



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017

Trabajo Fin de Máster

**Tratamiento psicológico de un caso de obesidad
provocada por adicción a la comida**

Autor: Juan Carlos García Ruiz

Tutor: Carlos Van-der Hofstadt

RESUMEN:

En los últimos años, una línea de investigación ha demostrado como una hipotética entidad clínica como es la "Adicción a la comida" (AC), podría encontrarse en un subconjunto de personas con obesidad. En este trabajo nos planteamos, a través de un caso de obesidad tipo I, dos propósitos; en primer lugar, demostrar como la conducta alimentaria de la paciente estaba asociada a una sintomatología clínica, comparable a la que se da en las conductas adictivas, lo cual revalidaría a la AC y; en segundo lugar, reducir estas manifestaciones mediante un Tratamiento Cognitivo Conductual encuadrado en el marco de la adicción, con el objetivo final, de reducir el peso corporal y el índice de masa corporal.

PALABRAS CLAVE:

Obesidad. Adicción a la comida. Tratamiento Cognitivo Conductual. Diseño de caso único.

ABSTRACT:

In recent years, A line of research has been shown as a hypothetical clinical entity such as "Food Addiction" (FA), may be found in a type of people with obesity. In this work consider, though a single case of type I obesity, two purpose; first of all demonstrate how the eating behavior was associated with clinical symptomatology, similar to that occurring in addictive behaviors, what would revalidate FA; secondly, to reduce these symptomatology through a Cognitive Behavioral Treatment framed in the context of addiction, with the final goal, to reduce body weight and body mass index.

KEY WORDS

Obesity. Food Addiction. Cognitive Behavioral Treatment. Experiment of the only case.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad (Índice de Masa Corporal [IMC] ≥ 30) se han convertido en un grave problema de salud público. Tanto es, que este ha adquirido según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) proporciones de pandemia. De hecho, la obesidad se considera la enfermedad metabólica más prevalente en los países desarrollados (Sánchez Muniz, 2016). Tal como demuestran algunos estudios (por ejemplo: Ascensión, Gómez Martínez, 2016, Basterra-Gortari et al., 2011 y Sánchez Muniz, 2016), en nuestro país, como en tantos otros países desarrollados y en vías en desarrollo, lejos de disminuir la prevalencia de la obesidad en la población, ha ido creciendo año tras año, tanto en la población infantil como en la población adulta. Las cifras según el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2015) son alarmantes, pues un 53,7 % de la población mayor de 18 años y un 27,8 % de entre 2 y 17 años padece sobrepeso u obesidad.

Las consecuencias y los efectos que genera la obesidad son de gran magnitud tanto en lo individual como en lo social. Las personas que sufren de esta afectación tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, así como algunos tipos de cáncer (Hill, Catanacci y Wyatt, 2005). Además, la relación existente entre la obesidad y ciertos rasgos o alteraciones psicológicas ha sido más que evidenciada en varias investigaciones llevadas a cabo con diferentes grupos de poblaciones (Baile y González, 2013). Desafortunadamente los efectos del sobrepeso y la obesidad no se acaban aquí, ya que trascienden al ámbito social y público, considerando que, las personas que padecen obesidad están sujetas a un alto grado de estigmatización social y, por tanto, de discriminación, que afecta negativamente en las diferentes áreas vitales (familiar, laboral, educativa...) y en la calidad de vida de las personas (Domingo-Bartolomé y López, 2014). Por otra parte, no se deben obviar los costes sanitarios y sociales que ocasiona esta enfermedad.

En España, por ejemplo, desde hace más de dos décadas se destina alrededor de un 7 % del presupuesto sanitario anual, esto es, cerca de 6.500 millones de euros (MSSSI, 2015).

Las causas que explican la actual pandemia son diversas, por lo que en la etiología de la obesidad están involucrados diversos factores: genéticos y biológicos (ver, por ejemplo: Deiuliis, 2016, Meléndez, 2008; Perry y Wang, 2012), psicológicos (por ejemplo, Sánchez e Iruarrizaga, 2005) y ambientales (Moss, 2016; Patterson, Risby y Chan 2012), cuya interacción explicaría los desajustes corporales que desencadenan el exceso de tejido adiposo, que acompaña al aumento de peso corporal con respecto a lo que correspondería según género, talla y edad.

Como psicólogos sanitarios sabemos que cualquier problema de salud, físico o psicológico, debe ser entendido desde una perspectiva multicausal, no solo en su evaluación, también en lo que respecta a su intervención. No obstante, el modelo multicausal nos sirve como marco teórico general, pero dentro de él, cada uno de los diferentes profesionales que intervienen en un problema de salud se centra en las diferentes relaciones que se dan entre las variables de un modelo más concreto, en el caso del psicólogo, como cabe esperar, desde el modelo psicológico basado en el paradigma conductual y/o cognitivo-conductual.

Tradicionalmente este modelo ha explicado el sobrepeso y la obesidad a partir de inapropiados hábitos y comportamientos que ejerce la persona, relacionados con la alimentación; ingesta excesiva de alimentos y la actividad física; pobre actividad o sedentarismo, los cuales pueden ser explicados desde el modelo del aprendizaje (Baile y González, 2013). Si bien este modelo causal psicológico ha tenido mucho peso desde los años sesenta del siglo pasado hasta la actualidad, también se han estudiado otros factores psicológicos como posibles potenciadores de la obesidad. A continuación, pasamos a explicar de manera resumida aquellos que han dado lugar a mayor número de investigaciones.

-Hipótesis de la externalidad: fue desarrollada y estudiada por Schachter (1971) y la proposición básica que asume esta teoría, es que en las personas con sobrepeso y/o obesidad, a diferencia de las personas con normopeso, la ingesta de alimentos estaría bajo el control en gran parte de estímulos externos o ambientales, en vez de, por los estados fisiológicos internos y la sensación de hambre (Leon y Roth, 1977).

-Hipótesis de la ingesta emocional: fue propuesta a partir de la teoría psicósomática y planteaba la sobreingesta como un mecanismo de reducir la ansiedad y otras emociones negativas. Desde los primeros estudios realizados por Kaplan y Kaplan (1957) hasta la actualidad, no se ha dejado de estudiar la relación que juegan las emociones negativas con la obesidad, concluyéndose que las personas obesas tienden en general a ingerir más alimentos bajo estados emocionales negativos en comparación con los sujetos con normopeso (Sánchez e Iruarrizaga, 2005). Otras investigaciones, como la efectuada por Geliebter y Avenza (2003), no solo pusieron de manifiesto que las personas obesas comían más ante las situaciones y los estados negativos internos, sino también ante los estados positivos.

-Hipótesis de las alteraciones psicológicas: ciertos estudios han intentado relacionar la obesidad con problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión y problemas en la personalidad. Los resultados han sido un tanto contradictorios (Baile y González, 2013), aunque en diferentes investigaciones (por ejemplo: Pull, 2010) se ha hallado que el sobrepeso y la obesidad estaban relacionados con ciertas alteraciones psicológicas, sobre todo, con la ansiedad, la depresión y algunos trastornos de la personalidad o la alimentación. Sin embargo, la relación entre ciertos rasgos o alteraciones psicológicas y la obesidad revive el viejo dilema clásico de qué antecede a qué: los problemas psicológicos a la obesidad o viceversa (Baile y González, 2013).

Además de estas explicaciones teóricas que se han desarrollado desde la perspectiva psicológica más pura, el creciente apego de la psicología a las neurociencias y a la biología

ha devenido en los últimos años en nuevas explicaciones para entender de manera más integra la epidemia de la obesidad. Por ello, en la actualidad, las teorías psicobiológicas tienen más peso en la interpretación de la problemática. Pinel (citado en Baile y González, 2006) hace referencia a la *Teoría del incentivo positivo* a la hora de explicar las variables que afectan al comportamiento alimentario y, en especial, al anhelo de comer en exceso. Así, algunas de estas variables estarían relacionadas con la palatabilidad o el sabor de los alimentos, la experiencia previa que tenemos con estos o los procesos de condicionamiento clásico en la sensación de hambre (Baile y González, 2013).

Más recientemente, la neurobiología está demostrando que ciertos alimentos (especialmente los azúcares y ciertas grasas) estimulan los sistemas de recompensa del sistema nervioso central (Gearhardt, Corbin y Brownell, 2009a; Gearhardt, White y Potenza, 2011 y Schulte, Avena y Gearhardt, 2015). En concreto, el consumo de ciertos alimentos puede llegar a incentivar un sistema dopaminérgico hipoactivo (Davis et al., 2013; Leal et al., 2013). Además de la dopamina, algunos alimentos estimulan el sistema opioide y el sistema serotoninérgico lo que genera sensaciones de placer en las personas (Nogueiras et al., 2012).

En esta línea de trabajo, Gearhardt et al. (2009a) llegaron a demostrar cómo algunos de estos alimentos activan los mismos mecanismos que se activan en las adicciones. Estudios más recientes, como el llevado a cabo aquí en España por CIBEROBN y dirigido por Fernández-Aranda (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO], 2016) van más allá concluyendo que; las personas obesas y los adictos a alguna sustancia y/o al juego comparten determinadas características neuropsicológicas (SEEDO, 2016).

Este paralelismo a nivel neurológico y neurocognitivo entre las conductas adictivas y el comer en exceso, muy investigado en los últimos años, ha abierto de nuevo el controvertido concepto y modelo de la adicción a la comida (AC). Este constructo fue nombrado por vez primera en 1956 por Theron Randolph, sin embargo, el aumento de la investigación ha

ocurrido principalmente en la última década. Aunque la AC está bien aceptada en la cultura popular y en los medios de comunicación, su validez como entidad clínica no ha sido probada aún por la comunidad ni las instituciones científicas (Lemeshow, Gearhart, Genkinger y Corbin, 2016), ya que sigue siendo un tema controvertido y muy debatido.

Los argumentos que se han dado a favor de la AC, además de la hiperactivación de los sistemas cerebrales, -ya comentados en los párrafos anteriores-, relacionados con la recompensa provocada por ciertos alimentos, muy parecidos a los que ocurren en las adicciones de las drogas, incluyen también los criterios conductuales y cognitivos que sufren muchas personas con sobreingesta a la comida, y que se asemejarían a las dependencias relacionadas con sustancias (Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa, 2008; Meule, 2014, Meule y Gearhardt, 2014), a saber: *craving o deseo persistente por la sustancia, pérdida de control y dependencia psicológica, interferencia en la vida y/o la salud de la persona que padece la adicción* (Echeburúa, 2008; Clark y Calleja, 2008; Newlin, 2008; Young, 2008). Aquellos que se oponen al concepto de la AC esgrimen que si bien es cierto que hay un cierto paralelismo entre los mecanismos cerebrales implicados en el consumo de algunos alimentos y las drogas, también existen diferencias sustanciales (Benton, 2010; Ziauddeen, Farooqi y Fletcher, 2012). Por otra parte, otra crítica que se le hace a la AC es que algunos de los síntomas adictivos que se le atribuyen, por ejemplo, la tolerancia y la dependencia a la comida, no han podido ser demostrados con investigación humana, solo animal (Ziauddeen et al., 2012).

A la vista de la información expuesta hasta aquí, vemos como la AC es un constructo controvertido que sigue en vías de estudio, aunque si la investigación sigue el curso que ha seguido en los últimos años, es muy probable que en un futuro no muy lejano pueda constituirse como un nuevo diagnóstico clínico, que podría explicar problemáticas como la obesidad. De hecho, algunos estudios realizados con personas que padecían de obesidad, que han tenido en cuenta la Escala de Yale de Adicción a la Comida (YFAS; Gearhardt, Corbin y

Brownell, 2009b) para medir la posible presencia de síntomas de AC, basándose en los criterios de dependencia a las sustancias de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, han encontrado que, la prevalencia de obesos que sufren de AC ronda entre el 15 % y el 25 % (Davis et al., 2013; Lent, Eichen, Golsdbacher, Wadden y Foster, 2014). De tal manera que, un subconjunto de personas con obesidad podría padecer AC y ser esta la responsable del sobrepeso y la obesidad (Davis et al., 2013).

De acuerdo con lo expuesto, el objetivo general del presente trabajo es presentar un caso de obesidad que está relacionado con una sobreingesta continuada de alimentos dulces, cuyo patrón comportamental y cognitivo resulta difícil de clasificar en cualquiera de los criterios incorporados en los trastornos de la alimentación y, en cambio, tales patrones psicológicos sí parecen ajustarse de una manera más precisa a los criterios asociados a la dependencia de sustancias. Esto implica cambios tanto en lo referente a la evaluación como a la intervención del problema, teniendo en cuenta que, las intervenciones psicológicas de la obesidad basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual, si bien es cierto que mantienen componentes semejantes con el tratamiento a los problemas relacionados con sustancia, por ejemplo; el papel de la psicoeducación, el control estimular, el entrenamiento en resolución de problemas y habilidades de afrontamiento (Foster, Makris y Bailer, 2005; Wadden, Crerand y Brock, 2005), en los casos de la obesidad provocada por AC el tratamiento sufriría algunas modificaciones sobre los componentes ya descritos, así como la incorporación de estrategias y técnicas psicológicas procedentes del campo de las adicciones (Echeburúa, Corral y Amor, 2005; Newlin, 2008; Young, 2008).

Por todo lo escrito hasta aquí, los objetivos más específicos de este trabajo son los siguientes:

- Demostrar a través de la patografía del caso que se presenta que, ciertos síntomas, comportamientos y elementos cognitivos que guardan las personas con obesidad y con

problemas en la sobreingesta de comida, cobran hartos parecido con los relacionados a las sustancias y que, por tanto, nos encontramos ante un caso de obesidad provocado por AC, de los muchos que se pueden dar en la clínica.

-Por otra parte, adaptar y modificar algunos de los componentes del tratamiento psicológico para la obesidad en función de los síntomas que presenta la AC, los cuales requieren de una intervención en estrategias y técnicas utilizadas en el tratamiento de las adicciones tóxicas.

La hipótesis principal es que el peso corporal disminuirá conforme se vayan eliminando o reduciendo los criterios comportamentales y cognitivos de la AC. Pensamos que tras la intervención adaptada a la AC encontraremos diferencias en las variables evaluadas pre y postintervención, lo que provocará la eliminación y/o atenuación de las características clínicas de la AC y, a la postre, la reducción del peso y del Índice de Masa Corporal.

MÉTODO

Participante

Identificación del caso: se trata de (S), una mujer de 37 años de edad. Trabaja en una empresa familiar en el departamento de contabilidad como administrativa. En la actualidad tiene pareja, aunque la relación con ella transcurre básicamente en fin de semana, por la distancia que les separa. Vive sola. Es la mediana de tres hermanos. Sus padres se separaron hace diez años coincidiendo con su ingreso laboral en la empresa familiar. La relación que mantiene con su familia es favorable y no refiere enfermedades físicas de mayor importancia, tampoco antecedentes psicológicos. Sus relaciones sociales son amplias y entre sus aficiones destaca bailar, cocinar, viajar y salir de compras con alguna amiga, aunque reconoce que en el último año, ha tenido que renunciar a muchas de las cosas que antes hacía por motivos laborales, en concreto, porque pasó de hacer un horario de media jornada a jornada completa

en la empresa. Se define como una persona "abierta", "fiel" y "un poco descuidada con algunas cosas, aunque bastante responsable en mi trabajo".

Análisis del Motivo de consulta: (S) es derivada por parte del psiquiatra que atiende en el centro, en cuyo informe se lee como orientación diagnóstica: "hiperfagia de razón psicológica. Precisa atención psicológica". Una vez en la consulta del psicólogo, cuando se le pregunta a (S) qué motivos le han llevado a buscar ayuda, advierte que, desde hace un tiempo atrás tiene problemas con ciertos alimentos, en palabras textuales de la paciente: "me hartó a dulces y otras guarrerías". Relata además la preocupación que tiene con su peso corporal el cual ha aumentado, según informa, ocho kilogramos en el último año: "siempre he estado rellenita, pero como ahora no".

Historia del problema: en el momento de la consulta, (S) mide 1.57 cm y pesa 75 kilogramos (IMC=30,50). Reconoce que es el peso máximo alcanzado en su edad adulta. El peso mínimo lo ubica en su primera juventud, entre los 60-62 kg. El primer motivo de ganancia importante de peso lo sitúa hace un par de años, cuando abandonó el tabaco, desde entonces su peso ha ido en aumento. Asocia los primeros problemas con el dulce a raíz de abandonar el tabaco, aunque según relata: "no al nivel de ahora". La sintomatología psicológica que presenta (S) está muy centrada en la pérdida de control que en la actualidad tiene con ciertos alimentos, en concreto con el chocolate, la bollería y otros hidratos de carbono de absorción rápida, muy calóricos pero poco nutritivos. Sus familiares suelen restarle importancia al problema, y también su pareja, quien encuentra, según nos dice (S), un placer supremo al hecho de poder comer lo que se quiera. Sin embargo, la preocupación de la paciente ante su problemática parece mayor, y las demandas y necesidades que manifiesta versan hacia la solución con el descontrol que tiene con la comida y el exceso de peso.

Variables e instrumentos

A continuación se describen los instrumentos llevados a cabo durante la evaluación:

-Entrevista clínica semiestructurada: en la que se recogieron los datos sociodemográficos, estructura familiar, antecedentes médicos y psicológicos, hábitos alimentarios y de salud, relaciones sociales y aficiones, motivo de consulta e historia del problema, así como aquellas respuestas físicas, cognitivas, emocionales y conductuales que se daban. En la entrevista clínica también se evaluó las necesidades de la paciente y las expectativas con respecto a la psicoterapia.

-Inventario de los Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-2: Garner, 1998): este autoinforme se administró con el objetivo de rastrear posibles síntomas relacionados con los diferentes trastornos alimentarios, ya que el EDI-2 se utiliza en la clínica para evaluar actitudes, comportamientos y otros rasgos psicológicos que a menudo acompañan a aquellos. Consta de 91 ítems con un formato de respuesta de seis categorías. Contiene 11 subescalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social. La consistencia interna de estas subescalas (alfa de Cronbach) es mayor de 0.70 en muestras clínicas y en muestras de mujeres (Corral, González, Pereiro y Seisdedos, 1998). (S) obtuvo puntuaciones muy altas en las siguientes escalas: en Obsesión por la delgadez (P90), Bulimia (P98), Insatisfacción corporal (P92) e impulsividad (P96). Puntuaciones medias/alta en Perfeccionismo (P77) y Conciencia interoceptiva (P74). En el resto de escalas las puntuaciones fueron insignificantes.

- Escala de Yale para la Evaluación de la Adicción a la Comida (YFAS: Gearhardt, Corbin y Brownell, 2009b): es un instrumento de 25 ítems que incluye categorías de respuestas mixtas (tipo Likert y dicotómicas), con una fiabilidad contrastada en sus diferentes

traducciones, obteniendo en la versión española un alfa de cronbach de 0,82 (Valdés-Moreno, Rodríguez-Márquez, Cervantes-Navarrete, Camarena y Gortari, 2016). El YFAS mide las siete escalas de dependencia derivadas de los siete criterios relacionados con la dependencia a las sustancias de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (Gearhardt, Corbin y Brownell, 2009b), a saber; cantidad y abuso de comida, deseo de consumirla, actividad y tiempo empleado en la comida, abandono de otras actividades por comer, abstinencia y tolerancia ante la ausencia de ciertos alimentos, interferencia y deterioro social, persistencia en consumir a pesar de las consecuencias. Además, también se añaden dos ítems relacionados con la angustia que deriva de comer en exceso y con el deterioro clínicamente significativo. Si estos dos últimos ítems están presentes y se cumplen al menos 3 de los 7 criterios, podemos hablar de adicción a la comida. En nuestro caso, la paciente no solo cumplió con los dos ítems necesarios para el "diagnóstico", sino que además, puntuó positivamente (≥ 3) en cinco de los siete criterios: cantidad y abuso, deseo de consumir, abstinencia, actividad y tiempo empleado, persistencia a pesar de las consecuencias.

-Autorregistro: con el objetivo de conocer mejor la conducta problema, se utilizó un autorregistro (ver anexo) en el que la paciente debía anotar cada día, y a lo largo de la intervención, los siguientes aspectos: hora y lugar donde se daba la conducta problema, pensamientos/emociones previos y posteriores a esta. La paciente fue muy eficiente, ya que, a lo largo de la intervención cumplió con los registros, la cual cosa proporcionó mucha información sobre las características del problema.

-Evaluación antropométrica: para obtener información de las medidas corporales se utilizó una balanza pesa-personas para evaluar el peso corporal y una cinta métrica antropométrica para medir el perímetro de la cintura. El peso corporal en la primera sesión fue de 75 kg y el perímetro de la cintura de 102 cm. También se recogió el Índice de Masa Corporal (IMC) a través de la fórmula de Quetelet; en la que el IMC es igual al peso en kg de

la persona partido por su altura al cuadrado. La altura no se midió, pero fue proporcionada por la paciente. Su IMC en la primera sesión fue de 30,50 lo que indicó que la paciente padecía obesidad tipo I.

El Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo (STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011): esta prueba está diseñada para la evaluación de dos conceptos de ansiedad independientes: la ansiedad como rasgo (A/R, propensión a la ansiedad) y la ansiedad como estado (A/E nivel de ansiedad en el momento). Cada uno de estos conceptos se evalúa con 20 ítems de respuesta tipo Likert y las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. La paciente se situó por debajo del centil 50 en ambos conceptos, lo que nos indica, junto con la información extraída en la entrevista, que la paciente no parece tener problemas de ansiedad.

-Cuestionario Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE: López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996): es un cuestionario que evalúa los diez trastornos de personalidad que se incluyen en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Consta de 77 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso) y los índices de fiabilidad a través del estadístico Kappa oscilan entre 0,70 y 0,96 en sus diferentes escalas. (S) no dio positivo en ninguno de los diez trastorno de personalidad que evalúa el cuestionario, pero sí obtuvo una puntuación limítrofe con el punto de corte en el Trastorno de Dependencia.

Justificación del problema y de la intervención

Recogida buena parte de la información, se dispuso a realizar la formulación clínica del caso. En este punto, fue de suma importancia realizar el diagnóstico diferencial con los trastornos de alimentación, en concreto, para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Para ello, se recurrió a las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales que acompañaban

al problema, quedando de manifiesto que, si bien es cierto que la paciente cumplía con algunos de los criterios de estos trastornos, por ejemplo, la pérdida de control sobre la comida y cierto descontento con su imagen corporal, no se daban los síntomas nucleares de ninguno de ellos, pues no existían conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso, y la ingesta excesiva de alimentos no se ceñía a un corto espacio de tiempo, más bien al contrario, se daba en largos espacios de tiempo y a lo largo del día. A pesar de que hay descontento con la silueta corporal, el relato de (S) no se centra exageradamente en esta.

Todo ello lleva al profesional, -y autor de este trabajo-, a pensar que los fenómenos psicológicos que presentaba (S) podían encajar más con los mecanismos cognitivos y conductuales que se ponen en marcha en una adicción, que no en un trastorno alimentario, y que a su vez, darían explicación al exceso de peso de la paciente. Para su debida comprobación, no solo se tuvo en cuenta los resultados hallados en la escala YFAS, también se tomó como referencia los pensamientos y las conductas que la paciente relataba tener desde hacía más de un año, las cuales fueron revelados durante las sesiones y anotados en los registros que tenía que cumplimentar en casa. La tabla 1 relaciona algunas de estas cogniciones y/o comportamientos con los criterios claves que se pueden dar en una adicción, según la quinta y última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V), cuyo punto de corte para el diagnóstico de una problemática relacionada con una sustancia lo sitúa al cumplir 2 o más criterios, aunque teniendo en cuenta, un nivel de severidad, que está en función del número de criterios que se cumplan, a saber: leve (2-3), moderado (4-5), severo (6 o más). Como se aprecia en la tabla 1, (S) podía llegar a cumplir con más de 6 criterios considerando algunas de las manifestaciones psicológicas evaluadas.

Otra prueba a favor de que el exceso de peso corporal de la paciente podía estar causado más bien por un problema de adicción a la comida que por un trastorno alimentario, la aportó el análisis funcional (figura 1), que se llevó a cabo antes de seleccionar el tratamiento

oportuno. Este puso de manifiesto las variables que habían contribuido a la adquisición y el mantenimiento de la conducta problema. El excesivo consumo de alimentos dulces, al igual, que ocurre en otras conductas de consumo, se explicaba por la interacción de varios factores: características biológicas y de personalidad, condiciones físicas, claves contextuales y reforzadores positivos y negativos (López y Gil Roales-Nieto, 1996).

Tabla 1. Ejemplos de pensamientos y/o conductas que apoyan cada uno de los criterios incluidos en las adicciones por el DSM-V

Criterio	Pensamientos y/o conductas
1. Uso peligroso	Comer una media de 1500 calorías diarias de azúcares rápidos (chocolate, galletas, bollería industrial, saladitos, etc).
2. Problemas sociales/interpersonales	Salir del trabajo para comprar dulces. No quedar para comer con una amiga que estaba a régimen.
3. Incumplimiento de los diferentes roles	No se hallan
4. Síndrome de abstinencia	"Me pongo nerviosa si me faltan algunos alimentos en casa". Irritarse si se le frustra algún antojo alimentario. "Si quiero chocolate y me falta, que nadie me diga nada" .
5. Tolerancia	No se hallan
6. Usa mayor cantidad	Ha ido aumentando el consumo de dulces desde hace dos años atrás hasta la actualidad.
7. Intentos repetidos de dejarlo	No se hallan
8. Mucho más tiempo del que pensaba	Estar en la cama de noche y levantarse a comer dulces. Dedicar tiempo a trocear onzas de chocolate casi diariamente. Dedicar más tiempo del esperado en los postres cuando va al bufet.
9. Problemas físicos/psicológicos	La conducta de comer en exceso dulces persistía a pesar de que en la actualidad le comportaba sentimientos negativos y un exceso de peso que había excedido hasta la obesidad tipo I.
10. Craving	"A menudo imagino alimentos y me recreo en ellos", "estaba en una fiesta de cumpleaños y solo pensaba en que llegara la tarta". "Desear que se vayan los invitados para acabarme los pasteles". Pasar por delante de las panaderías y no poder renunciar a entrar.

A partir del análisis realizado y de las características que definían y daban explicación al problema se optó por determinar los siguientes objetivos terapéuticos:

-Que la paciente tuviera conocimientos específicos del problema, de tal manera que pudiera comprender que factores estaban involucrados en él.

-Lograr una disminución significativa y un consumo controlado de alimentos, en concreto, de los dulces.

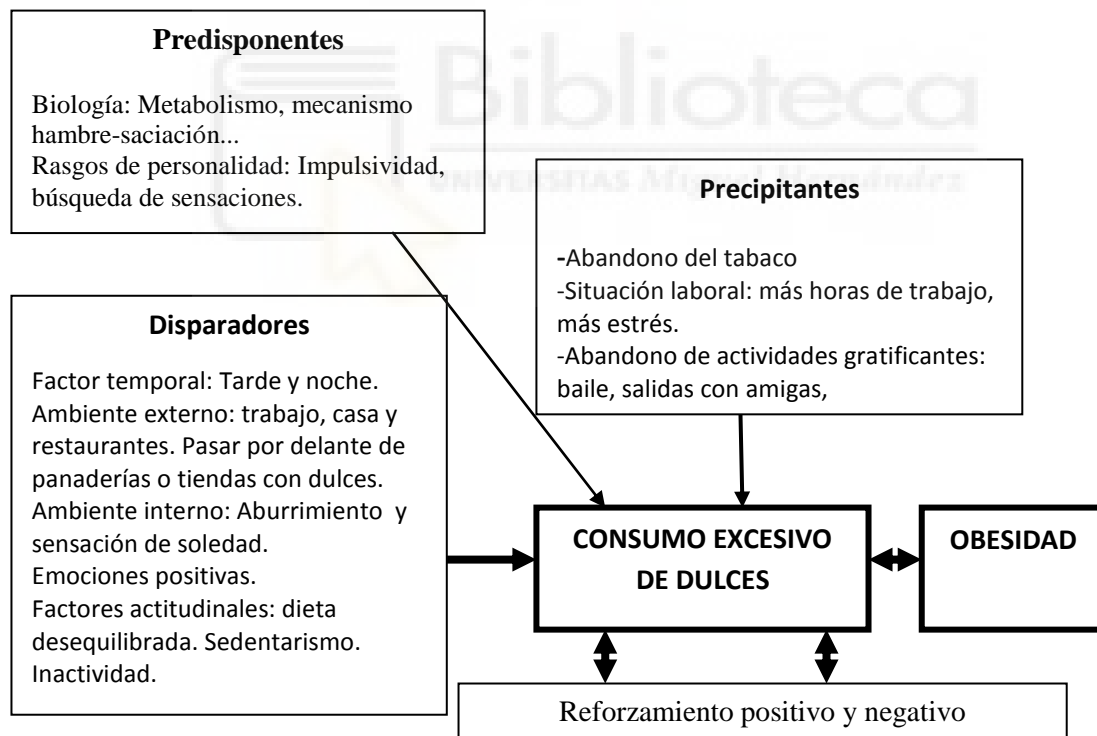
-Aprender a manejar el deseo y los pensamientos y sensaciones relacionados con la abstinencia.

-Aprender estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo.

-Establecer patrones alimentarios y hábitos saludables, así como la instauración de conductas alternativas a la conducta problema.

Establecidos los objetivos, se debía buscar un tratamiento que se ajustara a estos, y que fuera multimodal dado los diferentes factores implicados en la conducta problema.

Figura 1. Análisis funcional



El grosor de las flechas marca el nivel de relación que establecen las diferentes variables con la conducta problema. Cuanto mayor es el grosor de las flechas mayor es su relación.

En la actualidad no disponemos de datos definitivos referentes al tratamiento de elección más eficaz para la AC, si bien las vías de intervención por tratarse de una adicción no

química, -y por tanto, compartir aspectos nucleares con las adicciones tóxicas como: pérdida de control, dependencia y abstinencia-, el tratamiento es similar a los utilizados en las otras adicciones (Alonso-Fernández, 1996; Newlin, 2008), en especial, el utilizado en el juego patológico (Echeburúa et al., 2005). No obstante, una diferencia significativa en relación a la intervención a la AC con respecto otras, es que no se busca la abstinencia total, sino reconducir el consumo de alimentos de una manera razonable y saludable.

Para ello, la vía de intervención se basó en un modelo cognitivo-conductual que, incorporó las siguientes estrategias: *psicoeducación* del problema, *autocontrol* basado en el control de los estímulos a la adicción, la *reestructuración cognitiva* frente a los pensamientos favorecedores de la conducta adictiva, *habilidades de afrontamiento* específicas frente a las situaciones de riesgo y *Prevención de recaídas*. En las siguientes páginas pasamos a explicar de manera más detallada cómo fue la aplicación del tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento se realizó en 10 sesiones de aproximadamente unos 60 minutos. Las dos primeras sesiones se dedicaron principalmente a la evaluación. En la *primera* se llevó a cabo la entrevista en la que se recogieron los datos personales de la paciente, la descripción de la demanda, la historia del problema, las repuestas cognitivas, afectivas y conductuales, así como información de otras áreas (familiar, laboral, relación de la pareja y relaciones sociales, aficiones...) y de otros potenciales problemas. En esta primera sesión también se evaluaron las medidas antropométricas (peso, altura, perímetro cintura e IMC). Antes de que finalizara la sesión, se le entregó y se le explicó a la paciente el autorregistro, además de los siguientes cuestionarios: el EDI-2 y el YFAS para que los cumplimentara en casa y los trajera en la *segunda sesión*. En esta se siguió con la evaluación, en la primera media hora (S) cumplimentó el STAI y el IPDE, mientras que la segunda parte de la sesión se dedicó a comentar el autorregistro (línea base de la conducta problema), explicar los objetivos del

tratamiento y ajustar expectativas. Además de recabar la información necesaria, el objetivo de estas sesiones también fue el de establecer rapport y crear una buena alianza terapéutica. Para ello, se utilizaron técnicas como la escucha activa, preguntas abiertas y cerradas, técnicas no directivas como la paráfrasis, el reflejo y los resúmenes. Una vez creada la sintonía entre paciente y profesional se utilizaron técnicas más directivas y de influencia como el sondeo o la confrontación.

En la *tercera sesión* la psicoeducación fue protagonista, ya que se le presentó el análisis funcional y se explicaron los factores y mantenedores del problema, también las puntuaciones obtenidas en los test y su significado. En este punto, se consideró importante realizar una analogía entre la problemática y el consumo por sustancias. El consumo de dulces se explicó desde la perspectiva adictiva, por lo que se trató el dulce como una droga más, como el tabaco o el alcohol, aportando información sobre los efectos que provocan ciertos azúcares de absorción rápida a nivel cerebral, actitudinal y comportamental. Conceptos como: uso y abuso, deseo, abstinencia, dependencia física y psicológica, reforzamiento positivo y negativo fueron explicados a la paciente. Para ampliar la información se le entregó como biblioterapia el capítulo "el comer nos da placer" del libro: "El cerebro obeso" (Jiménez, 2014). Por otra parte, también se hizo hincapié en los riesgos físicos que conlleva la obesidad puesto que la paciente desatendía las posibles consecuencias que le podría acarrear esta a nivel de salud. Las técnicas utilizadas en la psicoeducación, más allá de la palabra, fueron dibujos realizados in situ por el terapeuta, esquemas realizados a ordenador (como el análisis funcional) y la prestación del libro.

En la *cuarta y quinta sesión* se le enseñó a (S) técnicas de autocontrol para el consumo de dulces con el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de la conducta problema. Para ello, se entrenó a la paciente en la identificación y manipulación de las variables involucradas en el consumo excesivo de dulces, sobre todo, sobre aquellas que precedían a la

conducta. El autorregistro le ayudó a darse cuenta que la conducta problema se acentuaba más en ciertos contextos y estaba facilitada por comportamientos y estados internos previos como: comprar sin planificación, tener dulces en casa y en el trabajo, llevar una dieta desequilibrada en hidratos de carbono complejos, comer en horas desreguladas y en diferentes lugares, aburrimiento, inactividad, etc. A partir de este conocimiento, se aplicó control estimular en el ambiente físico (restricción de dulces en casa y trabajo), fortaleciendo indicios (programando cinco comidas diarias, en horas concretas, comprar de manera planificada y sin hambre) y planificando la configuración física y social (cambiar de restaurantes, no pasar por delante de pastelerías, etc.). En la *quinta sesión*, además, se propuso un programa de actividades para su tiempo libre, que fuera incompatible con la conducta problema. (S) retomó las clases de baile que desde hacía más de un año había abandonado, también empezó a realizar caminatas con unas compañeras del barrio, tres veces a la semana.

En la *sexta sesión*, después de casi dos meses de tratamiento, y tras encontrar reducción tanto en la conducta problema como en el peso, la paciente informó de varios episodios de consumo de dulces como consecuencia de no poder controlar el deseo. Fue en este momento cuando se incorporó la terapia cognitiva con tal de modificar aquellos pensamientos favorecedores del consumo de dulces. En concreto, se trabajó contra el craving y el deseo y los pensamientos «*no soportantis*» que expresaba la paciente. También se tuvieron que tratar los pensamientos «todo o nada» muy característicos en (S). Si por ejemplo, una mañana había consumido dulce, ya daba el objetivo por «perdido», comiendo dulces durante todo el día. Se le ayudó a interpretar de una manera más adaptativa estos acontecimientos, así como, a cuestionar los pensamientos irracionales favorecedores del consumo. Como técnicas se utilizaron el diálogo socrático, la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones para

potenciar la autoeficacia y algunas metáforas para entender mejor la caída como un proceso y no como un fracaso.

Esta línea de intervención se aumentó en las sesiones *séptima, octava y novena*, aplicando algunas de las estrategias incluidas en la Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, Bowen, Chawla, 2010). El objetivo fue aumentar la percepción de eficacia y control sobre el consumo de dulces.

Los obstáculos que hasta ahora había mostrado la paciente eran enfrentarse al deseo, a las situaciones de riesgo e interpretar las caídas o "deslices" como un fracaso que le ensombrecían los resultados positivos alcanzados, y le provocaban sentimientos de indefensión y culpa. En este sentido, se trabajó con las atribuciones y reacciones que la paciente tenía después de transgredir un período de abstinencia y caer en la conducta problema. El Efecto de Violación de la Abstinencia (AVE, Marlatt y Gordon, 1985) sirvió de modelo para hacerle entender la caída a la paciente como un proceso esperado en este tipo de problemáticas, que lejos de desesperarnos, nos debía servir para aprender más sobre la problemática; identificando qué factores contribuyeron a la caída, qué explicación y respuestas cognitivas y afectivas aparecían en ella, para posteriormente realizar las habilidades de afrontamiento más adecuadas. Estas se dividieron en:

-habilidades de afrontamiento centradas en el pensamiento: se le enseñó a (S) a interpretar el deseo o craving de manera distinta a como lo hacía: no juzgándolo, viéndolo como un fenómeno «natural» y pasajero en el tiempo (metáfora de la ola y el surfear).

Con respecto a las "caídas", fue necesario principalmente modificar la atribución causal que hacía de éstas, pasando de un estilo interno de atribución a un estilo en el que se tuvieran en cuenta también factores externos y modificables.

Tabla 3. Descripción del proceso de intervención

Nº sesiones	Objetivos	Contenidos
Sesión 1, 2	<ul style="list-style-type: none"> Recabar información necesaria de la paciente y del problema. Establecer rapport 	Entrevista Entrega y realización de tests Medidas antropométricas Entrenamiento en autorregistro Empatía. Técnicas de entrevista
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión del problema 	Recogida autorregistro Presentación análisis funcional Presentación resultados tests Psicoeducación: paralelismo con drogas. Conceptos básicos Biblioterapia Medida antropométricas
Sesión 4, 5	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la conducta problema 	Recogida autorregistro Control estimular: ambiente físico, fortalecimiento indicios, planificación ambiental y social Programa de actividades alternativas a la conducta problema Medida antropométricas
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> Manejar el deseo y combatir los pensamientos favorecedores del consumo de dulces 	Recogida autorregistro Diálogo socrático Reestructuración cognitiva Autoinstrucciones Medidas antropométricas
Sesión 7, 8, 9	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar eficacia y control frente al deseo y los "deslices" Afrontar situaciones de riesgo Perseverar en la motivación 	Recogida autoregistro Prevención de recaídas Habilidades de afrontamiento centradas en el pensamiento, la conducta y la emoción Estrategias centradas en los resultados positivos.
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la sensación de control Evaluación postratamiento Afirmación de la autoeficacia 	Recordar las estrategias que mejor han funcionado Administración de test y comparativa de registros y evolución del peso corporal Atribución de responsabilidad en los logros obtenidos

-Habilidades de afrontamiento centradas en la emoción y la conducta: se incorporaron nuevas formas de control estimular como tener a mano alimentos saludables e hipocalóricos cuando se deseara el consumo de dulces, aprender a relajarse ante las primeras señales del

deseo, (para ello se utilizó la relajación diafragmática), aprender a aplazar unos minutos el deseo. En cuanto a la emoción también resaltar la interpretación de la culpa como una emoción que, en estos casos, nos enseña a identificar nuestros valores y los objetivos que queremos alcanzar.

Por otra parte, durante estas sesiones también nos centramos en los logros alcanzados hasta entonces, esto es, enfocándonos en aquellas situaciones y momentos en los que la paciente era capaz de controlar el deseo o de pasar tiempo sin consumir dulces. El objetivo de esta estrategia más centrada en lo positivo que en lo negativo, fue el de alentar a la motivación, resaltar los recursos y estrategias que ponía en marcha la paciente e incrementar la sensación de control. A través de preguntas como: ¿cómo crees que lo pudiste conseguir?, ¿cómo te sentiste después de lograr el objetivo?, ¿qué cosas cambiaron ese día? ¿qué cosas aprendiste?... (S) fue tomando más conciencia de su eficacia y de su control.

Por último, *la décima y última sesión*, que transcurrió dos meses después de la anterior, se dedicó a mostrar las mejorías de la paciente y a resaltar las estrategias de afrontamiento que mejor le habían funcionado, reforzando todo el trabajo realizado por la paciente, la cual ya adoptaba una actitud más positiva y de control sobre la problemática. En esta sesión se hizo una evaluación postratamiento -solo en aquellos instrumentos cuya puntuación había sido problemática en la fase pretratamiento- y se mostraron los cambios y las mejorías a la paciente.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un centro psicológico privado ("Institut de Diagnòstic Psicològic" -IDP-) en la ciudad de Tortosa (Tarragona). El centro cumple con todos los requisitos que exige la administración sanitaria a la cual está inscrita, ofreciendo servicio de psiquiatría, psicología y educativo. A estos pueden acceder tanto clientes por vía privada

como clientes de diferentes mutuas médicas, como ocurrió en el caso que nos atiende. Esta última condición requiere un protocolo diferente, teniendo en cuenta que, una mayoría de aseguradoras médicas exigen el consentimiento del médico psiquiatra para que sus clientes puedan beneficiarse de la terapia psicológica. De tal forma que, en este caso, la primera entrevista la realizó el psiquiatra, quien derivó a (S) al psicólogo, -y autor de este trabajo-. La mutua le concedió diez sesiones durante un período máximo de ocho meses desde su consentimiento. Las diez sesiones se consumaron entre los meses de febrero y julio de 2016 a razón de un periodo temporal de una semana y media entre sesión y sesión para el primer mes, y de unos quince días para los siguientes, salvo la última sesión que llegó casi dos meses después de la anterior por motivos personales de la paciente.

Tabla. 4 Distribución del número de sesiones por mes

	1r mes	2º mes	3r mes	4º mes	5º mes	6º mes
Nº sesiones	III	II	II	II	-	I

Las sesiones tuvieron una duración media de 60 minutos, exceptuando la primera sesión que duró aproximadamente 75 minutos. Tomaron una estructura semejante entre ellas, divididas en tres tiempos: inicio, desarrollo y cierre. En el inicio, se recogía las tareas encomendadas para casa (principalmente autorregistro) y se aclaraban dudas y necesidades de la paciente. Durante el desarrollo se aplicaban las estrategias y técnicas de intervención y, en el cierre se hacían resúmenes, se aclaraban dudas y se pactaban las tareas a realizar antes de la siguiente sesión.

En cuanto al proceso de intervención, este se puede dividir en dos partes; una parte más evaluativa efectuada entre la primera y segunda sesión, en las que, entre otros asuntos, se recogió la línea base de la conducta problema, y por otro lado; una parte más centrada en la aplicación del tratamiento compuesta por el resto de sesiones. No obstante, en esta última

parte, también hay una evaluación continuada de la conducta problema y de las medidas antropométricas.

El escenario donde se realizaron las sesiones fue siempre el mismo: un despacho que cumple con las condiciones físicas adecuadas (amplitud, mobiliario, regulación de temperatura, etc.). La relación profesional-paciente fue cordial y cooperativa por parte de ambos, respetando los aspectos proxémicos y asegurando en todo momento la confidencialidad y las garantías éticas. En este sentido, se añadió el consentimiento informado de la paciente a que los datos y los resultados clínicos obtenidos durante la intervención pudieran ser utilizados con fines científicos y/o académicos, garantizando en todo momento; la confidencialidad de los datos personales y; el derecho a la revocación, siempre que la paciente lo quisiera sobre la decisión tomada.

Por último, indicar que el material utilizado en la intervención, además de bolígrafo y papel, fue el siguiente: autoinformes en formato papel, báscula pesa-personas, cinta métrica antropométrica y calculadora.

Tipo de diseño

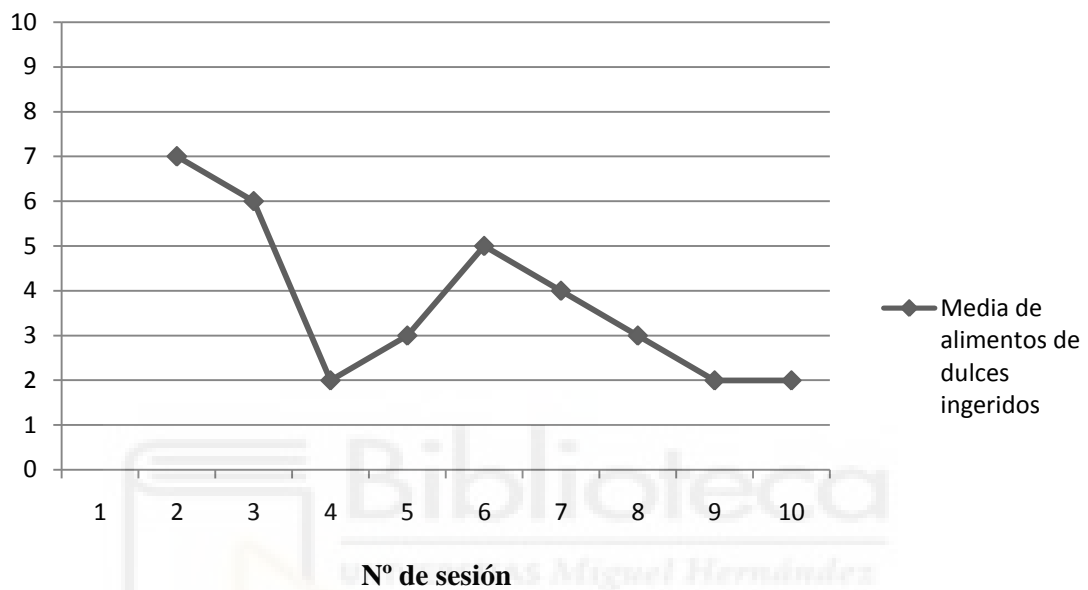
Estudio de caso único (N=1), diseño AB en el que se mide el problema antes y durante la intervención.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta los resultados que se muestran a continuación, podemos afirmar que existen cambios favorables en la conducta problema y otras variables relacionadas a ella, tras los seis meses de tratamiento. En la figura 2 se muestra como el consumo de dulces ha disminuido significativamente, desde antes que se iniciara la aplicación del tratamiento (línea base recogida en la 2.^a sesión) hasta el final de este (10.^a sesión), si bien es cierto que hacia el

ecuador de la intervención la conducta problema reaparece con relativa fuerza, coincidiendo con las caídas y los "deslices" en el consumo de dulces, en las sesiones 7, 8, 9 y 10 la conducta problema tiende de nuevo a mermar.

Figura 2. Representación gráfica de la media de alimentos dulces registrados entre sesiones



Otras variables relacionadas con el problema, y medidas antes y al final del tratamiento también han sufrido cambios, como es el caso de algunas puntuaciones en las escalas de los diferentes autoinformes utilizados, en los que la paciente había obtenido una puntuación por encima de la puntuación de corte. Claro ejemplo de esto, lo muestra la figura 3 que ilustra las puntuaciones obtenidas en el YFAS. Vemos una notable disminución en las cinco de las siete escalas que la paciente había puntuado por encima de la puntuación de corte: cantidad y abuso, deseo, tiempo empleado, abstinencia e interferencia llegando en todas ellas a una puntuación inferior a 3 (punto de corte) tras el tratamiento.

Las puntuaciones del EDI-2, que se exponen en la siguiente figura 4, muestran puntuaciones más equilibradas entre la pre intervención y el final del tratamiento en las diferentes variables estudiadas. No obstante, cabe destacar que en todas aquellas escalas que

se había puntuado alto: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal e impulsividad descienden tras el tratamiento, destacando la bulimia, -rasgo que guarda características parecidas a la AC-, que pasa de un centil de 94 a 74.

Figura 3. Representación gráfica de los resultados del YFAS.

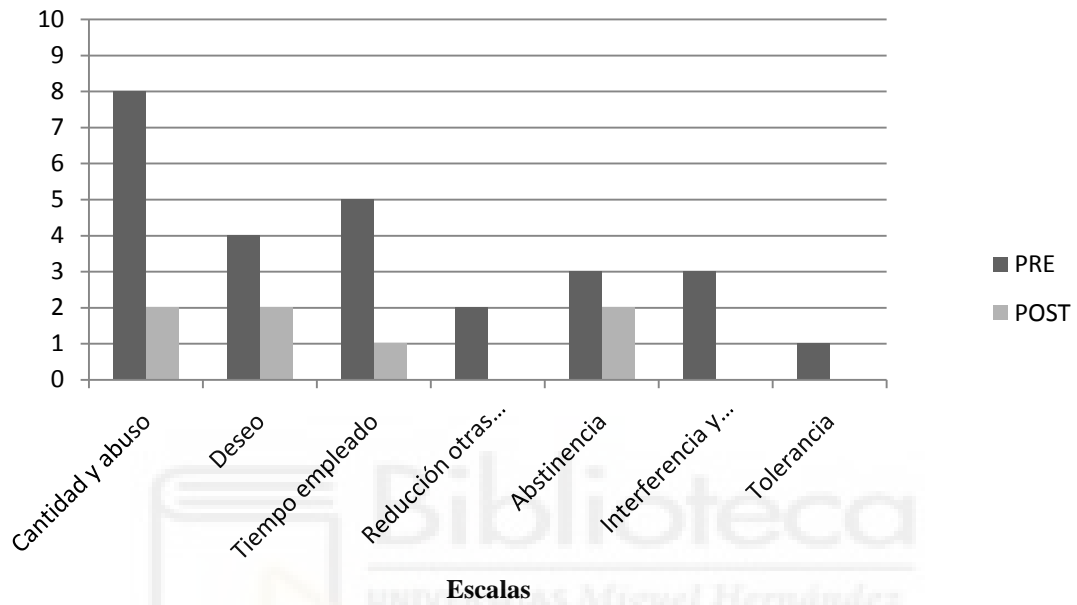
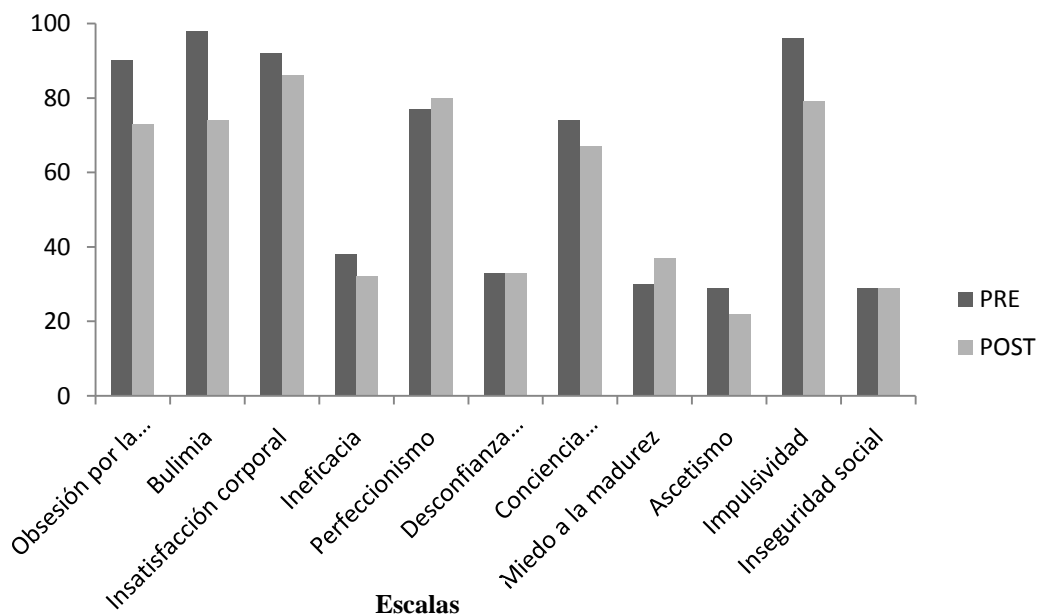
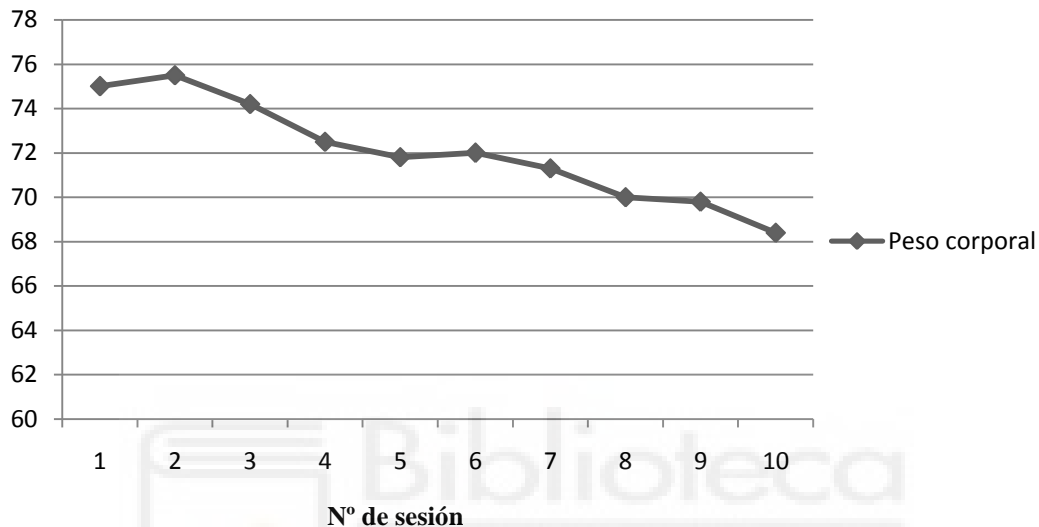


Figura 4. Representación gráfica de los resultados EDI-2



En cuanto al peso corporal, sujeto a la AC, desciende progresivamente a lo largo de la intervención como se puede apreciar en la figura 5, pasando de 75 kg (IMC=30.50) registrado en la primera sesión a 68,4 kg (IMC=27,80) en la última sesión del tratamiento.

Figura 5. Representación gráfica de la evolución del peso corporal



En conclusión, tras 10 sesiones llevadas a cabo durante seis meses, los resultados muestran mejorías tanto en las manifestaciones clínicas relacionadas con la AC como en el peso corporal, que se aleja del rango asociado a la obesidad tipo I para situarse en el del sobrepeso. Estos resultados avalan la eficacia y la utilidad de las estrategias de intervención utilizadas contra la AC, si bien debido al diseño utilizado, la ausencia de seguimiento nos impide afirmar si estos cambios se siguen manteniendo en el tiempo.

DISCUSIÓN

La AC es un constructo que todavía hoy sigue siendo controvertido y aún no ha sido reconocido oficialmente, aunque cada vez más, la investigación pone de manifiesto que, la conducta alimentaria que tienen ciertas personas tendría una sintomatología clínica muy comparable a la que se da en las conductas adictivas, como: el deseo persistente, la pérdida de

control, la interferencia con otras actividades o la abstinencia (Flint et al., 2014; Gearhardt et al., 2009b). En otros estudios, además, no solo se ha demostrado la existencia de un problema de AC en algunas personas, sino que la investigación ha ido más allá, relacionando esta con otros trastornos alimentarios y, especialmente, con índices de masa corporal altos y obesidad (Pedram et al., 2013; Gearhardt, Boswell y White, 2014). De hecho, en esta línea ciertos autores han demostrado que, entre un 15 % y un 25 % de personas con obesidad sufrirían AC (Burmeister, Hinnan, Koball, Hoffmann y Carels, 2013; Davis et al., 2013; Lent et al., 2014). Precisamente, el presente trabajo tenía como objeto de estudio mostrar las características psicológicas y los resultados de un estudio de caso único con obesidad tipo I provocada por AC, que fue intervenida mediante Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), encuadrando el tratamiento en la misma línea que en el de las adicciones.

En general, los resultados señalan la efectividad del tratamiento y confirman la hipótesis que nos planteábamos, a razón de que el peso corporal ha ido disminuyendo a lo largo de la intervención conforme se iban reduciendo las manifestaciones clínicas de la AC, en concreto, el deseo por los dulces y la cantidad ingerida, tal como demuestra el último resultado del YFAS y la evolución del autorregistro. Esto pone de manifiesto lo que otras investigaciones han demostrado, que la adaptación de estrategias y técnicas utilizadas en los trastornos adictivos a los problemas de conducta alimentaria como la obesidad asociada a AC puedan resultar efectivos (Russell-Mayhew, Von Ranson y Masson, 2010; Davis y Carter, 2014). Estos estudios han destacado las siguientes técnicas: la entrevista motivacional, el control de estímulos y las estrategias de afrontamiento contra el deseo y los antojos. En nuestro caso, el control estimular, la planificación de conductas alternativas a la conducta problema y algunas estrategias utilizadas en la prevención de recaídas resultaron efectivas a la hora de lograr los objetivos planteados.

No obstante, la obesidad causada por AC no puede ser comprendida exclusivamente desde el plano psicológico, requiere del estudio de otras disciplinas como la neurobiología o la nutrición, ya que debemos tener en cuenta otros factores, además de los psicológicos, a la hora de explicar la AC. Por ejemplo: la composición de la dieta. Algunos estudios han demostrado que un consumo bajo de carbohidratos complejos parece disparar el deseo por el consumo de dulces (Yang, Zefeng, Frank Hu, 2015), algo que iba en sintonía con nuestro caso. La incorporación de aquellos a la dieta de la paciente, también contribuyó a mitigar el deseo por los dulces.

Las futuras líneas de investigación deberán buscar enfoques más integrales que puedan comprender las manifestaciones clínicas que se dan en la AC, al mismo tiempo que estudiar las diferencias psicológicas y biológicas que se encuentran entre personas que sufren AC y algún problema con la conducta alimentaria, el sobrepeso y la obesidad. Solo así, la AC podría llegar a constituir un trastorno reconocido institucionalmente lo que garantizaría mejores tratamientos en quienes la padecen. Mientras no se da esta circunstancia, investigadores y profesionales sanitarios, debemos atenernos a los conocimientos ya conocidos sobre la problemática, con tal de ofrecer la intervención más efectiva a los pacientes. En esta línea, una aportación positiva de este trabajo es el tipo de caso presentado, ya que existen pocos estudios de caso que relacionen la AC con la obesidad, demostrando la eficacia que pueda tener el modelo de la TCC para las conductas adictivas, si es adaptado a este tipo a las problemáticas relacionadas con la sobreingesta de comida.

Como contrapartida, este trabajo presenta limitaciones que no deben obviarse. La principal es que el tipo de estudio utilizado (AB) no nos permite reafirmar la estabilidad y el mantenimiento de los resultados alcanzados, ya que este tipo de diseño se caracteriza por la ausencia de seguimiento (Cubo Delgado, 2011), por lo que, desconocemos lo que le haya

podido ocurrir a la problemática de la paciente sin el tratamiento, tanto a corto como a largo plazo.

REFERENCIAS

Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.

Ascensión, M. y Gómez, S. (2016). La obesidad, una enfermedad de la infancia y adolescencia. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82, 137-145.

Baile, J.I. y González, M.J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Basterra-Gortari, F.J., Beunza, J.J., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., García-López, M. y Martínez González, M.A. (2011). Tendencia creciente de la obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Revista Española de Cardiología*, 64(5), 424-426. doi: 10.1016/j.recesp.2010.06.010

Benton, D. (2010). The plausibility of sugar addiction and its role in obesity and eating disorders. *Clinical Nutrition*, 29, 288–303.

Burmeister, J.M., Hinman, N., Koball, A., Hoffmann, D.A. y Carels, R.A. (2013). Food addiction in adults seeking weight treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*, 60, 103–110.

Clark, M. y Calleja, K. (2008). Shopping addiction. A preliminary investigation among Maltese university students. *Addiction Research & Theory*, 16, 633-649.

Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.), EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.

- Cubo Delgado, S. (2011). La investigación experimental. En Cubo Delgado, S., Martín, B. y Ramos, J.L (Ed.), *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Davis, C., Loxton, N.J., Levitan, R.D., Kaplan, A.S., Carter, J.C. y Kennedy, J.L. (2013). 'Food addiction' and its association with a dopaminergic multilocus genetic profile. *Physiology & Behavior*, 118, 63-69.
- Davis, C. y Carter, J.C. (2014). If certain foods are addictive, how might this change the treatment of compulsive overeating and obesity? *Current Addiction Reports*, 1, 89-95.
- Deiuliis, J.A. (2016). Micrnas as regulators of metabolic disease: pathophysiologic significance and emerging role as biomarkers and therapeutics. *Internacional Journal of Obesity*, 40, 88-101. doi: 10.1038/ijo.2015.170
- Domingo-Bartolomé, M. y López, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de bioética*, 25 (2), 273-284. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/273.pdf>
- Echeburúa E, Corral P. y Amor PJ. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13, 511-525.
- Echeburúa, E. (2008). *¿Adicciones sin drogas?* 2ª Edición. Bilbao: Editorial Desclée Brouwer.
- Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, E. y Rimm, E. B. (2014). Food addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99, 578-586.
- Foster, G.D., Makris, A.P. y Bailer, B.A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 230-235.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 2*. Madrid: TEA Ediciones.

- Gearhardt, A.N., Corbin, W.R. y Brownell, K.D. (2009a). Food addiction and examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 3, 1–7.
- Gearhardt, A.N., Corbin, W.R. y Brownell, K.D. (2009b). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52, 430–436.
- Gearhardt, A., White, M. y Potenza, M. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Curr Drug Abuse Rev*, 4(3): 201–207.
- Gearhardt, A., Boswell, R.G., White, M.A. (2014). The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15 (3), 427-433.
- Geliebter, A. y Avena, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.
- Hill, J., Catanacci, V. y Wyatt, H.R. (2005). Obesity: overview of an epidemic. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28, 1-23. doi: 10.1016/j.psc.2004.09.010
- Jiménez, L. (2014). El cerebro obeso. Las claves para combatir la obesidad están en el cerebro. Madrid: CreatSpace.
- Kaplan, H.L. y Kaplan, H.S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Leal E., Fernández-Durán, B., Agulleiro, M.J., Conde-Siera, M. Míguez, J.M. y Cerdá-Reverter, J.M. (2013). Effects of dopaminergic system activation on feeding behavior and grow the performance of the sea bass (*Dicentrarchus la-brax*): a self-feeding approach. *Hormones and Behavior*, 64 (1), 113-121. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.05.008.
- Lemeshow, A., Gearhardt, A.N., Genkinger, J.M. y Corbin, William R. (2016). Assessing the psychometric properties of two food addiction scales. *Eating Behaviors*, 23, 110-114.

- Lent, M.R., Eichen, D.M., Goldbacher, E., Wadden, T.A. y Foster, G.D. (2014). Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. *Obesity*, 22, 52–55.
- Leon, G.R. y Roth, L. (1977). Obesity: Psychological causes, correlations, and speculation. *Psychological bulletin*, 84, 117-139.
- López-Ibor, J.J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- López Ríos, F. y Gil Roales- Nieto, J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. En J. Gil Roales- Nieto (Ed.), *Psicología de las adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Marlatt, G.A, Bowen, S. y Chawla, M. (2010). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar*. México: Médica Panamericana.
- Meule, A. (2014). Are certain foods addictive? *Frontiers in Psychiatry*, 5 (38), 1–3.
- Meule, A. y Gearhardt, A. N. (2014). Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Current Addiction Reports*. doi: 10.1007/s40429-014-0021-z
- Ministerio de Salud Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), (2015). *Informe anual del Sistema de Salud Nacional, resumen*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015.pdf
- Moss, M. (2016). *Adictos a la comida*. Barcelona: Ediciones Deusto.

- Newlin, D.B. (2008). Are “physiological” and ”psychological” addiction really different? Well, no!... um, er, yes? *Substance Use & Misuse*, 43, 967-971.
- Nogueiras, R., Romero-Picó, A., Vazquez, M.J, Novelle, M.G, López, M. y Diéguez, C. (2012). The opioid system and food intake: homeostatic and hedonic mechanisms. *Obesity Facts*, 5 (2), 196-207. doi: 10.1159/000338163
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2016). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva nº 31. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Patterson, R., Risby, A. y Chan, M. Y. (2012). Consumption of takeaway and fast food in a deprived inner London Borough: are they associated with childhood obesity? *BMJ Open*, 2, ID e000402.
- Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., et al. (2013). Food addiction: Its prevalence and significant association with obesity in the general population. *Plos One*, 81–6.
- Perry, B. y Wang, I. (2012). Appetite regulation and weight control: the rol of gut hormones. *Nutrition & Diabetes*, 2(1), e26. doi: 10.1038/nutd.2011.21.
- Pinel, J. P. J. (2006). *Biopsicología*. Madrid: Pearson.
- Pull, C.B. (2010). Current Psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 30-36.
- Russel-Mayhew, S., vonRanson, K. M. y Masson, P.C. (2010). How does over eater sanonymous help its members? A qualitative analysis. *European Eating Disorders Review*, 18, 33–42.
- Sánchez Muniz, F.J., (2016). La obesidad: un grave problema de salud pública. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82, 6-26.
- Sánchez, M. e Iruarrizaga, I. (2005). Obesidad e ingesta emocional. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 23, 11-23.

- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26, 129-144.
- Schulte E. M., Avena N.M. y Gearhardt A.N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *Plos One*, 10, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), (2016). *Neurocognición y su influencia en la adicción*. Newsletter n° 8. Recuperado de <http://www.ciberobn.es/media/658948/seedo-n%C2%BA-8.pdf>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushen, R.E. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Valdés-Moreno, M.I., Rodríguez, M., Cervantes., J.J., Camarena, B. y Gortari, P. (2016). Traducción al Español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (YFAS) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud Mental*, 39 (6), 295-302.
- Wadden, T. A., Crerand, C. E. y Brock, J. (2005). Tratamiento Conductual en la obesidad. *Clinicas Psiquiatras de Norteamerica*, 28, 151-170.
- Yang, Q., Zefeng, Z. y Frank Hu, B. (2015). Why Are We Consuming So Much Sugar Despite Knowing Too Much Can Harm Us?—Reply. *Jama Internal Medicine*, 175 (1), 146. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6994
- Young, K.S. (2008). Internet sex addiction risk factors, stages of development and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52 (1), 21-37.
- Ziauddeen, H., Farooqi, I. S. y Fletcher, P. C. (2012). Obesity and the brain: How convincing is the addiction model? *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 279–286.

ANEXO

Modelo del autorregistro utilizado

PREVIAMENTE			POSTERIORMENTE
¿Qué estaba pasando? ¿qué pensamientos se me pasaban por la cabeza? ¿cómo me sentía?	Hora y lugar	Conducta/cantidad	¿Qué pensamientos tuve?, ¿cómo me sentí?

