Mesh]	6,493
#3	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Binge- Eating Disorder"[Mesh]	951
#4	#1 AND #2 AND #3	5

Cochrane Library	Ecuación De Búsqueda	Resultados
#1	"Psychotherapy"[Mesh] OR "Psychotherapy, Rational- Emotive"[Mesh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh]	26,503
#2	"Substance-Related Disorders"[Mesh]	16,143
#3	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Binge- Eating Disorder"[Mesh]	1813
#4	#1 AND #2 AND #3	5

PsycInfo	Ecuación De Búsqueda	Resultados
#1	(DE "Psychotherapy") OR (DE "Treatment")	100,892
#2	(DE "Substance Related and Addictive Disorders") OR (DE "Drug Abuse") OR DE "Drug Addiction")	58,795
#3	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia"	32,925

#4	(DE "Psychotherapy" OR DE "Treatment") AND (DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Addiction") AND (DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia")	47
#5	(DE "Psychotherapy") AND (DE "Substance-Related and Addictive Disorders" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Addiction") AND (DE "Eating Disorders")	11
P&BSC	Ecuación De Búsqueda	Resultados
#1	DE "PSYCHOTHERAPY"	15,838
#2	DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "ADDICTIONS" OR DE "DRUG abuse"	15,199
#3	DE "DIAGNOSIS of eating disorders" OR DE "ANOREXIA nervosa" OR DE "EATING disorders" OR DE "BULIMIA"	8,839
#4	#1 AND #2 AND #3	4
Web of Science	Ecuación De Búsqueda	Resultados
#1	(ALL=(`psychological treatment`)) OR ALL=(`psychotherapy`)	56,906
#2	(ALL=(`substance abuse`)) OR ALL=(`drug use`)	75,410
#3	((ALL=(`eating disorders`)) OR ALL=(`anorexia nervosa`)) OR ALL=(`bulimia`) OR ALL=(`binge-eating disorder`)	36,476
#4	#1 AND #2 AND #3	68

Anexo 2.

DBT and Concurrent Eating and Substance Use Disorders

Table 4. Time effects within the dialectical behaviour therapy group

Scale	Baseline	T4	F1	F2	df	F or χ^2 statistic
Number of binge eating episodes [†]	22.4 (18.20) (n = 14)	3.3 (5.50) (n = 9)	1.5 (3.00) (n = 8)	2.3 (3.40) (n = 7)	3	$\chi^2 = 8.07^*$
Effect size		1.60	1.54	1.42		
EDI-drive for thinness	12.6 (6.50) (n = 14)	10.6 (3.90) (n = 10)	9.7 (4.10) (n = 9)	7.9 (7.80) (n = 9)	3, 24	F = 1.49
Effect size		0.53	0.65	0.37		
EDI-bulimia [†]	10.1 (6.50) (n = 14)	3.3 (2.90) (n = 10)	0.8 (1.30) (n = 9)	0.7 (1.30) (n = 9)	3, 23	F = 21.80****
Effect size		1.98	2.00	1.35		
EDI-body dissatisfaction	16.6 (8.30) (n = 14)	16.8 (7.60) (n = 10)	15.4 (9.40) (n = 9)	14.7 (10.80) (n = 9)	3, 24	F = 0.61
Effect size		0.14	0.20	-0.03		
EDI-ineffectiveness	11.9 (6.80) (n = 14)	9.9 (7.10) (n = 10)	7.8 (6.10) (n = 9)	5.1 (6.20) (n = 9)	3, 24	F = 12.74****
Effect size		0.63	1.05	0.29		
EDI-perfectionism	9.9 (5.90) (n = 14)	9.5 (5.50) (n = 10)	9.3 (5.80) (n = 9)	7.2 (5.80) (n = 9)	3, 24	F = 2.14
Effect size		0.10	0.46	0.07		
EDI-interpersonal distrust	5.0 (5.40) (n = 14)	5.3 (4.6) (n = 10)	4.8 (5.10) (n = 9)	4.3 (5.50) (n = 9)	3, 24	F = 1.29
Effect size		0.04	0.13	-0.06		
EDI-interceptive awareness	11.1 (7.50) (n = 14)	7.3 (4.50) (n = 10)	4.0 (3.60) (n = 9)	3.9 (3.70) (n = 9)	3, 24	F = 6.96**
Effect size		1.21	1.22	0.61		
EDI-maturity fears [†]	7.0 (6.00) (n = 14)	3.3 (2.70) (n = 10)	2.6 (2.10) (n = 9)	2.3 (2.40) (n = 9)	3, 23	F = 2.20
Effect size		0.98	1.03	0.80		
EDE-restraint scale	3.4 (1.80) (n = 11)	1.2 (1.30) (n = 8)	1.5 (1.50) (n = 8)	1.7 (1.40) (n = 7)	3, 18	F = 8.52**
Effect size		1.15	1.05	1.40		
EDE-eating concern scale [†]	2.7 (1.60) (n = 11)	1.2 (1.20) (n = 8)	1.4 (0.90) (n = 8)	1.1 (1.00) (n = 7)	3, 18	F = 4.71*
Effect size		1.00	1.20	1.06		
EDE-shape concern scale	4.3 (1.50) (n = 11)	2.7 (1.60) (n = 8)	3.0 (1.70) (n = 8)	2.0 (1.90) (n = 7)	3, 18	F = 7.79**
Effect size		0.81	1.34	1.03		
EDE-weight concern scale	4.5 (1.50) (n = 11)	2.2 (1.40) (n = 8)	2.2 (1.60) (n = 8)	1.9 (1.80) (n = 7)	3, 18	F = 12.40***
Effect size		1.48	1.57	1.59		
EDE-global scale	3.7 (1.20) (n = 11)	1.8 (1.20) (n = 8)	2.0 (1.30) (n = 8)	1.7 (1.40) (n = 7)	3, 18	F = 11.62****
Effect size		1.36	1.54	1.58		
EES-anger	33.9 (9.10) (n = 7)	30.5 (11.70) (n = 10)	28.7 (8.80) (n = 9)	30.3 (9.40) (n = 9)	3, 20	F = 1.91
Effect size		0.58	0.39	0.32		
EES-anxiety	24.0 (6.60) (n = 7)	20.0 (8.20) (n = 10)	20.7 (8.30) (n = 9)	20.6 (7.10) (n = 9)	3, 20	F = 0.65
Effect size		0.44	0.50	0.54		
EES-depression	18.6 (4.90) (n = 7)	16.0 (6.10) (n = 10)	14.8 (4.10) (n = 9)	14.6 (4.70) (n = 9)	3, 20	F = 1.37
Effect size		0.84	0.80	0.47		
DTCQ-alcohol total score	505.0 (245.60) (n = 8)	644.0 (187.30) (n = 5)	668.0 (126.20) (n = 5)	648.6 (173.20) (n = 7)	3, 12	F = 1.10
Effect size		-0.83	-0.68	-0.63		
ASI-alcohol [†]	0.26 (0.29) (n = 12)	0.18 (0.20) (n = 8)	0.12 (0.15) (n = 8)	0.21 (0.26) (n = 7)	3, 19	F = 2.06
Effect size		0.60	0.18	0.32		
ASI-substance [†]	0.18 (0.17) (n = 12)	0.03 (0.06) (n = 8)	0.03 (0.05) (n = 8)	0.03 (0.05) (n = 7)	3, 19	F = 5.04**

Table 4. (Continued)

Scale	Baseline	T4	F1	F2	df	F or χ^2 statistic
Effect size		1.20	1.20	1.18		
BDI-total score	23.1 (11.10) (n = 15)	16.6 (8.39) (n = 11)	12.6 (5.60) (n = 9)	10.7 (5.10) (n = 9)	3, 26	F = 6.28**
Effect size		1.19	1.43	0.66		
BDI-cognitive affective [†]	15.0 (7.30) (n = 15)	10.9 (5.60) (n = 11)	8.6 (4.60) (n = 9)	6.4 (4.20) (n = 9)	3, 26	F = 4.96**
Effect size		1.05	1.44	0.63		
BDI-somatic performance [†]	8.1 (4.80) (n = 7)	5.7 (3.40) (n = 10)	4.0 (3.00) (n = 9)	4.2 (1.90) (n = 9)	3, 26	F = 3.47*
Effect size		-0.36	1.07	0.58		
NMRS-general	26.9 (5.20) (n = 7)	31.3 (5.50) (n = 10)	32.1 (5.20) (n = 9)	34.8 (8.60) (n = 9)	3, 20	F = 5.59**
Effect size		-1.00	-1.11	-0.82		
NMRS-cognitive	33.1 (5.00) (n = 7)	34.4 (5.30) (n = 10)	36.4 (7.50) (n = 9)	37.8 (5.10) (n = 9)	3, 20	F = 3.37*
Effect size		-0.52	-0.93	-0.25		
NMRS-behaviour	31.6 (4.00) (n = 7)	34.1 (3.40) (n = 10)	36.3 (4.30) (n = 9)	33.9 (5.20) (n = 9)	3, 20	F = 3.19*
Effect size		-1.13	-0.50	-0.67		
NMRS-total	90.9 (18.10) (n = 15)	104.1 (15.60) (n = 12)	104.9 (14.10) (n = 9)	106.4 (16.90) (n = 9)	3, 26	F = 5.06**
Effect size		-0.86	-0.89	-0.78		

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$. **** $p < 0.0001$.

[†]To improve the distributional properties of the data, outcome was transformed using a natural logarithm transformation prior to analysis.

T4 = 12 months end of treatment. F1 = 3-months follow-up. F2 = 6-months follow-up. ASI = Addiction Severity Index. BDI = Beck Depression Inventory. df = degrees of freedom. DTCQ = Drug-Taking Confidence Questionnaire. EDE = Eating Disorder Examination. EDI = Eating Disorders Inventory. EES = Emotional Eating Scale. NMRS = Negative Mood Regulation Scale.

