

TFM LAURA HARTO LÓPEZ

por Laura Harto López

ARCHIVO	87990_LAURA_HARTO_LOPEZ_TFM_LAURA_HARTO_LOPEZ_1651689_917982980.PDF (625.45K)		
HORA DE LA ENTREGA	10-MAY.-2020 03:05P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	15473
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1320812888	SUMA DE CARACTERES	84766

Laura
Harto
López



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

UNA MIRADA A LA OBESIDAD DESDE EL MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ESTUDIO COMPARATIVO.

Autora: Dña. Laura Harto López

Director Profesional: D. Robin Rica Mora

Director Metodológico: D. David Paniagua Sánchez



MADRID | Mayo 2020

Resumen

Dada la similitud entre los trastornos de la conducta alimentaria (i.e., TCA) y la obesidad en las características psicológicas, los factores de riesgo y la comorbilidad entre ambas enfermedades, este trabajo estudió la obesidad desde la perspectiva del modelo Transdiagnóstico Cognitivo - Conductual de Fairburn para los TCA. Los grupos no clínico ($n = 37$), obesidad ($n = 27$) y TCA ($n = 29$) completaron el EDI-3, el EDE-Q y el BES para ser comparados en las variables del modelo: sobrevaloración del peso y la figura, baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia emocional y perfeccionismo. Asimismo, se compararon las relaciones de las variables entre los grupos. Los resultados proponen como principales factores transdiagnósticos entre los grupos clínicos la intolerancia emocional, la baja autoestima y la asociación entre perfeccionismo y baja autoestima. Los hallazgos avalan la importancia de los aspectos psicológicos en la obesidad y la similitud con algunos de los factores mantenedores de los TCA. Asimismo, cuestionan la obesidad como una enfermedad únicamente orgánica y se plantea la importancia del abordaje psicológico en su tratamiento

Palabras clave: TCA, obesidad, modelo Transdiagnóstico, Fairburn, intolerancia emocional.

Abstract

Given the similarity between eating disorders (i.e., ED) and obesity in the psychological features, risk factors, and comorbidity between both diseases, this research studied obesity from the perspective of the Fairburn Cognitive - Behavioral Transdiagnostic model for ED. The non-clinical ($n = 37$), obesity ($n = 27$) and ED ($n = 29$) groups completed EDI-3, EDE-Q and BES to be compared in the variables proposed by the model: overvaluation of weight and shape, low self-esteem, interpersonal difficulties, mood intolerance and perfectionism. Likewise, the relationships within the model variables between the groups were compared. Findings put forward emotional intolerance, low self-esteem, and the relation between perfectionism and low self-esteem as the main transdiagnostic factors among the clinical groups. Results support the importance of psychological characteristics regarding obesity, as well as its similarity with some of the maintaining factors in ED. Additionally, obesity as just an organic illness is questioned and the importance of including psychological factors in its treatment is contemplated.

Keywords: ED, obesity, Transdiagnostic model, Fairburn, mood intolerance.

La obesidad es una enfermedad extremadamente compleja y es considerada como una de las grandes epidemias de nuestro tiempo, registrándose un aumento de tres millones de nuevos casos por década (Hernández et al., 2018). En lo que respecta a España, en el 2016 existían 24 millones de personas con este problema, y se espera que en el 2030 existan 27 millones de adultos con obesidad o sobrepeso (Hernández et al., 2018). Asimismo, a nivel mundial, en el año 2014, el 39 % de los adultos mayores de 18 años presentaban sobrepeso y un 13 % tenían obesidad (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016).

Con relación a la obesidad infantil, en el 2014, 41 millones de niños menores de 5 años en el mundo presentaban sobrepeso u obesidad (OMS, 2016). La importancia de estos datos es tal, que se estima que el 77 % de los niños que presentan obesidad actualmente la mantendrán en el futuro (Serra et al., 2007).

La obesidad y el sobrepeso implican un exceso de masa grasa que produce consecuencias graves para la salud (Ciangura, Carette, Faucher, Czenichow & Oppert, 2017), de modo que un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (Ciangura et al., 2017; OMS, 2018).

La etiología de la obesidad es multifactorial, de modo que la base genética interacciona con factores individuales y de tipo ambiental que la promueven (Carrasco & Galgani, 2012; Lopera & Retrepo, 2014). Aunque entre un 25 % y un 40 % de la etiología de la obesidad es explicada por los factores genéticos (Ravussin & Bouchard, 2000), los factores ambientales son los que más influyen en la ingesta alimentaria (Carrasco & Galgani, 2012).

Entre los factores ambientales que predisponen al desarrollo de la obesidad y que favorecen su mantenimiento se encuentran, entre otros: la ingesta de nutrientes con mayor proporción de grasas (Aragonés, Blasco & Cabriney, 2003; Carrasco & Galgani, 2012), el sedentarismo (Aragonés et al., 2003; Carrasco & Galgani, 2012; Lopera & Retrepo, 2014), el estrés laboral y la ausencia de tiempo suficiente de sueño (Morselli, Leproult, Balbo & Spiegel, 2010; Shlisky et al., 2012).

Otros factores que han mostrado relación con la aparición y mantenimiento de la obesidad son los factores psicológicos. Entre ellos, la inestabilidad emocional (Aragonés et al., 2003) y la impulsividad (Sutin, Ferrucci, Zonderman & Terracciano, 2011). Esta última es considerada como el predictor más fuerte del sobrepeso, dado que suele ser necesario para mantener el peso en un nivel saludable llevar una dieta equilibrada y la realización de ejercicio físico; lo cual, es complicado para aquellos con puntuaciones altas en este rasgo (Sutin et al., 2011). Otros estudios también encuentran relación entre el grado de obesidad y el nivel de impulsividad,

especialmente en personas con obesidad extrema (Abilés et al, 2010) y en mujeres (Nederkorn, Smulders, Havermans, Roefs & Jansen, 2006).

Asimismo, es frecuente encontrar niveles bajos de autoestima en personas con obesidad (Abilés et al., 2010; Ortega, Fernandez-Canet, Alvarez-Valdeita, Cassinello & Baguena-Puigcerver, 2012). De hecho, a mayor grado de obesidad, menor nivel de autoestima (Wadden et al., 2012). Junto una autoestima deteriorada, las personas con obesidad poseen una imagen corporal más negativa, presentan un mayor deterioro del funcionamiento psicosocial (Lopera & Retrepo, 2014; Prieto, Fernandez, Ríos & Jauregui-Lobera, 2010) y tienen mayores dificultades para integrarse socialmente y desenvolverse de forma autónoma que las personas sin obesidad (Prieto et al., 2010).

En lo que respecta al tratamiento de la obesidad, este se centra en producir una pérdida de entre un 5 % y un 10 % del peso corporal y mantenerlo. El objetivo es reducir las comorbilidades asociadas y prevenir las complicaciones futuras (Rodríguez, 2013). Para ello, mediante un abordaje multidisciplinar se pretende conseguir cambios en los estilos de vida, regulando la alimentación, el ejercicio físico y estableciendo planes de modificación conductual (Rodríguez, 2013). Además, en los casos graves se emplea la farmacoterapia y la cirugía bariátrica (Hainer, Toplak & Mitrakou, 2008; Seagle, Strain, Makris & Reeves, 2009; Tsigos et al., 2008), donde el rol del psicólogo es fundamental (Murguía, 2013).

En este sentido, el abordaje psicológico facilita que el paciente se comprometa adecuadamente al tratamiento y a realizar las modificaciones comportamentales oportunas (Cabello & Zúñiga, 2007). Los métodos psicológicos empleados se basan mayoritariamente en la psicología Cognitivo - Conductual y el formato de aplicación puede ser individual, grupal o mixto (Cofré, Riquelme-Mella & Angulo-Díaz, 2014). Asimismo, se recomienda tener en cuenta las características psicológicas, la personalidad de los pacientes (Cabello & Zúñiga, 2007; González Di Mura, Casari, González & Vega, 2017) y detectar la frecuente comorbilidad con trastornos psicológicos con el objetivo de maximizar el éxito de las intervenciones (Lafuente, 2011). Los abordajes psicológicos son especialmente útiles cuando se combinan con estrategias dietéticas y de ejercicio. Sin embargo, pese a las ventajas que ofrece, con frecuencia la evaluación psicológica no es realizada y la obesidad suele ser tratada exclusivamente a nivel somático y físico (González Di Mura et al., 2017).

Asimismo, cabe destacar las altas tasas de abandono y la falta de adherencia en el tratamiento de la obesidad (Ríos, 2016), tanto en el abordaje nutricional (González et al., 2007; Sámano, 2011) como en el terapéutico (FESNAD-SEEDO, 2011). Igualmente, las tasas de

fracaso son elevadas (Comas, 2018). Solo entre el 20 % y el 30 % de las personas con obesidad consiguen conservar el peso perdido (Ríos, 2016; Wing & Phelan, 2005).

Las tasas de fracaso en los tratamientos, y el peso de los factores psicológicos y comportamentales en la obesidad ha impulsado en los últimos años su estudio desde la perspectiva de la salud mental (Day, Ternouth & Collier, 2009; Devlin, 2007; Marcus & Wildes, 2009). Sin embargo, desde esta perspectiva el estudio de la obesidad ha encontrado dificultades a la hora de determinar los puntos en común entre la obesidad y otros trastornos mentales, lo que ha dificultado la obtención de resultados concluyentes al tratar de encajar ésta dentro de los trastornos por abuso de sustancias, los afectivos y los trastornos de la conducta alimentaria (i.e., TCA; Devlin, 2007).

Marcus & Wildes (2009) plantean el estudio de la obesidad desde la perspectiva de salud mental. Para ello, distinguen entre alimentación homeostática y no homeostática, y se basan en la definición de trastorno mental de Wakefield (1992). De esta perspectiva se establece que una condición es un trastorno mental si la condición causa algo de dolor o privación de beneficios para la persona. Esta valoración se realiza bajo los estándares de la cultura de la persona, y si la condición resulta de la incapacidad de algunos mecanismos mentales de desarrollar su función natural (Wakefield, 1992).

La alimentación homeostática consiste en un sistema de regulación neuronal que permite preservar el equilibrio energético para mantener niveles adecuados de adiposidad. Este sistema podría estar alterado en los casos de obesidad consecuencia del estrés, generando una demanda mayor de energía y desembocando en el padecimiento de obesidad (Marcus & Wildes, 2009). De hecho, el estrés puede alterar el sistema encargado de la regulación de la ingesta, incrementando la demanda de energía necesaria para mantener la homeostasis alimenticia (Baratucci, 2011).

Tomados en conjunto, existe evidencia de que puede haber un subgrupo de individuos con obesidad sensibles al estrés y con tendencia a comer en exceso y aumentar de peso con el tiempo (Marcus & Wildes, 2009). Sin embargo, hay escasa evidencia de que este comer en exceso relacionado con la obesidad se considere un trastorno mental, a pesar de que uno de los mecanismos naturales parezca no estar desarrollando su función natural, tal y como expone la definición de Wakefield (1992) previamente mencionada. Por el contrario, probablemente sea más útil considerar si las personas obesas con patrones de alimentación desordenada difieren en la capacidad de respuesta al estrés y la sobrealimentación asociada a la misma, con respecto a aquellas personas obesas que presentan una alimentación normal (Marcus & Wildes, 2009).

En relación con la alimentación no homeostática, Marcus & Wildes (2009) plantean el estudio de la obesidad dentro de los trastornos por consumo de sustancias, bajo la hipótesis de que la disfunción en los circuitos de recompensa cerebral en respuesta a las señales alimentarias, pueden generar obesidad. Algunos estudios han documentado paralelismos entre los comportamientos adictivos y el comportamiento de comer en exceso (Gearhardt, Corbin & Brownell, 2009). Asimismo, diversos autores han sugerido las similitudes entre la adicción a las drogas y la obesidad, por la relación de ambas con la exposición y la recompensa de poderosos reforzadores, en este caso, los alimentos (Volkow & O'Brien, 2007; Volkow & Wise, 2005; Wang et al., 2006).

Las conceptualizaciones actuales de la recompensa de alimentos distinguen entre el deseo, entendido como la motivación para consumir alimentos, y el gusto, es decir, el grado de placer derivado del consumo de alimentos (Marcus & Wildes, 2009). Davis, Strachan & Berkson (2004) sugieren que, en comparación con las personas en normopeso, las personas con obesidad presentan un mayor deseo de alimentos y una disminución de la sensación del gusto. Asimismo, se ha encontrado que la exposición a estímulos alimentarios apetitosos que pueden activar procesos relacionados con la falta de alimentos se asocia con una mayor activación neuronal entre individuos con obesidad, en comparación con los individuos en normopeso, lo que puede sugerir la presencia de una mayor motivación para comer (Stoeckel et al., 2008).

Sin embargo, aunque los estudios han documentado diferencias entre personas con obesidad y personas en normopeso en respuesta a estímulos alimenticios, no se han encontrado resultados concluyentes de que estas diferencias representen una disfunción que pueda clasificarse dentro de un trastorno mental, y tampoco hay evidencia de que las diferencias en la activación neuronal estén asociadas con el inicio o mantenimiento de la obesidad, y no sean una consecuencia o correlato de la misma (Marcus & Wildes, 2009). De hecho, los resultados de Geliebter et al. (2006) sugieren que estas diferencias pueden ser específicas para aquellas personas con patología alimentaria comórbida. Asimismo, Devlin (2007) expone que el consumo de más calorías de las necesarias puede indicar la existencia de un proceso que encaje más adecuadamente en el sistema de clasificación de los TCA, que simplemente en el estado de obesidad.

En este sentido, pese a que tradicionalmente la patología alimentaria se ha tratado como un trastorno mental y la obesidad como una enfermedad médica, algunos autores consideran que esta separación no es adecuada y existen semejanzas entre ambos problemas de salud (Devlin, 2007; Hill, 2014). De este modo, aunque el terreno común más obvio entre ambas problemáticas es la comida, también comparten aspectos psicológicos, similitudes en el

fenotipo y factores de riesgo (Devlin, 2007; Hill, 2014). Son comunes en ambas patologías la intención de control del peso, las conductas compulsivas, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, el locus de control externo o la impulsividad (Devlin, 2007). Asimismo, tanto la obesidad como los TCA están asociados a la vergüenza, la búsqueda de placer, el empleo de la alimentación para la regulación emocional y mayor riesgo de depresión (Lopera & Retrepo, 2014). Además, ambos comparten riesgos genéticos y son beneficiarios compartidos de iniciativas de prevención (Hill, 2014).

Los TCA se caracterizan por una severa alteración en el comportamiento alimentario y una constante preocupación por la imagen y el peso corporal, lo que genera una gran alteración del funcionamiento psicosocial y un relevante deterioro físico (Murphy, Staebler, Cooper & Fairburn, 2010).

Con respecto a su origen, ha sido reconocida su etiología multifactorial, proponiéndose la influencia de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales (Cuquejo, Aguiar, Domínguez & Hermosilla, 2017).

Los principales representantes de la categoría “Trastornos de la Conducta Alimentaria” en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (i.e., DSM-5) son la anorexia nerviosa (i.e., AN), la bulimia nerviosa (i.e., BN), el trastorno de atracones (i.e., TA) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (i.e., TCANE) (APA, 2014).

Los TCA alcanzan cifras muy elevadas en la sociedad actual. A nivel mundial, la prevalencia de AN se estima entre el 0.11 % y el 0.38 %, de BN entre el 0.59 % y el 1.09 %, y de TA entre el 1.78 % y el 2.76 % (Qian et al., 2013). Los estudios en países europeos, entre los que se incluye España, encuentran una prevalencia del 0.48 % de AN, 0.51 % de BN, 1.12 % de TA y 2.15 % de TCANE (Preti et al., 2009).

La relevancia de estos trastornos es tal, que poseen mayores tasas de mortalidad que cualquier otra enfermedad mental (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012), y han sido considerados por la OMS como un problema de gran impacto en la actualidad por el número de personas afectadas y por la elevada tasa de mortalidad que presenta (Baldares, 2013).

Cabe destacar que, pese a la distinción entre los distintos tipos de TCA que propone el DSM-5, existe una gran tendencia al cambio de diagnóstico dentro de los TCA a medida que evolucionan. Aproximadamente en el 50 % de los casos, las personas con AN incrementan su peso y desarrollan BN o bien, una forma de TCANE (Ekstrand & Villanueva, 2011). En aquellos casos que comienzan por el desarrollo de BN y que generalmente se inician al final de la adolescencia o principios de la vida adulta, también suele producirse la evolución hacia un TCANE (Ekstrand & Villanueva, 2011).

Este fenómeno hace referencia a lo que Fairburn (2008) denomina “migración de diagnósticos” en los TCA. Algo que no es producto del azar, sino que muestra como la restricción dietética termina por quebrantarse mediante episodios de atracones, como consecuencia de la incapacidad para mantener la rigidez en los hábitos alimentarios (Ekstrand & Villanueva, 2011). Si contemplamos cómo se desarrollan estos trastornos a lo largo del tiempo, la distinción que establece el DSM puede ser arbitraria (Ekstrand & Villanueva, 2011; Fairburn, Cooper & Safran, 2003).

Es por ello que frente a la visión categorial que proporciona el DSM, dividiendo a los TCA en entidades separadas, entre las explicaciones que han ganado más fuerza en la comprensión de los TCA se encuentra la teoría Transdiagnóstica Cognitivo - Conductual de Fairburn (Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008) que extiende la teoría original de la BN (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986) a todos los TCA, y se focaliza en los procesos de mantenimiento que poseen en común. Esta perspectiva ha quedado avalada por dos aspectos: la sobrevaloración de la figura y el peso como característica fundamental para el mantenimiento del trastorno, y la tendencia de los pacientes de moverse entre las categorías propuestas en el DSM con el tiempo (Cooper & Dalle, 2017).

El modelo Transdiagnóstico Cognitivo - Conductual propuso, en primera instancia, un sistema disfuncional de autoevaluación, basado en la sobrevaloración de la figura y el peso como elemento central del mantenimiento del trastorno, lo que Fairburn et al. (2003) denominaron el “núcleo psicopatológico” y del que surgen el resto de los síntomas como resultado directo de dicha psicopatología. Este núcleo implica que las personas con TCA se valoran casi exclusivamente en función de su peso y/o figura corporal, sus hábitos de alimentación y su capacidad para mantenerlos, en lugar de valorarse por su funcionamiento en una amplia variedad de aspectos (Fairburn et al., 2003). Fairburn et al. (2003) propusieron cuatro mecanismos adicionales para mantener los TCA. Estos procesos de mantenimiento incluyen: el perfeccionismo clínico, la dificultad o intolerancia para hacer frente a los estados de ánimo, la baja autoestima y las dificultades interpersonales.

El perfeccionismo clínico implica la sobrevaloración del esfuerzo y el logro de metas extremadamente exigentes, pese a que las consecuencias de las metas sean negativas. En este sentido, el “yo” se evalúa basado en los logros adquiridos en la alimentación, el peso y la figura, lo que fomentará el comportamiento alimentario basado en la restricción dietética y la sobrevaloración de la importancia física (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008). Este perfeccionismo clínico se acompaña de miedo al fracaso, atención excesiva y selectiva al rendimiento, y una elevada autocrítica al evaluar éste negativamente. Esta

autoevaluación fomenta un esfuerzo aún mayor por cumplir los objetivos autoimpuestos (Fairburn et al., 2003). Asimismo, los niveles elevados de perfeccionismo incrementan las dificultades interpersonales y llevan a comportarse de forma hostil en las relaciones (Chemisky, 2017; Lampard, Byrne, McLean & Fursland, 2011).

Asimismo, la dificultad o intolerancia para hacer frente a las emociones o a las variaciones en el estado de ánimo implica la dificultad de manejar adaptativamente las emociones (Ekstrand & Villanueva, 2011). Generalmente, la intolerancia se muestra ante los estados de ánimo adversos (e.g. angustia, ira o tristeza), pero en ocasiones, se expresa también ante los positivos (e.g. alegría). Además, las personas con TCA presentan gran dificultad para su aceptación y reconocimiento, recurriendo en ocasiones a conductas desadaptativas como el consumo de sustancias, los atracones, los vómitos o el ejercicio físico para modular o controlar dichos estados (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008).

Además, la baja autoestima genera la idea de la imposibilidad de cambio e incrementa la motivación de consecución de logros en el ámbito del control del peso y la figura, como forma de sentirse valioso y aumentar el sentimiento de autoestima. Esto, a su vez, fomentará la sobrevaloración de este ámbito (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008; Lampard et al., 2011). Cuando no consiguen dichos logros, el fracaso se generaliza y es considerado como una confirmación de su baja valía (Ekstrand & Villanueva, 2011).

Finalmente, las dificultades interpersonales conducen a la restricción dietética para lograr el ideal socialmente valorado y ésta, a su vez, a los atracones. Además, los eventos adversos en el plano interpersonal llevan a los pacientes a disminuir su autoestima, lo que, a su vez, fomentará el control de la alimentación, la figura y el peso, para incrementarla (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008).

Además de estos factores mantenedores de la patología, surgen una serie de manifestaciones clínicas como resultado del núcleo psicopatológico, es decir, de la sobrevaloración de la figura y el peso. Entre ellas, se encuentran: la dieta estricta, los vómitos autoinducidos, las comprobaciones sobre el cuerpo, la preocupación por la comida y la alimentación o las reglas dietéticas difíciles de mantener (Murphy et al., 2010). Este núcleo psicopatológico no oscila, pese a que las manifestaciones comportamentales sí que pueden hacerlo (Fairburn & Cooper, 2011).

La única característica que se considera que no es expresión directa de la psicopatología central es el atracón. La Teoría Cognitivo - Conductual propone que los atracones son mantenidos por la tendencia de los pacientes a adherirse a dietas extremas, lo que les hace proclives a la ruptura de estas. Y como consecuencia de ello, reaccionan negativamente

considerando que el fallo dietético evidencia su bajo autocontrol y debilidad. Esta situación, les hace abandonar la restricción alimentaria y recurren al atracón. Este atracón intensificará las preocupaciones sobre su capacidad de control de la alimentación y la figura, y alentará la restricción que, a su vez, fomentará la posibilidad de que el atracón vuelva a producirse (Cooper & Dalle, 2017; Murphy et al., 2010). Asimismo, los atracones se encuentran ligados a los cambios de humor, especialmente a estados emocionales difíciles de afrontar. El atracón presenta el efecto temporal de neutralizar estos estados, y en la medida que les distrae de las preocupaciones, se refuerza su uso (Fairburn et al., 2003). Además, en aquellos pacientes que practican métodos purgatorios, las creencias erróneas de que recurrir a dichos métodos tras el atracón evitará la ganancia de peso, reforzará también la ingesta (Fairburn et al., 2003).

Asimismo, en lo que se refiere a las relaciones entre los distintos factores del modelo, Lampard, Tasca, Balfour & Bissada (2013) evaluaron las relaciones en una muestra compuesta por participantes con AN, BN y TCANE (Figura 1). Este estudio identificó tres asociaciones entre los mecanismos de mantenimiento en todos los diagnósticos. La baja autoestima se asocia con una mayor sobrevaloración del peso y la figura que, a su vez, se relaciona con una mayor restricción dietética en AN, BN y TCANE. Asimismo, la intolerancia al estado de ánimo y los atracones se relacionan entre sí en los tres grupos diagnósticos. Además, la sobrevaloración de la importancia del peso y la figura resulta un proceso central de mantenimiento en todos los TCA. Esto sugiere que algunos de los procesos del modelo transdiagnóstico pueden estar operando de diversos modos en los distintos diagnósticos de TCA, aunque la totalidad de los factores descritos son importantes en el mantenimiento de cualquiera de los diagnósticos (Lampard et al., 2013). De hecho, la intervención psicológica sobre la totalidad de los factores del modelo Transdiagnóstico de Fairburn para los TCA se asocia con una mejora de la sintomatología (Cooper & Dalle, 2017)

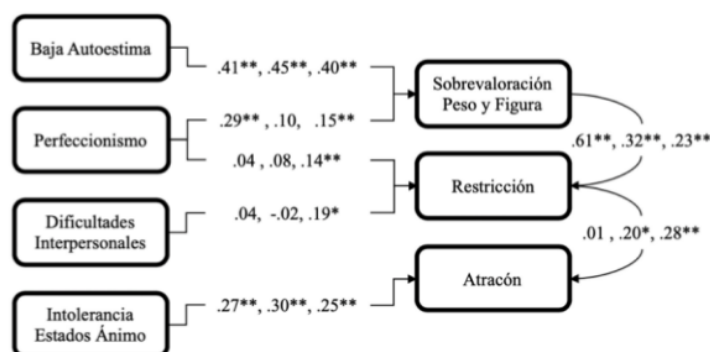


Figura 1. El modelo estructural del modelo Transdiagnóstico Cognitivo - Conductual de los TCA estimado con muestra transdiagnóstica. Estimaciones de AN, BN y TCANE, respectivamente, * $p < .05$, ** $p < .01$. Adaptado de "An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders", por Lampard et al., 2013, *European Eating Disorders Review*, 21(2), p. 100.

En lo que respecta a las similitudes entre los TCA y la obesidad, como se ha expuesto con anterioridad, la baja autoestima (Abilés et al., 2010; Ortega et al., 2012; Wadden et al., 2012), el funcionamiento psicosocial alterado (Lopera & Retrespo, 2014; Prieto et al., 2010), y la alexitimia e inestabilidad emocional (Aragónés et al., 2003) se han propuesto como factores psicológicos relacionados con la obesidad, y son también pilares del modelo Transdiagnóstico para los TCA (Fairburn et al., 2003). Asimismo, aunque no se ha mostrado una relación directa entre obesidad y perfeccionismo, éste se relaciona con la probabilidad de éxito de los tratamientos, mostrando que las experiencias que ayudan a disminuir el perfeccionismo en personas obesas pueden ser una de las claves para alcanzar una recuperación óptima (Malkina-Pykh, 2013). Asimismo, personas con BN y personas con obesidad muestran similitudes en hábitos alimentarios y psicopatología, específicamente en la tendencia a las obsesiones, la culpa, la preocupación y la alienación (Williamson et al., 1985).

Además, las dificultades emocionales existentes en ambas patologías promueven la ingesta emocional como método de autorregulación emocional tanto en obesidad (Lopera & Retrespo, 2014; Van Strien, Herman & Verheijden, 2009) como en TCA (Crockett, Myhre & Rokke, 2015; Ruiz & Llorca, 2016). En este sentido, la ingesta emocional consiste en que la persona come con el objetivo de eliminar o mitigar emociones como el miedo, el aburrimiento, la ira (Bennett, Greene & Schwartz-Barcott, 2013), la soledad y la tristeza (Braden, Musher-Eizenman, Watford & Emley, 2018).

A pesar de las similitudes psicológicas entre ambas problemáticas, en lo que respecta al estudio de la obesidad desde la perspectiva de los TCA, las investigaciones se han centrado principalmente en la existencia de atracones como precursores de la obesidad (Fairburn, Cooper, Doll, Normal & O'Connor, 2000; Field et al., 2003; Hasler et al., 2004; Stice, Presnell & Spangler, 2002; Tanofsky-Kraff et al., 2006) sin detenerse en el resto de aspectos existentes en común con los TCA, y que podrían abrir la puerta a considerar algunos de los casos de obesidad dentro de este espectro. De hecho, Hill (2014) expone que las características de los TCA pueden ser comunes en obesidad, incluso si no se cumplen todas las características de un trastorno completo.

De igual manera, cabe destacar que existe una comorbilidad importante entre la obesidad y el TA, siendo este más prevalente en pacientes obesos que en personas con un peso saludable (Hill, 2014; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Kessler et al., 2013). Se estima que entre un 20 % y un 50 % de las personas con obesidad lo presentan (Fernández-Aranda et al., 2008). Además, la asociación existente entre obesidad y TA plantea la posibilidad de que existan personas con obesidad que presenten el trastorno y que, sin embargo, no hayan considerado su

diagnóstico. De hecho, aunque los estudios muestran que el TA es más frecuente que la AN y la BN (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013), se asocia a una peor calidad de vida (Escandón-Nagel, 2016) y un aumento de la discapacidad funcional (Kessler et al., 2013; Kessler, Shahly, Hudson & Supina, 2014; McElory et al., 2007) sigue estando poco reconocido, tratado y diagnosticado en entornos clínicos (Kessler et al., 2013). En esta línea, el estudio de Larrañaga & García-Mayor (2009), encontró que de 54 pacientes con obesidad un 20 % presentaba conductas patológicas con la comida, un 2.5 % tenía BN y un 4.1 % presentaba TA.

El TA no había sido reconocido específicamente hasta el año 2013 por el DSM-5 como un TCA (Hernández & Ledón, 2018). Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TA, implican la existencia de episodios de atracones, es decir, la ingesta compulsiva de una cantidad de alimentos superior a la que ingeriría otra persona en condiciones similares acompañada de una sensación de pérdida de control (APA, 2014). Estos episodios se asocian con un gran malestar y, a diferencia de lo que sucede en los pacientes con BN, no se producen conductas compensatorias (APA, 2014). Asimismo, según el DSM-5 el antecedente más común a la aparición de atracones es el afecto negativo, los estresores interpersonales, los sentimientos negativos respecto al peso, la figura o la comida, el aburrimiento y la restricción alimentaria (Palacios, 2014).

Igualmente, las críticas a los criterios diagnósticos del TA llevan a preguntarse si dichos criterios tienen suficiente sensibilidad para identificar a gente con obesidad que presente, a su vez, dicho trastorno (Fernández-Aranda et al. 2008; Wilfley, Citrome & Herman, 2016). De hecho, Fernández-Aranda et al. (2008) afirma que los atracones pueden ser una medida controvertida y los criterios diagnósticos pueden no ser ideales.

Las principales críticas al TA hacen referencia a que no se contemplan los episodios subjetivos de atracones y, además, es difícil delimitar qué se considera “la ingestión, en un periodo (e.g. dentro de un período cualquiera de dos horas) de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingería en un período similar en circunstancias parecidas (APA, 2014, p.350)” (Wilfley et al., 2016). Asimismo, entre los criterios diagnósticos del TA tampoco se reconocen conductas como el picoteo, es decir: la ingesta intermitente de cantidades pequeñas de alimentos en distintos momentos del día, que se acompaña con la sensación de pérdida de control y se asocia a estados emocionales displacenteros (Fuentealba & Leiva, 2007). Sin embargo, la gran mayoría de personas con obesidad reconocen realizar pequeñas ingestas en el día o comer entre horas (Prieto et al., 2010). Además, el atracón, el atracón subjetivo y el picoteo, al igual que las conductas compulsivas, comparten el hecho de

que son comportamientos que el individuo realiza fuera de control, a pesar de ser conscientes de que son innecesarios (Fuentealba & Leiva, 2007).

Asimismo, la preocupación por el peso y la figura, dimensión que sí que se considera criterio diagnóstico para el diagnóstico de AN y BN, no se contempla en el TA (Wilfley et al., 2016) y su falta de inclusión como criterio diagnóstico ha generado controversia, en gran parte, por las discrepancias en la literatura publicada (Grilo, 2013; Latner & Clyne, 2008). Sin embargo, sí se ha registrado que una cantidad significativa de personas con TA reportan preocupaciones por el cuerpo y la figura (Grilo et al., 2009; Grilo, White, Gueorguieva, Wilson & Masheb, 2013; Goldschmidt et al., 2010; Hrabosky, Masheb, White & Grilo, 2007). Asimismo, la preocupación por el cuerpo y la figura se asocia, independientemente del IMC, con la gravedad de la patología alimentaria, la angustia psicológica, el pronóstico negativo (Grilo et al., 2009; Grilo, White & Masheb, 2012; Goldschmidt et al., 2010; Hrabosky et al., 2007) y con peores resultados del tratamiento (Grilo et al., 2013; Ojserkis, Sysko, Goldfein & Devlin, 2012). Además, aquellas personas con TA que presentan una sobrevaloración del peso y la figura obtienen puntuaciones más altas en las preocupaciones alimentarias y las subescalas de restricción de la entrevista EDE (i.e. Eating Disorder Examination Interview) que aquellos que exhiben una sobrevaloración subclínica. Con lo cual, su exclusión total de los criterios del DSM-5 no está garantizada, dado su valor pronóstico y su asociación con la gravedad del TA (Wilfley et al., 2016).

En definitiva, la literatura muestra las críticas a los criterios del DSM para el TA, la existencia de una alta comorbilidad entre obesidad y TCA e importantes similitudes en los aspectos psicológicos en ambas patologías. Además, existen altas tasas de fracaso en el tratamiento de la obesidad, por lo que es posible que haya aspectos psicológicos que estén interfiriendo en la pérdida de peso. Todo ello, junto con la posibilidad de que los factores psicológicos presentes en la obesidad sean los mismos que los mantenedores de los TCA, hace necesario profundizar en el estudio de la obesidad desde la perspectiva de salud mental.

Objetivos

La presente investigación tiene el objetivo general de estudiar la posibilidad de que muchos casos de obesidad tengan de base, muchos de los factores que se asocian al desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Para ello, se presentan los siguientes objetivos específicos. En primer lugar, estudiar la posible similitud existente entre los factores psicológicos asociados a la obesidad y a los TCA

en comparación con población no clínica, desde los factores propuestos por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn (i.e., sobrevaloración del peso y la figura, baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia a los estados emocionales y perfeccionismo). En segundo lugar, estudiar las diferencias en las relaciones entre los factores propuestos por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn (i.e., sobrevaloración del peso y la figura, baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia a los estados emocionales y perfeccionismo) entre los grupos del estudio (i.e., grupo con obesidad, grupo con TCA y un grupo no clínico).

Hipótesis

Los objetivos mencionados llevan a establecer las siguientes hipótesis:

Existirán diferencias significativas en las variables propuestas por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn (i.e., sobrevaloración del peso y la figura, baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia emocional y perfeccionismo) entre los grupos clínicos (i.e., obesidad y TCA) y el grupo no clínico. Sin embargo, no se hallarán diferencias significativas entre los grupos clínicos.

Existirán diferencias significativas entre los grupos clínicos y el grupo no clínico en las relaciones entre las variables propuestas por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn (i.e., sobrevaloración del peso y la figura, baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia emocional y perfeccionismo). Sin embargo, no existirán diferencias significativas entre los grupos clínicos en las relaciones entre las variables propuestas por el modelo.

Método

Participantes

El estudio constó de tres conjuntos de participantes: un grupo con obesidad, un grupo con TCA y un grupo control no clínico.

Fueron criterios de inclusión en el grupo de obesidad que los participantes fueran mayores de edad, y que presentasen un $IMC \geq 30$ (OMS, 2018). Fueron criterios de exclusión la comorbilidad con algún TCA y/o alteración orgánica neuro-endocrina que pudiera relacionarse con la condición de obesidad. Asimismo, se excluyeron aquellos que presentaran según la Escala de Atracón (i.e., BES) riesgo de TA. Estos participantes se obtuvieron de centros destinados a la consulta nutricional o psicológica de la Comunidad de Madrid. Además, fueron

derivados a este grupo los participantes de la población general que cumplieron con los criterios de inclusión.

Fueron criterios de inclusión en el grupo con TCA que los participantes fueran mayores de edad y que estuvieran diagnosticados de algún TCA según los criterios del DSM-5. Se excluyeron aquellos participantes que presentaron TCA en el pasado, pero que no mantuvieran el diagnóstico en la actualidad. Esta muestra se obtuvo de centros destinados a la consulta psicológica de Comunidad de Madrid.

Fueron criterios de inclusión en el grupo no clínico que fueran sujetos obtenidos de la población general mayores de edad y que se encontrasen en normopeso (i.e., IMC de entre 18.5 y 24.9). Se excluyeron aquellos sujetos que presentaron obesidad, sobrepeso o infrapeso (según la OMS, 2018). Asimismo, fueron excluidos aquellos participantes que presentaran un TCA o estuvieran en riesgo de presentarlo según el índice de riesgo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (i.e., EDI-3) y según el BES. Esta muestra se obtuvo mediante la reclutación de participantes por redes sociales (i.e., Instagram y WhatsApp).

Un total de 218 participantes realizaron el estudio. El número final de participantes una vez realizados los descartes según los criterios de exclusión fue de 115. Posteriormente, con el objetivo de equiparar el tamaño de los grupos se seleccionó aleatoriamente 37 sujetos del grupo no clínico. La muestra total final del estudio fue de 93 participantes (Figura 2).

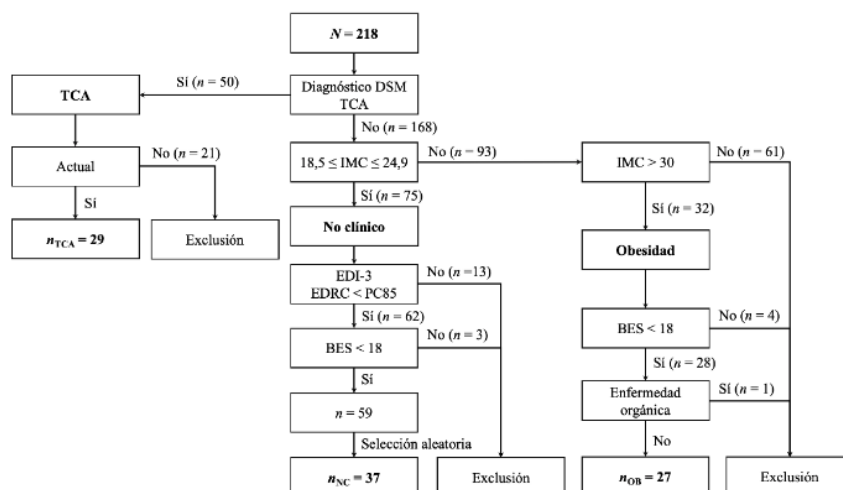


Figura 2. Flujograma de selección de la muestra. Se muestra el procedimiento de clasificación en función de los criterios de exclusión e inclusión descritos. En grupo TCA: “actual” hace referencia a si el participante mantiene actualmente su diagnóstico. En no clínico: EDRC < PC85 implica que la obtención de una puntuación igual o superior al percentil 85 en el índice de riesgo del EDI-3 fue considerado como riesgo alto de TCA. En los grupos no clínico y obesidad: BES < 18 implica que una puntuación igual o mayor a 18 en el BES fue considerado riesgo alto de padecer trastorno de atracones.

En la muestra final, un 81.7 % fueron mujeres y un 18.3 % fueron hombres. La edad osciló entre los 19 y los 65 años ($M = 34,03$, $SD = 13,41$). El grupo de TCA lo compusieron 10 personas con AN, 9 con BN, 5 con TA y 5 con TCANE. Se presentan en la Tabla 1 la descripción de las características de la muestra final por grupos.

Tabla 1
Características Demográficas por Grupos

Grupo	<i>n</i>	Mujeres <i>n</i> (%)	Hombres <i>n</i> (%)	M_{EDAD}	IMC
No Clínico	37	28 (75.67 %)	9 (24.32 %)	32.41	21.66
TCA	29	29 (100 %)	0 (0 %)	29.21	
Obesidad	27	19 (70.37 %)	8 (29.62 %)	41.44	32.68

Nota. *n* = tamaño de la muestra; M_{EDAD} = media edad; IMC = índice de masa corporal.

^a El IMC del grupo con TCA no se adjunta, dado que se eliminó la pregunta correspondiente al peso y altura en este grupo, de acuerdo con las recomendaciones del tratamiento psicológico.

Diseño

Este trabajo presentó un diseño ex post facto, retrospectivo, transversal y comparativo. Además, empleó una metodología cuantitativa.

Instrumentos

El material para realizar la investigación consistió en una breve introducción al estudio en el que se indicaban los objetivos de la investigación, un consentimiento informado que fue necesario aceptar para la realización de los cuestionarios, un cuestionario introductorio para recopilar información sociodemográfica y conocer el IMC de los participantes, y los instrumentos que a continuación se exponen.

El Cuestionario Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994; Peláez-Fernández, 2004). El EDE-Q se compone de 28 ítems que evalúan aspectos relacionados con la preocupación por el peso, la figura, la alimentación y la restricción alimentaria en las cuatro semanas previas a la aplicación. La validación en población española presenta adecuadas propiedades psicométricas, obteniendo una consistencia interna aceptable ($\alpha \geq .74$). Además, en cuanto a la validez de constructo, presenta correlaciones altas y positivas ($r = .26 - .73$) entre todas las subescalas del EDE-Q y las subescalas del EAT-40 (Peláez-Fernández, 2004). En el presente estudio se han empleado dos ítems de este cuestionario (*En los últimos 3 meses, ¿ha influido su peso/figura en cómo se ha juzgado a sí mismo/a como*

persona?) que evalúan la preocupación por la figura y el peso mediante una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta, donde 0 indica “nada en absoluto” y 6 “marcadamente” y que han sido tradicionalmente empleados para medir esta variable mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en ambos (Lethbridge, Watson, Egan, Street & Nathan, 2011).

La Escala de Atracón (BES; Escrivá-Martínez, Galiana, Rodríguez-Arias & Baños, 2019; Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982). Este cuestionario se compone de 16 reactivos, cada uno de los cuales contiene tres o cuatro enunciados que se califican en una escala de 0 a 3 puntos. Ocho de los reactivos miden aspectos conductuales del atracón, y los restantes valoran los pensamientos y emociones asociadas al mismo. La validación en población española obtiene elevada consistencia interna ($\alpha \geq .869$) y una adecuada validez convergente entre el BES y el indicador de atracón del EDI - 3 ($r = .621, p < .001$). Se establece como punto de riesgo de TA una puntuación igual o mayor a 18 (Escrivá-Martínez et al., 2019).

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria - 3 (EDI-3; Garner, 2004; Elosua, López-Jáuregui & Sánchez-Sánchez, 2010). Se compone de 91 ítems en doce escalas: Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la Madurez. También presenta seis índices derivados de las escalas: cinco que valoran constructos psicológicos (Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos, Exceso de Control y Desajuste Psicológico General), y uno que valora riesgo de TCA (EDRC) que establece como punto de corte de riesgo la obtención de un percentil superior o igual a 85, considerando los baremos establecidos para población no clínica, según los criterios establecidos en el cuestionario. Cada ítem se responde mediante con una escala tipo Likert que presenta seis opciones de respuesta, donde 0 indica “nunca” y 5 “siempre”.

En el estudio se empleó para la evaluación de las variables dependientes baja autoestima, problemas interpersonales, intolerancia emocional y perfeccionismo, los índices Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos y la escala de Perfeccionismo, respectivamente. Estos índices obtienen una consistencia interna de $\alpha = .88 - .94$ para población clínica, y de $\alpha = .70 - .92$ para no clínica. La escala obtiene una consistencia interna de $\alpha = .74 - .80$ en población clínica y de $\alpha = .49 - .75$ para población no clínica (Elosua et al., 2010).

Procedimiento

El material del estudio fue preparado en papel y en formato electrónico. Para la realización del estudio por vía electrónica se creó un *Google Forms*. No fue posible la realización de los

cuestionarios hasta que no fue leído y aceptado el consentimiento informado, y los participantes fueron informados de sus derechos y su participación voluntaria. De igual modo, ninguno de los centros colaboró en el estudio sin previa autorización escrita de la colaboración.

La participación de los tres grupos consistió en rellenar los cuestionarios. Se presentó en primer lugar el cuestionario sociodemográfico y el EDE-Q, seguidamente el EDI-3 y, por último, el BES. En el caso de los participantes con TCA y obesidad, él o la profesional del centro informó del estudio a los pacientes, les solicitó la participación en el mismo y les proporcionó el material del estudio en papel o bien, en formato electrónico a través de un enlace. Los participantes del grupo no clínico fueron reclutados mediante la difusión por redes sociales del enlace que permitía la participación en la investigación.

Para asegurar la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos que dieron su consentimiento para participar, se aseguró el anonimato y el secreto profesional de los datos registrados. Asimismo, la participación fue voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento durante la realización de éste, sin tener que dar explicaciones y sin que ello supusiera ningún tipo de penalización o discriminación. Igualmente, los participantes tuvieron todo el derecho de pedir información relativa a la investigación en lo que concierne a su participación. La investigación no supuso ningún riesgo social, físico o psicológico.

En cuanto al procedimiento en relación con el modo de tratar la muestra: fue clasificada y depurada en los grupos del estudio según los criterios de inclusión y exclusión (Figura 2).

Análisis de datos

Se realizaron los análisis con el software estadístico SPSS Statistics 26.0 (IBM Corporation, 2019). En primer lugar, se realizaron los estadísticos descriptivos de las variables del estudio para cada grupo. Posteriormente, dado el tamaño muestral de los grupos, se comprobaron los supuestos de Normalidad y Homocedasticidad con las pruebas de Shapiro Wilk y Levene, respectivamente. El supuesto de normalidad no se cumplió en ninguna de las variables para los grupos ($p < .05$), por lo que se procedió a realizar pruebas no paramétricas para comprobar las hipótesis.

Con el fin de estudiar la posible similitud existente entre obesidad y TCA en comparación con población no clínica en las variables del modelo se realizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se rechazó la hipótesis nula de igualdad de medias entre los distintos grupos cuando $p < .05$. Asimismo, se realizaron pruebas U de Mann Whitney entre los grupos para las variables que fueron significativas. Se rechazó la hipótesis nula de igualdad de medias entre los distintos

grupos cuando $p < .017$, aplicando la corrección de Bonferroni (p valor /3). Se calculó el tamaño del efecto de las diferencias con la r de Rosenthal, siendo grandes cuando $r > .50$, moderadas cuando $r > .30$ y pequeñas cuando $r > .10$. Con el fin de estudiar las diferencias en las relaciones entre los factores propuestos por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn entre los grupos, se obtuvieron los contrastes de correlaciones de Spearman entre todas las variables entre los grupos del estudio. Se rechazó la hipótesis nula de igualdad en las relaciones entre los grupos cuando $p < .05$.

Resultados

Antes de proceder con los análisis estadísticos, se realizaron los estadísticos descriptivos de las variables del estudio (Tabla 2 y Figura 3).

Tabla 2
Estadísticos Descriptivos Variables del Estudio

Variable	Grupo	<i>M</i>	<i>SD</i>	Asimetría	Curtosis
Baja autoestima	NC	43.78	4.20	1.17	0.81
	TCA	48.07	8.34	-0.23	-0.23
	Obesidad	50.48	11.06	1.19	0.89
Problemas interpersonales	NC	45.32	6.46	0.47	-0.84
	TCA	52.72	15.69	3.21	13.73
	Obesidad	51.11	13.45	1.12	0.34
Intolerancia emocional	NC	45.00	8.43	2.05	4.09
	TCA	53.45	8.13	0.19	-0.15
	Obesidad	54.70	14.40	0.80	-0.55
Perfeccionismo	NC	51.38	9.95	0.38	-1.22
	TCA	55.69	11.56	-0.13	-1.50
	Obesidad	52.63	7.56	0.17	0.10
Sobrevaloración del peso y la figura	NC	3.59	3.57	0.72	-0.65
	TCA	10.27	1.77	-0.62	-0.63
	Obesidad	7.11	3.99	-0.77	-0.72

Nota. *M* = Media, *SD* = Standard Desviation, NC = grupo no clínico

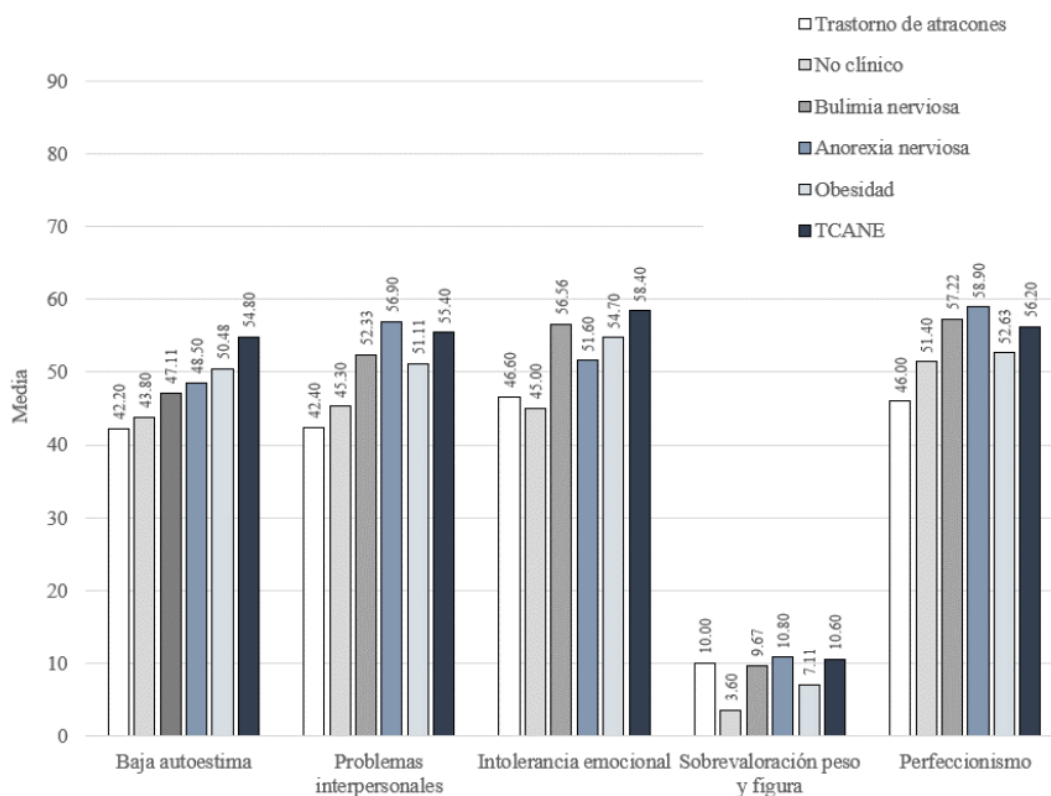


Figura 3. Medias de las Variables por Subgrupo del Estudio

La prueba de Kruskal - Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la baja autoestima ($\chi^2 (2) = 9.54, p = .008$), los problemas interpersonales ($\chi^2 (2) = 6.66, p = .036$), la intolerancia emocional ($\chi^2 (2) = 19.43, p < .001$) y la sobrevaloración del peso y la figura ($\chi^2 (2) = 40.02, p < .001$). No existieron diferencias significativas entre los grupos en el perfeccionismo ($\chi^2 (2) = 2.75, p = .253$).

Para observar entre qué grupos se encontraban las diferencias en las variables estadísticamente significativas se realizaron pruebas U de Mann Whitney asumiendo el nivel de significación corregido mediante Bonferroni de $\alpha = .017$. Se encontraron los siguientes resultados (Tabla 3):

Entre los grupos TCA y no clínico existieron diferencias significativas en la baja autoestima, siendo las diferencias moderadas ($U = 326, p = .006, r = .34$). Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en los problemas interpersonales, siendo las diferencias moderadas ($U = 339.50, p = .011, r = .31$). Existieron diferencias significativas en la intolerancia emocional, siendo las diferencias grandes ($U = 212.50, p < .001, r = .52$).

Existieron diferencias significativas en la sobrevaloración del peso y la figura, siendo las diferencias grandes ($U = 72.50, p < .001, r = .75$). Concretamente, el grupo con TCA obtuvo mayor puntuación en las variables del estudio que el grupo no clínico (Tabla 3).

La prueba U de Mann Whitney entre los grupos obesidad y no clínico mostró los siguientes resultados. Existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la baja autoestima, siendo las diferencias moderadas ($U = 317.50, p = .013, r = .31$); en la intolerancia emocional, siendo estas diferencias moderadas ($U = 271, p = .002, r = .39$); y en la sobrevaloración del peso y la figura, siendo estas diferencias moderadas ($U = 256.50, p = .001, r = .42$). Concretamente, el grupo con obesidad obtuvo una mayor puntuación en dichas variables significativas (Tabla 3). Asimismo, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos no clínico y obesidad en los problemas interpersonales ($U = 387, p = .125, r = .19$).

La prueba U de Mann Whitney entre los grupos obesidad y TCA arrojó los siguientes resultados. Existieron diferencias estadísticamente significativas en la sobrevaloración del peso y la figura entre ambos grupos, siendo estas diferencias moderadas ($U = 196.50, p = .001, r = .44$). Concretamente, el grupo con TCA obtuvo mayor puntuación en esta variable ($Mdn = 10, RI = 8.50 - 12$), que la muestra de obesidad ($Mdn = 8, RI = 4 - 10$). Asimismo, no existieron diferencias estadísticamente significativas en la baja autoestima ($U = 384.50, p = .909, r = .02$), los problemas interpersonales ($U = 341.50, p = .412, r = .11$) y la intolerancia emocional ($U = 354, p = .538, r = .08$) entre dichos grupos.

Tabla 3
Prueba U de Mann Whitney. Grupos No Clínico, TCA y Obesidad

Variables	NC	TCA	Obesidad
	<i>Mdn (RI)</i>	<i>Mdn (RI)</i>	<i>Mdn (RI)</i>
BA	43 (41.00 - 47.00) _a	49 (42.00 - 54.50) _b	47 (42.00 - 57.00) _b
PI	45 (39.50 - 51.00) _a	49 (45.00 - 56.50) _b	46 (41.00 - 58.00) _{a, b}
IE	42 (40.00 - 47.00) _a	53 (46.50 - 57.50) _b	51 (44.00 - 63.00) _b
SPF	3 (0.00 - 6.50) _a	10 (8.50 - 12.00) _b	8 (4.00 - 10.00) _c

Nota. Los grupos que no comparten ningún subíndice presentan diferencias significativas a un nivel $p < .017$. *Mdn* = mediana; *RI* = rango intercuartílico; NC = grupo no clínico; BA = baja autoestima; PI = problemas interpersonales; IE = intolerancia emocional; SPF = sobrevaloración del peso y la figura.

Con el objetivo de estudiar las relaciones entre las variables del modelo se realizaron correlaciones de Spearman para cada uno de los grupos (Tabla 4). Asimismo, para conocer si los grupos diferían significativamente en las relaciones se realizaron los contrastes de las correlaciones obtenidas entre las variables del estudio y los grupos (Tabla 5).

Tabla 4
Correlaciones de Spearman y Tamaño del Efecto entre Variables por Grupo de Estudio

Grupo	Variables	PI	IE	P	SPF
NC		$r_s = .53^{**}$ $r^2 = .28$	$r_s = .54^{**}$ $r^2 = .29$	$r_s = -.02$ $r^2 = .00$	$r_s = .24$ $r^2 = .06$
TCA	BA	$r_s = .64^{**}$ $r^2 = .41$	$r_s = .72^{**}$ $r^2 = .51$	$r_s = .57^{**}$ $r^2 = .32$	$r_s = .51^{**}$ $r^2 = .26$
Obesidad		$r_s = .68^{**}$ $r^2 = .46$	$r_s = .82^{**}$ $r^2 = .68$	$r_s = .52^{**}$ $r^2 = .27$	$r_s = .40^*$ $r^2 = .16$
NC			$r_s = .43^{**}$ $r^2 = .18$	$r_s = -.01$ $r^2 = .00$	$r_s = .10$ $r^2 = .01$
TCA	PI	1	$r_s = .66^{**}$ $r^2 = .43$	$r_s = .38^*$ $r^2 = .14$	$r_s = .32$ $r^2 = .10$
Obesidad			$r_s = .57^{**}$ $r^2 = .32$	$r_s = .69^{**}$ $r^2 = .47$	$r_s = .29$ $r^2 = .08$
NC				$r_s = .33^*$ $r^2 = .11$	$r_s = .34^*$ $r^2 = .12$
TCA	IE		1	$r_s = .49^{**}$ $r^2 = .24$	$r_s = .37^*$ $r^2 = .14$
Obesidad				$r_s = .46^*$ $r^2 = .21$	$r_s = .32$ $r^2 = .10$
NC					$r_s = .43^{**}$ $r^2 = .18$
TCA	P			1	$r_s = .45^*$ $r^2 = .20$
Obesidad					$r_s = -.07$ $r^2 = .00$

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$; NC = grupo no clínico; BA = baja autoestima; PI = problemas interpersonales; IE = intolerancia emocional; P = perfeccionismo; r_s = coeficiente de Spearman. r^2 = coeficiente de determinación

En lo que respecta a los contrastes de correlaciones (Tabla 5), entre los grupos no clínico y TCA existieron diferencias estadísticamente significativas en las relaciones entre el perfeccionismo y la baja autoestima ($p = .011$), siendo la relación más grande en el grupo con TCA ($r_s = .57$) que en el no clínico ($r_s = -.02$). No existieron diferencias significativas en el resto de las relaciones entre ambos grupos.

Asimismo, entre los grupos obesidad y no clínico existieron diferencias estadísticamente significativas en las relaciones entre el perfeccionismo y la baja autoestima ($p = .028$), siendo la relación más grande en obesidad ($r_s = .52$) que en el grupo no clínico ($r_s = -.02$); entre la baja autoestima y la intolerancia emocional ($p = .036$), siendo la relación más grande en obesidad ($r_s = .82$) que en la muestra no clínica ($r_s = .54$); y entre los problemas interpersonales y el perfeccionismo ($p = .001$), siendo la relación más grande en obesidad ($r_s = .69$) que en no clínico ($r_s = -.01$). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el resto de las relaciones entre ambos grupos (Tabla 5).

Asimismo, existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos obesidad y TCA en la relación entre el perfeccionismo y la sobrevaloración del peso y la figura ($p = .049$), siendo la relación más grande en TCA ($r_s = .45$) que en obesidad ($r_s = -.07$). No existieron diferencias significativas en el resto de las relaciones entre las variables entre los grupos TCA y obesidad (Tabla 5).

Tabla 5
Contrastes de Correlaciones entre Variables y Grupos

Grupos	Variables	PI	IE	P	SPF
NC y TCA		$p = .522$	$p = .254$	$p = .011$	$p = .219$
NC y obesidad	BA	$p = .374$	$p = .036$	$p = .028$	$p = .520$
TCA y obesidad		$p = .803$	$p = .352$	$p = .787$	$p = .603$
NC y TCA			$p = .201$	$p = .085$	$p = .379$
NC y obesidad	PI	1	$p = .477$	$p = .001$	$p = .453$
TCA y obesidad			$p = .617$	$p = .114$	$p = .920$
NC y TCA				$p = .472$	$p = .873$
NC y obesidad	IE		1	$p = .576$	$p = .936$
TCA y obesidad				$p = .897$	$p = .818$
NC y TCA					$p = .920$
NC y obesidad	P			1	$p = .147$
TCA y obesidad					$p = .049$

Nota. p = nivel de significación; NC = grupo no clínico; BA = baja autoestima, PI = problemas interpersonales, IE = intolerancia emocional, P = perfeccionismo, SPF = sobrevaloración del peso y la figura.

Discusión

La primera hipótesis establecía la existencia de diferencias significativas en las variables del modelo Transdiagnóstico de Fairburn entre los grupos clínicos con respecto al no clínico, y la ausencia de diferencias significativas entre los grupos clínicos.

Con respecto a la variable baja autoestima, los grupos obesidad y TCA obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que la muestra no clínica, y no se hallaron diferencias significativas entre los grupos clínicos. Estos resultados son coherentes con la literatura publicada y mantienen la hipótesis propuesta. En este sentido, la existencia de baja autoestima en personas con TCA ha sido ampliamente demostrada, y se relaciona con el fracaso en los logros del peso y la figura (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008; Lampard et al., 2011). Igualmente, los estudios también demuestran la existencia de baja autoestima en obesidad (Abilés et al., 2010; Ortega et al., 2012; Wadden et al., 2012).

Respecto a la existencia de problemas interpersonales, se encontraron diferencias significativas entre los grupos TCA y no clínico, lo cual es coherente con la literatura revisada (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo con obesidad y la muestra no clínica, y tampoco se hallaron diferencias entre los grupos clínicos. Que el grupo con obesidad no mostrara diferencias significativas en las puntuaciones con respecto al grupo no clínico es incongruente con las investigaciones previas, que describen las dificultades psicosociales y la incapacidad para integrarse socialmente y desenvolverse de forma autónoma en obesidad (Lopera & Retrepo, 2014; Prieto et al., 2010). Cabe destacar que en el presente estudio la muestra de obesidad es la que más puntuación obtuvo en la variable después del grupo con TCA, lo que indica que, pese a que la alteración en este ámbito no es tan grave como en el caso de quienes presentan un diagnóstico de TCA, probablemente presenten dificultades en el ámbito interpersonal.

En la variable intolerancia emocional, los grupos obesidad y TCA también arrojaron puntuaciones significativamente más altas que el grupo no clínico, y no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos clínicos, lo cual mantiene la hipótesis. Investigaciones anteriores muestran la dificultad en TCA para la gestión emocional adaptativa, así como la dificultad para su aceptación y reconocimiento (Cooper & Dalle, 2017; Ekstrand & Villanueva, 2011; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008;). Igualmente, la alexitimia y la inestabilidad emocional también han sido propuestos como factores psicológicos relacionados con la existencia de obesidad (Aragón et al., 2003). Cabe destacar la gran similitud en esta

variable en las puntuaciones obtenidas por los grupos clínicos, por lo que se propone la intolerancia emocional como el factor de mayor importancia en ambas enfermedades desde una perspectiva transdiagnóstica. Con lo cual, la intolerancia emocional ligada al empleo de la ingesta emocional como modo de atenuar los estados emocionales, es una de las variables fundamentales que mantienen la relación desadaptativa con la comida en ambas problemáticas. De hecho, una de las consecuencias de la intolerancia emocional es el empleo de la alimentación para su regulación tanto en obesidad (Lopera & Retrespo, 2014; Van Strien et al., 2009) como en TCA (Crockett et al., 2015; Ruiz & Llorca, 2016).

En la sobrevaloración del peso y la figura se encontraron diferencias entre todos los grupos del estudio. Los resultados en la variable solo mantienen la hipótesis propuesta para las diferencias entre los grupos clínicos con respecto al no clínico. El hecho de que el grupo con TCA sea el que mayor puntuación obtiene es congruente con la literatura, dado que la sobrevaloración del peso y la figura ha sido considerada como el núcleo de la teoría Transdiagnóstica de Fairburn, dada la tendencia de los pacientes con TCA a juzgarse casi exclusivamente en función de su peso y/o figura corporal, sus hábitos de alimentación y su capacidad para controlarlos, en lugar de valorarse dependiendo de su funcionamiento en una amplia variedad de aspectos (Fairburn et al., 2003). La existencia de diferencias significativas en la muestra de obesidad con respecto al grupo no clínico pone de manifiesto que pese a que la tendencia a juzgarse en función del peso y figura en pacientes con TCA es más acusada, el grupo con obesidad tiende adaptarse en cierta medida a este comportamiento, aunque no realice conductas patológicas orientadas a la modificación de peso y/o figura con tanta intensidad o frecuencia.

Finalmente, la variable perfeccionismo no obtuvo diferencias significativas entre ninguno de los grupos del estudio, lo cual rechaza la hipótesis propuesta en la investigación. Estos resultados son incongruentes con la literatura revisada, que muestra cómo el perfeccionismo es una de las características mantenedoras del TCA y lleva a intentar alcanzar metas muy exigentes pese a que las consecuencias sean adversas (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008). Esta incoherencia con la literatura previa en TCA puede deberse a que la totalidad de los pacientes se encontraban en tratamiento activo en el momento de realizar el estudio, lo que puede haber disminuido su puntuación en el rasgo. En lo que respecta a la obesidad, no se han encontrado estudios que muestren una relación directa entre la presencia de este rasgo y la obesidad. Sin embargo, las investigaciones muestran que la reducción del perfeccionismo fomenta la recuperación en esta población (Malkina-Pykh, 2013). Asimismo, la ausencia de diferencias significativas entre los grupos clínicos y la muestra no clínica en

perfeccionismo puede deberse a que no se empleó un cuestionario especializado para la evaluación de esta variable. Por otro lado, cabe destacar que las puntuaciones en la variable se situaron en torno a los valores no patológicos en la totalidad de la muestra del estudio, según los baremos establecidos en el EDI-3. Los datos aportados en este estudio no avalan la importancia del perfeccionismo en el mantenimiento de los TCA, y ponen en duda la influencia de este rasgo en la obesidad.

Por lo tanto, en el estudio realizado los resultados muestran como la totalidad de los factores del modelo Transdiagnóstico de Fairburn, excepto el perfeccionismo, se ajustan a la muestra de personas con TCA. Asimismo, propone la intolerancia emocional y la baja autoestima como factores transdiagnósticos en obesidad y TCA. Sin embargo, los resultados muestran que el modelo Transdiagnóstico de Fairburn para los TCA no se ajusta en la muestra de obesidad con la misma idoneidad en las variables sobrevaloración del peso y figura y problemas interpersonales.

En relación con la sobrevaloración del peso y la figura, los resultados ponen en duda que el núcleo psicopatológico sea el mismo para personas afectadas de TCA y de obesidad. Sin embargo, aunque Fairburn considera este factor como relevante en todos los trastornos (Fairburn et al., 2003), existen discrepancias en la literatura publicada con respecto a su existencia en determinadas categorías diagnósticas de TCA. En este sentido, la sobrevaloración del peso y la figura, que sí que se considera criterio diagnóstico para la AN y BN, no se contempla en el TA, dada la tendencia de algunos pacientes a no presentar este comportamiento (Wilfley et al., 2016). Por lo tanto, las diferencias registradas entre obesidad y TCA podrían deberse a la baja representación de personas con TA en la muestra de este estudio. Es probable que con un mayor número de personas con TA en la muestra, las diferencias entre obesidad y TCA se atenuaran.

Asimismo, cabe destacar que en la mayor parte de las variables significativas se han registrado puntuaciones en la muestra de obesidad que tienden a ser más cercanas a las obtenidas en las categorías diagnósticas de BN o TA (Figura 3), en especial en la sobrevaloración del peso y la figura, considerado elemento central en el mantenimiento del trastorno (Fairburn et al., 2003). Este hecho informa de que es probable que la obesidad se sitúe dentro del continuo de los TCA más cercano al polo del atracón que al de la restricción. Esto es coherente con la asociación existente entre obesidad y TA (Fernández-Aranda et al., 2008; Hill, 2014; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Larrañaga & García-Mayor, 2009), y entre obesidad y BN (Larrañaga & García-Mayor, 2009; Williamson et al., 1985).

Además, los datos obtenidos para la sobrevaloración del peso y la figura y los problemas interpersonales, aunque no mantengan la hipótesis, no descartan la posibilidad de estudiar la obesidad desde la perspectiva de los TCA. De hecho, las características de los TCA pueden ser comunes en obesidad, incluso si no se cumplen todas las características de un trastorno completo (Hill, 2014)

La segunda hipótesis de este estudio planteaba la existencia de diferencias significativas entre los grupos clínicos y no clínico en las relaciones entre las variables propuestas por el modelo Transdiagnóstico de Fairburn, pero no entre los grupos clínicos.

Esta hipótesis sólo se mantiene en su totalidad para la relación entre perfeccionismo y baja autoestima, dado que existieron diferencias en las relaciones entre los grupos clínicos con respecto a la muestra no clínica, pero no existieron diferencias entre los grupos clínicos. De modo que, en obesidad y TCA el perfeccionismo repercute de forma diferencial en el modo en que las personas juzgan su propia valía. Concretamente, cuanto más altos son los niveles de perfeccionismo, más baja es su autoestima. Es decir, existe relación entre la forma en que estas personas se juzgan a sí mismas y el grado de cumplimiento o consecución de las metas propuestas. Esto es coherente con la explicación que aporta Fairburn et al. (2003) de que la autoevaluación negativa fomenta un esfuerzo aún mayor por cumplir los objetivos autoimpuestos. Este fenómeno está implicado en el mantenimiento de los TCA (Fairburn et al., 2003) y dados los datos registrados en esta investigación, también puede estarlo en el caso de la obesidad, siendo un proceso transdiagnóstico en ambas enfermedades.

Asimismo, entre el grupo con obesidad y la muestra no clínica existieron diferencias significativas en las relaciones entre la baja autoestima y la intolerancia emocional. Esto evidencia que las dificultades en la regulación, reconocimiento y aceptación emocional repercuten de forma más negativa en la autoestima en el caso de las personas con obesidad. Estos hallazgos muestran que, dado que en este grupo existe relación entre la baja autoestima y la sobrevaloración del peso y la figura (Tabla 4), los comportamientos que impidan la consecución de los logros corporales influirán en la propia valía. De modo que, la intolerancia emocional que lleva a la ingesta emocional en obesidad (Lopera & Retrepo, 2014; Van Strien et al., 2009) puede impedir la consecución de dichos logros, y, por ende, repercutirá en la autoestima.

Además, entre el grupo con obesidad y la muestra no clínica se encontraron diferencias significativas en la relación entre perfeccionismo y la existencia de problemas interpersonales, siendo la relación entre ambas variables más grande en la muestra de obesidad. Esto puede ser debido a que las dificultades de integrarse socialmente de las personas con obesidad, tal y como

propone la literatura revisada (Prieto et al., 2010), pueden generar una gran necesidad de pertenencia y de aceptación. Esto, a su vez, podría incrementar su atención selectiva en el rendimiento en este ámbito, y consecuentemente, las interpretaciones críticas y sesgadas podrían favorecer el mantenimiento de las dificultades relacionales (Chemisquy, 2017).

Por otro lado, entre el grupo con obesidad y la muestra de TCA se encontraron diferencias significativas en la relación entre perfeccionismo y la sobrevaloración del peso y la figura, siendo la relación entre ambas variables más grande en TCA. Estos resultados son coherentes con la literatura revisada, que muestra como la tendencia de las personas con TCA a proponerse metas extremadamente exigentes en relación con la alimentación, el peso y la figura, los lleva a la sobrevaloración de la importancia física (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008; Lampard et al., 2013). Las diferencias halladas con el grupo de obesidad muestran que la asociación entre estas variables no puede considerarse un proceso transdiagnóstico en ambas enfermedades.

Con respecto a las diferencias en el resto de las relaciones de las variables del modelo, no se encontraron más resultados significativos, por lo que se rechaza la segunda hipótesis para el resto de las relaciones entre los grupos. Pese a ello, algunas de las correlaciones obtenidas entre variables en los grupos por separado resultaron ser significativas en TCA y en obesidad, no siendo así en el caso del grupo no clínico (Tabla 4). Esto pone de manifiesto que, aunque las diferencias entre grupos en las relaciones no sean lo suficientemente grandes para ser significativas (Tabla 5), existen asociaciones importantes en los grupos clínicos, planteando su posible influencia transdiagnóstica.

En este sentido, los datos arrojan una relación significativa y positiva entre la baja autoestima y la sobrevaloración del peso y la figura en el grupo con TCA y en el grupo con obesidad, pero no en el grupo no clínico. Este resultado es coherente con investigaciones previas, que proponen la relación entre ambas variables en personas con TCA (Lampard et al., 2011; Lampard et al., 2013). Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que, al igual que las personas con patología alimentaria, los participantes con obesidad se juzgan casi exclusivamente en función de sus logros en el control del peso y la figura, mientras que las personas sanas valoran su funcionamiento en muchos otros ámbitos, por lo que su autoestima se construye de una manera más integral y compleja (Cooper & Dalle, 2017; Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008).

Asimismo, los problemas interpersonales y el perfeccionismo se relacionaron significativa y positivamente en el grupo con TCA y en obesidad, pero no en la muestra no clínica. Estos resultados evidencian que las puntuaciones altas en perfeccionismo aumentan las dificultades

en el plano interpersonal. Los hallazgos siguen la línea de las evidencias aportadas por otros autores, que también explican cómo los niveles de perfeccionismo elevado en TCA producen una mayor tendencia a comportarse de forma hostil y ser críticos en las relaciones (Chemisquy, 2017; Lampard et al., 2011). La asociación significativa entre ambas variables también en obesidad evidencia que este grupo también se encuentra bajo la influencia de dicho proceso.

En resumen, la segunda hipótesis solo se cumple en su totalidad para la relación entre perfeccionismo y baja autoestima. Sin embargo, los resultados anteriormente mencionados ponen de manifiesto que no podemos ignorar la asociación significativa entre algunas de las variables del modelo en TCA y obesidad, confirmando su importancia transdiagnóstica.

Los resultados del estudio refuerzan, por tanto, la idea de que el punto en común entre ambos grupos clínicos no se limita a la comida, sino que también existen similitudes en el fenotipo, comportamientos y factores de riesgo (Devlin, 2007; Hill, 2014). Esta investigación, al igual que plantearon otros autores, cuestiona que la obesidad sea una enfermedad únicamente orgánica (Devlin, 2007; Hill, 2014). Con lo cual, cabe preguntarse por qué pese a la similitud en los factores psicológicos y el interés de otros autores por estudiar la obesidad desde la perspectiva de salud mental (Day et al., 2009; Devlin, 2007; Marcus & Wildes, 2009), ésta sigue sin considerarse un TCA o sin encajar en ninguna de las categorías diagnósticas propuestas por el DSM. Una de las cuestiones que puede estar influyendo es que, dentro del continuo transdiagnóstico propuesto por Fairburn, la obesidad posiblemente esté más cercana al polo de los atracones que al de la restricción. Sin embargo, las críticas a algunos criterios diagnósticos para los TCA, especialmente en lo que se refiere al TA, han cuestionado su sensibilidad para la detección de la patología en determinados sujetos (Fernández-Aranda et al. 2008; Wilfley et al., 2016). Esto explicaría que, pese a la alta comorbilidad entre TCA y obesidad (Fernández-Aranda et al. 2008; Hill, 2014; Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Larrañaga & García-Mayor, 2009) muchos individuos con obesidad no puedan ser incluidos dentro de este espectro. Una de las principales causas de la falta de sensibilidad diagnóstica es la tendencia a considerar como criterio fundamental de inclusión en los grupos clínicos como la BN y TA la presencia de atracones, sin considerar otros de los posibles aspectos implicados. En este sentido, no se presta atención a las características de personalidad que pueden estar influyendo en el mantenimiento del trastorno, ni a conductas como el picoteo, pese a que éste se realiza sin que el individuo pueda controlarlo, al igual que ocurre en los atracones (Fuentelba & Leiva, 2007), y la gran mayoría de personas con obesidad reconocen realizarlo (Prieto et al., 2010). De hecho, los atracones pueden ser una medida controvertida, ya que los criterios diagnósticos pueden no ser ideales (Fernández-Aranda et al., 2008). Este estudio

plantea la posibilidad de considerar algunas de las características psicológicas que tradicionalmente han demostrado ser mantenedoras de los TCA, y no solo la existencia de atracones, como un modo de evaluar la presencia de patología alimentaria en personas con obesidad.

Por otra parte, cabe destacar las limitaciones del estudio. Entre ellas las relativas al tamaño y tipo de la muestra empleada. En primer lugar, porque, pese a que Fairburn et al. (2003) establece que los TCA son un continuo, algunos de los procesos del modelo Transdiagnóstico pueden estar operando de diversos modos en los distintos diagnósticos de TCA (Lampard et al., 2013). En este sentido, la representación de las distintas categorías diagnósticas de TCA en la muestra del estudio no es equitativa, lo que ha podido influir en los resultados obtenidos. En segundo lugar, el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que el empleo de una muestra mayor podría incrementar la precisión y representatividad de los datos. En tercer lugar, la muestra de TCA únicamente se compone de mujeres, y aunque es habitual contar con esta limitación dada la mayor prevalencia del trastorno en las mismas, convendría explorar cómo se comportan las variables estudiadas en una muestra de varones de TCA y obesidad. Asimismo, el hecho de que la totalidad de las participantes con TCA estén o han estado en tratamiento psicológico puede haber disminuido su puntuación real en las variables obtenidas. Finalmente, la ausencia de diferencias significativas en el nivel de perfeccionismo contrasta con la literatura revisada. Esta incongruencia puede deberse a la evaluación de la variable con una escala del EDI-3 y no con un cuestionario específico como la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (i.e., MPS; Frost et al., 1990), uno de los instrumentos más empleados para la medición de este rasgo en psicopatología.

En definitiva, este trabajo evidencia cómo el modelo Transdiagnóstico de Fairburn de los TCA se adapta a la obesidad en el caso de las variables intolerancia emocional y baja autoestima. Asimismo, cuestiona que la sobrevaloración del peso y la figura y los problemas interpersonales estén presente del mismo modo en ambas condiciones. Sin embargo, no es posible concluir que ambos factores no sean importantes en obesidad, dadas las altas puntuaciones obtenidas en ambas enfermedades y las discrepancias en la intensidad de la preocupación corporal en función del TCA. Además, este estudio propone que las asociaciones descritas entre las variables del modelo son procesos transdiagnósticos en TCA y en obesidad, en especial la relación entre perfeccionismo y baja autoestima, explicando algunos de los comportamientos comunes.

Esta investigación contribuye en la mejora de la comprensión y tratamiento de la obesidad, siendo esto un beneficio tanto para los profesionales encargados de manejar esta patología,

como para las personas que la presentan. De modo que, de cara al tratamiento, conocer las características psicológicas de la obesidad permite aumentar la adherencia al mismo (Cabello & Zúñiga, 2007), una de las mayores limitaciones que se encuentran en el tratamiento y que explica, en gran parte, las altas de fracaso (Comas, 2018). En este sentido, dado que el tratamiento de las variables del modelo Transdiagnóstico en TCA se asocian con una mejora de la sintomatología (Cooper & Dalle, 2017), la intervención sobre estos factores en obesidad también podría suponer una mejora prometedora de la intervención. Por ello, se propone estudiar en el futuro el impacto en la pérdida de peso de la intervención psicológica en obesidad sobre las variables propuestas por el modelo Transdiagnóstico. En caso de que el abordaje de éstas fuera efectivo, se hallarían nuevas evidencias de que la obesidad, aun con sus peculiaridades y matices, se encuentra mantenida por los mismos factores que mantienen la patología alimentaria en el caso de los TCA.

Igualmente, este estudio pone de manifiesto la importancia de las características psicológicas en obesidad y la frecuente comorbilidad con otras patologías, siendo necesaria la incorporación y consolidación de psicólogos en servicios especializados, en especial en las unidades de cirugía bariátrica. En estos servicios es fundamental evaluar las características psicológicas, promover la capacidad para realizar cambios en el estilo de vida y favorecer el mantenimiento de los efectos a largo plazo de la operación, por lo que el papel de los profesionales de la salud mental es fundamental (Murguía, 2013).

Finalmente, dados los resultados de este estudio, las semejanzas obtenidas plantean la posibilidad de considerar la obesidad como una enfermedad no meramente orgánica que encaja con relativa facilidad en las dificultades psicológicas que mantienen los TCA. Estudios como el presente son fundamentales, dado que la gran prevalencia de la obesidad, que afecta ya a nivel mundial a más de 600 millones de adultos y a más de 41 millones de niños menores de cinco años (OMS, 2016), evidencia la urgencia de profundizar en su comprensión para optimizar su prevención y tratamiento. Esta investigación colabora en tal propósito y pone de manifiesto la relevancia que adquiere también la salud mental en una de las grandes epidemias de nuestro siglo: la obesidad.

Referencias

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obese Surgery*, 20 (2), 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Aragónés, A., Blasco, L., & Cabrinety, N. (2003). Obesidad. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (Eds.). *Guías diagnóstico-terapéuticas en Endocrinología Pediátrica* (pp. 1-19). Madrid, España.
- Baldares, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=219>
- Baratucci, Y. (2011). *Estrés y alimentación*. Tesis doctoral publicada. Universidad Fasta.
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192. doi:10.1016/j.appet.2012.09.023
- Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?. *Appetite*, 125, 410-417. doi: 10.1016/j.appet.2018.02.022
- Cabello, G. M. & Zúñiga, Z. J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188. Recuperado de <http://cienciauanl.uanl.mx/>
- Carrasco, F., & Galgani, J. (2012). Etiopatogenia de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 129-135. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70289-4
- Chemisquy, S. (2017). Las dificultades interpersonales de los perfeccionistas: consideraciones teóricas sobre el modelo de desconexión social. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9 (2), 77-92. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc>
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., & Oppert, J. M. (2017). Obesidad del adulto. *EMC-Medicina*, 21(2), 1-10. Recuperado de <https://www.journals.elsevier.com/emc-tratado-de-medicina>
- Cofré, A., Riquelme-Mella, E. H., & Angulo-Díaz, P. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución

- de la sintomatología. *Summa Psicológica UST*, 11(1), 89-98.
<https://summapsicologica.cl/index.php/summa>
- Comas, L. M. (2018). Obesidad: visión actual de una enfermedad crónica. *Medicina Balear*, 33(1), 48-58. doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.33.01.48
- Consenso FESNAD-SEEDO. (2011). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Revista Española de Obesidad*, 9(1), 6-78. Recuperado de <https://www.seedo.es/index.php/sala-de-prensa/publicaciones>
- Cooper, Z., & Dalle, R. (2017). Eating disorders: transdiagnostic theory and treatment. En Hofmann, S., Asmundson, G. (Ed.) *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 337-357). New York: Academic Press.
- Crockett, A., Myhre, S., & Rokke, P. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 670-680. doi: 10.1177/1359105315573439
- Cuquejo, L. M., Aguiar, C., Domínguez, G. C., & Hermosilla, A. T. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge?. *Pediatría (Asunción)*, 44(1), 37-42. doi: 10.18004/ped.2017.abril.37-42
- Davis, C., Strachan, S., & Berkson, M. (2004). Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, 42(2), 131-138. doi: 10.1016/j.appet.2003.07.004
- Day, J., Ternouth, A., & Collier, D. (2009). Eating disorders and obesity: two sides of the same coin?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(2), 96-100. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences>
- Devlin, M. (2007). Is there a place for obesity in DSM-V?. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S83-S88. doi: 10.1002/eat
- Ekstrand, A. C., & Villanueva, E. R. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica>
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *EDI-3, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3*. Madrid: Tea Ediciones.
- Escandón-Nagel, N. (2016). Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1470-1476. doi: 10.20960/nh.428
- Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., & Baños, R. M. (2019). The Binge Eating Scale: Structural Equation Competitive Models, Invariance Measurement Between

- Sexes, and Relationships with Food Addiction, Impulsivity, Binge Drinking, and Body Mass Index. *Frontiers in Psychology*, 10. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00530
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DMS-V, and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 8–10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En Brownwell, K.D., Foreyt, J.P. (Ed.), *Handbook of eating disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Eating Disorders*, (pp. 389-404). New York: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Normal P., & O’Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665. doi: 10-1001/pubs
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., ... Bulik, C.M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147-157. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.011
- Field, A., Austin, S., Taylor, B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H., ... Colditz, G. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900–906. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. Recuperado de <https://www.springer.com/journal/10608/>
- Fuentealba, C., & Leiva, M. J. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en Obesidad, un enfoque integral. *Nestlé Chile*, 7, 97-110.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory - 3 Professional. Manual*. Fl. Psychological Assessment Resources.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 3(1), 1-7. doi: 10.1097/ADM.0b013e318193c993

- Geliebter, A., Ladell, T., Logan, M., Schweider, T., Sharafi, M., & Hirsch, J. (2006). Responsivity to food stimuli in obese and lean binge eaters using functional MRI. *Appetite*, 46(1), 31-35. doi: 10.1016/j.appet.2005.09.002
- Goldschmidt, A., Hilbert, A., Manwaring, J., Wilfley, D., Pike, K., & Fairburn, C. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 187-193. doi: 10.1016/j.brat.2009.10.008
- González Di Mura, M. V., Casari, L., González, R. J., & Vega, M.R. (2017). Análisis de factores psicológicos en pacientes obesos: estudio pre y post tratamiento. *Revista de Psicología*, 13(26), 55-64. Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/>
- González, L. I., Giraldo, N. A., Estrada, A., Muñoz, A. L., Mesa, E., & Herrera, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(1), 46-54. doi: 10.4067/S0717-75182007000100005
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Grilo, C. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 208-211. doi.org/10.1002/eat.22082
- Grilo, C., Crosby, R., Masheb, R., Whitel, M., Peterson, C., Wonderlich, S., ... Mitchell, J. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692-696. doi: 10.1016/j.brat.2009.05.001
- Grilo, C., White, M., & Masheb, R. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge-eating disorder in primary care settings. *Behaviour Research Therapy*, 50(5), 298-303. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.008
- Grilo, C., White, M., Gueorgieva, R., Wilson, G., & Masheb, R. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(6), 1335-1344. doi: 10.1017/S0033291712002097
- Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 27-32. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen>

- Hainer, V., Toplak, H., & Mitrakou, A. (2008). Treatment modalities of obesity: what fits whom?. *Diabetes Care*, 31(2), S269-S277. Recuperado de <https://care.diabetesjournals.org/>
- Hasler, G., Pine, D., Gamma, A., Milos, G., Adjacic, V., Eich D., ... Angst, J.(2004). The association between psychopathology and being overweight: A 20-year prospective study. *Psychologicam Medicine*, 34, 371–382. doi: 10.1017/s0033291703001697
- Hernández, Á., Zomeño, M. D., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., ... Marrugat, J. (2018). Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), 916-924. doi: 10.1016/j.recesp.2018.07.009
- Hernández Rodríguez, J., & Ledón Llanes, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-15. Recuperado de <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia>
- Hill, A. (2014). Is obesity an eating disorder?: T4: S21. 01. *Obesity Reviews*, 15.
- Hrabosky, J., Masheb, R., White, M., & Grilo, C. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 75(1), 175–180. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.175
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- IBM Corporation. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows (version 26.0). Armonk, NY: IBM. Recuperado de <https://www.ibm.com/analytics/es/es/technology/spss/>
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahl, V., ... Xavier. M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kessler, R., Shahly, V., Hudson, J., & Supina, D. (2014) A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology Psychiatric Sciences*, 23(1), 27–41. doi: 10.1017/S2045796013000516
- Lafuente, M. D. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490-1504. Recuperado de <https://cutt.ly/hycTAw3>
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 529-535. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.002

- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99-107. doi: 10.1002/erv.2214
- Larrañaga, A., & García-Mayor, R. V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 661-666. Recuperado de <https://www.nutricionhospitalaria.org/>
- Latner, J., & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 1-14. doi: 10.1002/eat.20465
- Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H., & Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12(3), 200-206. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.04.003
- Lopera, D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia>
- Malkina-Pykh, I. (2013). An integrated model for evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral treatment of obesity. *Health Policy and Technology*, 2(2), 110-118. doi: 10.1016/j.hlpt.2013.03.003
- Marcus, M., & Wildes, J. (2009). Obesity: is it a mental disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753. doi: 10.1002/eat.20725
- McElroy, S., Hudson, J., Capece, J., Beyers, K., Fisher, A., & Rosenthal, N. (2007). Topiramate for the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 61(9), 1039-1048. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.08.008
- Morselli, L., Leproult, R., Balbo, M., & Spiegel, K. (2010). Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(5), 687-702. doi:10.1016/j.beem.2010.07.005
- Murguía, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199. Recuperado de <http://www.ciiipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2010). Cognitive behavioural therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004
- Nederkoorn, C., Smulders, F. T., Havermans, R. C., Roefs, A., & Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite*, 47(2), 253-256. doi: 10.1016/j.appet.2006.05.008

- Ojserkis, R., Sysko, R., Goldfein, J., & Devlin, M. (2012). Does the overvaluation of shape and weight predict initial symptom severity or treatment outcome among patients with binge eating disorder? *International of Eating Disorders*, 45(4):603–608. doi: 10.1002/eat.20981
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206450>
- Ortega, J., Fernandez-Canet, R., Alvarez-Valdeita, S., Cassinello, N., & Baguena-Puigcerver, M. (2012). Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(6), 770–776. doi:10.1016/j.soard.2011.03.015
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3481>
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)–Spanish version–for screening eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817-824. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMeD-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.00
- Prieto, I., Fernández, M., Ríos, P., & Jáuregui-Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1330-1348. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=7234>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003
- Ravussin, E., & Bouchard, C. (2000). Human genomics and obesity: finding appropriate drug targets. *European Journal of Pharmacology*, 410, 131-145. doi: 10.1016/S0014-2999(00)00811-6
- Ríos, P. (2016). Fracaso terapéutico en sobrepeso y obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 23, 2449-2460. Recuperado de <http://www.tcsevillla.com/revista.aspx>
- Rodríguez, B. (2013). *Evaluación de una estrategia grupal y multidisciplinar de cambio de estilo de vida en obesidad*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

- Ruiz, S., & Llorca, G. (2016). Mindful eating y estilos de ingesta en pacientes con trastornos alimentarios. *Àgora de Salut*, 3(36), 339-345. doi: 10.6035/AgoraSalut.2016.3.36 -
- Sámamo, L. F. (2011). Abandono del Tratamiento Dietético en Pacientes Diagnosticados con Obesidad en un Consultorio Privado de Nutrición. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 31(1), 15-19. Recuperado de <https://revista.nutricion.org/>
- Seagle, H. M., Strain, G. W., Makris, A., & Reeves, R. S. (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 330-346. Recuperado de <https://cutt.ly/gyhNXPG>
- Serra, J. D., Franch, M. A., López, L. G., Costa, C. M., Salinas, C. S., & Cortina, L. S. (2007). Obesidad infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. *Anales de Pediatría*, 66(3), 294-304. doi: 10.1157/13099693
- Shlisky, J., Hartman, T., Kris-Etherton, P., Rogers, C., Sharkey, N., & Nickols-Richardson, S. (2012). Partial sleep deprivation and energy balance in adults: an emerging issue for consideration by dietetics practitioners. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1785-1797. doi: 10.1016/j.jand.2012.07.032
- Smink, F., Van Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002) Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131-138. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/home/hpq>
- Stoeckel, L. E., Weller, R. E., Cook III, E. W., Twieg, D. B., Knowlton, R. C., & Cox, J. E. (2008). Widespread reward-system activation in obese women in response to pictures of high-calorie foods. *Neuroimage*, 41(2), 636-647. doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.02.031
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579-592. doi: 10.1037/a0024286
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Yanovski, S., Cox, C., Theim, K., Keil, M., Reynolds, J., & Yanovski, J. (2006). A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117(4), 1203-1209. doi: 10.1542/peds.2005-1329

- Tsigos, C., Hainer, V., Basdevant, A., Finer, N., Fried, M., Mathus-Vliegen, E., ... & Toplak, H. (2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity facts*, 1(2), 106-116. Recuperado de <https://www.obesity.org/journals/obesity-journal/>
- Van Strien, T., Herman, C., & Verheijden, M. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380–387. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.010
- Volkow, N. D., & O'Brien, C. P. (2007). Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *American Journal of Psychiatry*, 164(5). Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/>
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity?. *Nature Neuroscience*, 8(5), 555. doi: 10.1038/nn1452
- Wadden, T., Butryn, M., Sarwer, D., Fabricatore, A., Crerand, C., Lipschutz, P., ... Williams, N. (2012). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II Obesity. *Obesity*, 14, 90S-98S. doi: 10.1038/oby.2006.28
- Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99(2), 232. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/rev/index>
- Wang, G. J., Yang, J., Volkow, N. D., Telang, F., Ma, Y., Zhu, W., ... & Fowler, J. S. (2006). Gastric stimulation in obese subjects activates the hippocampus and other regions involved in brain reward circuitry. *National Academy of Sciences*, 103(42), 15641-15645. doi: 10.1073/pnas.0601977103
- Wilfley, D., Citrome, L., & Herman, B. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2213-2223. doi: 10.2147/NDT.S107777
- Williamson, D., Kelley, M., Davis, C., Ruggiero, L., & Blouin, D. (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(2), 161. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/ccp/>
- Wing, R.R., & Phelan S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222-225. doi: 10.1093/ajcn/82.1.222S