

## EL MODELO DE ELABORACIÓN DEL SENTIDO EN PERSONAS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS (MESTA): UN ANÁLISIS PRELIMINAR DEL MODELO

José H. Marco<sup>1,5</sup>, Montse Cañabate<sup>2,3</sup>, Sandra Pérez<sup>2</sup>, Verónica Guillén<sup>1,5</sup>, Cristina Botella<sup>4,5</sup> y Rosa Baños<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valencia; <sup>2</sup>Universidad Católica de Valencia; <sup>3</sup>Universidad CEU Cardenal Herrera; <sup>4</sup>Universidad Jaume I; <sup>5</sup>Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CBO6/03) Instituto de Salud Carlos III, Madrid (España)

### Resumen

Según estudios previos el sentido en la vida está asociado negativamente con la psicopatología, el riesgo de suicidio y la inestabilidad emocional en personas con trastornos alimentarios (TA). El objetivo de este estudio fue analizar el papel mediador del sentido de la vida y sus dimensiones en la relación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología del TA y aportar pruebas que apoyen un modelo de elaboración del sentido de los trastornos alimentarios (MESTA). 292 personas diagnosticadas con TA (93,5% mujeres) contestaron el "Test de propósito en la vida" (PIL), el "Test de actitudes hacia la comida" (EAT) y el "Cuestionario multidimensional de relaciones entre el cuerpo y el yo" (MBSRQ-AS). Se realizaron análisis de mediación múltiple. El sentido en la vida medió la asociación entre la insatisfacción corporal y la psicopatología del TA. La dimensión de Satisfacción y sentido tuvo un papel mediador mayor. El sentido en la vida podría ser una variable importante en el mantenimiento de los TA. El MESTA puede ser un modelo útil para la comprensión de la psicopatología de los TA.

**PALABRAS CLAVE:** *sentido en la vida, insatisfacción corporal, dieta, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.*

### Abstract

Studies of people with eating disorders (ED) have indicated that meaning in life is negatively associated with psychopathology, suicide risk, and emotional instability in people with ED. The aim of this study was to analyze the mediating role of meaning in life and its dimensions in the relationship between body dissatisfaction and the symptoms of ED, and to provide evidence that supports the meaning making model of eating disorders (MESTA, in Spanish). 292 Participants diagnosed with ED completed the Purpose in Life Test (PIL), the Eating Attitudes Test (EAT), and the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ-AS). Multiple mediation analyses were performed. Meaning in life was a mediator between body dissatisfaction and ED psychopathology. The dimension of Satisfaction and meaning in life had a greater

mediating role. Meaning in life could be an important variable in the maintenance of ED. The MESTA could be a useful model for understanding the psychopathology of ED.

KEY WORDS: *meaning in life, body dissatisfaction, diet, anorexia nervosa, bulimia nervosa.*

## Introducción

Los trastornos alimentarios (TA) son trastornos mentales graves asociados con una morbilidad y mortalidad significativas, así como con altos costos de salud pública (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011). Con una prevalencia entre el 11 y el 15% de las mujeres (Allen, Byrne, Oddy y Crosby, 2013), estos trastornos están asociados con un importante sentimiento de angustia, deterioro en el funcionamiento social y con alto riesgo de depresión, abuso de sustancias, ansiedad y suicidio (Crow *et al.*, 2009). Aunque disponemos de tratamientos basados en la evidencia para los TA, principalmente la terapia cognitivo conductual (TCC) (Fairburn, 2008; Fairburn *et al.*, 2009; *National Institute for Clinical Excellence*, 2017), los estudios de revisión estiman que las tasas de abandono pueden estar entre el 20% y el 40%, encontrando altas tasas de recaídas (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway y Lohr, 2007; Hay, 2013; Smink, Hoeken y Hoek, 2013) y en estudios longitudinales se ha encontrado que el 20% de los pacientes permanecen crónicamente enfermos (Steinhausen, 2002). Una de las principales dificultades en el tratamiento de los TA es el rechazo y la resistencia al cambio que suelen mostrar estos pacientes. Esto suele ocurrir porque el paciente puede no reconocer el TA como un problema, por lo que la colaboración en el tratamiento se dificulta (Macdonald, Hibbs, Corfield y Treasure, 2012). Estos datos nos sugieren que los tratamientos de los que disponemos actualmente podrían beneficiarse de la inclusión de nuevos componentes de intervención dirigidos a incrementar la motivación y la adherencia a los mismos.

Existe un amplio consenso respecto a que la imagen corporal es una variable central en la etiología de los TA (Stice, 2016; Forrest, Jones, Ortiz y Smith, 2018). Cash (2011) sugirió que el constructo de imagen corporal está formado por dos dimensiones: la evaluación y la implicación. La evaluación se refiere a la satisfacción o insatisfacción que cada uno tiene con su cuerpo globalmente, los juicios y las creencias y juicios sobre él. La implicación se refiere a la importancia que el cuerpo tiene en el autoconcepto, cognitiva, conductual y emocionalmente. Respecto a la evaluación de la apariencia, los sentimientos negativos hacia el cuerpo y la insatisfacción corporal han sido señalados como factores de riesgo primario para el desarrollo de los TA (p. ej., Gordon *et al.*, 2020; Stice, Marti y Durant, 2011; Striegel-Moore y Bulik, 2007). Sin embargo, Stice, South y Shaw (2012) han indicado que existen pocos estudios que analicen los factores mediadores entre la imagen corporal negativa y la psicopatología de los TA, y sugieren que es necesario hacer estudios que también exploren cómo los factores de riesgo interactúan entre ellos. Algunos trabajos en población no clínica han encontrado que el perfeccionismo, la autoestima y la presión sociocultural

moderan la asociación entre la insatisfacción corporal y psicopatología de los TA (Brechan y Kvaem, 2015; Rosewall, Gleaves y Latner, 2020). También se ha visto que la relación entre la insatisfacción corporal y la psicopatología de los TA está mediada por la depresión, el afecto negativo y por la autoestima (Cruz -Sáez, Pascual, Wlodarczyk y Echeburúa 2018; Perpiñá y Borra, 2010). Sin embargo, todos los estudios que acabamos de comentar se han realizado en población no clínica. Así pues, tal y como indica Stice *et al.* (2012) sería necesario analizar las variables que pueden mediar la relación entre la insatisfacción corporal y la psicopatología de los TA en estudios con población clínica. A este respecto, varios estudios han puesto de manifiesto que el sentido en la vida podría ser una variable importante en las personas con TA (p. ej., Marco, Cañabate, Pérez y Llorca, 2017).

El estudio del sentido en la vida (*meaning in life*) como una variable protectora de la psicopatología fue originariamente propuesto por Viktor Frankl (1959). Aunque existen diferentes definiciones del constructo (Martela y Steger, 2016; Wong, 1998) la mayoría comparte que las personas con un nivel alto de sentido en la vida sienten que su vida está organizada hacia un propósito o metas vitales importantes, dentro de un todo coherente y organizado, en el que su aportación a este todo es considerada como su responsabilidad única e ineludible, llevándole a sentir que la vida merece la pena ser vivida a pesar de sus circunstancias. Por el contrario, las personas con bajo sentido en la vida perciben su vida como fragmentada e incoherente. Tienen la sensación de una ausencia de metas vitales, nada les parece valioso en su futuro y perciben que su vida y lo que hacen en ella, carece de importancia.

Existen numerosos estudios llevados a cabo con pacientes sin diagnóstico de TA que han mostrado que la presencia de sentido en la vida está asociada con un mejor ajuste psicológico y mayor bienestar (Glaw, Kable, Hazelton y Inder, 2017), mientras que tener un bajo sentido en la vida está asociado a mayor riesgo de suicidio (p. ej., Costanza, Prelati y Pompili, 2019), más síntomas depresivos (p. ej., Volkert, Schultz, Brütt y Andreas, 2014), mayor psicopatología (p. ej., Schulenberg, Strack y Buchanan, 2011) y mayor inestabilidad emocional (p. ej., Lorca, Pérez, Giner y Marco, 2019; Marco, García-Alandete, Pérez y Botella, 2014). Además, también se ha encontrado que el sentido en la vida es una variable que está asociada positivamente con la edad (p. ej., Steger, Oishi y Kashdan, 2009).

Sin embargo, hasta la fecha, los estudios realizados sobre el posible papel mediador del sentido en la vida en la psicopatología de pacientes con TA son muy escasos. El estudio transversal de Marco *et al.* (2017) ponía de manifiesto que los pacientes con TA tenían niveles más bajos de propósito y sentido en la vida que la población general. Además, también se encontró que el sentido en la vida estaba negativamente relacionado con la preocupación por el sobrepeso y las actitudes negativas hacia la comida. Además, los resultados de ese estudio indicaron que el sentido en la vida estaba negativamente asociado con la inestabilidad emocional y la ideación suicida. Posteriormente, Marco, Cañabate, Llorca y Pérez (2020) realizaron un estudio longitudinal y encontraron que el sentido en la vida era un amortiguador de la relación entre las actitudes y comportamientos disfuncionales hacia la comida, la desesperanza y la ideación suicida. Respecto a la relación entre el sentido en la vida y la satisfacción corporal, los estudios realizados con pacientes

diagnosticados con TA encontraron que el sentido en la vida estaba alta y positivamente relacionado con la satisfacción corporal (Marco *et al.*, 2017). Así pues, todos estos trabajos sugieren que el sentido en la vida podría ser un factor mediador del curso de la psicopatología de los TA.

Marco *et al.* (2020) han propuesto el modelo de elaboración del sentido de los trastornos alimentarios (MESTA) como un marco teórico en el que integrar los resultados encontrados hasta el momento y como marco para futuras hipótesis de investigación. El MESTA se basa en el modelo de elaboración del sentido (*meaning-making model*) que ha sido utilizado fundamentalmente en el campo del trastorno de estrés postraumático y en el duelo (p. ej., Gillies y Neymeyer, 2006; Park, 2010).

El modelo de elaboración del sentido (Park, 2010) diferencia entre sentido global, sentido situacional, procesos de elaboración de sentido y la construcción del sentido. El sentido global estaría formado por la sensación de que mi vida es coherente, comprensible, con un propósito y acciones dirigidas a tareas vitales, y que son de gran importancia para nosotros. Por otra parte, el sentido situacional se refiere al sentido o interpretación inmediata que creamos ante cada nueva situación que es potencialmente angustiante o estresante. En la medida que el sentido situacional es incongruente con el sentido global el sujeto experimentará más o menos sufrimiento. Este sufrimiento causado por la discrepancia impulsará que se pongan en marcha procesos de elaboración de sentido. Es decir, un conjunto de procesos cognitivos, conductuales y emocionales, a través de los cuales las personas intentarán reducir la discrepancia entre el sentido situacional y el sentido global. De esta forma se restauraría un nuevo sentido del mundo, de sí mismos, de sus vidas y, en consecuencia, las personas podrán experimentar una reducción o un incremento en el sentido en la vida. Este proceso, cuando se produce adecuadamente, lleva a las personas a un mejor ajuste ante los estresores, a incrementar el sentido en la vida y su identidad. Sin embargo, si no se produce adecuadamente, puede llevar a incrementar la ansiedad, la depresión y el sufrimiento.

Según el MESTA, los componentes del sentido global en personas con TA serían: a) suposiciones básicas sobre el mundo y creencias personales (p. ej., “la gente delgada es bella”, “no valgo nada”, “necesito tener una buena apariencia para ser aceptad por los demás”), b) objetivos, ideales y metas hacia los cuales estamos dirigidos (p. ej., “llegar a ser Ana o Mia”, “conseguir peso de 50 kg”, “ser la mejor o ser perfecta”, “controlar mi cuerpo”), y c) sentimientos acerca de que mi vida es importante y que tiene un valor inherente, es decir, una vida que merece la pena ser vivida (p. ej., “fuera de la AN mi vida no tiene valor”, “La AN es lo más importante en mi vida”). Así pues, en una persona con TA su sentido global estaría formado por la percepción subjetiva “dentro de la AN, mi vida es coherente, porque controlo mi cuerpo, estoy bajando de peso y tengo mi identidad. Esto es lo más importante para mí” (ver el Apéndice).

El MESTA sugiere que cuando a las personas con alta vulnerabilidad a los TA (p. ej., mujeres con perfeccionismo extremo, inestabilidad emocional, baja autoestima, necesidad de autocontrol y con insatisfacción corporal) se enfrentarían a un suceso angustiante (p. ej., “ante un incremento significativo de peso”) se

crearía un sentido situacional (p. ej., “la gente me rechazará con este cuerpo”). Si el sentido situacional del suceso viola o contradice su sentido global (p. ej., “soy perfecta”, “mi meta es bajar peso”), la persona experimentará angustia y otras emociones negativas y empezará a desarrollar estrategias cognitivas y conductuales para reducir estas discrepancias a través del proceso de elaboración del sentido. Una de estas estrategias podría ser la aparición de un pensamiento intruso o rumiaciones centrado en las emociones y los pensamientos que angustian a la paciente (Scott y Snyder, 2005) (p. ej., “como no soy la más delgada de mis amigas todos me rechazarán, por lo que necesito controlar mi peso y mi comida”; “si no puedo controlar mi atracón, no podré controlar nada en mi vida”; “necesito más control sobre mi cuerpo y mi comida para lograr el éxito en mi vida”). Así pues, una de las funciones que tendrían los síntomas cognitivos y conductuales de los TA sería intentar reducir la discrepancia entre el sentido global y el sentido situacional (Marco *et al.*, 2020). En el inicio del TA, se integraría el sentido situacional en el previamente construido sentido global (proceso de asimilación) (p. ej., ante las emociones negativas por el aumento de peso, la persona decide hacer una dieta restrictiva y se siente más delgada, por lo que interpreta “al hacer dieta perderé peso, no perderé el control del cuerpo por lo que seguiré siendo Ana”, “mi vida tiene sentido en la anorexia”).

El MESTA sugiere que en las personas con un TA los comportamientos y las actitudes hacia la comida son coherentes y congruentes con las metas o valores que orientan sus vidas (p. ej., “tengo que controlar mi cuerpo”, “necesito tener una buena apariencia”, “soy perfecta”, “ser anoréxica”) por lo que pueden proporcionarles una sensación de control a corto plazo porque les permiten controlar sus cuerpos, perder peso. Estos resultados a corto plazo conducen a una mayor autoestima y una sensación de control sobre sus cuerpos y vidas (Brockmeyer *et al.*, 2013, Fairburn, 2008). Por lo tanto, a corto plazo las personas con TA tienen estrategias disfuncionales que les dan un sentido de coherencia, propósito e importancia en sus vidas y les confieren una identidad (Fox y Leung, 2008; Serpell, Treasure, Teasdale y Sullivan, 1999), creando un nuevo sentido situacional coherente con su sentido global (“después de perder peso soy atractiva, controlo mi cuerpo y soy perfecta”). Algunos autores han sugerido que el refuerzo interno a través de la sensación de logro y dominio puede ser muy importante en el mantenimiento del TA, incluso más que el refuerzo social (Garner y Bemis, 1982; Vitousek y Ewald, 1993). Consecuentemente, el MESTA indica, al igual que previamente lo hicieron otros autores (Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud y Holte, 2016), que los síntomas característicos del TA son una forma disfuncional de controlar el cuerpo con el que están insatisfechas, las emociones negativas y los desafíos emocionales que los pacientes han experimentado en un momento dado en sus vidas (Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2008).

Según el MESTA, las personas con TA están orientadas a objetivos y valores vitales disfuncionales, como sería el control de su cuerpo, peso y alimento, y la evitación de las emociones negativas, lo que a largo plazo les impide desarrollar una auténtica sensación de sentido en la vida. Además, el TA les impediría conseguir los objetivos y metas vitales relacionadas con las principales fuentes de sentido en la vida. Varios estudios han analizado cuáles son las fuentes de sentido

en la población general y existe cierto consenso en que estas son: a) tener buenas relaciones familiares (Lambert *et al.*, 2010); b) tener buenas relaciones interpersonales, salud, crecimiento personal (Grounden y José, 2014), amar a alguien o algo, tener una actividad creativa que nos permita construir algo único y creativo y convertir una fuente de sufrimiento en un triunfo personal (Frankl, 2006). En estudios longitudinales se ha encontrado que las personas con TA con larga evolución tienen problemas en las relaciones familiares, falta de relaciones interpersonales adecuadas, enfermedades crónicas o muy mala salud como consecuencia del TA, e incluso pueden tener una discapacidad y estar desempleados (Touyz y Hay, 2015), sentimientos de desesperanza (Robinson, Kukucska, Guidetti y Leavey, 2015), problemas con su identidad (Stein y Corte, 2007) y mala calidad de vida (Tomba, Tecuta, Schumann y Ballardini, 2017). Esto explicaría porque las personas con TA tienen bajo sentido de la vida (Marco *et al.*, 2017).

Según el MESTA, cuando se reduzca la discrepancia entre el sentido situacional y un sentido global centrado en metas y valores adaptativos, se incrementará el sentido de coherencia, propósito e importancia en vida de la persona, incrementando el sentido en la vida y su identidad. Esto se llevaría a cabo modificando el sentido global en función de la construcción de un nuevo sentido situacional (proceso de acomodación) (p. ej., después de subir de peso y con la ayuda de su terapeuta la paciente es capaz de pensar que “ser perfecta y pesar menos de 50 no es una adecuada meta vital”). Este proceso llevará a una reducción las emociones negativas, los pensamientos intrusos y la psicopatología del TA. Por tanto, el sentido en la vida sería un factor moderador (Marco *et al.*, 2020) o mediador de la psicopatología de los TA.

Aunque anteriormente hemos comentado que existen estudios que nos indican que el sentido en la vida es una variable asociada a la psicopatología del TA, hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio en el que se analice el papel mediador del sentido en la vida, entre un factor de riesgo tan importante como la insatisfacción corporal, por una parte, y la psicopatología del TA por otra, tal y como sugiere el MESTA.

Así pues, podemos hipotetizar, que el sentido en la vida será un mediador de la asociación entre la imagen corporal negativa y la psicopatología del TA. Y más concretamente, de las dimensiones que componen el sentido en la vida, podemos hipotetizar que la dimensión de Importancia (Satisfacción y sentido en mi vida) tendrá un papel mediador de mayor peso que la dimensión de Propósito (Metas vitales).

Así pues, los objetivos de este estudio fueron: a) analizar el papel mediador de sentido de la vida en la relación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología del TA; b) analizar el papel mediador de la dimensión de Satisfacción y sentido de la vida en la relación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología del TA; c) analizar el papel mediador de la dimensión de Metas y valores vitales en la relación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología del TA; y d) comprobar que dimensión tiene un mayor porcentaje de varianza explicado en la mediación.

## Método

### Participantes

La muestra está compuesta por 292 participantes diagnosticados con TA procedentes de dos Unidades de Salud Mental Públicas especializadas en TA en diferentes ciudades de España. Los criterios de inclusión fueron: pacientes que cumplieran con los criterios del DSM-5 para un TA (APA, 2013) y estaban en tratamiento. El criterio de exclusión fue la discapacidad intelectual moderada o grave. Los participantes eran blancos europeos. La participación fue voluntaria. Los participantes dieron su consentimiento informado y no recibieron compensación alguna. La aprobación ética para este estudio fue otorgada por el comité de ética. Los participantes fueron reclutados consecutivamente.

Según el sexo, 273 eran mujeres y 19 eran hombres, tenían entre 12 y 60 años ( $M= 24,21$ ;  $DT= 11,01$ ), 77 tenían estudios primarios, 148 estudios secundarios y 67 estudios superiores. Respecto al estado civil, 162 eran solteros, 121 estaban casados o tenía pareja y 9 estaban separados. Respecto a los diagnósticos, 84 cumplían con los criterios de anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 67 de bulimia nerviosa (BN), 32 AN purgativa (ANP), 38 trastorno por atracón (TPA) y 71 trastorno de la alimentación o de la ingestión de alimentos no especificado (TAIANE); 68 presentaban un diagnóstico comórbido de trastorno de la personalidad.

### Instrumentos

- a) "Entrevista clínica estructurada para los trastornos según el DSM-5, versión para el clínico" (*Structured Clinical Interview for DSM5 Disorders - Clinician Version*, SCID-5-CV; First, Williams, Karg y Spitzer, 2016), versión traducida al español *ad hoc*. La SCID-5-CV es una entrevista semiestructurada utilizada para hacer los principales diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013). Aunque no está validada en población española ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en población brasileña ( $Kappa > 0,75$ ) (Osorio et al., 2019).
- b) "Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad según el DSM-5" (*Structured Clinical Interview for Personality Disorders DSM-5*, SCID-5PD; First, Williams, Benjamin y Spitzer, 2015), versión traducida al español *ad hoc*. La SCID-5PD es una entrevista semiestructurada utilizada para hacer el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Aunque no disponemos de propiedades psicométricas de esta versión, la versión anterior, la SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999) ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en ( $Kappa= 0,48-0,98$ ) (Maffei et al., 1997).
- c) "Test de propósito en la vida" (*Purpose in Life Test*, PIL; Crumbaugh y Maholick, 1969), versión de 10 ítems en español de García-Alandete, Rosa y Sellés (2013). Este test tiene como objetivo medir el sentido y propósito en la

- vida. Se trata de una escala tipo Likert, con siete rangos de respuesta relacionados con diferentes aspectos del sentido en la vida, desde el entusiasmo vs. aburrimiento y presencia o ausencia de metas y propósitos en la vida. Las puntuaciones totales van de 10 a 70, las mayores indican mayor sentido/propósito en la vida. El PIL-10 está compuesto por dos subescalas: a) Satisfacción y sentido, que evalúa un factor evaluativo, relacionado con la percepción y valoración general del sentido en la vida y la satisfacción con la vida, la importancia de mi vida mediante ítems como “La vida me parece: Completamente rutinaria/Siempre emocionante”, “Si pudiera elegir: Nunca habría nacido/Tendría otras nueve vidas iguales a estas” o “ Al pensar en mi propia vida: Me pregunto por la razón por la que existo/Siempre encuentro razones por las que vivir; b) Metas vitales y propósito: evalúa un factor motivacional, relacionado con el establecimiento de metas y propósitos vitales concretos, mediante ítems como “En la vida tengo: Ninguna meta o anhelo/Muchas metas y anhelos definidos” o “Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es: Prácticamente nula/Muy grande”. En nuestra muestra mostró propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach de 0,92 para la subescala Satisfacción y sentido y de 0,89 para la subescala Metas vitales.
- d) “Test de actitudes hacia la comida” (*Eating Attitudes Test*, EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979). El EAT-40 evalúa actitudes y comportamientos asociados con los TA. La versión en español tiene 40 ítems organizados en tres subescalas y respondió en una escala Likert de seis puntos: (a) Dieta y preocupación por la comida, esta subescala evalúa pensamientos, creencias y comportamientos característicos de las personas con TA (“siento que la comida controla mi vida”, “me siento aterrorizado de llegar a tener sobrepeso” “ corto mi comida en trozos pequeños”, “hago dieta”; (b): Presión social percibida y malestar con la comida y, que evalúa emociones y pensamientos ante la comida y la presión percibida de que los demás me obligan a comer (“evito comer cuando yo estoy hambriento” “Siento que los otros preferirían que comiera más” y (c) Trastornos psicobiológicos, que evalúa conductas desadaptativas de los TA (“tomo laxantes”, “Vomito después de comer”). El instrumento ofrece buenas propiedades psicométricas y alta fiabilidad en pacientes con AN ( $\alpha= 0,93$ ) y BN ( $\alpha= 0,92$ ) en la versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991). En nuestra muestra mostró una excelente fiabilidad ( $\alpha= 0,90$ ).
- e) “Cuestionario multidimensional de relaciones entre el cuerpo y el yo - Escalas de apariencia” (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales*, MBSRQ-AS; Cash, 2000), versión española de Roncero, Perpiñá, Marco y Sanchez-Reales (2015). El MBSRQ es un cuestionario de 34 ítems agrupados en cinco subescalas (Evaluación de la apariencia, Orientación hacia la apariencia, Satisfacción con las áreas corporales, Preocupación por el sobrepeso y Peso autoclasificado). Los ítems se contestan utilizando una escala Likert de cinco puntos, desde 1= “totalmente en desacuerdo” hasta 5= “totalmente de acuerdo”. Para este estudio utilizamos la escala Evaluación de la apariencia. Esta escala, está compuesta por siete ítems que evalúan las creencias y sentimientos de satisfacción o insatisfacción respecto al atractivo



físico y a la propia apariencia. Puntuaciones elevadas en esta escala reflejan sentimientos positivos y alta satisfacción con la propia apariencia. En nuestra muestra el alfa de Cronbach para hombres y mujeres fue de 0,88.

#### *Procedimiento*

Para realizar la evaluación inicial se contactó a los participantes y se realizó una sesión de evaluación individual en la que se estableció el diagnóstico de los TA y los trastornos de la personalidad utilizando la SCID-5 (First *et al.*, 2015, 2016). Dado que esta entrevista no estaba disponible en español en el momento de hacer la investigación, se realizó una traducción y una retrotraducción de las preguntas para evaluar los TA y los trastornos de la personalidad por parte de dos personas bilingües (inglés-español). La entrevista de evaluación y el diagnóstico fue realizado por un psicólogo clínico, doctor en psicología, con más de 10 años de experiencia en la evaluación de los TA y los trastornos de la personalidad. Posteriormente, los participantes completaron los cuestionarios MBSRQ, PIL y EAT.

#### *Análisis de datos*

Todas las variables cumplieron con los supuestos estadísticos (distribución normal de los datos, relación lineal entre la variable independiente y cada una de las variables dependientes, homocedasticidad de los residuos, etc.). Primero, se calcularon los estadísticos descriptivos para todas las variables. Posteriormente se llevaron a cabo correlaciones de orden cero (coeficiente de Pearson). Finalmente, se realizaron tres análisis de mediación múltiple. En el primero, tomamos la Evaluación de la apariencia (MBSRQ) como variable predictora, el Sentido en la vida (PIL) como la variable mediadora y las actitudes y comportamiento relacionados con los TA (EAT), como variables predichas. En el segundo, la variable mediadora fue la subescala de Satisfacción y sentido. En el tercero, la variable mediadora fue la subescala de Metas vitales y propósito. Todos los análisis se han realizado con la variable edad controlada. Utilizamos el método "Bootstrap" (1000 replicaciones) y calculamos los efectos totales, directos e indirectos obteniendo la varianza explicada ( $R^2$  ajustada) por la mediación. Los cálculos y el modelo de mediación fueron realizados con el programa estadístico JASP (JASP Team, 2019) siguiendo el procedimiento de Baron y Kenny (1986).

## **Resultados**

En la tabla 1 podemos ver las medias y las correlaciones entre las variables estudiadas. El Sentido en la vida (PIL) tuvo una correlación alta y positiva con Evaluación de la apariencia (MBSRQ), y moderada y negativa con la Dieta, la Presión social percibida y malestar ante la comida y los Trastornos psicobiológicos actitudes (EAT). La subescala de Satisfacción y sentido (PIL) tuvo una correlación moderada y positiva con la Evaluación de la apariencia, y moderada y negativa con la Dieta, la Presión social percibida y malestar ante la comida y los Trastornos psicobiológicos actitudes (EAT). Las Metas vitales (PIL) tuvieron una correlación moderada y positiva con la Evaluación de la apariencia, y baja y negativa con la Dieta, la Presión social percibida y malestar ante la comida y los Trastornos

psicobiológicos actitudes (EAT). Por su parte la Evaluación de la apariencia tuvo una correlación fuerte y negativa con la Dieta y moderada con los Trastornos psicobiológicos y baja con la Presión social percibida y malestar ante la comida (EAT). El resto de las correlaciones se pueden ver en la tabla 1.

**Tabla 1**  
Correlaciones entre las variables estudiadas

Variable (instrumento)	<i>M (DT)</i>	2	3	4	5	6	7
1. Sentido en la vida (PIL)	43,98 (12,51)	0,95*	0,89*	0,50*	-0,35*	-0,30*	-0,34*
2. Satisfacción y sentido (PIL)	23,61 (8,08)		0,71*	0,48*	-0,36*	-0,30*	-0,35*
3. Metas vitales y propósito (PIL)	20,25 (5,39)			0,42*	-0,27*	-0,24*	-0,25*
4. Evaluación apariencia (MBSRQ)	2,50 (0,95)				-0,50*	-0,27*	-0,38*
5. Dieta y preocupación (EAT)	26,82 (18,56)					0,72*	0,74*
6. Presión social y malestar (EAT)	7,32 (6,19)						0,49*
7. Trastornos psicobiológicos (EAT)	3,71 (3,10)						

Notas: PIL= Test de propósito en la vida; MBSRQ= Cuestionario multidimensional de relaciones entre el cuerpo y el yo; EAT= Test de actitudes hacia la comida; Dieta y preocupación= Dieta y preocupación por la comida; Presión social y malestar= Presión social percibida y malestar ante la comida. \* $p < 0,01$ .

Como podemos ver en la tabla 2, el Sentido en la vida (PIL), mostró un efecto de mediación múltiple parcial de la asociación entre la Evaluación de la apariencia y la subescala de Dieta (efecto directo  $\beta = -8,60$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -1,14$ ;  $p < 0,05$ ), la subescala de Presión social percibida y malestar con la comida (efecto directo  $\beta = -1,19$ ;  $p < 0,01$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,66$ ;  $p < 0,001$ ) y la subescala de Trastornos psicobiológicos (efecto directo  $\beta = -0,83$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,30$ ;  $p < 0,01$ ) en personas con TA (figura 1).

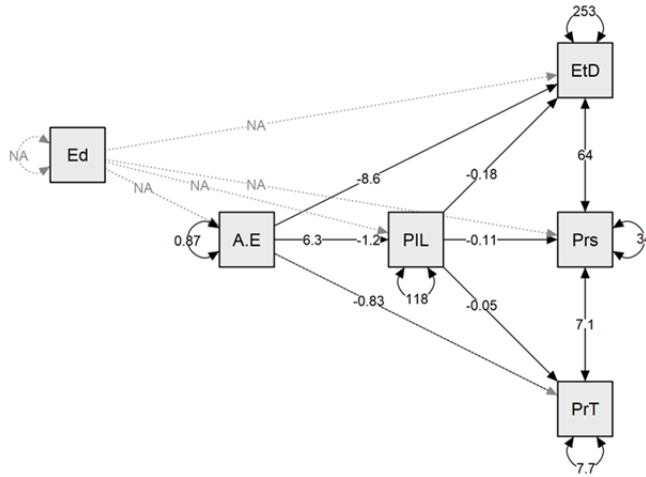
Además, como podemos ver en la tabla 3, la subescala de Satisfacción y sentido (PIL) mostró un efecto de mediación múltiple parcial de la asociación entre la Evaluación de la apariencia y la subescala de Dieta (efecto directo  $\beta = -8,40$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -1,35$ ;  $p < 0,01$ ), la subescala de Presión social percibida y malestar con la comida (Efecto directo  $\beta = -1,17$ ;  $p < 0,01$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,67$ ;  $p < 0,01$ ) y la subescala de Trastornos psicobiológicos (efecto directo  $\beta = -0,77$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,36$ ;  $p < 0,001$ ) en personas con TA (figura 2).

**Tabla 2**  
Modelo de mediación múltiple del sentido en la vida (PIL) entre la evaluación de la apariencia y la psicopatología de los trastornos alimentarios

Variable dependiente	Coeficiente	Error estándar	z	p<	IC 95%		Varianza explicada
					Inferior	Superior	
<b>Dieta y preocupación por la comida</b>							
Efecto total	-9,748	1,014	-9,613	0,001	-11,736	-7,761	
Efecto directo	-8,602	1,1528	-7,478	0,001	-10,860	-6,343	
Efecto indirecto	-1,147	0,562	-2,041	0,05	-2,247	-0,046	27%
<b>Presión social percibida y malestar ante la comida</b>							
Efecto total	-1,862	0,375	-4,971	0,001	-2,597	-1,128	
Efecto directo	-1,198	0,421	-2,845	0,01	-2,024	-0,373	
Efecto indirecto	-0,664	0,213	-3,114	0,01	-1,082	-0,246	11%
<b>Trastornos psicobiológicos</b>							
Efecto total	-1,135	0,178	-6,392	0,001	-1,483	-0,787	
Efecto directo	-0,832	0,199	-4,177	0,001	-1,223	-0,442	
Efecto indirecto	-0,303	0,100	-3,019	0,01	-0,499	-0,106	20%

**Figura 1**

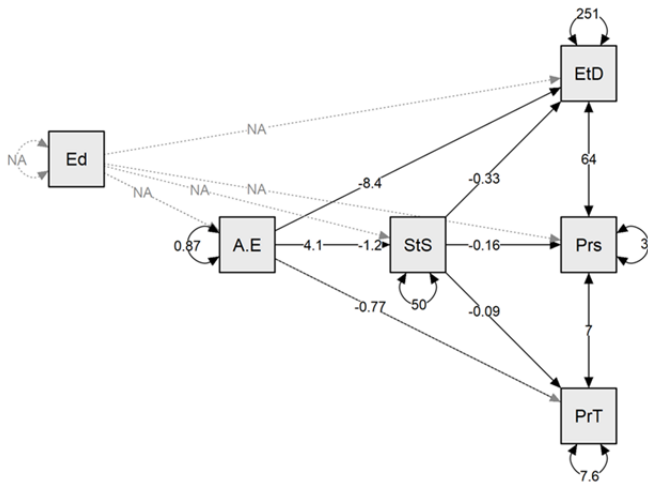
El sentido en la vida media la relación entre la satisfacción corporal y la psicopatología de los trastornos alimentarios



Nota: Ed= edad; AE= Evaluación de la apariencia; PIL= Propósito en la vida; EtD= subescala de Dieta y preocupación por la comida del Test de actitudes hacia la comida (EAT); Prs= Subescala de Presión social percibida y malestar ante la comida del EAT; PrT= subescala de Trastornos psicobiológicos del EAT.

**Figura 2**

La Satisfacción y el sentido en la vida media la relación entre la satisfacción corporal y la psicopatología de los trastornos alimentarios



Nota: Ed= edad; AE= Evaluación de la apariencia; Sts= subescala de Satisfacción y sentido del propósito en la vida; EtD= subescala de Dieta y preocupación por la comida del Test de actitudes hacia la comida (EAT); Prs= subescala de Presión social percibida y malestar ante la comida del EAT; PrT= subescala de Trastornos psicobiológicos del EAT.

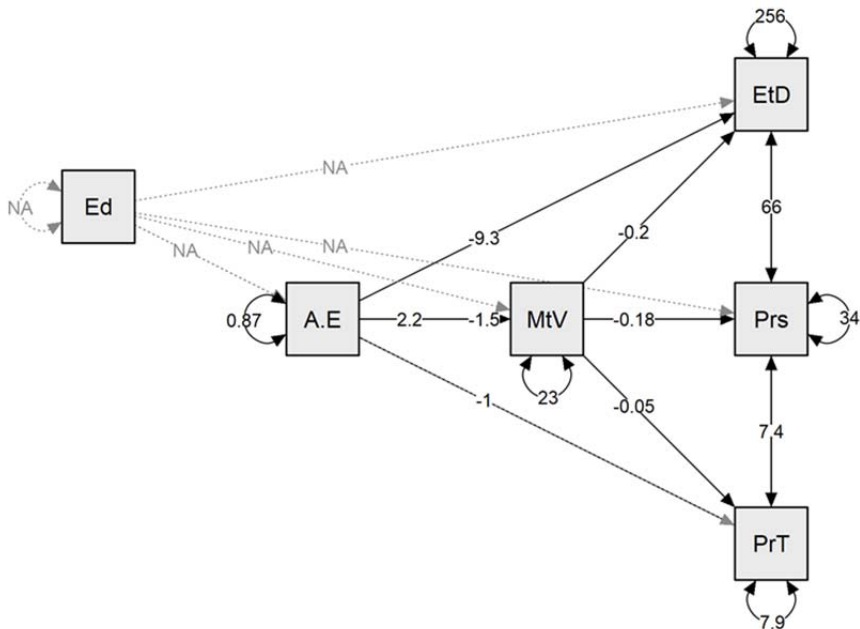
**Tabla 3**  
Modelo de mediación múltiple de la Satisfacción y sentido en la vida entre la evaluación de la apariencia y la psicopatología de los trastornos alimentarios

Variable dependiente	Coeficiente	Error estándar	z	p<	IC 95%		Varianza explicada
					Inferior	Superior	
<b>Dieta y preocupación por la comida</b>							
Efecto total	-9,755	1,012	-9,637	0,001	-11,739	-7,771	
Efecto directo	-8,405	1,149	-7,318	0,001	-10,656	-6,154	
Efecto indirecto	-1,351	0,566	-2,386	0,01	-2,460	-0,241	27%
<b>Presión social percibida y malestar ante la comida</b>							
Efecto total	-1,852	0,375	-4,940	0,001	-2,587	-1,117	
Efecto directo	-1,175	0,422	-2,787	0,01	-2,002	-0,349	
Efecto indirecto	-0,677	0,214	-3,161	0,01	-1,096	-0,257	11%
<b>Trastornos psicobiológicos</b>							
Efecto total	-1,136	0,177	-6,409	0,001	-1,484	-0,789	
Efecto directo	-0,771	0,198	-3,895	0,001	-1,158	-0,383	
Efecto indirecto	-0,366	0,102	-3,580	0,001	-0,566	-0,166	21%

Finalmente, como podemos ver en la tabla 4, la subescala de Metas vitales y propósito (PIL) mostró un efecto de mediación completa de la asociación entre la Evaluación de la apariencia y la subescala de Dieta (efecto directo  $\beta = -9,31$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,44$ ;  $p = 0,33$ ) y la de Trastornos psicobiológicos (Efecto Directo  $\beta = -1,02$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,11$ ;  $p = 0,13$ ). Finalmente, la subescala de Metas vitales y propósito (PIL) mostró un efecto de mediación parcial entre la Evaluación de la apariencia y la subescala de Presión social percibida y malestar con la comida (efecto directo  $\beta = -1,48$ ;  $p < 0,001$ ) (efecto indirecto  $\beta = -0,38$ ;  $p < ,01$ ) (figura 3).

**Figura 3**

Las Metas vitales y el propósito media la relación entre la satisfacción corporal y la psicopatología de los trastornos alimentarios



*Nota:* Ed= edad; AE= evaluación de la apariencia; MtV= subescala de Metas vitales y propósito en la vida; EtD= subescala de Dieta y preocupación por la comida del Test de actitudes hacia la comida (EAT); Prs= subescala de Presión social percibida y malestar ante la comida del EAT; PrT= subescala de Trastornos psicobiológicos del EAT.

**Tabla 4**  
Modelo de mediación múltiple de las Metas vitales entre la evaluación de la apariencia y la psicopatología de los trastornos alimentarios

Variable dependiente	Coeficiente	Error estándar	z	p	IC (95%)		Varianza explicada
					Inferior	Superior	
<b>Dieta y preocupación por la comida</b>							
Efecto total	-9,754	1,014	-9,616	< 0,001	-11,742	-7,766	
Efecto directo	-9,312	1,099	-8,471	< 0,001	-11,466	-7,157	
Efecto indirecto	-0,442	0,427	-1,037	0,300	-1,279	0,394	26%
<b>Presión social percibida y malestar ante la comida</b>							
Efecto total	-1,870	0,375	-4,992	< 0,001	-2,604	-1,136	
Efecto directo	-1,484	0,403	-3,684	< 0,001	-2,274	-0,694	
Efecto indirecto	-0,386	0,164	-2,346	< 0,01	-0,708	-0,036	9%
<b>Trastornos psicobiológicos</b>							
Efecto total	-1,135	0,178	-6,390	< 0,001	-1,483	-0,787	
Efecto directo	-1,024	0,192	-5,340	< 0,001	-1,399	-0,648	
Efecto indirecto	-0,112	0,075	-1,482	< 0,138	-0,259	0,036	16%

## Discusión

Como hemos visto en los resultados del presente estudio, el Sentido en la vida (PIL total), mostró un efecto de mediación múltiple de la asociación entre la Evaluación de la apariencia y las actitudes, creencias y comportamientos característicos de las personas con TA (subescala de Dieta), con el malestar ante la comida (subescala de Presión social percibida y malestar ante la comida) y con los comportamientos disfuncionales característicos de las personas con TA (subescala de Trastornos psicobiológicos).

Cuando analizamos el papel medidor de cada dimensión del sentido en la vida, nuestros resultados nos indican que es la dimensión de Satisfacción y sentido en la vida, la que ha tenido un papel mediador mayor entre la Evaluación de la apariencia y las actitudes y los comportamientos disfuncionales hacia la comida, el cuerpo (con las tres subescalas: Dieta, Presión social percibida y malestar ante la comida, y Trastornos psicobiológicos), teniendo en cuenta que el porcentaje de varianza explicado fue ligeramente mayor en la subescala de Satisfacción y sentido que en la de Metas vitales y propósito.

Así pues, estos resultados nos sugieren que en personas diagnosticadas con TA, la dimensión de Importancia (evaluada por la subescala de Satisfacción y sentido), es decir la dimensión afectiva, que se refiere a la sensación de que uno ha encontrado un sentido único, auténtico y genuino en su vida y que está satisfecho con la vida, se siente importante en la vida, es más importante que la dimensión de Propósito (evaluada por la subescala de Metas vitales y propósito), que se refiere al modo en que la gente experimenta que su vida está orientada y guiada por objetivos y metas vitales. Así pues, en las personas con TA más importante que tener una meta vital que guíe nuestra vida, es importante que estas metas sean importantes, únicas y hagan sentir que nuestra vida merece la pena ser vivida, permitiéndonos construir sentido en nuestra vida (Frankl, 2006).

Nuestros resultados están en la misma línea de los resultados de previos estudios donde se encontró que el sentido de la vida estaba moderada y negativamente relacionado con la preocupación por el sobrepeso y las actitudes negativas hacia la comida (Marco *et al.*, 2017, 2020). Sin embargo, en presente estudio damos un paso más, analizando el papel mediador entre dos variables centrales en la psicopatología de los TA, la imagen corporal (Stice, 2016) y las actitudes, creencias y comportamientos disfuncionales hacia la comida, el peso y el cuerpo (Forrest *et al.*, 2018).

También tenemos que destacar que nuestros resultados indican que el sentido en la vida es una variable positivamente asociada a la imagen corporal, es decir un mayor sentido en la vida se vincula con una mayor satisfacción con el cuerpo. En esta investigación hemos utilizado el componente de satisfacción con el cuerpo, pero en futuras investigación será necesario comprobar si otros componentes de la imagen corporal están también relacionados con el sentido en la vida como son la orientación hacia la apariencia (Cash, 2000) o la implicación emocional hacia el cuerpo (Orbach y Mikulincer, 1998).

Nuestros resultados, desde la perspectiva del MESTA tienen algunas implicaciones clínicas. Por una parte, este modelo nos sugiere, al igual que lo han



sugerido otros autores previamente (p. ej., Fava, 2016; Pike y Olmsted, 2016) que es necesario ampliar el foco del tratamiento más allá de los síntomas conductuales (atracones y vómitos), el aumento de peso y la normalización de la alimentación. Así pues, sugeriríamos añadir o integrar un componente de intervención desde el MESTA, en los tratamientos basados en la evidencia como la TCC para los TA (Fairburn, 2008) en aquellas personas diagnosticadas de un TA que presenten un bajo sentido en la vida. En estos casos, siempre que el estado físico del paciente lo permita (con un IMC normalizado y con la frecuencia de atracones y vómitos moderada), el tratamiento podría orientarse a incrementar el sentido en la vida de las personas, mejorando cada una de las dimensiones del sentido. En primer lugar, incrementar la sensación de Coherencia en su vida, haciendo consciente al paciente del cambio que se ha producido en su sentido global y sentido situacional, antes y después del inicio del TA (recordemos que las conductas y actitudes propias del TA serían una forma de afrontamiento desadaptativa del suceso amenazante al que se tiene que enfrentar el paciente). Hacerle consciente del proceso de Elaboración de sentido que ha sufrido hasta transformar su sentido global en la identidad de la anorexia o bulimia, sería un primer paso. Incrementar la sensación de Coherencia del sentido en su vida, a través de técnicas como, por ejemplo, "El libro de la vida" (Niemeyer, 2000) podría hacerle consciente de la falta de Coherencia en sus metas y valores, y sería el primer paso para reorganizarlas en un todo coherente desde el cual crear una vida que merezca la pena ser vivida. En segundo lugar, orientar la psicoterapia a explorar, comprender las metas, valores y las fuentes de sentido, hacia los que estaba orientada su vida antes del inicio del TA y durante el TA. El objetivo sería hacerle ver que, incluso en este momento, tiene la posibilidad de, libremente, construir una vida que merece la pena ser vivida, orientada hacia metas, valores y fuentes de sentido adaptativos y positivos (p. ej., relaciones interpersonales positivas, calidad de vida, realización de metas orientadas con un sentido global adaptativo). En tercer lugar, orientaríamos la psicoterapia hacia la dimensión de Importancia. Es decir, hacer experimentar al paciente que él vuelve a tener el control y la responsabilidad de alcanzar las metas dentro del objetivo general de construir una vida que mereciera la pena ser vivida, en la que él es la pieza importante, y que su vida es importante. La necesidad de control es una característica central en las personas con TA (Fairburn, 2008). Así pues, ofreciéndoles a las personas con TA la posibilidad de elegir, decidir y orientar sus metas vitales y el propósito de sus vidas hacia las fuentes de sentido compatibles con una vida plena, nos estamos aliando con objetivos concretos que el paciente quiere, con el importante factor motivacional que esto implicaría (Tombs *et al.*, 2017).

Por otra parte, la perspectiva del MESTA puede ser interesante para aquellas pacientes resistentes al tratamiento con una larga historia del TA. Pacientes en las que su vida está orientada totalmente hacia fuentes de sentido disfuncionales, como es el TA y que tiene como consecuencia la depresión, la desesperanza y la baja calidad de vida. En este grupo de pacientes, evaluar el sentido de la vida y llevar a cabo una intervención orientándoles hacia las fuentes adaptativas de sentido, podría resultar motivador. Teniendo en cuenta la alta tasa de abandonos y de recaídas que se han encontrado en los estudios de eficacia de los tratamientos

de los que actualmente disponemos para los TA (Hay, 2013; Smink *et al.*, 2013; Steinhausen, 2002) es fundamental orientar la psicoterapia hacia metas importantes y vitales para las personas con TA, y esta es quizá la principal aportación que el MESTA añadiría a los modelos actuales de los TA.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un diseño transversal, lo cual limita las inferencias causales que se pueden hacer de esta investigación, por lo que es necesario realizar estudios longitudinales para determinar la causalidad entre las variables. En segundo lugar, aunque nuestros resultados sugieren el efecto mediador del sentido en la vida, hemos de subrayar que el porcentaje de varianza explicado es bajo para las subescalas de Presión social percibida y malestar con la comida, y Trastornos psicobiológicos. Estos resultados están en la misma línea que estudios los estudios previos realizados en población no clínica, donde se encontró un porcentaje de varianza bajo en la relación entre el sentido en la vida y la alimentación saludable (Brassai, Piko y Steger, 2015) y los síntomas de TA (Góngora, 2014). Así pues, estos resultados nos sugieren que el poder predictivo del sentido en la vida en la sintomatología alimentaria específica (p. ej., EAT) podría ser menor, que en la sintomatología asociada y no específica del TA como la desesperanza, ideación suicida, y la inestabilidad emocional y conductual donde tendría un papel predictor mayor como se ha encontrado en estudios previos (p. ej., Marco *et al.*, 2020). En tercer lugar, el hecho de que el porcentaje de varianza explicada haya sido bajo pueda ser debido a la presencia de otras variables que moderan esta medicación que no han sido tenidas en cuenta en nuestro estudio (p. ej., la desregulación emocional). Así pues, futuros estudios deberían realizar un estudio de mediación moderada para introducir estas variables tan importantes en la psicopatología de los TA. Cuarto, para medir los variables estudiadas hemos utilizado únicamente cuestionarios de autoinforme. Aunque los instrumentos utilizados han demostrado una fiabilidad alta en nuestra muestra, sería necesario que estas variables hubieran sido confirmadas con entrevistas. Además, este estudio no empleó una selección aleatoria de los pacientes, fueron seleccionados secuencialmente, tal y como llegaban a los centros de salud mental, esto nos reduce la posibilidad de generalización de los resultados. Otra limitación del estudio es que la muestra presenta una variabilidad muy importante en la edad de los participantes. Dado que el sentido en la vida es una variable que está asociada positivamente con la edad, el análisis de mediación múltiple se realizó con la edad controlada. Además, hemos utilizado el PIL que es un instrumento que se ha mostrado con adecuadas características psicométricas en adolescentes españoles (García Alandete, Gallego Hernández de Tejada, Pérez y Marco, 2019). Por último, aunque el MESTA ha dirigido los objetivos, hipótesis y la interpretación de los resultados de nuestro estudio, queremos indicar que hemos de considerarlo como es un estudio preliminar del modelo. Para confirmar la validez del MESTA es necesario la realización análisis estadísticos más complejos (p. ej., ecuaciones estructurales) en futuras investigaciones.

Somos conscientes de que en este trabajo solo proponemos un modelo teórico y que, futuras investigaciones tendrán que comprobar si añadir un componente de terapia centrada en el sentido a la TCC para los TA mejoraría la

eficacia de la TCC. Solo cuando lo confirmemos con estudios de tratamientos controlados y aleatorizados podremos afirmar que este modelo es adecuado para mejorar dichos tratamientos.

Como conclusión podemos indicar que los resultados de este estudio sugieren que el sentido en la vida podría ser considerada como una variable importante en el mantenimiento de la psicopatología de los TA. Los resultados del presente estudio, junto con la literatura previamente comentada, nos sugieren que el MESTA podría ser nuevo marco para mejorar la comprensión de los factores mantenedores de las personas con TA con bajo sentido en la vida.

### Referencias

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H. y Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720-732. doi: 10.1037/a0034004
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed., DSM-5). Arlington, VA: Autor.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Brassai, L., Piko, B. F. y Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: the role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of Health Psychology, 20*(5), 473-482. doi:10.1177/1359105315576604
- Brechan, I. y Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors, 17*, 49-58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. y Friederich, H. C. (2013). The thinner the better: self esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(5), 394-400. doi:10.1002/cpp.1771
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 310-320.
- Cash, T. F. (2000). *MBSRQ Users' Manual* (3ª rev.). Norfolk, VA.: Old Dominion University.
- Cash, T. F. (2011). Cognitive behavioral perspectives on body image. En T. F. Cash y L. Smolak (dirs.), *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (pp. 39-47). Nueva York, NY: Guilford.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment, 7*, 175-190.
- Costanza, A., Prelati, M. y Pompili, M. (2019). The meaning in life in suicidal patients: the presence and the search for constructs a systematic review. *Medicina, 55*, 1-18. doi:10.3390/medicina55080465
- Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker, S., Eckert, E. y Mitchell, J. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1342- 1346. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020247
- Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.

- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Włodarczyk, A. y Echeburúa, E. (2018). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: the mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of Health Psychology*, 25(8), 1098-1108. doi:10.1177/1359105317748734
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York, NY: Guilford.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D., Wales, J. A. y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60 week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608
- Fava, G. A. (2016). Well-being therapy: current indications and emerging perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 136-145. doi:10.1159/000444114
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- First, M. B., Williams, J. B., Benjamin, L. S. y Spitzer, R. L. (2015). *User's guide for the SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. y Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders – Clinician Version (SCID-5-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fox, A. P. y Leung, N. (2009). Existential well being in younger and older people with anorexia nervosa—A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 24-30. doi:10.1002/erv.895
- Forrest, L. N., Jones, P. J., Ortiz, S. N. y Smith, A. R. (2018). Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a network analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 668-679. doi:10.1002/eat.22871
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: from death camp to existentialism* (1ª ed.). Nueva York, NY: Beacon.
- Frankl, V. E. (2006). *The unheard cry for meaning. Psychotherapy and humanism*. Boston, MA: Beacon.
- García Alandete, J., Gallego Hernández de Tejada, B., Pérez Rodríguez, S. y Marco Salvador, J. H. (2019). Meaning in life among adolescents: factorial invariance of the purpose in life test and buffering effect on the relationship between emotional dysregulation and hopelessness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 24-34. doi:10.1002/cpp.2327
- García-Alandete, J., Rosa, E. y Sellés, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-in-Life Test. *Universitas Psychologica*, 12(2), 517-530. doi:10.11144/218
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150. doi:10.1007/bf01183887
- Garner, D.M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 273- 279. doi:10.1017/S0033291700030762
- Gillies, J. y Niemeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65. doi:10.1080/10720530500311182
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M. y Inder, K. (2017). Meaning in life and meaning of life in mental health care: an integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 243-252. doi 10.1080/01612840.2016.1253804

- Gongora, V. (2014). Satisfaction with life, well-being, and meaning in life as protective factors of eating disorder symptoms and body dissatisfaction in adolescents. *Eating Disorders: the Journal of Treatment & Prevention*, 22, 435-449. doi:10.1080/10640266.2014.931765
- Gordon, C. S., Rodgers, R. F., Slater, A. E., McLean, S. A., Jarman, H. K. y Paxton, S. J. (2020). A cluster randomized controlled trial of the some social media literacy body image and wellbeing program for adolescent boys and girls: study protocol. *Body Image*, 33, 27-37. doi:10.1016/j.bodyim.2020.02.003
- Grouden, M. E. y Jose, P. E. (2014). How do sources of meaning in life vary according to demographic factors? *New Zealand Journal of Psychology*, 43(3), 29-38.
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Skårderud, F. y Holte, A. (2017). Four pathways to anorexia nervosa: patients' perspective on the emergence of AN. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(4), 846-858. <https://doi.org/10.1002/cpp.2050>
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. doi:10.1002/eat.22103
- JASP Team. (2019). *JASP (Version 0.11.1)* [Computer software].
- Lambert, N., Stillman, T., Baumeister, R., Fincham, F., Hicks, J. y Graham, S. (2010). Family as a salient source of meaning in young adulthood. *Journal of Positive Psychology*, 5(5), 367-376. doi:10.1080/17439760.2010.516616
- Lorca, F., Pérez, S., Giner, F. y Marco, J. H. (2019). What dimension of meaning in life is the stronger predictor of borderline personality disorder symptom? *Journal of Constructivist Psychology*. doi:10.1080/10720537.2019.1697912
- Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F. y Treasure, J. (2012). The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Research*, 200(1), 1-11. doi:10.1016/j.psychres.2012.05.013
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L. y Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284. doi:10.1521/pedi.1997.11.3.279.
- Marco, J. H., Cañabate, M., Llorca, G. y Pérez, S. (2020). Meaning in life moderates hopelessness, suicide ideation, and borderline psychopathology in participants with eating disorders: a longitudinal study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 27, 146-158. doi:10.1002/cpp.2414
- Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S. y Llorca, G. (2017). Associations among meaning in life, body image, psychopathology, and suicide ideation in Spanish participants with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1768-1781. doi:10.1002/jclp.22481
- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S. y Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 291-303.
- Martela, F. y Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: distinguishing coherence, purpose, and significance. *Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Martín, F. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Martínez, M. y López, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 187-203.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE.

- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of loss: a guide to coping*. Clayton South: centre for grief education.
- Orbach, I. y Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10(4), 415-425. doi:10.1037/1040-3590.10.4.415
- Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. V., Guimaraes, T., Fracon, V. S., Casagrande, A. P., Aguiar-Pizeta, F., Mascarenhas-Souza, R., Faria-Sanches, R., dos-santos, R., Martin-Santos, R. y Crippa, J. A. S. (2019). Clinical utility and inter-rater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(12), 754-760. <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. doi:<https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Perpiñá, C. y Borra, C. (2010). Estima corporal y burlas en mujeres con atracones: desarrollo de una imagen corporal negativa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 91-104.
- Pike, K. M. y Olmsted, M. P. (2016). Cognitive behavioral therapy for severe and enduring anorexia nervosa. En S. Touyz, D. Le Grange, H. Lacey y P. Hay (dirs.), *Managing severe and enduring anorexia nervosa: a clinician's guide* (pp.128-145). Oxford: Routledge.
- Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G. y Leavey, G. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SEED AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 318-326. doi:10.1002/erv.2367
- Roncero, M., Perpiñá, C., Marco, J. H. y Sanchez-Reales, S. (2015). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Body Image*, 14, 47-53. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.005
- Rosewall, J. K., Gleaves, D. H. y Latner, J. D. (2020). Moderators of the relationship between body dissatisfaction and eating pathology in preadolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 40(3), 328-353. doi:10.1177/0272431619837385
- Schulenberg, S. E., Strack, K. M. y Buchanan, E. M. (2011). The Meaning in Life Questionnaire: psychometric properties with individuals with serious mental illness in an inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1210-1219. doi:10.1002/jclp.20841
- Scott T. M. y Snyder C. R. (2005). Getting unstuck: the roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29 (5) 435-458, doi:10.1080/07481180590932544
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. y Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Steger, M. F., Oishi, S. y Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 43-52. doi:10.1080/17439760802303127
- Stein, K. F. y Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 58-69. doi:10.1002/erv.726.

- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 159, 1284-1293. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: evidence from prospective studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 359-381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317
- Stice, C.N. Marti y S. Durant (2011) Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627. doi:10.1016/j.brat.2011.06.009
- Stice, E., South, K. y Shaw, H. (2012). Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 845-855. doi:10.1080/15374416.2012.728156
- Striegel-Moore, R. H. y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181-198.
- Tomba, E, Tecuta, L., Schumann, R. y Ballardini, D. (2017). Does psychological well-being change following treatment? An exploratory study on outpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 61-69. doi 10.1016/j.comppsy.2017.01.001
- Touyz, S. y Hay, P. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *Journal of Eating Disorders*, 3(26). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0065-z>
- Vitousek, K. B. y Ewald, L. S. (1993). Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective. En Z. V. Segal y S. J. Blatt (dirs.), *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. (pp. 221-266). Nueva York, NY: Guilford.
- Volkert, J., Schulz, H., Brütt, A. L. y Andreas, S. (2014). Meaning in life: relationship to clinical diagnosis and psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 528-535. doi:10.1002/jclp.22053
- Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP). En P. T. P. Wong y P. Fry (dirs.), *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 111-140). Mahwah, NJ: Erlbaum.

RECIBIDO: 26 de abril de 2020

ACEPTADO: 28 de agosto de 2020

Apéndice

Modelo de elaboración de sentido en los trastornos alimentarios (MESTA)

