



Modelo adictivo en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Addictive model in the treatment of eating disorders

Luis Beato Fernández

Profesor Titular de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Ciudad Real

Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real

KEYWORDS

Eating disorders
Addictive model
Emotion regulation
Motivational
interviewing
Transtheoretical model

ABSTRACT

The addictive model applied to Eating Disorders (EDs) suggests that certain dysfunctional eating-related behaviors (restriction, binge eating, purging, compulsive exercise) may operate as “behavioral addictions”, sharing core mechanisms with Substance Use Disorders (SUDs), such as reinforcement, loss of control, and emotion-regulation functions. This perspective integrates common environmental contributors (dysfunctional family dynamics, sociocultural pressure, early trauma, and low self-esteem) and highlights the central role of chronic dysphoria as a trigger and maintaining factor of the compulsive cycle. Longitudinal evidence in adolescent populations indicates that early low self-esteem and general psychopathology predict risk trajectories toward EDs, with gender-related differences in clinical presentation. From a therapeutic standpoint, the model supports the usefulness of addiction-informed strategies, particularly the Transtheoretical Model of Change and Motivational Interviewing, tailoring intervention to the patient’s motivational stage. It also emphasizes that sustained clinical change requires addressing not only symptoms, but also identity, internal dissonance, and self-awareness as core elements of the therapeutic process. Overall, the addictive model provides an integrative and humanistic framework that may enhance understanding and treatment of EDs, especially in patients characterized by emotional dysregulation and impulsivity.

PALABRAS CLAVE

Trastornos alimentarios
Modelo adictivo
Regulación emocional,
Entrevista motivacional
Modelo transteórico

RESUMEN

El modelo adictivo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) plantea que ciertas conductas alimentarias patológicas pueden funcionar como adicciones sin sustancia, al compartir con los trastornos por uso de sustancias (TUS) procesos de refuerzo, compulsión y pérdida de control. Este planteamiento destaca factores comunes en ambos cuadros, como el impacto del entorno familiar y sociocultural, experiencias traumáticas, baja autoestima e insatisfacción cor-



poral, que favorecen estados de disforia y vulnerabilidad emocional. Estudios longitudinales en adolescentes españoles han identificado predictores tempranos de riesgo y trayectorias diferenciales según género, apoyando una visión multicausal del problema. En el plano terapéutico, el modelo justifica el uso de intervenciones procedentes del campo de las adicciones, especialmente el modelo del cambio y la entrevista motivacional, adaptadas al nivel de conciencia y motivación del paciente. Además, subraya la necesidad de abordar la identidad, los valores y la disonancia entre el “yo” deseado y la conducta patológica como motor de cambio auténtico. En conjunto, el modelo adictivo constituye una vía integradora y clínicamente útil para comprender y tratar los TCA, favoreciendo intervenciones personalizadas y centradas en la regulación emocional y la agencia personal.

La presentación actual resume las diferentes investigaciones realizadas a lo largo de los años por nuestro equipo en el ámbito de los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), poniendo especial énfasis en aquellos aspectos compartidos con los trastornos por el uso de sustancias (TUS). Por este motivo, las referencias utilizadas se limitan a aquellas publicaciones en las que hemos sido investigadores principales.

1. FACTORES COMUNES EN AMBOS TRASTORNOS

1.1. El concurso de factores ambientales comunes al consumo de tóxicos y a los TCA

Tanto los trastornos por uso de sustancias (TUS) como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comparten una serie de factores ambientales que inciden en su inicio y perpetuación. Estos pueden incluir dinámicas familiares disfuncionales, la importancia de la aceptación por el grupo de pares en población adolescente, experiencias traumáticas tempranas o carencias afectivas y, específicamente en el caso de los trastornos alimentarios, la exposición a modelos culturales que enfatizan la delgadez como garantía de aceptación social. Estos factores pueden favorecer una predisposición personal marcada por la disforia e insatisfacción personal que podría favorecer la búsqueda de alivio emocional a través de conductas repetitivas que, aunque inicialmente gratificantes, se perpetúan como estilos de afrontamiento y regulación emocional disfuncional.

En ambos casos, el ambiente es una base sobre la que se podrían desarrollar estas conductas patológicas, modeladas por el contexto social y los mecanismos de reforzamiento. Situaciones traumáticas en la infancia, o un nivel excesivo de autoexigencia y perfeccionismo, facilitan el desarrollo de una autoestima baja. La búsqueda de la aprobación del entorno se establece como forma de aliviar estos



sentimientos crónicos de minusvalía. La delgadez se establece como un valor seguro y garantía de aceptación social, lo que llevaría al desarrollo de conductas alimentarias restrictivas y purgativas para prevenir la ganancia de peso como garantía de aprobación e integración grupal. En aquellos individuos que presentan un estado de disforia, malestar crónico y dificultad en la integración grupal, el control alimentario y la búsqueda de delgadez acaban siendo conductas tan gratificantes como lo podrían suponer el consumo de sustancias.

1.2. Su uso como forma de “regulación emocional” (adicción sin sustancia)

Uno de los puntos centrales de la analogía entre TCA y TUS radica en la función que ambas conductas cumplen como mecanismos de regulación emocional. Las adicciones sin sustancia, como ocurre en muchos casos de TCA, implican una conducta —comer, vomitar, restringir, hacer ejercicio compulsivo— que alivia temporalmente un estado interno de malestar. Esta secuencia se refuerza negativamente: en estos sujetos, no se busca el placer sino “distracer” el sufrimiento y su disforia de base. Estas conductas se acaban haciendo necesarias, ya que en sí mismas alivian el malestar crónico que presenta el sujeto anulando otros mecanismos de regulación emocional. Su repetición incrementa la falta de control y desemboca en el inicio del problema. Esta necesidad psicológica, que se impone por encima de la voluntad consciente, es paralela a la dependencia observada en las adicciones clásicas. La conducta deja de estar al servicio del placer para pasar a ser un medio de alivio de estados crónicos displacenteros.

1.3. La validez de un enfoque terapéutico común en ambos trastornos

Dados estos paralelismos, cabe preguntarse si sería válida una estrategia terapéutica unificada para ambos cuadros. La evidencia clínica y empírica indica que muchos pacientes con TCA presentan patrones cognitivos y afectivos similares a los que observamos en los TUS: impulsividad, ambivalencia, alexitimia, baja tolerancia a la frustración, y conductas disfuncionales orientadas a evitar el dolor emocional.

En este sentido, resulta razonable adoptar enfoques integradores, donde técnicas como la entrevista motivacional basada en el modelo transteórico del cambio o las intervenciones centradas en la regulación emocional sean compartidas. Esto no implica equiparar ambos trastornos, sino reconocer la intersección funcional que los une.

2. Factores de riesgo para el desarrollo de TCA en adolescentes

2.1. Estudio longitudinal en adolescentes españoles

En el estudio “*Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents: A Spanish Community-Based Longitudinal Study*” (Beato Fernández et al., 2004), se evaluó a más de mil adolescentes de 12 años (alumnos que iniciaban 2º de ESO) mediante cues-



tionarios autoadministrados sobre psicopatología general, síntomas alimentarios, consumo de sustancias y disfunción familiar. Estas evaluaciones se repitieron pasados 2'5 años, cuando tenían 15 años, lo que permitió observar trayectorias de riesgo a lo largo de 30 meses.

El hallazgo más destacado fue que la baja autoestima a los 12 años constituía el predictor más importante para la insatisfacción corporal a los 15 años, un factor clave en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Este resultado subraya que los TCA son fenómenos multicausales con raíces tempranas, muchas veces anteriores a la aparición formal de los síntomas alimentarios.

2.2. Influencia del género en la expresión clínica del trastorno

En un trabajo posterior utilizando la misma muestra titulado: “*Are there gender-specific pathways from early adolescence general psychopathology towards the development of substance use and abnormal eating behavior?*” (Beato Fernández et al., 2007), analizamos la posible interacción entre psicopatología general y género como variables predictoras para el desarrollo de TCA o TUS en esta población. Los resultados mostraron que una mayor psicopatología general (determinada con el GHQ-28) a los 12 años duplicaba el riesgo de desarrollar un TCA tras dos años de seguimiento en niñas, pero en el caso de los varones, los niveles altos de psicopatología general se asociaban significativamente con el inicio de consumo de sustancias dos años después, aun cuando se controlaba el consumo inicial. Por lo tanto, tanto los TCA como los TUS compartían elementos predisponentes comunes diferenciándose su prevalencia debido al género. Como observación adicional encontramos que aquellos varones que desarrollaban un TCA se diferenciaban de aquellos que iniciaban el consumo de tóxicos en que a diferencia de los que iniciaban el consumo de tóxicos, estos presentaban mayores dificultades en sus relaciones sociales respecto al resto de sus compañeros (Beato-Fernández et al. 2005).

2.3. Factores protectores y de riesgo comunes para TCA y TUS

En un artículo publicado posteriormente titulado: “*Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal*” (Beato Fernández et al., 2005), pudimos detallar aquellos factores de riesgo comunes tanto para TUS como para TCA que se podían resumir en los siguientes:

- Mayor presencia de psicopatología general (síntomas de ansiedad, depresión y somatización);
- Insatisfacción con la imagen corporal
- Conductas de autolesiones
- Consumo precoz de tabaco o alcohol

Además, se confirmaron factores protectores como:

- Sexo femenino (en el caso del consumo de sustancias)
- Buen rendimiento académico
- Funcionamiento familiar adecuado



Estos hallazgos sugieren que los TCA y los TUS no deben considerarse entidades clínicas completamente aisladas, sino como formas distintas de expresión de trayectorias comunes de vulnerabilidad psicológica y social.

3. SU USO COMO FORMA DE REGULACIÓN EMOCIONAL (ADICCIÓN SIN SUSTANCIA)

3.1. Mecanismo psicobiológico del refuerzo

Las conductas alimentarias disfuncionales pueden ser conceptualizadas como adicciones sin sustancia, es decir, comportamientos que activan los mismos circuitos de recompensa que las sustancias adictivas, aunque sin un agente químico externo.

La secuencia habitual se inicia con una conducta que proporciona placer o alivio temporal (refuerzo positivo): comer en exceso, vomitar, restringir la ingesta, hacer ejercicio compulsivo.... Sin embargo, rápidamente esta conducta se transforma en una necesidad que sirve para evitar un malestar emocional más profundo (refuerzo negativo). Es decir, no se busca ya el placer, sino el alivio del sufrimiento.

Este patrón comportamental se basa en un circuito de retroalimentación: cuando la conducta se omite, reaparece la disforia inicial, lo que refuerza el impulso a repetirla. Con el tiempo, el individuo ya no controla el comportamiento: se pierde la capacidad de elegir, apareciendo la compulsión y el sentimiento de dependencia.

Se puede resumir de la siguiente manera:

- Hay un estado de disforia/ansiedad que facilita que se utilice un refuerzo positivo como una forma de aliviar la sensación de malestar.
- Este provoca un alivio momentáneo (refuerzo positivo)
- La desaparición de la recompensa reactiva la vivencia del malestar subyacente lo que favorece la compulsión para buscar la recompensa.
- Pero esta conducta genera culpa y fracaso aumentando la disforia
- Las consecuencias negativas, en vez de disminuir, pueden aumentar la conducta adictiva

El tratamiento debe facilitar identificar el estado previo, así como los factores que lo expliquen estimulando los refuerzos y recursos del paciente que le ayuden a superar su problema y no para que lo reprima.

3.2. Culpabilidad, fracaso y círculo vicioso

El uso de estas conductas como reguladores emocionales se ve agravado por las consecuencias psicológicas negativas que generan: culpabilidad, vergüenza, sensación de fracaso personal. Estas emociones, lejos de disuadir la repetición del comportamiento, tienden a incrementar el malestar emocional, intensificando la necesidad de repetir la conducta como elemento de escape de estas emociones desagradables.

Este círculo vicioso constituye uno de los elementos más característicos del TCA cuando se conceptualiza desde el modelo adictivo. En lugar de buscar la extinción



de la conducta a través de la confrontación directa, el tratamiento debe orientarse a identificar los desencadenantes emocionales y dotar al paciente de estrategias alternativas de afrontamiento.

3.3. Comorbilidad entre TUS y bulimia nerviosa

La literatura ha identificado una alta comorbilidad entre bulimia nerviosa y consumo de sustancias, en particular alcohol. En otro estudio publicado en 2015 (Vaz Leal et al. 2015), analizamos la relación entre variables clínicas y neurobiológicas en pacientes con bulimia encontrando una asociación significativa entre síntomas depresivos, hipercortisolismo y abuso de alcohol, lo que refuerza la idea de una fisiopatología compartida entre ambos trastornos. Estos hallazgos apuntan a un subtipo clínico de pacientes con bulimia nerviosa en los que predomina la desregulación emocional, con impulsividad y conducta de escape afectivo a través de alimentos o sustancias.

3.4. Regulación emocional como nexo clínico

Numerosos estudios han confirmado que la regulación emocional deficiente es uno de los factores nucleares tanto en TCA como en TUS. Por lo tanto, las dificultades en la regulación emocional aumentan el riesgo de iniciar y mantener conductas adictivas y alimentarias disfuncionales en la adolescencia. Estas alteraciones se perpetúan a lo largo de los años, de hecho, los adultos con TUS presentan mayores problemas de regulación emocional que la población general. Como era de esperar, esta desregulación se asocia con peor respuesta al tratamiento y mayor riesgo de recaída, especialmente ante estados afectivos negativos.

La regulación emocional, por tanto, constituye el eje psicopatológico comparado más relevante entre TCA y TUS. Su abordaje específico —a través de terapias centradas en la conciencia emocional, la tolerancia al malestar y la reestructuración cognitiva— debe ocupar un lugar central en cualquier intervención terapéutica eficaz.

4. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

4.1. Aplicación del modelo del cambio en los TCA

El modelo transteórico del cambio, desarrollado por Prochaska y DiClemente, describe una secuencia de estadios por los que pasa una persona en proceso de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. En los TCA, especialmente en la anorexia nerviosa, es frecuente encontrar pacientes en fases tempranas del modelo (precontemplación o contemplación), que no reconocen plenamente el problema o no están motivados para cambiar. En estos casos, estrategias confrontativas suelen ser contraproducentes y tienden a generar mayor resistencia. Por ello, es crucial adaptar la intervención al estadio motivacional del paciente, favoreciendo el avance progresivo hacia etapas de mayor compromiso terapéutico.



4.2. La entrevista motivacional

La Entrevista Motivacional (EM), desarrollada por Miller y Rollnick, es una herramienta terapéutica especialmente eficaz en el tratamiento de los pacientes que sufren un TUS siendo el encuadre terapéutico habitual ya que requiere la implicación activa del sujeto y su colaboración para que el tratamiento sea eficaz. Se basa en una actitud empática y no confrontativa, y tiene como objetivo reducir la ambivalencia del paciente, fomentando la autodeterminación y el compromiso con el cambio. Esta técnica es el encuadre terapéutico habitual de nuestra unidad de tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Beato-Fernandez et al. 2003).

4.3. Desarrollo y validación de instrumentos de evaluación

En base a este modelo hemos podido desarrollar un instrumento de evaluación para medir la motivación al cambio en pacientes con TCA adaptado de instrumentos utilizados habitualmente en la evaluación de pacientes con TUS (Beato-Fernandez et al. 2003). Esta herramienta permite evaluar el estadio motivacional, identificar barreras internas y planificar intervenciones ajustadas al momento del proceso en que se encuentra el paciente.

Así mismo, hemos podido contrastar la utilidad pronóstica de este cuestionario (Rodríguez-Cano et al. 2005) permitiéndonos, en base a la motivación del paciente, estimar la respuesta futura al tratamiento, el riesgo de abandono y la probabilidad de recaída. Un aspecto que merece mención especial es que pudimos demostrar la importancia de la actitud colaboradora del paciente ante el tratamiento como elemento esencial en el pronóstico (Rodríguez Cano et al. 2012). Por último, también hemos desarrollado investigaciones que nos han permitido demostrar otros aspectos transversales, independientemente de la personalidad, que influían también en la motivación al tratamiento y el pronóstico (Beato Fernández et al. 2020a). Estas observaciones son válidas en cualquier programa terapéutico que precisa de la colaboración voluntaria del paciente como serían los problemas por abuso de sustancias.

4.4. Algunas objeciones al modelo del cambio

Una de las críticas más frecuentes al modelo del cambio en adicciones es la creencia de que “las personas solo cambian cuando tocan fondo”. Esta idea —popular pero clínicamente limitada— parte de una visión pasiva del proceso de cambio, como si la transformación fuese resultado inevitable de una crisis extrema. Sin embargo, no todos los pacientes “tocan fondo”, ni es deseable esperar a que lo hagan. El cambio puede surgir también desde la reflexión consciente, la disonancia interna, el deseo de mejorar o el dolor ajeno (escarmiento en cabeza ajena). En este sentido, el rol del profesional es facilitar el “*insight*”, crear un espacio seguro para el cuestionamiento, y acompañar al paciente en su evolución personal, en lugar de esperar un colapso como catalizador.



El concepto de “evolucionar” es más útil clínicamente que el de “cambiar”, ya que permite entender el proceso como un continuum adaptativo partiendo de “aceptar” el problema y la pérdida de control como punto de partida inicial lo que exige aprender a manejar el fracaso y la desesperanza. El sujeto no se transforma por imposición, sino que reorganiza su experiencia interna en función de nuevos significados.

5. IDENTIDAD Y PROCESO EMOCIONAL DE CAMBIO

5.1. ¿Cómo se entiende la enfermedad mental? La dicotomía mente/cuerpo

Una de las principales dificultades en el abordaje psicoterapéutico de los TCA y otros trastornos complejos es la visión reduccionista de la enfermedad mental. Con frecuencia, los profesionales —y también los propios pacientes— oscilan entre dos extremos: por un lado, el modelo biologicista que atribuye los síntomas a alteraciones cerebrales; por otro, el enfoque psicológico que enfatiza los aspectos voluntarios o relacionales.

Esta dicotomía mente/cuerpo tiene implicaciones clínicas. Cuando un trastorno se percibe como “psicológico”, tiende a atribuirse al paciente mayor responsabilidad (y en ocasiones, culpa) por su estado. Por el contrario, si se conceptualiza como una alteración biológica, disminuye la sensación de agencia, lo que puede favorecer la pasividad y el derrotismo terapéutico.

Lo necesario es una visión integradora, que contemple tanto los procesos neurobiológicos como la vivencia subjetiva del paciente, incorporando al “yo” como estructura organizadora del síntoma y del cambio.

5.2. La necesidad de incorporar el “yo”

La identidad es el eje central de la experiencia humana. No se trata simplemente de una categoría psicológica, sino de una estructura emocional y narrativa que confiere sentido a las acciones, relaciones y síntomas del individuo. En este contexto, la autoconciencia —la capacidad de observar y dar significado a los propios procesos mentales y corporales— se convierte en una herramienta terapéutica esencial.

En un trabajo posterior pudimos desarrollar la importancia de los aspectos emocionales asociados al cambio y como este proceso se debe basar en la necesidad de reconocer los propios valores y proyectos personales como elemento de partida en el proceso del cambio (Beato-Fernández et al. 2020b) El elemento esencial que se debe favorecer en el proceso terapéutico para estimular al cambio no sería tanto la necesidad de aumentar el esfuerzo o la fuerza de voluntad, sino más bien que el sujeto pueda experimentar una disonancia entre el concepto de sí mismo y su conducta actual. Es decir, cuando “lo que hago” deja de estar alineado con “quién soy” o “quién quiero ser”. Esa disonancia genera un conflicto interno que puede, si se canaliza adecuadamente, convertirse en motor de transformación.



5.3. Características del “yo”

El “yo” tiene varias propiedades fundamentales:

- Individualidad: permite vernos y entendernos como diferentes de los demás.
- Continuidad: permite reconocernos a lo largo del tiempo independientemente de los cambios físicos o psicológicos que experimentemos.
- Autoconocimiento: permite identificar estados emocionales, pensamientos y deseos como fenómenos que se asientan u ocurren en nosotros y que a pesar de ellos mantenemos nuestra capacidad de decidir o la actitud a tomar sobre ellos.
- Desde esta perspectiva, la psicoterapia debe ayudar al paciente a reconectarse con su identidad, para que pueda observar sus síntomas (cognitivos, emocionales, conductuales, perceptivos, relacionales y somáticos) desde una distancia crítica manteniendo en todo momento su capacidad de elegir.

La tarea terapéutica deja de focalizarse en corregir o eliminar los síntomas que presenta el sujeto, para buscar inicialmente establecer una relación personal con el paciente que sufre esos síntomas facilitándole identificar esa disonancia entre como él “se ve”, a como a él “le gustaría verse”, tomando como referencia sus valores y sus proyectos personales.

5.4. El cambio como consecuencia de la disonancia

El modelo adictivo, aplicado a los TCA, no solo debe centrarse en la regulación emocional, sino también en el trabajo con la identidad del paciente. La clave es detectar y activar las disonancias internas que existen entre el comportamiento patológico y la autoimagen deseada.

Cuando el paciente, por ejemplo, percibe que su conducta patológica le aleja de la persona que quiere ser, se abre una oportunidad de cambio auténtico. Este cambio no es forzado, sino emergente; no se impone desde fuera, sino que se genera desde la coherencia interna.

El terapeuta, desde esta óptica, debe ser ese espejo que ayuda al paciente a verse con nuevos ojos, reconociendo su capacidad para vivir sin necesidad de autodestruirse.

6. CONCLUSIÓN

El modelo adictivo aplicado al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ofrece una perspectiva integradora y clínicamente robusta para comprender su origen, mantenimiento y abordaje terapéutico. Al considerar el TCA como una adicción sin sustancia, se visibilizan los procesos de refuerzo, compulsividad, disonancia emocional y deterioro de la agencia personal que caracterizan tanto a los TCA como a los TUS.

Este modelo no solo permite aprovechar estrategias terapéuticas eficaces provenientes del campo de las adicciones (como la entrevista motivacional o el modelo del cambio), sino que también incorpora de manera central el trabajo con la identidad, la autoconciencia y la regulación emocional.



El reconocimiento de factores comunes —como la psicopatología general, la insatisfacción corporal, las dinámicas familiares y los patrones de afrontamiento desadaptativos— permite una intervención más temprana, más personalizada y menos estigmatizante.

No obstante, sigue siendo necesaria una validación empírica más sistemática del modelo adictivo en TCA, a través de estudios controlados y herramientas diagnósticas específicas. Mientras tanto, constituye una vía prometedora para mejorar la comprensión y el tratamiento de pacientes que, con frecuencia, se sienten atrapados en un ciclo de sufrimiento emocional y pérdida de control.

En última instancia, este enfoque clínico humanista se basa en la idea de que el cambio es posible cuando el sujeto puede verse a sí mismo más allá del síntoma, recuperar la conexión con su identidad, y encontrar —acompañado por el terapeuta— una nueva narrativa vital libre de compulsiones.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano, T.; Belmonte Llarío, A; Martínez Delgado, C; 'Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents: A Spanish Community-Based Longitudinal Study'. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. 13: 287-294. ISSN: 1018-8827. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0407-x>.
2. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano T., Pelayo Delgado, E.; Belmonte Llarío A; 'Are there gender-specific pathways from early adolescence general psychopathology towards the development of substance use and abnormal eating behavior?' *Child Psychiatry & Human Development*. 2007. 37: 193-203. ISSN: 0009-398X. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0029-2>.
3. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano, T; 'Gender Differences Regarding Psychopathological, Family and Social Characteristics in Adolescents with Abnormal Eating Behavior.' *Eating Behavior*. 2005. 6 (4): 337-344. ISSN: 1471-0153. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.02.002>
4. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano T.; Belmonte-Llarío, A.; Pelayo Delgado, E "Factores de riesgo y de protección para el uso de tóxicos en adolescentes. Un estudio longitudinal" *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2005. 33 (6): 352-358. ISSN: 1139-9287. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1088>
5. Vaz-Leal, F; Ramos-Fuentes, M; Rodríguez-Santos, L; Flores-Mateos, I; Franco-Zambrano, A; Rojo-Moreno, L; Beato-Fernández, L. 'Neurobiological and Clinical Variables Associated with Alcohol Abuse in Bulimia Nervosa.' *European Eating Disorders Review*. 23 (2015): 185-192. <https://doi.org/10.1002/erv.2352>
6. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano, T.; 'Entrevista Motivacional y Actitudes ante el Cambio en pacientes con un Trastorno del Comportamiento Alimentario.' *Adicciones*. 2003. Vol. 15. 1: 51-56. ISSN: 0214-4840. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/447/443>
7. Beato Fernández, L; Rodríguez Cano, T.; 'El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas.' *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2003. 31 (3): 111-119. ISSN: 1139-9287. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1022>



8. Rodríguez Cano, T.; Beato Fernández, L; 'Attitudes towards Change and Treatment Outcome in Eating Disorders.' *Eating and Weight Disorders*. 2005. 10 (1): 59-65. ISSN 1124-4909. <https://doi.org/10.1007/bf03353420>
9. Rodríguez Cano, T.; Beato-Fernández, L; Vaz Leal F.J; Rojo Moreno, L; 'Influence of Attitudes towards Change and Self-directness on Dropout in Eating Disorders: a two-year follow-up study.' *European Eating Disorders Review*. 2012 May;20(3):e123-8. ISSN: 1072-4133.<https://doi.org/10.1002/erv.2157>.
10. Beato-Fernandez L, Muñoz-Martinez V, Mata-Saenz B, et al. "Attitudes towards change mediate the effect of dissociation on psychopathological outcome in the treatment of eating disorders." *Eur Eat Disorders Rev*. 2020a; 28(6): 724-738. <https://doi.org/10.1002/erv.2774>
11. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T. "Identidad y proceso emocional de cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario." *Revista de Psicoterapia*, 2020b. 31(105), 17-31. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i105.353>