



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: PSIQUIATRÍA

ASOCIACIÓN DEL TEMPERAMENTO Y CARÁCTER CON LA REGULACIÓN  
EMOCIONAL EN PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSA

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS  
MÉDICAS

P R E S E N T A:

GRISELDA GALVAN SANCHEZ

TUTOR:

DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

MIEMBROS DEL COMITÉ:

Dr. Gerhard Heinze Martín /Facultad de Medicina UNAM

Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval/ Instituto Nacional de Neurología y  
Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

Dra. Ingrid Vargas Huicochea /Facultad de Medicina UNAM

Dra. Mónica Flores Ramos/Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO, 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1.	Introducción	1
	Antecedentes	3
	1.1 Trastornos de alimentación	3
	1.1.2 Anorexia nervosa	4
	1.1.3 Bulimia nervosa	5
	1.2 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria	7
	1.2.1 Datos epidemiológicos en México	8
	1.3 Factores de riesgo	9
	1.4 Comorbilidad	10
2.	Marco teórico	11
	2.1 Regulación emocional	11
	2.1.1 Regulación emocional en los trastornos mentales	15
	2.1.2 Regulación emocional en los trastornos de la conducta alimentaria	17
	2.2 Personalidad	21
	2.2.1 Modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger	23
	2.2.2 Rasgos de la personalidad y salud mental	26
	2.2.3 Rasgos de personalidad en paciente con trastornos de la conducta alimentaria	28
	2.2.4 Modelo psicobiológico de Cloninger en TCA	29
	2.2.5 Dimensiones de la personalidad y regulación emocional en TCA	31
	2.2.6 Panorama en México	32
3.	Modelo conceptual	33
4.	Justificación	35
5.	Planteamiento del problema	36
	5.1Pregunta de investigación	37
6.	Objetivos	37
	6.1Objetivo General	37
	6.2Objetivos específicos	37

7.	Hipótesis	38
	7.1 Hipótesis General	38
	7.2 Hipótesis Específicas	38
8	Diseño del estudio	38
	8.1 Tamaño de la muestra	39
	8.2 Criterios de inclusión	40
	8.3 Criterios de exclusión	40
9	Material y métodos	40
	9.1 Variables por estudiar	40
10.	Instrumentos	43
11.	Procedimiento	46
12.	Flujograma	47
13.	Análisis estadístico	47
14.	Consideraciones éticas	48
15.	Recursos materiales y humanos	49
16.	Resultados	50
	16.1 Características demográficas y clínicas de la muestra	51
	16.2 Características de regulación emocional	52
	16.3 Características de personalidad: dimensiones de temperamento y carácter	55
	16.4 Regulación emocional y dimensiones de personalidad	56
	16.5 Comparación de la regulación emocional y la personalidad entre anorexia nervosa y bulimia nervosa	57
	16.6 Modelo de regresión lineal para la regulación emocional en anorexia nervosa y bulimia nervosa	58
17.	Discusión	60
18.	Conclusiones	75
19.	Bibliografía	76

## **AGRADECIMIENTOS:**

*La oportunidad de realizar la Maestría en Ciencia Médicas se debe al apoyo de todos mis maestros, que a lo largo de mi formación me inculcaron el deseo de continuar creciendo, a los que me motivaron a buscar un campo de trabajo que disfrutara como lo son los Trastornos de la Conducta Alimentaria, al Dr. Alejandro Caballero, Claudia, Blanca, Laura, Tere y a todos los residentes, estudiantes y pasantes integrantes de la clínica que ayudaron en el desarrollo de este proyecto, incluyendo a las pacientes que amablemente participan.*

*Un reconocimiento especial a mi tutora por invitarme a iniciar este proyecto y compartir este camino de aprendizaje, por guiarme y apoyarme a lo largo del recorrido.*

*A mis amigos Raúl, Ricardo, Jorge e Ivonne por compartir sus conocimientos conmigo y recordarme que lo más importante no está en los libros, a darme tranquilidad y paciencia en el proceso.*

*Mi gratitud a mi familia, a mis padres por enseñarme que el camino al éxito es largo, a mis hijos Rodri y David por esperarme a terminar mi trabajo para estar con ellos y sobre todo a mi esposo, el amor de mi vida, por su apoyo, comprensión, paciencia, motivación y amor, gracias a ti lo hemos logrado y sin ustedes nada de esto tendría sentido.*

## 1. INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos psiquiátricos complejos que requieren una atención multidisciplinaria. Las principales afectadas son mujeres jóvenes, en quienes se han reportado conductas alimentarias de riesgo entre el 11% al 56%. Las investigaciones previas han sugerido varias características y / o comportamientos como factores de riesgo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), incluyendo antecedentes familiares de trastornos alimentarios, problemas con la autoestima, problemas de peso / apariencia, ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo: perfeccionismo o extroversión), imagen corporal negativa , pobre bienestar emocional y alto estrés (Wollenberg, 2015).

En general, una fuerte evidencia sugiere que los trastornos alimentarios son multifactoriales, con interacciones únicas entre factores personales, ambientales y genéticos. Las dificultades con el funcionamiento emocional y social se han propuesto como un factor importante en el desarrollo y el mantenimiento de los TCA (Schmidt & Treasure, 2006). La literatura en esta área ha sido revisada recientemente. Se han identificado varias dificultades para las personas con TCA:

1. Altos niveles de estilos de apego inseguros y evitativo (Ward et al., 2000).
2. Redes sociales limitadas (Tiller et al., 1997)
3. Altos niveles de sumisión. (Connan et al., 2007),
4. Comparaciones sociales desfavorables (Troop, et al 2003.)

Contribuyendo a la autoevaluación negativa, factor de riesgo predisponente para todas las formas de TCA (Fairburn, 1998). Una extensa literatura sugiere que las alteraciones en la experiencia de las emociones son comunes a la psicopatología del trastorno alimentario. Por ejemplo, se han reportado altas tasas de trastornos de ánimo y ansiedad comórbidos tanto en Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN) (Hudson, et al.,

2007). Los hallazgos de estudios que utilizan medidas dimensionales también sugieren que AN y BN se caracterizan por una elevada emotividad negativa por ejemplo, síntomas depresivos, afecto negativo general, estados afectivos negativos específicos, (Stice, et al., 1996, Waller et al., 2003). Por último, los rasgos de personalidad como el Neuroticismo y / u otros trastornos psiquiátricos asociados con alteraciones en el funcionamiento emocional por ejemplo el trastorno de personalidad límite también son comunes entre individuos con AN y BN (Cassin y von Ranson, 2005).

Si bien se han explorado el funcionamiento emocional en diferentes trastornos psiquiátricos desde la perspectiva de la comorbilidad, la evaluación de la características de personalidad de la población clínica de AN y BN, ofrecen una perspectiva particular del estudio de la regulación emocional, que nos permite considerar variables como la intensidad, la respuesta y los mecanismos regulación así como su relaciones con el desarrollo y mantenimiento de las conductas mal adaptativas en esta población, siendo el objetivo central de este estudio.

## **ANTECEDENTES:**

### **1.1 Trastornos de la conducta alimentaria**

La conducta alimentaria se define como una respuesta secuencial o conductual asociada al acto de comer, manera, modo de comer y patrones rítmicos de la alimentación. Esta conducta es influida por condiciones sociales, emocionales, demográficas y culturales, además de la percepción del individuo, las experiencias previas y el estado nutricional. Entre estos factores el impacto sociocultural sobre la ingesta diaria y el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria ha sido frecuentemente estudiado (Yager et al. 2007).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas importantes que de forma más común ocurren entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes, se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o la conducta relacionada, que resulta en una ingesta o absorción alterada que deteriora significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial. Estas condiciones tienden a ser crónicas y tener recaídas frecuentes ya que se asocian a comorbilidad psiquiátrica importante y secuelas médicas. (American Psychiatric Association, 2002). Algunas características comunes entre los trastornos de la conducta alimentaria consisten en: preocupación con la comida, peso y la figura, pero existen notables diferencias clínicas en la presentación de los diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria (American Psychiatric Association, 2002).

Los trastornos de alimentación son síndromes que se clasifican de acuerdo al cuadro de síntomas que presentan.

Estos trastornos incluyen:

1. Anorexia Nervosa. (AN)
2. Bulimia Nervosa.(BN)
3. Trastornos de la alimentación no especificados.(TANE)



### **1.1.2 Anorexia Nervosa (AN)**

El término anorexia nervosa deriva del griego que significa “pérdida del apetito” y una palabra latina que implica un origen nervioso. La anorexia nervosa es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales. El primero es la inanición auto inducida de una intensidad significativa; el segundo es una búsqueda implacable de delgadez o un miedo mórbido a la obesidad y el tercero es la presencia de signos y síntomas médicos debido a la inanición (American Psychiatric Association, 2002).

La anorexia nervosa suele asociarse a distorsiones de la imagen corporal, la percepción propia de ser de un tamaño preocupadamente grande a pesar de existir una delgadez extrema. La anorexia nervosa se caracteriza como un trastorno en el que las personas se niegan a mantener un peso mínimo normal, sienten gran temor a ganar peso y malinterpretan significativamente su peso y figura. (American Psychiatric Association, 2002). Los criterios diagnósticos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico Revisado (DSM IV-TR) son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igualo por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

**Especificar el tipo:**

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**1.1.3 Bulimia nervosa (BN)**

La bulimia nervosa se define como la presencia de episodios recurrentes de atracones asociados con conductas compensatorias inapropiadas que tienen el objetivo de evitar el aumento de peso. La interrupción social o el malestar físico dan fin al atracón, que a menudo va seguido por sentimientos de culpa, depresión o disgusto por uno mismo. En la bulimia nervosa existe peso normal, sobrepeso u obesidad. Las conductas compensatorias que son usadas con frecuencia para contrarrestar los efectos del atracón pueden ser vómitos auto inducidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayunos, ejercicio intenso o bien cualquier conducta que la persona utilice con la intención de compensar (American Psychiatric Association, 2002).

El DSM IV TR distingue entre dos tipos de bulimia nervosa: purgativa y no purgativa basado principalmente en el empleo de conductas compensatorias. La

forma más frecuente es bulimia nervosa de tipo purgativo, algunos individuos utilizan conductas como el vomito auto inducido hasta en el 80%. (American Psychiatric Association, 2002). Los criterios diagnósticos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico Revisado (DSM IV-TR) son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - 2. Sensación de pérdida de control sobre -la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
  
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

**Especificar tipo:**

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (American Psychiatric Association, 2002).

## **1.2 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria**

La edad de inicio más habitual del trastorno se sitúa en la mitad de la adolescencia. Se ha reportado que en el 5% de los pacientes con Anorexia Nervosa, el trastorno se inicia al principio de la segunda década. Según el DSM IV-TR la edad de inicio más habitual tiene lugar entre los 14 y 18 años existiendo dos picos a lo largo de la vida, el primero entre los 13-14 años y el segundo entre los 17-18 años. Se estima que la anorexia nervosa puede presentarse en alrededor de 0.51% de las chicas adolescentes con una prevalencia a lo largo de la vida del 0.9% hasta 1.2 % según diversos estudios en EU y Escandinavia respectivamente. Se reporta mayor frecuencia en mujeres comparándose con los hombres 10:1. Parece ser más habitual en los países desarrollados y puede observarse en mujeres jóvenes con profesiones que exigen delgadez como son la moda o la danza. (Hoek, 2002; Strober, 2004; American Psychiatric Association, 2002).

La bulimia nervosa tiene una mayor prevalencia que la anorexia nervosa, pues las estadísticas apuntan entre un 2 a 4% en las mujeres jóvenes. La bulimia nervosa es significativamente más frecuente en mujeres que en los hombres (10:1) y la edad de inicio oscila en etapas más avanzadas de la adolescencia tardía o en la adultez temprana a diferencia de la anorexia nervosa. El inicio puede producirse incluso en las primeras etapas de la vida adulta. Algunos datos muestran la prevalencia a lo largo de la vida con 1.5% para mujeres y 0.5% para hombres (American Psychiatric Association, 2002).

### 1.2.1 Datos epidemiológicos en México

Los datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas reportó una prevalencia en la población general de 18 a 65 años de edad, 1.8 en mujeres y 0.6 en hombres para BN alguna vez en la vida (Tabla1).

Una prevalencia en mujeres de 0.8% en el último año y de 0.5% en el último mes. En el caso de Anorexia Nervosa (AN) no se reportaron casos (Medina Mora, et al. 2007).

**Tabla.1 Prevalencia de TCA Nacional en población general de 18 -65 años**

	<b>AN</b>	<b>BN</b>
<b>Mujeres</b>	<b>0</b>	<b>1.8</b>
<b>Hombres</b>	<b>0</b>	<b>0.6</b>

En un estudio realizado por Benjet, et al en 2012, en la ciudad de México D.F. y área conurbada, se entrevistaron 3005 adolescentes con una tasa de repuesta del 71% y se reportó una prevalencia de alguna vez a lo largo de la vida para anorexia nervosa del 0.5%, bulimia nervosa 1% y para la presencia de atracones 1.4% como se observa en la Tabla 2.

Entre el 83 al 100% reportaron discapacidad, todos aquellos con anorexia nervosa y la mitad de bulimia nervosa y jóvenes con atracones la reportaron discapacidad grave. Sin embargo ni una cuarta parte de la ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan (Benjet, et al. 2015). El 57% pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; el 40% presenta una curación total, mientras que el 3% de los adolescentes fallecen. (Benjet, et al. 2015).

**Tabla 2. Prevalencia de TCA en adolescentes de la CD. DE México**

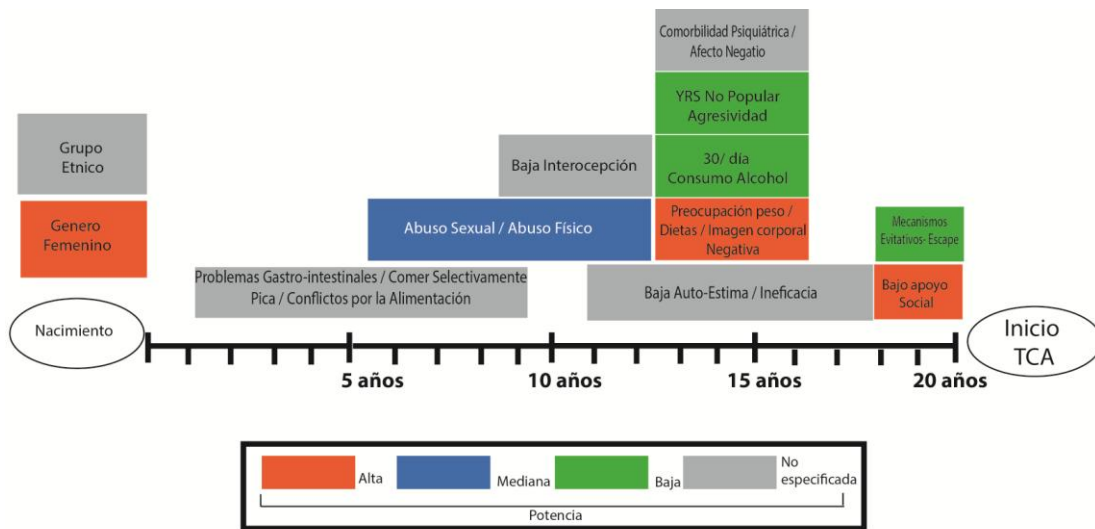
	<b>AN</b>	<b>BN</b>
Mujeres	0.2	0.9
Hombres	0.1	0.4

### **1.3 Factores de riesgo**

La preocupación por el peso y la figura corporal han mostrado ser los factores de riesgo más específicos para el desarrollo de trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, encontrando en varios estudios que las mujeres que se encuentran en secundaria y preparatoria intentan bajar de peso haciendo dietas restrictivas, comiendo menor cantidad, realizando ayunos prolongados, saltándose comidas o vomitando entre otras conductas (Stice, 2002).

La pulsión por la delgadez (el deseo de ser delgado a través de todas las actividades) y la insatisfacción corporal medidas por el EDI (Eating Disorder Inventory) han demostrado ir aumentando hacia finales de la preparatoria e inicios de los estudios de licenciatura, por lo que parece de suma importancia encontrar los eventos y actitudes que se desarrollan en este período de tiempo relacionados con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Bulik, 2006).

Fue Jacobi y colaboradores quien describió de forma didáctica los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos de alimentación, a través de un estudio longitudinal. Midiendo el factor de potencia y especificidad relacionado al inicio del trastorno de alimentación en general, anorexia nervosa y bulimia nervosa respectivamente como se muestra en la Figura 1 (Jacobi, 2010).



Factores de riesgo emergentes para trastornos de alimentación en estudios Longitudinales.  
YRS = Youth Self Report Inventory.

**Figura 1. Factores de riesgo para Trastornos de la conducta alimentaria (Jacobi, 2010).**

### 1.4 Comorbilidad

Las investigaciones sugieren que los individuos con trastornos de la conducta alimentaria frecuentemente tienen otros trastornos psiquiátricos o de la personalidad. La mayoría de los estudios ha reportado una alta prevalencia a lo largo de la vida en adultos con trastornos de la conducta alimentaria el rango es de 80% - 97% (Brewerton, et al. 1995 y Braun, et al. 1994). Los hallazgos sugieren que los trastornos depresivos son los más frecuentemente diagnosticados entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria aunque se reportan altos rangos de trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Zaider, et al. 1999). En cuanto a la frecuencia de trastornos de la personalidad en adultos con TCA se reporta un rango de 27% – 69% (Herzog, et al. 1999).

En un estudio realizado por Jordan 2008 en donde se buscó comorbilidades específicas y no específicas para anorexia nervosa y bulimia nervosa se reportó

que la anorexia nervosa se asocia a depresión en el 63% de los casos, a fobia social en el 34 % de los casos, a trastorno obsesivo compulsivo en el 21 % de los casos y abuso de cualquier sustancia en un 34%. En cuanto a bulimia nervosa se asocia a depresión en el 51% de los casos, a fobia social en el 30 % de los casos, a trastorno obsesivo compulsivo en el 3% de los casos y abuso de cualquier sustancia en un 49%. (Yager, et al. 2007).

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 Regulación emocional.**

Las emociones son determinantes cruciales de nuestro funcionamiento diario, diversos investigadores desde diferentes perspectivas han observado que el mejor manejo de las emociones se relaciona con un óptimo funcionamiento. La regulación emocional tradicionalmente se ha enfocado en como una persona maneja de forma efectiva sus emociones. (Peña–Sarrionandia, et al. 2015).

*Definición: “La regulación emocional es el control en la experiencia y expresión emocional, especialmente el control de la expresión emocional ante eventos negativos y la reducción en la respuesta excitatoria. La regulación emocional no es igual al control, algunos investigadores han sugerido que una regulación emocional adaptativa incluye monitoreo y evaluación de la experiencia emocional, además de poderla modificar y marcar la importancia de la conciencia y el entendimiento de las emociones” (Gross, 1998).*

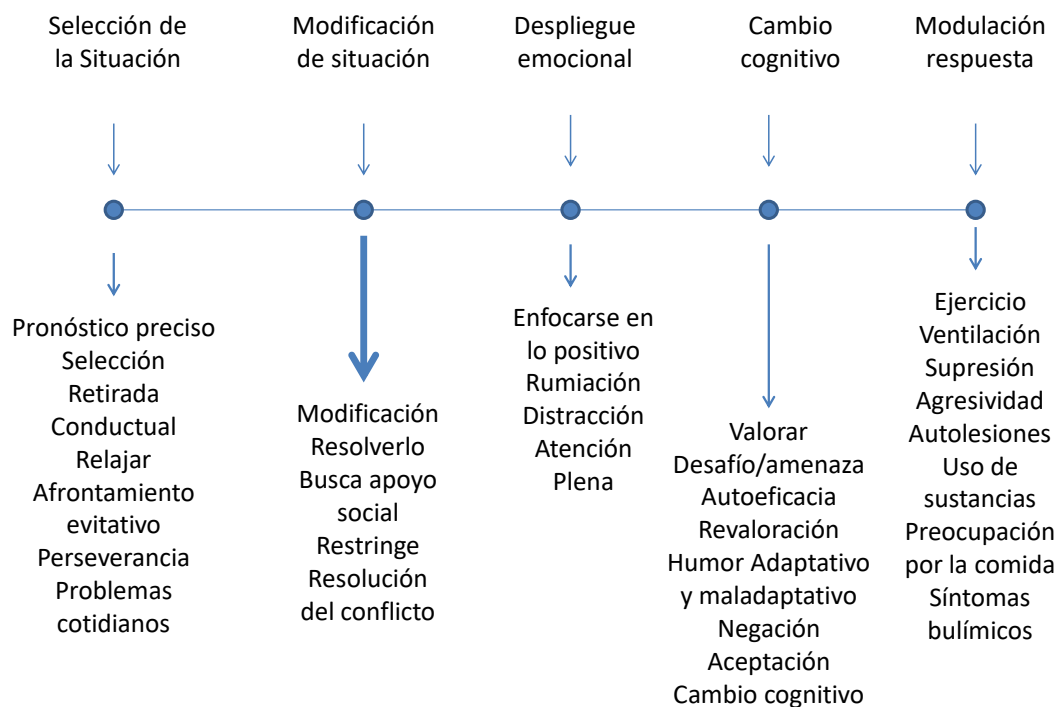
La regulación emocional se refiere al proceso por el cual los individuos modifican la trayectoria de uno o más componentes de la respuesta emocional (Gross, 1998). La regulación emocional nos sirve para influenciar el tipo, intensidad, tiempo o curso y calidad de la emoción (Mauss, 2006). Un problema particularmente difícil en el estudio de la regulación emocional es encontrar una manera de organizar el número potencialmente ilimitado de las estrategias de regulación emocional. El modelo desarrollado por Gross en 1998; forma de



proceso de regulación de las emociones que muestra cómo específicas estrategias pueden ser diferenciadas a lo largo de la línea de tiempo del despliegue respuesta emocional (Figura 2).

La regulación emocional puede ser intrínseca/intrapersonal o extrínseca/interpersonal (Gross, 2002). Las estrategias de regulación emocional pueden ser adaptativas o mal adaptativas. Se dice que una estrategia de regulación emocional es adaptativa si la emoción resultante encuentra el objetivo dentro de las normas sociales y a largo plazo. La misma estrategia de regulación emocional puede ser adaptativa o mal adaptativas dependiendo específicamente del individuo, emoción, intensidad y contexto (Sheppes, 2015).

**Figura 2. Modelo del proceso de regulación emocional de Gross 1998.**



La regulación emocional tradicional es producto de 3 factores: conciencia, objetivos y estrategias. La conciencia de una emoción y el contexto en el cual ocurre hace posible determinar si es necesario regularla y tener el conocimiento de cómo hacerlo (Farb, 2014).

En cualquiera de los casos, las emociones evocan un conjunto coordinado de comportamientos, experiencia y las tendencias de respuesta fisiológicas que influyen juntos cómo respondemos a los retos y las oportunidades percibidas (Gross, 2002).

En algunos momentos, nuestras respuestas emocionales pueden hacer mucho más daño que bien. Cuando nuestras emociones parecen estar mal adaptadas a una situación dada, con frecuencia tratamos de regular nuestras respuestas emocionales para que sirvan mejor a nuestros objetivos (Gross, 2002).

Por lo tanto la definición de regulación emocional inadecuada o con dificultad es variada: *“Se ha considerado como una respuesta mal adaptativa a las emociones incluyendo la falta de conciencia y entendimiento, la evitación o no aceptación de éstas, la incapacidad o estrés generado de conductas dirigidas a un objetivo, dificultad para control de conductas dirigidas a enfrentar estrés emocional, deficiencia en la modulación de la respuesta emocional (incluyendo la falta de acceso a estrategias adaptativas para modular la intensidad o duración de las emociones)”* (Gratz, et al. 2004).

Gratz y Roemer en 2004, diseñaron una valoración llamada Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (EDRE), en la cual proponen una conceptualización integral de la regulación emocional, esta escala considera la modulación, la conciencia, el entendimiento, la aceptación emociones y la habilidad de actuar en consecuencia de sus deseos o estados emocionales. Se propone como un modelo multidimensional que se ha relacionado de mejor forma con la clínica ya que ha permitido entender la regulación emocional inadecuada

desde otros puntos (ejemplo: alexitimia, intolerancia a la frustración, evitación de las experiencias, urgencia negativa) (Lavender, et al. 2015).

### **Dimensiones del Modelo de Gratz y Roemer 2004:**

1. Primera dimensión: Es la aplicación de estrategias para modular la duración o intensidad de la respuesta emocional de una manera apropiada a cierta situación. Esta dimensión se relaciona con la propia percepción para manejar las emociones y aplicar estrategias adecuadas de forma efectiva y adaptativa durante la experiencia emocional.
2. Segunda dimensión: Es la habilidad de mantener control de la conducta durante una respuesta negativa. Se refiere a ser capaz de inhibir las conductas impulsivas bajo estrés y la habilidad para realizar conductas dirigidas a una meta.
3. Tercera dimensión: Integra la percepción y reacción personal de la experiencia emocional, con tres componentes: conciencia, claridad y aceptación. La conciencia es la importancia de cuidar y estar pendiente de las emociones, y la claridad se refiere al entendimiento emocional de la experiencia y la habilidad para reconocer los diferentes estados afectivos. El tercer componente es la aceptación de las emociones (aceptar/rechazar).
4. Cuarta dimensión: se refiere a la importancia de estar bien y tolerar las experiencias emocionales aversivas y poder dirigirse a actividades que sean significativas para el individuo. La relevancia de mantenerse bien en una situación estresante y cuando con anticipación se conoce la situación emocionalmente aversiva.

### **2.1.1 Regulación emocional en los trastornos mentales.**

La frase “problemas emocionales” abarca múltiples condiciones clínicas que han fomentado la búsqueda de la causa de la regulación emocional inadecuada o con dificultad como el trastorno límite de la personalidad, el abuso de sustancias, impulsividad, uno de los ejemplos más cercanos es el Trastorno Disruptivo por Disregulación Emocional incluido en el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) el cual se caracteriza por una irritabilidad constante y severa.

Parece existir una relación directa en la regulación emocional y los problemas emocionales, pero si observamos de cerca puede deberse a un problema en el control de las emociones o en el centro generador de éstas. (Sheppes, et al. 2015).

En la revisión de la literatura la psicopatología se ha asociado a mayor dificultad para regular emociones a alteraciones en el proceso de regulación emocional:

1. Identificación de la necesidad de regular emociones
2. La selección entre estrategias de regulación.
3. Implementación de estrategias tácticas
4. Monitoreo

De acuerdo a las dificultades en estas etapas se pueden clasificar los diferentes trastornos psiquiátricos (como se muestra en la tabla 3). (Sheppes, 2015).

**Tabla 3 Etapas de regulación emocional y trastornos psiquiátricos asociados**  
(Sheppes, 2015)

<b>Etapas</b>	<b>Elemento regulador</b>	<b>Condición Clínica</b>
<b>Identificación</b>	Percepción Valor asignado Acción	Ataques de pánico Ansiedad Alexitimia
<b>Selección</b>	Percepción Valor asignado Acción	Trastorno por Atracón, Intento de suicidio Autolesiones, Abuso de sustancias Autismo
<b>Implementación</b>	Percepción Valor asignado Acción	Táctica aprendida para TDAH Preocupación TAG Distracción positiva en TDM
<b>Monitoreo</b>	Detener  Cambiar	Rumiación en TDM, Sentimiento de ineficacia  T. personalidad OB, episodios de manía

Algunos autores adecúan la falta de regulación emocional a las características del temperamento de intensidad, emocional/reactividad, otros distinguen la regulación emocional desde una vulnerabilidad emocional del temperamento, enfocándose en la forma en la que el individuo responde a sus emociones (Gratz, 2013).

Varios estudios han reportado una alteración en la regulación emocional en el Trastorno límite de la personalidad incluyendo: una baja claridad emocional, una gran evitación al daño y no aceptación de las emociones, así como mayor uso de estrategias evitativas, y otros estudios han asociado la falta de conciencia y

claridad emocional, a la fuerte evidencia de la regulación emocional inadecuada en este trastorno (Gratz, 2013).

A pesar de la fuerte evidencia de la falta de regulación emocional asociada a este trastorno algunos autores han documentado factores moderadores (patrones de regulación emocional) que aumenten el riesgo de las dificultades en la regulación emocional asociados a conductas mal adaptativas y resultados negativos al tratamiento. Otro trastorno asociado con dificultades a la regulación emocional es el trastorno evitativo de la personalidad, reflejando la presencia de un temperamento ansioso/evitativo lo cual aumenta el riesgo de desarrollar resultados negativos interfiriendo con el desarrollo de afrontamiento adaptativo y aumentando el riesgo de desarrollar estrategias que eviten afrontar o resolver los problemas empleando conductas mal adaptativas (Gratz, 2013).

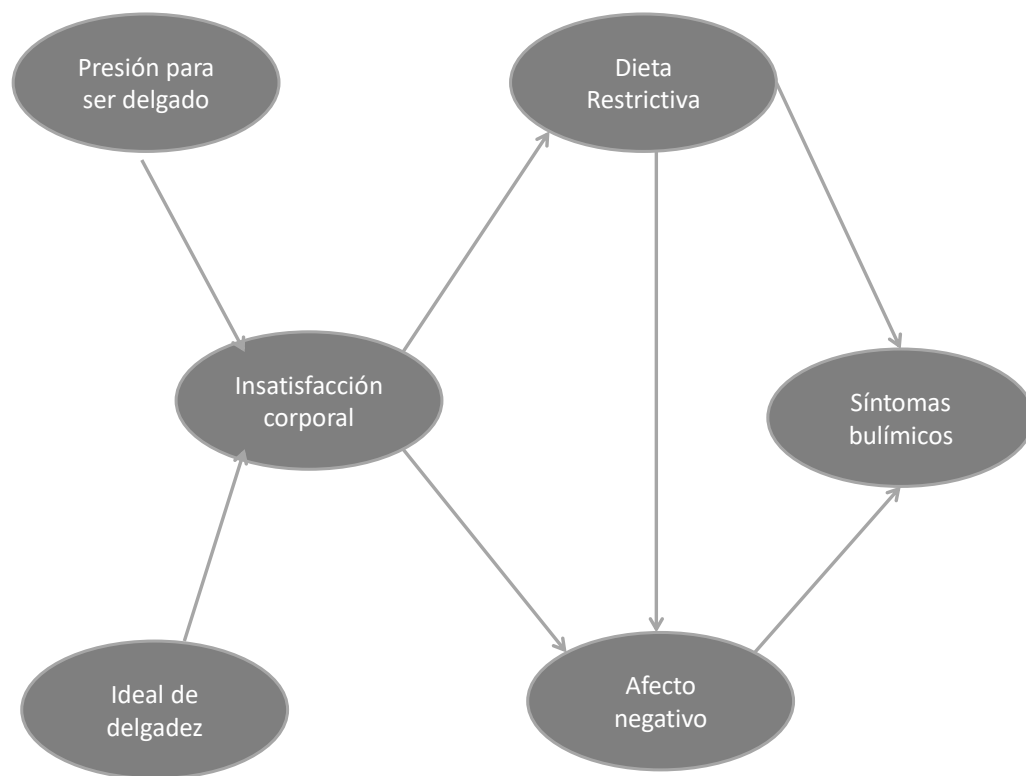
### **2.1.2 Regulación Emocional en los trastornos de la conducta alimentaria.**

Las emociones juegan un importante rol en el curso y tratamiento de los individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), particularmente esos individuos presentan dificultades para regular sus emociones, y utilizar una estrategias adaptativas de regulación (Svaldi, 2015). Incluso se ha sugerido que la conducta alimentaria patológica puede ser el resultado de una regulación emocional mal adaptativa (Danner, 2012).

En 2001 Stice, propuso el modelo de doble camino de patología bulímica el cual, propone la internalización de un ideal de delgadez que contribuye a una insatisfacción con la imagen corporal ya que este ideal es prácticamente imposible. Además hipotetiza que una elevada presión por ser delgada que se ejerce desde la familia, los amigos y los medios generan insatisfacción corporal, porque existen mensajes repetidos que no se es suficiente, promoviendo el rechazo al propio cuerpo. Teóricamente eso incrementa la insatisfacción corporal y se vuelve en un incremento de la dieta restrictiva que a su vez lleva a un

incremento en el afecto negativo, lo cual incrementa el riesgo a la patología bulímica el cual se ha esquematizado como se observa en la Figura 3 (Stice, 2002).

**Figura 3. Componentes teóricos del modelo de doble camino de la patología bulímica. Stice 2002**



La insatisfacción con la imagen corporal se ha relacionado a la dieta restrictiva por la creencia común que es una técnica efectiva en el control de peso. La insatisfacción corporal puede contribuir al afecto negativo ya que la apariencia es una dimensión de evaluación central para las mujeres en nuestra cultura. Se piensa que la dieta restrictiva incrementa el afecto negativo, por las fallas que se asocian con el control de peso además del esfuerzo y el impacto que tiene la baja ingesta calórica en el estado de ánimo. Así mismo la dieta restrictiva aumenta el riesgo de atracones por la bajo consumo calórico, si se rompe las reglas de la

dieta estricta puede resultar en una desinhibición (efecto abstinencia – violación) llevando a la presencia de atracones. Se cree que la comida da bienestar y distracción de las emociones negativas, por lo tanto este modelo propone que los individuos pueden iniciar con síntomas bulímicos por dietas restrictivas extremas o por un afecto negativo crónico o una combinación de estos factores (Stice, 2002).

Otro modelo basado en estudios de la neurobiología de los trastornos de la conducta alimentaria es el de Walter Kaye en el que propone una señalización alterada a nivel de la ínsula anterior que provoca una Interocepción aversiva, lo cual suele interpretarse en el paciente a través de la regulación emocional con deseos de controlar esta emoción/sensación desagradable a través de la rigidez conductual en pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo (Kaye, 2004).

En los pacientes con TCA existe una asociación positiva entre la urgencia negativa (la tendencia a actuar impulsivamente bajo la angustia) y la comida, lo cual es coherente con los hallazgos previos de Cyders y Smith en 2008. El objetivo central es quitar el afecto negativo, lo cual nuevamente refuerza la asociación entre el mal manejo de la regulación emocional y las conductas alimentarias (Cyders, 2008).

Los individuos suelen actuar impulsivamente mientras experimentan el afecto negativo intentando regular las emociones. Por lo tanto, las acciones impulsivas se convierten en un intento de regular las emociones negativas principalmente. Cuando una persona carece de las habilidades para regular sus emociones de manera adaptativa, la regulación emocional inadecuada se ha asociado de forma muy frecuente a las conductas alimentaria anormales (Pivarunas, 2015).

Las investigaciones han mostrado que los individuos con TCA se inclinan por usar estrategias de regulación emocional mal adaptativas (en particular supresión). Entre más usan estas estrategias mal adaptativas más graves son los



síntomas del TCA, se ha sugerido una falta de acceso a las estrategias adaptativas lo cual deja una conducta altamente ineficiente como los atracones, ayunos, o cualquier otra conducta de alimentación esperando aliviar sus sentimientos negativos. Estas dificultades en la regulación emocional pueden incluir la presencia de estrategias mal adaptativas, la falta de estrategias o ambas (Danner, 2014).

Un prototipo de estrategia de regulación emocional mal adaptativa es la supresión o inhibición de las emociones, ya que disminuye la expresión así como la experiencia de las emociones. Una desventaja es que implica mayor excitación fisiológica y es más demandante que no regular las emociones (Gross, 2002).

Las mujeres con bulimia nervosa han reportado niveles más altos de inhibición emocional que las mujeres con anorexia nervosa (Forbush, et al. 2006). En un estudio realizado por Harrison y colaboradores (2010) reportaron hallazgos similares en todas las subescalas de Dificultad en la Regulación Emocional, una Escala de valoración para excitación emocional, conciencia, entendimiento, aceptación de emociones y la habilidad de actuar en el camino deseado independientemente del estado emocional del individuo (Gratz, et al. 2004).

Svaldi en 2012 evaluó estrategias de regulación emocional en una muestra de pacientes con TCA (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa y Trastorno por atracón) vs. Otros grupos diagnósticos (trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad) contra un grupo control y encontró que todos los grupos de TCA reportaron mayor uso de estrategias mal adaptativas comparado con el grupo control y se relacionó de forma positiva con la severidad del trastorno alimentario (Svaldi, 2012).

Se han documentado diferencias en la conducta emocional reguladora entre Anorexia Nervosa Restrictiva (ANR) y Anorexia Nervosa Compulsivo purgativa (ANCP). Por ejemplo, las pacientes con ANCP tienen menor control

inhibitorio al reaccionar de forma impulsiva comparado con ANR y sujetos control como sugiere el alto número de errores en la tarea Go/No Go en donde el paciente tiene que seguir una serie de instrucciones en relación a imágenes y apretar un botón cuando se le indica (Bruce, 2003).

La ANCP ha sido ligada a la impulsividad motora, la inatención, a una particular respuesta a la recompensa y conductas impulsivas como autolesiones, robar, etc. Además de compartir varias características con BN ambas tienen personalidad impulsiva, mayor tendencia al comer emocional y específicamente parecen actuar de forma más impulsiva ante las emociones negativas, tendencias que se consideran como reguladoras para reducir la experiencia del afecto negativo (Danner, 2014).

## **2.2 PERSONALIDAD**

### **Definición de personalidad:**

Es difícil establecer una definición para algo tan complejo como la personalidad. El autor de uno de los primeros libros de texto sobre personalidad, Gordon Allport en 1937; hicieron varias propuestas. El problema es cómo establecer una definición que sea bastante exhaustiva para incluir todos los aspectos, incluyendo las características internas, efectos sociales, cualidades de la mente, del cuerpo, relaciones con otros y metas internas (Larsen, 2009).

De acuerdo a Gordon Willard Allport en su libro "Personality" de 1937. El concepto de la personalidad se define como:

*"La organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de actuar y de pensar, esta adaptación es única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio. Los rasgos son esencialmente únicos de cada persona. Es la esfera de lo real dentro de un individuo que lleva una conducta y pensamiento característico".*

La definición de personalidad es diferente según las distintas corrientes. Una definición que contemple lo esencial de todas ellas sería:

*“La personalidad es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”* (Larsen, 2005).

De acuerdo a la mayoría de los autores la personalidad tiene patrones particulares que se presentan de forma característica y consistente además de causas internas (fenómenos psicológicos) y externas (causas ambientales). Todos los fenómenos asociados a la personalidad deben ser claramente evidenciados ya que sus interrelaciones interactúan y se manifiestan en cada individuo (Uher, 2013).

De acuerdo con la corriente conductual gran parte de las condiciones externas y comportamientos, influye en las manifestaciones de la personalidad, pero los fenómenos psicológicos, las representaciones del mundo interno en el individuo y su influencia en el comportamiento han sido la preocupación de la investigaciones actuales en la personalidad para poder asociarlos los procesos causales y las condiciones en las que los fenómenos de comportamiento (Uher, 2013).

Para evaluar como las personas pueden percibir los fenómenos de la vida cotidiana y así construir una personalidad, se puede utilizar la definición de patrones:

- Probabilísticos: flujo constante de los fenómenos psicológicos
- Diferenciales: no son específicos del individuo pueden pertenecer a un grupo social, cultural, etc.
- Temporales: analiza las situaciones previas y experiencias.

Uno de los retos es idear en la descripción e investigación de la personalidad es encontrar estrategias adecuadas para decidir qué tipo de las diferencias individuales seleccionar y categorizar la personalidad así como idear métodos de medición científica de las diferencias individuales (Uher, 2004).

Por lo tanto, las estructuras estables se modelan como "rasgos" que son la base observable y reflejan los aspectos psicológico, fisiológico, y otros fenómenos internos y por lo tanto puede explicar el comportamiento de ese individuo (perceptible). Estas estructuras se llaman "rasgos" o "disposiciones" en psicología de la personalidad (Allport, 1937 y Matthews I., 2003).

### **2.2.1 Modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger**

La investigación sobre la influencia neurobiológica y las experiencias individuales sobre las características de la personalidad ha incrementado desde la introducción del modelo psicobiológico de la personalidad propuesto por Cloninger.

La personalidad puede ser más un rasgo presente en los sujetos. En la teoría de la personalidad de Robert Cloninger se establecen conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica las respuestas de adaptación del sujeto al daño la evitación y la recompensa, formando un sistema que conforma el temperamento del individuo de acuerdo a la interacción de estas dimensiones. Posteriormente Cloninger complementó esta descripción del temperamento con otras tres dimensiones caracterológicas, centradas en el aprendizaje consciente y social del individuo con su entorno: (Cloninger, 1993).

Las dimensiones del temperamento se definieron en diferencias individuales como el aprendizaje asociativo en respuesta a la novedad, al peligro, al castigo y

la recompensa. Los estudios realizados han confirmado 4 dimensiones fundamentales del temperamento genéticamente determinadas y tres dimensiones del carácter que se desarrollan durante el proceso de socialización del individuo (Cloninger, 1988).

El temperamento se define como la estructura subyacente biológica y genética de la personalidad son respuestas emocionales automáticas que el individuo realiza ante experiencias externas e internas. Las características del temperamento son hereditarias y se manifiestan desde etapas tempranas siendo estable a lo largo de la vida, a pesar de la cultura o aprendizaje social que tenga el individuo. Las dimensiones del temperamento incluyen la *Búsqueda de la Novedad* (NS), *Evitación al Daño* (HA), *Dependencia a la Recompensa* (RD) y la *Persistencia* (P) (Cloninger, 1993).

El primer factor de temperamento, *Búsqueda de la Novedad*, se considera como un rasgo heredable que determina el inicio de comportamiento de exploración ante la novedad, toma de decisiones impulsiva o una búsqueda de la recompensa de forma extravagante, no toleran la frustración. Por lo tanto suelen ser individuos que tienden a buscar emociones, a ser impulsivos, extravagantes y desordenados (Cloninger, 1993).

El segundo factor del temperamento, *Evitación al Daño*, se considera como un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación de comportamientos, es una reacción muy intensa a los estímulos aversivos, inhibiendo la actuación e incrementando la evitación al castigo y la novedad. Los individuos con una elevada *Evitación al Daño* son tímidos con las personas extrañas, tienen una preocupación pesimista ante la anticipación de futuros problemas, se preocupan y tensan en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas (Cloninger, 1993).

El tercer factor del temperamento, la *Dependencia a la Recompensa*, refleja una tendencia a responder de forma muy intensa a la señales de recompensa de lo que genera relaciones sociales cálidas, malestar frente a la separación social, necesidad de vinculación social, dependencia a la aprobación de otras personas y sensibilidad hacia las señales sociales (Cloninger, 1993).

El cuarto factor, la *Persistencia*, se presenta por el mantenimiento de una conducta a pesar de la frustración y la fatiga que origine (Cloninger, 1993).

Al confirmar la estructura genética de las cuatro dimensiones del Temperamento identificaron otros factores de la personalidad que eran reportados y que no se correlacionaban con lo que era medido por el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) (Cloninger, 1993). Eran los que correspondían a las dimensiones del carácter el cual se refiere a los auto conceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían hacia elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo da a las experiencias de la vida con la aceptación propia del individuo, las demás personas y la naturaleza en general (Cloninger, 1993).

Las tres dimensiones del carácter marcan las diferencias individuales en el establecimiento de relaciones interpersonales, que son resultado de las interacciones no lineales entre el temperamento, el ambiente familiar y las experiencias de la vida del individuo. El carácter se encuentra moderadamente influenciado por el aprendizaje, puede madurar de forma progresiva a lo largo de la vida (Cloninger, 1993).

Las tres dimensiones del carácter del modelo psicobiológico de la personalidad:

1. *Autodirección* (responsabilidad, dirección hacia objetivos vs. Inmadurez, pobre integración e inseguridad).

2. *Cooperatividad* (el ser útil, empático vs. Ser oportunista)
3. *Autotrascendencia* (creativo, poco convencional vs. Controlado, pragmático y poco realizado).

Cada uno de estos aspectos del carácter interactúan para promover las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia trastornos emocionales y del comportamiento (Cloninger, 1993).

Esto sugirió la hipótesis en donde los subtipos de personalidad se pueden definir por las variables del temperamento, mientras que la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad se puede definir con las dimensiones caracterológicas (Cloninger, 1988).

### **2.2.2 Rasgos de personalidad y salud mental:**

Las dimensiones del temperamento influyen en la presentación de los eventos que generan estrés y en la forma en que se perciben y manejan éstos (Brostedt, 2003). Se propone que los trastornos de personalidad son resultado de la interacción entre las vulnerabilidades temperamentales y los eventos que generan estrés. Los efectos de estas vulnerabilidades y el estrés incrementan la probabilidad a los trastornos mentales (Kendler, 1986); y a lo largo del tiempo pueden producir respuestas mal adaptativas y disfuncionales que asociadas a los trastornos de la personalidad (Grilo, 1999). Se ha asociado el incremento a la exposición como a la sensibilidad de experiencias estresantes a rasgos particulares de personalidad, como el neuroticismo del modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (Costa, 1994; Breslau, 1995).

El neuroticismo o emocionalidad/temperamento negativo, como se conoce en el modelo de los Tres Factores de Personalidad es una tendencia a ver y reaccionar de forma amenazante, problemático y peligroso ante el mundo. Las

personas con un alto grado de neuroticismo son hacen evaluaciones cognitivas negativas de las situaciones que enfrentan, lo que hace una situación estresante aún más estresante, o a utilizan mecanismos de afrontamiento inefectivos. Las personas con altos niveles de neuroticismo tienen una exposición aumentada al estrés porque se sitúan en lugares o situaciones interpersonales en que es más probable que ocurran eventos estresantes que surgen del conflicto (Pagano, 2004).

Las características del temperamento se han asociado con el desarrollo, expresión clínica, curso y respuesta al tratamiento en los trastornos psiquiátricos. En un reciente meta – análisis usando ITC demostró que los pacientes con trastornos psiquiátricos tiene puntajes más elevados de *Evitación del Daño*, al compararse con sujetos control, sugiriendo una mayor preocupación, miedo, timidez y cansancio en los pacientes con alteraciones mentales. Además en comparación con sujetos control se reportó menor puntuación de *Búsqueda de la Novedad* en sujetos con Depresión Mayor y en aquellos con diagnóstico de Esquizofrenia fue significativamente menor la *Dependencia a la Recompensa* y significativamente alto la *Persistencia* (Heinze, 2008).

Recientes estudios sugieren que una alta *Evitación del Daño* y una baja *Autodirección*, han sido reportados en todos los trastornos psiquiátricos como un núcleo de personalidad independientemente del diagnóstico (Heinze, 2008).

Estas características del temperamento pueden ser factores de riesgo y/o recaída; pueden indicar remisión incompleta o curso crónico del trastorno mental, repercutiendo en el funcionamiento del paciente, además pueden representar un predictor del resultado de tratamiento (Heinze, 2008).



### 2.2.3 Rasgos de la personalidad en trastornos de la conducta alimentaria

Ciertos rasgos de personalidad han mostrado ser un factor de riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria, así como también un factor pronóstico importante, en varios estudios se ha intentado clasificar a los pacientes con un TCA de acuerdo a su personalidad. En los estudios se proponen grupos y se ha definido 3 de acuerdo a los rasgos de personalidad:

1. Reservado/sobrecontrolado
2. Disregulado/descontrolado
3. Alto funcionamiento/perfeccionista.

Las características de personalidad en pacientes con TCA han mostrado presentaciones específicas como un sobre – control o para aquellos que restringen y una presentación descontrolada y disregulado para aquellos que atracan y purgan. Por ejemplo mientras que los pacientes con restricción tienden a tener altos puntajes de rigidez y características obsesivas – compulsivas, pacientes con atracón/purga tienden a tener altos puntaje de impulsividad, extraversión e inestabilidad afectiva. Pacientes con ambos comportamientos reportan altos niveles de perfeccionismo y afecto negativo. También se ha reportado otro grupo resiliente o de alto funcionamiento, asociado a poca comorbilidad psiquiátrica (Turner, 2014).

Una reciente encuesta aplicada en una muestra amplia de pacientes con diagnóstico de la conducta alimentaria mostró diferentes perfiles de temperamento asociado a diferentes actitudes y conductas alimentarias, como atracón, restricción y preocupación severa por el peso y la figura. Otros estudios sugieren el engancharse en conductas de atracón/vómito pudiera explicarse por altos niveles de *Búsqueda de la novedad* y bajos niveles de *Autodirección* (Krug, 2011).

Los hallazgos en la literatura de pacientes recuperadas sugieren que estas alteraciones persisten, emergiendo un patrón en el cual la Anorexia Nervosa Restrictiva se caracteriza por bajos niveles de sensibilidad a la recompensa y *Búsqueda de la novedad*, mientras en que anorexia nervosa compulsivo purgativa se caracteriza por niveles normales, ambos subtipos parecen se caracterizados por sensibilidad elevada al castigo y *Evitación al daño* (Lavender, 2015).

#### **2.2.4 Modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger y TCA**

En años recientes varios estudios acerca de la personalidad desarrollados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), han investigado las diferencias clínicas entre controles y pacientes con los diferentes diagnósticos de TCA y su rol en el desarrollo y curso de los síntomas. El cuestionario tridimensional de personalidad (TPQ) y el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) han sido usados con este propósito, permitiendo la descripción específica de los perfiles de temperamento y carácter para pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria (Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005).

Un alto puntaje en *Evitación al Daño* y bajos puntajes en la *Autodirección* se han reportado en varios estudios en todos los TCA. Pequeñas diferencias en algunas facetas se han encontrado en los subgrupos de TCA. Sin embargo, la *Evitación al Daño* está influenciada por el estado de ánimo y ambos *Evitación al Daño* alta y baja *Autodirección* son rasgos de la personalidad compartidos por muchos trastornos mentales, cuya especificidad es más bien baja (Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005).

Los pacientes con anorexia nervosa restrictiva se caracterizan por una alta *Persistencia* (P) y una *Autodirección* (SD) relativamente más alta, y los pacientes con el diagnóstico de bulimia nervosa por mayor *Búsqueda de Novedad* (NS) y menor *Autodirección*, mientras atracón / purga y anorexia con purga comparten algunos rasgos con la anorexia nervosa y algunos con bulimia nervosa. Aunque

los datos actuales justifican la discriminación entre los subtipos de anorexia, no están en contraste con la tesis de un continuo en donde los rasgos de personalidad para trastornos de alimentación. Dado que algunos rasgos de la personalidad muestran un valor pronóstico con respecto a la terapia y el resultado clínico, se necesitan más estudios sobre tratamientos y factores pronósticos en alteraciones endócrinas (Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005).

La cuestión de cómo muchos factores psicopatológicos están involucrados en la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) no tiene una respuesta definitiva. La combinación de la investigación de la psicopatología y la personalidad puede arrojar una tendencia de los determinantes de la patología alimentaria. En un estudio realizado por Fassino en 2003, se administró el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) y Inventario de Trastornos de Alimentación 2 (EDI-2) a 95 pacientes ambulatorios con diagnóstico de anorexia nerviosa (50 restrictivas y 45 atracón-purga) y a 92 mujeres ambulatorias con diagnóstico de bulimia nerviosa (78 con pura y 14 sin purga) (Fassino, 2003). Los pacientes con anorexia nervosa se caracterizaron por una menor *Búsqueda de la Novedad* en el respeto a todos los otros grupos y por una *Autodirección* más alta. También se observaron diferencias psicopatológicas entre pacientes con anorexia nervosa restrictiva y los otros grupos. Los pacientes con anorexia nervosa con atracones-purgas compartieron muchos rasgos con bulimia nervosa (Fassino 2003 y 2004).

Por lo que autores de este estudio sugieren a una posible re-clasificación de los TCA en donde la impulsividad se tomara en mayor consideración. Las diferencias de los rasgos temperamento y carácter pueden ser parcialmente responsable de la represión o descontrol de conductas alimentarias impulsivas en los diferentes subtipos trastornos de la conducta alimentaria (Fassino 2003 y 2004).

### **2.2.5 Dimensiones de la personalidad y regulación emocional en trastornos de la conducta alimentaria**

Aunque el temperamento y carácter podrían influir en el desarrollo y la evolución de los trastornos de la alimentación, sólo unos pocos estudios han examinado las similitudes y diferencias de personalidad entre la anorexia nervosa y la bulimia nervosa y prácticamente no existe uno que describa la relación entre temperamento, carácter y regulación emocional inadecuada. En un estudio realizado por Diaz Marsá en 2000, se compararon 72 pacientes con trastornos del DSM-IV de la alimentación y 30 controles sanos. Se evaluaron trastornos de la personalidad y dimensiones de la personalidad con EPQ del Eysenck, ITC de Cloninger y los cuestionarios SCID-II. Los puntajes de impulsividad y las características clínicas fueron evaluados utilizando escalas específicas, evaluado solo un aspecto de la regulación emocional, sin ser un objetivo del estudio (Diaz-Marsá, 1998, 2000).

En los resultados se documentó un trastorno de la personalidad comórbido en el 61,8% de los pacientes con trastornos de la alimentación. El trastorno de la personalidad por evitación era relativamente común en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo; el trastorno límite de la personalidad era más frecuente en la bulimia nerviosa y el abuso de sustancias se asoció fuertemente a la anorexia nerviosa compulsivo purgativa (Diaz-Marsá, 2000).

Desde una perspectiva dimensional, los pacientes con anorexia nervosa presentaron altas puntuaciones en la dimensión de la persistencia. Una mayor evitación del daño e impulsividad se reportó en pacientes con bulimia nervosa. El grupo global de trastornos de la alimentación presentó puntuaciones más altas en neuroticismo y menores puntuaciones en la *Autodirección*. Así, es posible apreciar que las pacientes con trastornos alimentarios tienen características heterogéneas de de la personalidad. Por su parte, los trastornos de la personalidad del grupo C parecen más comunes en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo, mientras que la

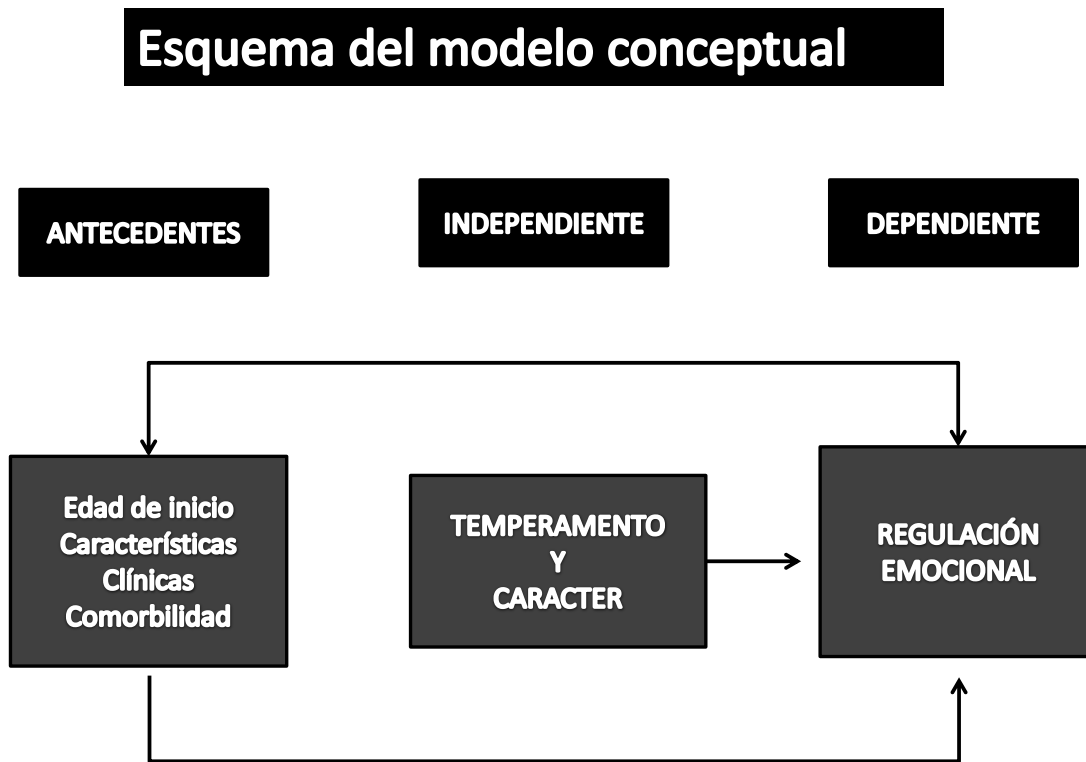
personalidad con características de impulsividad se asocian más con síntomas bulímicos. La impulsividad parece ser un aspecto clave del temperamento de los pacientes bulímicos, sin llegarlo a relacionar con el proceso de regulación emocional, mientras que los síntomas anoréxicos están vinculados a rasgos de temperamento persistentes (Díaz-Marsá, 1998, 2000).

### **2.2.6 Panorama en México:**

En una revisión realizada por Unikel en el 2007; reportó que la Encuesta Representativa Nacional encontró una prevalencia de 1,8% para la bulimia nerviosa, y no se reportaron casos de anorexia nerviosa. Sin embargo, no se cuenta con estudios que incluyen entrevista clínica confirmatoria y otras muestras representativas nacionales o regionales hace que sea difícil llegar a la prevalencia real. Se documentó la validación de varios instrumentos para la detección de trastornos de la alimentación para la población mexicana. La comorbilidad de los trastornos de la alimentación en México incluye las drogas y el abuso del alcohol, la obesidad y el trastorno límite de la personalidad. Los factores de riesgo encontrados fueron el peso corporal y la presión cultural para ser delgada (Unikel, 2007).

En otro estudio realizado por Chávez y colaboradores en 2015 con el objetivo de determinar las tendencias en los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en los estudiantes de licenciatura reportó que las tendencias de comportamientos alimenticios de riesgo aumentaron 2007-2010 tanto en mujeres y hombres, pero fueron estadísticamente significativas sólo en varones. El porcentaje de sujetos con la insatisfacción corporal en el sentido de ser más delgada fue la misma en ambos años (39,8%). El análisis de riesgo mostró un aumento en las personas con trastornos alimentarios, en la internalización ideal de delgadez, la influencia de publicidad, y la forma del cuerpo de socorro, sobre todo en las mujeres (Chávez, 2015).

### 3. Marco Conceptual:



#### **Antecedentes:**

De acuerdo a lo reportado por Jacobi existen diferentes características que se consideran factores de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, dependiendo del diagnóstico alimentaria se han asociado diferentes comorbilidades como depresión, ansiedad, Trastorno Obsesivo compulsivo, Trastorno por uso de sustancias, edad de inicio temprano, género femenino, etc.

#### **Independiente:**

En pacientes con TCA se han reportado un alto puntaje en *Evitación al Daño* y bajos puntajes en la *Autodirección*. Pequeñas diferencias en algunas facetas se han encontrado en los subgrupos de TCA. Sin embargo, la *Evitación al Daño* está influenciada por el estado de ánimo y ambos *Evitación al Daño* alta y

baja *Autodirección* son rasgos de la personalidad compartidos por muchos trastornos mentales, cuya especificidad es más bien baja (Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005). Los pacientes con anorexia nervosa restrictiva se caracterizan por una alta *Persistencia* (P) y una *Autodirección* (SD) relativamente más alta, y los pacientes con el diagnóstico de bulimia nervosa por mayor *Búsqueda de Novedad* (NS) y menor *Autodirección* (Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005). Estas características de personalidad se han relacionado con la sintomatología de diversas formas. Las características de personalidad en pacientes con TCA han mostrado presentaciones específicas como un sobre – control o para aquellos que restringen y una presentación descontrolada y disregulado para aquellos que atracan y purgan. Por ejemplo mientras que los pacientes con restricción tienden a tener altos puntajes de rigidez y características obsesivas – compulsivas, pacientes con atracón/purga tienden a tener altos puntaje de impulsividad, extraversión e inestabilidad afectiva. Pacientes con ambos comportamientos reportan altos niveles de perfeccionismo y afecto negativo. También se ha reportado otro grupo resiliente o de alto funcionamiento, asociado a poca comorbilidad psiquiátrica (Turner, 2014).

### **Dependiente:**

Las estrategias de regulación emocional en pacientes con TCA (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa y Trastorno por atracón) al compararse con otros grupos diagnósticos (trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad) y un grupo control demostró que los grupos de TCA tienen mayor uso de estrategias mal adaptativas y se relacionó de forma positiva con la severidad del trastorno alimentario (Svaldi, 2012). Se han documentado diferencias en la conducta emocional reguladora entre Anorexia Nervosa Restrictiva (ANR) y Anorexia Nervosa Compulsivo purgativa (ANCP), las pacientes con ANCP tienen menor control inhibitorio al reaccionar de forma impulsiva comparado con ANR y sujetos control como sugiere el alto número de errores en la tarea Go/No Go (Bruce, 2003).

#### **4. JUSTIFICACIÓN:**

En la actualidad, los trastornos de alimentación son patologías comunes en la práctica clínica cotidiana. Los pacientes con estos trastornos representan un reto clínico debido a la complejidad del cuadro clínico y la frecuente presentación de comorbilidades médicas y psiquiátricas.

En nuestra población representa una preocupación constante el desarrollo de estas patologías y sus comorbilidades. De acuerdo al sistema de Salud se han reportado 20 mil casos de anorexia y bulimia nervosa al año, siempre en población joven entre 14 y 17 años de edad, y un incremento en la prevalencia del 300% en los últimos 20 años, por lo que el estudio de los factores que interactúan generando la sintomatología compleja aportará información importante que nos permita diseñar mejores estrategias de prevención y/o tratamiento.

En la literatura se sugieren alteraciones en la experiencia de las emociones como un factor común en la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia nervosa y la bulimia nervosa se caracterizan por un elevado afecto negativo (ej: síntomas depresivos, afecto negativo en general). Dado que las emociones pueden ser vividas y expresadas de forma individualizada, los rasgos de personalidad y otros trastornos psiquiátricos asociados con alteraciones en el funcionamiento emocional afectan el proceso de regulación y pueden influir en el desarrollo de la psicopatología de la conducta alimentaria.

El modelo multidimensional de regulación emocional puede relacionar de forma clínica y ayudarnos a entender mejor la regulación emocional inadecuada relacionada a conductas mal adaptativas y a la psicopatología ambas características en anorexia nervosa y bulimia nervosa.



De forma general se ha descrito que la personalidad afecta la forma en la que las personas se adaptan y viven la presencia de un trastorno debilitante como lo son diversas enfermedades mentales.

Así, la relevancia del presente estudio radica en conocer el papel que juegan las características del temperamento y carácter en aspectos claves relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, como lo es la regulación emocional; es decir, algunos factores propios del individuo pueden influir de forma favorable o desfavorable en la expresión emocional asociada al padecimiento y la forma en la que es manejado.

Los TCA son trastornos altamente prevalentes en la población de adolescentes y adultos jóvenes y tienen repercusiones negativas en los pacientes que la padecen.

Uno de los factores que se ha relacionado fuertemente con los TCA es la inadecuada regulación emocional. Esta se manifiesta con un elevado afecto negativo, respuestas emocionales alteradas y conductas mal adaptativas en los TCA, aspectos que complican el curso y pronóstico del padecimiento.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La regulación emocional se encuentra influenciada por diversas variables individuales, ambientales y socioculturales que modulan su expresión. Dentro de las variables individuales, la personalidad, la cual incluye rasgos parcialmente hereditarios y otros, conformados por las experiencias de vida, puede tener un papel importante en la modulación de la regulación, área poco explorada hasta el momento en los Trastornos de la conducta alimentaria y que podría brindar una nueva perspectiva para la prevención, manejo e intervención de la inadecuada

regulación emocional en los TCA (Svaldi, 2012; Bruce 2002, Peñas-Lledó, 2010 y Reba, 2005.)

### **5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la influencia de las dimensiones de temperamento y carácter en la regulación emocional de pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa?

## **6. OBJETIVOS:**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL:**

Describir la relación del temperamento y el carácter con la regulación emocional de pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con alta y baja regulación emocional.
- 2.- Comparar las características de temperamento y carácter entre pacientes con alta regulación emocional (ARE) y baja regulación emocional (BRE).
3. - Comparar la regulación emocional y las dimensiones de la personalidad entre pacientes con diagnósticos de AN y diagnósticos de la BN.

## 7. HIPÓTESIS GENERAL

Una *alta Evitación al Daño y Búsqueda de la Novedad* (temperamento), así como una *baja Autodirección* (carácter) estarán asociadas a una baja regulación emocional en pacientes con anorexia y bulimia nervosa.

### 7.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Las pacientes con baja regulación emocional presentarán una menor edad de inicio, mayor tiempo de evolución, menor nivel académico, mayor número de comorbilidades psiquiátricas, intentos de suicidio e índice de masa corporal más bajo.
2. Las pacientes con baja regulación emocional presentarán mayor puntaje en las dimensiones de temperamento *Evitación al Daño y Búsqueda de la Novedad*, además de bajos puntajes en las dimensiones de carácter *Autodirección* en comparación con aquellas pacientes con alta regulación emocional.
3. Los pacientes con Anorexia Nervosa y baja regulación emocional presentaran una menor *Búsqueda de la Novedad* (NS) y mayor *Evitación al Daño* (HA) y *Dependencia a la Recompensa* (RD) en las dimensiones de temperamento en comparación con las pacientes con BN

## 8. DISEÑO DEL ESTUDIO:

1. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo transversal comparativo de casos, homodémico y prolectivo.

2. Selección y tamaño de la muestra:

Los pacientes con trastornos de la alimentación fueron reclutados de la clínica de trastornos de la alimentación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente” que acudieron a consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

El cálculo de la muestra se realizó con base a regresión lineal múltiple, una técnica para examinar correlaciones lineales entre dos o más variables independientes y una variable dependiente utilizando la fórmula de Green (1991):

$$104 + K$$

$$104 + 7$$

En donde K es el número de variables independientes (dimensiones temperamento y carácter). Se basan para detectar tamaño del efecto medio  $\beta \geq 0.20$  como valor de  $\alpha \leq 0.05$  con poder del 80%.

### 8.1 Tamaño muestral (*n*)

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	111

La muestra se obtuvo de pacientes que asisten a la consulta externa de la Clínica de Trastornos Alimentarios en el INPRF. Se explicó de forma completa y clara el protocolo de investigación y se invitó a las pacientes a participar, las que accedieron, firmaron una carta de consentimiento informado, en donde autorizaron su participación en el estudio y se les explicó el procedimiento, objetivos del estudio, riesgos y beneficios.

Se incluyeron a todas las pacientes que accedieron participar en el protocolo, se realizó una revisión de la historia clínica completa, en la cual se

documentó el diagnóstico del trastorno de alimentación y se aplicó la entrevista MINI DSM IV para corroborar el diagnóstico de trastorno alimentario y comorbilidades psiquiátricas.

Se elaboró un expediente de investigación para cada paciente en donde se documentó los datos sociodemográficos, variables de interés para el estudio, además de los cuestionarios que se apliquen y el consentimiento informado.

## **8.2 Criterios de inclusión:**

- a) Pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nervosa, bulimia nervosa.
- b) Pacientes de 14 años a 35 años de edad.
- c) Pacientes del sexo femenino
- d) Pacientes en consulta externa del INPRF.
- e) Pacientes que a libre consentimiento accedan a participar en el estudio.

## **8.3 Criterios de exclusión:**

- a) Pacientes con diagnóstico de TANE y/o Trastorno de Alimentación en remisión.
- b) Pacientes con alteraciones de tiroides corroborado por expediente clínico.
- c) Pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico corroborado mediante expediente y entrevista.
- d) Pacientes con riesgo suicida que ameriten internamiento.

## **9. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **9.1 VARIABLES POR ESTUDIAR:**

Anorexia nervosa.- Es un trastorno de la conducta alimentaria que incluye restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo, se manifiesta con un miedo intenso a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere con una

alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. (American Psychiatric Association, 2002).

Operacionalmente: grupo diagnóstico MINI DSM IV.

Bulimia nervosa.- Es un trastorno de la conducta alimentaria que incluye episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso. (American Psychiatric Association, 2002).

Operacionalmente: grupo diagnóstico MINI DSM IV.

Regulación emocional.- Se define como el control en la experiencia y expresión emocional, especialmente el control de la expresión emocional ante eventos negativos y la reducción en la respuesta excitatoria. La expresión emocional se ha conceptualizado en varios caminos, actualmente se toma como una estructura multifactorial y se ha propuesto varios modelos para su valoración. Tradicionalmente la expresividad emocional se ha medido usando escalas de auto reporte, en la cual el entrevistado marca el rango del estado emocional basándose en la experiencia subjetiva de su expresión emocional, uno de los modelos más aceptado es el multidimensional de Gratz y Roemer en 2004.

Operacionalmente: la regulación emocional se evaluará mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (EDRE).

Temperamento y Carácter: El temperamento se define como la estructura subyacente biológica y genética de la personalidad y se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. El carácter el cual se refiere a los autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían hacia elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo da a las experiencias de la vida con la aceptación propia del individuo, las demás personas y la naturaleza en general (Cloninger, 1993).

Operacional: Inventario de Temperamento y Carácter – revisado (ITC-R)

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>
<b>Datos sociodemograficos</b>		
Edad al inicio del padecimiento	Dimensional	Años
Escolaridad	Dimensional	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Evolución TCA	Dimensional	Años. Expediente clínico.
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
<b>Variables Clínicas</b>		
Grupo Diagnóstico	Nominal	Anorexia Nervosa Restrictiva/ Anorexia Nervosa compulsivo purgativa/ Bulimia nervosa purgativa/Bulimia nervosa no purgativa
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidad/Trastorno depresivo mayor/ Trastorno de ansiedad/ Trastorno de personalidad/ Abuso sexual/ Otro trastorno psiquiátrico.
Tratamiento actual	Nominal	Antidepresivo/Ansiolítico/Antipsicótico.
Autolesiones	Dicotómica	Presente/ausente
Intentos suicidas	Dimensional	Número
<b>Escala de dificultad en la regulación emocional</b>		<b>EDRE</b>
No aceptación en la respuesta emocional	Dimensional	Escala de dificultad en la regulación emocional (EDRE)
Dificultad en el conductas dirigidas a un objetivo	Dimensional	
Control de impulsos	Dimensional	
Falta de conciencia emocional.	Dimensional	
Acceso limitado a las estrategias de	Dimensional	

regulación emocional		
Falta de claridad emocional	Dimensional	
<b>Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (ITC-R)</b>		
Búsqueda de la Novedad (NS)	Dimensional	Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (ITC-R)
Evitación al Daño (HA)	Dimensional	
Dependencia a la Recompensa (RD)	Dimensional	
Persistencia (PS)	Dimensional	
Autodirección (SD)	Dimensional	
Cooperatividad (CO)	Dimensional	
Autotrascendencia (ST)	Dimensional	

## 10. INSTRUMENTOS:

- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (EDRE.)

Es un cuestionario subjetivo que recoge de manera sistemática información sobre seis dimensiones:

1. No aceptación en la respuesta emocional.
2. Dificultad en el conductas dirigidas a un objetivo
3. Control de impulsos.
4. Falta de conciencia emocional.
5. Acceso limitado a las estrategias de regulación emocional.
6. Falta de claridad emocional.

Es un cuestionario autoaplicable de 36 incisos, acerca de cada una de las dimensiones.



Fue validado en un grupo de 357 estudiantes no graduados de psicología de la Universidad de Massachussets de Boston, con una media de edad de 18 – 55 años. Se realizó una análisis de Factor para los incisos y por grupo ( $t=3.5$ ,  $p<.01$ ; para las escalas en general  $t <1.37$ ). Los resultados indicaron que EDRE tiene una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach de 0.93. En cuanto a la validez de constructo se encontró resultados estadísticamente significativos con valores de  $p <0.05$  (Gratz, et al. 2004).

En México un estudio realizado por Marín en 2012; reportó el primer análisis factorial confirmatorio (AFC) mostró que los datos no replicaban la estructura original de seis factores con 36 reactivos ( $\chi^2=22339.4$ ,  $gl=6$ ,  $p0.05$ ) el modelo se fue ajustando a 4 factores y 24 incisos. Las alphas de Cronbach de cada subescala tuvieron un rango entre .85 y .68. La validez por medio de grupos contrastados y la correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos ( $r$  de Pearson de .51 a .76,  $p \leq 0.05$ ).

- Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (ITC-R):

Este modelo proporciona una alternativa al estudio de la personalidad porque toma en cuenta la contribución de los mecanismos biológicos relacionados al temperamento y el ambiente compartido asociado al carácter (Cloninger, 1993). El modelo de personalidad de Cloninger incluye 4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter. Las dimensiones de temperamento y carácter son:

- *Búsqueda de la Novedad* (NS)
- *Evitación del Daño* (HA)
- *Dependencia a la Recompensa* (DR)
- *Persistencia* (PS)
- Las dimensiones de carácter son:
- *Autodirección* (SD)
- *Cooperatividad* (CO):
- *Autotrascendencia* (ST):

El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) fue desarrollado con la meta de medir 7 dimensiones del modelo psicobiológico de la personalidad. El inventario ha sido traducido y validado en varios países mostrando consistencia interna adecuada.

En 1999 Cloninger realizó ITC revisado (ITC-R), el cual difiere del original en varios aspectos:

- El ITC original tiene una escala de respuesta falso – verdadero y se reemplazó por una escala tipo Likert del 1 (definitivamente falso) a 5 (definitivamente verdadero) para mejorar la precisión de las subescalas.
- La dimensión de temperamento *Dependencia a la Recompensa y Persistencia* ahora está compuestas por 4 subescalas para mejorar la descripción y evaluación. En ITC original, la *Persistencia* era valorada por una sola escala ya que se pensaba originalmente que la *Persistencia* formaba parte de la *Dependencia a la recompensa*.
- Un total de 51 incisos de los 240 originales fueron re – escritos y la validez de estos incisos se incluye en el ITC –R .

La traducción y adaptación del cuestionario en varios países mostró que ITC –R tenía una adecuada consistencia interna y coeficiente de confiabilidad mayores que el ITC original.

Fresán y colaboradores en 2010 reclutaron una muestra de 2076 sujetos de la población general de la Ciudad de México, se aplicó el ITC – R el cual fue traducido del inglés al español por 2 traductores independientes y por 3 profesionales de la salud mental se identificaron las discrepancias y se realizó un consenso para adecuar el lenguaje para cada inciso. Se aplicó inicialmente a 30 sujetos para verificar que los incisos se entendieran. El análisis reveló una consistencia interna alta para todas las dimensiones y en todas las cohortes,  $\alpha$  de Cronbach del total de la muestra fue 0.80.

- Formato de datos clínicos y sociodemográficos:

El formato de datos clínicos y sociodemográficos fue diseñado para recolectar toda la información de importancia de los participantes así como agilizar el vaciado en la base de datos. Se compone de los siguientes apartados:

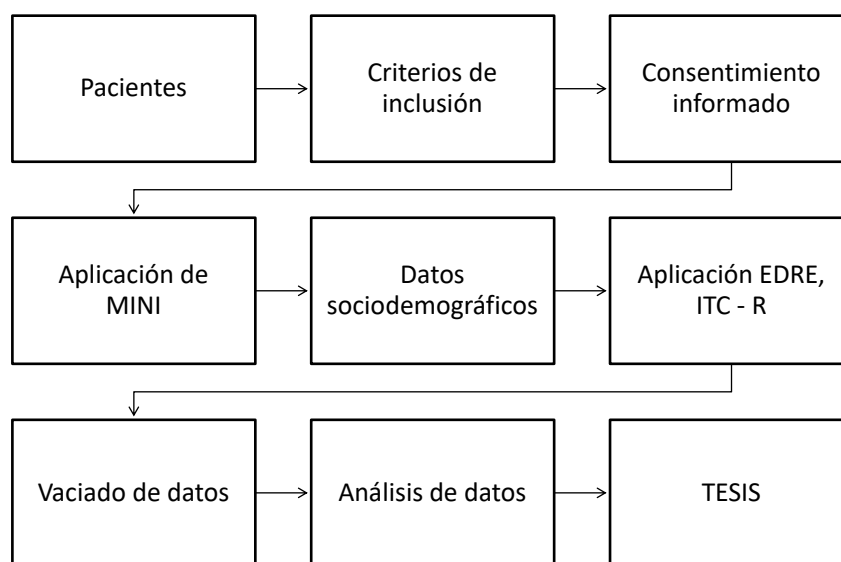
1. Datos generales: incluyen la ficha de identificación del paciente género, estado civil, escolaridad en años, nivel socioeconómico (adecuado al asignado en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y ocupación actual.)
2. Diagnóstico y características clínicas del padecimiento: Diagnóstico del paciente, edad al inicio del padecimiento, tiempo de evolución, diagnóstico comorbidos (corroborados por MINI), intentos de suicidio, autolesiones, antecedente de abuso sexual.
3. Puntajes obtenidos en las escalas Dificultad en la Regulación Emocional, e Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado dividido en las respectivas subescalas.

## **11. PROCEDIMIENTO**

La muestra se reclutó de las pacientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria que acudieron a consulta, donde primero se identificó su diagnóstico en eje I dentro de los diagnósticos antes mencionados, a ellos se les invitó a participar de manera voluntaria en el estudio, se firmó el consentimiento informado y las escalas correspondientes. Se inició con la entrevista MINI DSM IV para corroborar diagnóstico alimentario y comorbilidades, posteriormente se llenó la hoja de datos sociodemográficos, escala de regulación emocional y el Inventario de Temperamento y Carácter Revisado, al concluir se afirmó la confidencialidad de sus datos. El tiempo aproximado de aplicación se calculó de 75 minutos por

paciente y posterior a la aplicación de escalas continuaron el manejo con su médico tratante.

## 12. FLUJOGRAMA:



## 13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación entre grupos se utilizó la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para el contraste de variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para el contraste de variables continuas.

Se realizaron dos modelos de regresión lineal múltiple: El primero fue un modelo de regresión lineal para determinar la varianza explicada de la regulación emocional (variable dependiente) a partir de las dimensiones de temperamento y carácter. Se realizó un modelo para anorexia nervosa y otro para bulimia nervosa.

En el modelo se incluyeron aquellas variables demográficas y clínicas en donde se reportaron diferencias significativas en los análisis de comparación así como aquellas variables de temperamento y carácter que fueron significativas en el modelo de regresión lineal. El nivel de significancia estadística para los análisis se fijó en una  $p \leq 0.05$

#### **14. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2004). A todos los sujetos se les solicitó consentimiento informado, donde se expuso la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria. Los datos generados en la investigación se utilizaron únicamente con fines científicos y no se les dió otro uso, se guardó la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

El principio básico es el bien del individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de

consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I. Investigación con riesgo mínimo; son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados de la investigación son utilizados únicamente con fines científicos. En cuanto a pacientes menores de edad se utiliza el asentimiento informado por parte del paciente y el consentimiento informado del padre y/o tutor.

## **15.RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

El investigador y el tutor fueron los recursos humanos directamente implicados en este proyecto. El investigador aplicó las escalas necesarias para la valoración de los sujetos a evaluar y las pruebas necesarias. El tutor dedicó parte de su tiempo a las asesorías del proyecto y la evolución del mismo a lo largo del tiempo estipulado. Los recursos materiales implicados fueron hojas, fotocopias, lápices y equipo de computo (lo anterior a cargo del investigador).

## **16.RESULTADOS:**

### **16.1 Características demográficas y clínicas de la muestra**

Se incluyeron 111 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, usuarias de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

La muestra se conformó en el 93.7% (n=104) de mujeres solteras. La edad promedio de la muestra fue de 22 (D.E.=6.2) años con una escolaridad promedio de 11.69 (D.E.=6.1). La mayoría de las pacientes se encontraba sin pareja (n=104, 93.7%) al momento del estudio. Poco más de la mitad de las pacientes tenían un nivel socioeconómico medio (n=58, 52.3%), seguido de aquellas con un bajo nivel socioeconómico (n=52, 46.8%) y, finalmente solo una paciente reportó tener un nivel socioeconómico alto (0.9%).

Más del 50% de las pacientes se encontraban estudiando (n=60, 54.1%), mientras que el 19.8% (n=22) tenían un empleo remunerado y 4.5% (n=5) se dedicaban al hogar. Poco más del 20% (n=24, 21.6%) reportaron no tener ninguna actividad.

En cuanto a las características clínicas, el diagnóstico más prevalente en esta muestra fue la Bulimia Nervosa tipo purgativo que se presentó en el 47.7% de los casos (n=53), seguido de Anorexia Nervosa tipo restrictivo con el 24% (n=27), con Anorexia Nervosa tipo compulsivo purgativo alcanzó el 18% (n=20) y finalmente la Bulimia Nervosa tipo no purgativo se presentó en el 9.9% (n=11). El 21.6% (n=24) reportó haber tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento y hasta un 37.8% (n=42) de las pacientes reportaron uso de laxantes. En la Tabla 1 se muestran las características clínicas restantes de la muestra.

**Tabla 1.** Características clínicas de pacientes con TCA usuarias de la consulta externa del INPRFM

	<b>MEDIA</b>	<b>D.E.</b>	<b>RANGO</b>
<b>Edad de inicio (años)</b>	15.0	3.8	6–34
<b>Tiempo de evolución (años)</b>	7.1	3.0	1–29
<b>Número de internamientos</b>	1.6	0.8	1–4
<b>Edad de la hospitalización (años)</b>	21.5	6.2	12–35
<b>Número de intentos de suicidio</b>	2.5	2.6	1–14
<b>IMC actual</b>	22.0	6.2	11.7 – 42.2
<b>IMC más bajo</b>	19.1	4.7	9.85–37.31

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, el 86.5% (n=96) de la muestra presentaba al menos otro diagnóstico psiquiátrico (ver Tabla 2). En relación al tratamiento farmacológico el 15.3% (n=17) se encontraban con tratamiento ansiolítico, el 25.3% (n=28) se encontraban con tratamiento antipsicótico y el 78.4% (n=87) se encontraban con tratamiento antidepresivo, siendo el más prevalente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en el 96.5% (n=83) de las pacientes bajo tratamiento antidepresivo.

**Tabla 2.** Trastornos psiquiátricos comórbidos al Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

<b>COMORBILIDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Trastorno Depresivo Mayor</b>	87	78.4
<b>Trastorno de Ansiedad</b>	65	58.6
<b>Autolesiones</b>	51	45.9
<b>Trastorno de Personalidad</b>	31	27.9
<b>Abuso sexual</b>	25	22.5



## 16.2 Características de la Regulación Emocional.

La puntuación global de la Escala de Dificultad en la Regulación emocional (EDRE) del total de la muestra fue de 111.5 (D.E.=16.7) puntos con un rango entre 79 - 148 puntos. De forma inicial, se realizó una comparación de los datos globales obtenidos en la presente muestra y los datos reportados en el estudio de validación de Fowler en 2014; el cual incluyó 592 pacientes ingresados en Hospital Psiquiátrico con diagnóstico de enfermedad mental grave. Este análisis se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Características de la regulación emocional en pacientes con TCA y una muestra de 592 con enfermedad mental grave del estudio de Fowler, 2014.

	Puntajes		Validación		Estadística
	Media	DE	Media	DE	
No aceptación	19.0	3.4	16.6	6.7	t=7.5 , 110 gl, p<0.001
Objetivos	15.7	2.7	17.2	4.9	t=-5.4, 110 gl, p<0.001
Impulsividad	19.0	5.6	14.9	6.1	t=7.7, 110 gl, p<0.001
Conciencia emocional	17.7	3.4	16.8	5.6	t=2.8, 110 gl, p=0.005
Estrategias	24.2	6.1	22.8	8.1	t=2.5, 110 gl, p=0.01
Claridad emocional	15.5	3.3	13.4	4.7	t=6.9, 110 gl, p<0.001
EDRS Total	111.5	16.7	101.7	26.8	t=6.1, 110 gl, p<0.001

Una vez obtenidos las puntuaciones totales de la muestra, las pacientes fueron divididas en dos grupos de acuerdo a la mediana obtenida en la escala (111 puntos). Así, el 52.3% (n=58) de las pacientes fueron clasificados con baja regulación emocional (altos puntajes en la escala) y el 47.7% (n=53) con alta regulación emocional (bajos puntajes en la escala).

Las pacientes con baja y alta regulación emocional presentaron características demográficas y clínicas similares, con excepción de la edad, en donde las pacientes con baja regulación emocional eran más jóvenes que aquellas con alta regulación emocional. Estas comparaciones se muestran en la Tabla 4 y 5.

**Tabla 4.** Características demográficas de pacientes con baja y alta regulación emocional.

VARIABLES	Alta regulación emocional n=53		Baja regulación emocional n=58		Estadística
	n	%	n	%	
<b>Estado Civil</b>					
Soltera	4	7.5	3	5.2	$\chi^2=0.2$ , 1 gl, $p=0.60$
Casada	49	92.5	55	92.5	
<b>Nivel Socioeconómico</b>					
Alto	0	0.0	1	1.7	$\chi^2=1.0$ , 2 gl, $p=0.59$
Medio	27	50.9	31	53.4	
Bajo	29	49.1	26	44.8	
<b>Ocupación</b>					
Estudiante/empleado	40	75.5	49	84.5	$\chi^2=1.4$ , 1 gl, $p=0.23$
Hogar/desempleo	13	24.5	9	15.5	
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Estadística</b>
<b>Edad</b>	22.7	6.9	20.5	5.7	$t=0.9$ , 109 gl, $p=0.45$
<b>Escolaridad</b>	11.9	2.8	12.0	2.9	$t=-0.4$ , 109 gl, $p=0.96$

**Tabla 5.** Características clínicas de pacientes con baja y alta regulación emocional.

<b>VARIABLES</b>	<b>Alta regulación emocional n=53</b>	<b>Baja regulación emocional n=58</b>	<b>Estadística</b>
<b>Diagnóstico</b> Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa	24 45.3 29 54.7	23 39.3 35 60.3	$\chi^2=0.35$ , 1 gl, $p=0.54$
<b>Comorbilidad General</b> Ausente Presente	9 17 52 89.7	6 10.3 44 83.0	$\chi^2=1.0$ , 1 gl, $p=0.30$
<b>Comorbilidad</b> Depresión Ansiedad TLP Abuso Sexual Autolesiones	40 75.5 31 58.5 16 30.2 14 26.4 28 48.2	47 81.0 34 58.1 15 25.9 11 18.9 23 43.4	$\chi^2=0.5$ , 1 gl, $p=0.47$ $\chi^2=0.0$ , 1 gl, $p=0.98$ $\chi^2=0.2$ , 1 gl, $p=0.61$ $\chi^2=2.9$ , 1 gl, $p=0.40$ $\chi^2=1.0$ , 1 gl, $p=0.57$
<b>Tratamiento</b> Tx Antidepresivo Tx Ansiolítico Tx Antipsicótico	40 75.5 8 15.1 7 13.2	47 81.0 9 15.5 18 31.0	$\chi^2=0.5$ , 1 gl, $p=0.47$ $\chi^2=0.0$ , 1 gl, $p=0.95$ $\chi^2=5.0$ , 1 gl, $p=0.02$
<b>Hospitalizaciones</b> Ausente Presente	41 77.4 12 22.6	46 79.3 12 20.7	$\chi^2=0.6$ , 1 gl, $p=0.80$
<b>Intentos de Suicidio</b> Ausente Presente	35 66.0 18 34.0	41 70.7 17 29.3	$\chi^2=0.2$ , 1 gl, $p=0.59$
<b>Uso de laxantes</b> Presente Ausente	34 64.2 19 35.8	35 60.3 23 39.7	$\chi^2=1.7$ 1 gl, $p=0.68$
	<b>Media DE</b>	<b>Media DE</b>	<b>Estadística</b>
<b>Edad de Inicio</b>	15.7 4.5	14.2 3.0	$t= - 2.0$ , 109 gl, $p=0.04$
<b>Tiempo de Evolución</b>	7.8 7.1	6.4 4.7	$t= - 1.1$ , 109 gl, $p=0.24$
<b>Núm. Hospitalizaciones</b>	1.6 0.8	1.6 0.8	$t= - 0.0$ , 22 gl, $p=1.00$
<b>Edad Hospitalización</b>	20.5 6.5	22.5 5.9	$t= - 0.8$ , 22 gl, $p=0.42$
<b>Núm. Intentos suicidas</b>	3.1 3.5	1.8 1.2	$t= 1.4$ , 32 gl, $p=0.16$
<b>IMC actual</b>	22.0 6.8	22.1 5.7	$t= 0.9$ , 109 gl, $p=0.93$
<b>IMC más bajo</b>	19.0 5.3	19.1 4.3	$t= 0.1$ , 109 gl, $p=0.90$

### 16.3 Características de Personalidad: Dimensiones de Temperamento y Carácter.

Las puntuaciones promedio de las dimensiones de temperamento y carácter evaluados mediante el ITC-R del total de la muestra se muestran en la Tabla 5.

Al comparar los puntajes obtenidos en las pacientes con TCA y compararlos con los obtenidos en el estudio de validación de Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (ITC-R) en población mexicana (n=2076), se observan diferencias significativas en todas las áreas (Tabla 6).

**Tabla 6.** Dimensiones de Temperamento y Carácter en pacientes con TCA y en población mexicana estudio de validación (Fresan, 2011).

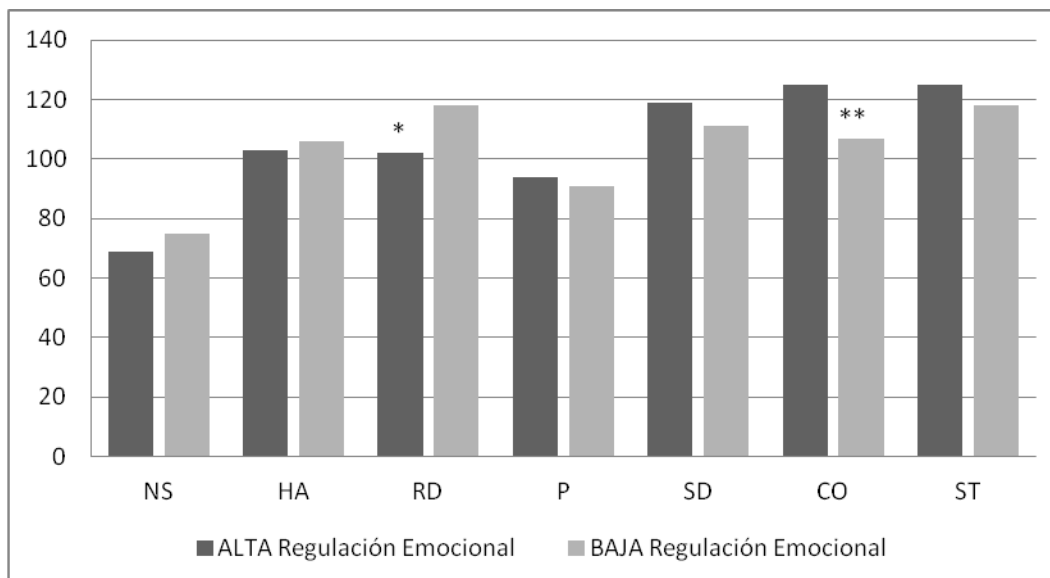
DIMENSIONES	Puntajes		Validación		Estadística
	Media	DE	Media	DE	
<b>Temperamento</b>					
Búsqueda de la novedad	72.4	15.5	105.4	14.0	t=-18.75, 110 gl, p<0.001
Evitación al daño	104.9	16.1	85.9	16.5	t= 12.02, 110 gl, p<0.001
Dependencia a la recompensa	110.9	23.2	97.6	13.5	t= 6.02, 110 gl, p<0.001
Persistencia	93.0	17.1	124.7	16.7	t=-19.98, 110 gl, p<0.001
<b>Carácter</b>					
Autodirección	115.0	21.6	143.6	19.0	t=-16.0, 110 gl, p<0.001
Cooperatividad	116.0	22.4	128.2	17.6	t=-7.1, 110 gl, p<0.001
Autotrascendencia	121.5	21.9	75.9	14.4	t=21.8, 110 gl, p<0.001

De forma global, las pacientes con TCA muestran una menor *Búsqueda de la novedad y Persistencia* y una mayor *Evitación al daño y Dependencia a la recompensa* en contraste con la población general en las dimensiones de temperamento. Por su parte estas pacientes muestran una disminución en las tres dimensiones de carácter: *Autodirección, Cooperatividad y Autotrascendencia*. Las diferencias fueron significativas para todas las dimensiones de temperamento y carácter con una  $p < 0.001$ .

#### 16.4 Regulación emocional y dimensiones de personalidad:

Al comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre los pacientes con alta y baja regulación emocional, se observó que las pacientes con baja regulación emocional tenía mayor puntaje en la dimensión de temperamento *Dependencia a la Recompensa* (RD) ( $t=3.7$ , 109 gl  $p < 0.001$ ) y las pacientes con alta regulación emocional mayor puntaje en *Cooperatividad* (CO) ( $t=-4.2$ , 109 gl  $p < 0.001$ ) (Gráfica 1).

**Grafico 1.** Dimensiones de personalidad entre pacientes con alta y baja regulación emocional.



\*  $t=3.7$ , 109 gl  $p < 0.001$

\*\* $t=-4.2$ , 109 gl  $p < 0.001$

## 16.5 Comparación de la regulación emocional y la personalidad entre anorexia nervosa y bulimia nervosa

De forma adicional, se compararon las dimensiones de la regulación emocional así como las dimensiones de temperamento y carácter entre las pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa. Ambos grupos diagnósticos mostraron características similares de regulación emocional y personalidad, con excepción de la dimensión de temperamento *Evitación al daño* (HA) la cual fue menor en las pacientes con anorexia nervosa (Tabla 7).

**Tabla 7.** Dimensiones de temperamento y carácter, características de la regulación emocional por grupo diagnóstico

CARACTERÍSTICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		ESTADÍSTICA
	Media	D.E.	Media	D.E.	
No Aceptación	18.4	3.0	19.5	3.7	t=-1.7, 109 gl p=0.08
Objetivos	15.9	2.6	15.6	2.7	t=-0.4, 109 gl p=0.63
Impulsividad	19.5	5.0	18.6	6.0	t=-0.8, 109 gl p=0.38
Conciencia Emocional	17.5	3.5	17.8	3.4	t=-0.3, 109 gl p=0.71
Estrategias	23.4	6.2	24.8	6.1	t=-1.1, 109 gl p=0.25
Claridad	15.4	3.3	15.7	3.2	t=-0.4, 109 gl p=0.68
EDRE Total	110.4	16.4	112.3	17.7	t=-0.5, 109 gl p=0.57

DIMENSIONES DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER					
	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		ESTADÍSTICA
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<b><i>Búsqueda de la novedad</i></b>	71.7	15.9	72.9	15.3	t=-0.4, 109 gl p=0.68
<b><i>Evitación al daño</i></b>	99.5	14.6	108.9	16.1	<b>t=-3.1, 109 gl p=0.002</b>
<b><i>Dependencia a la recompensa</i></b>	108.6	23.4	112.6	23.2	t=-0.9, 109 gl p=0.36
<b><i>Persistencia</i></b>	92.5	17.3	93.3	17.2	t=-0.2, 109 gl p=0.81
<b><i>Autodirección</i></b>	117.2	21.2	113.5	22.0	t=0.8, 109 gl p=0.37
<b><i>Cooperatividad</i></b>	119.1	22.1	113.7	22.5	t=1.2, 109 gl p=0.21
<b><i>Autotrascendencia</i></b>	122.3	19.9	120.9	23.4	t=0.3, 109 gl p=0.73

### 16.6 Modelo de regresión lineal para la regulación emocional en Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa:

Para la realización de ambos modelos de regresión lineal, se seleccionaron las siete dimensiones de personalidad así como las variables demográficas y clínicas, en particular la edad al momento del estudio y la edad de inicio del padecimiento.

El modelo de regresión lineal múltiple con el método “hacia atrás condicional” fue capaz de explicar el 31.0% de la varianza del fenómeno de la

regulación emocional total (EDRET) en esta muestra de pacientes con Anorexia Nervosa (Tabla 8).

Las dos variables asociadas con la regulación emocional fueron la edad y la dimensión de temperamento *Dependencia a la recompensa*. En las pacientes con anorexia, una menor regulación emocional se asocia con una menor edad cronológica y una mayor *Dependencia a la recompensa*.

**Tabla 8.** Modelo de regresión lineal múltiple para la regulación emocional en Anorexia Nervosa

<b>Variables independientes</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>D.E. <math>\beta</math></b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>	-0.80	0.31	-1.43 – -0.17	0.01
<b><i>Dependencia a la recompensa</i></b>	0.37	0.08	0.20 – 0.55	<0.001

El modelo de regresión lineal múltiple con el método “hacia atrás condicional” fue capaz de explicar el 38.3% de la varianza del fenómeno de la regulación emocional total (EDRET) en esta muestra de pacientes con Bulimia Nervosa (Tabla 8).

Las tres variables asociadas con la regulación emocional fueron la dimensión de temperamento *Búsqueda de la novedad* y las dos dimensiones de carácter *Cooperatividad* y *Autotrascendencia*. En las pacientes con bulimia nervosa, una menor regulación emocional se asoció con una mayor *Búsqueda de la novedad* y menor *Cooperatividad* y *Autotrascendencia*.



**Tabla 9.** Modelo de regresión lineal múltiple para la regulación emocional en Bulimia Nervosa

<b>Variables independientes</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>D.E. <math>\beta</math></b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b><i>Búsqueda de la novedad</i></b>	0.29	0.11	0.05 -0.52	0.01
<b><i>Cooperatividad</i></b>	-0.35	0.08	-0.53 - -0.17	<0.001
<b><i>Autotrascedencia</i></b>	-0.15	0.08	-0.32-0.24	0.09

## **17. DISCUSIÓN:**

El objetivo del presente estudio fue describir la relación del Temperamento y del Carácter con la Regulación Emocional en pacientes con Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa.

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en nuestra población es baja, de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial (Medina Mora, 2007 y Benjet, 2015), generalmente se presentan en población adolescente y adulto joven. Las prevalencias reportadas en las investigaciones, varían dependiendo del diagnóstico alimentario que se está documentando. Por ejemplo, la bulimia nervosa es el TCA más frecuente en nuestro país, con un 1.7% en adolescentes de 12-16 años, seguido por el trastorno por atracón con un porcentaje de 1.6%. Esto coincide con lo reportado en diversos estudios, los cuales alcanzan prevalencias del 1% al 4% de estos padecimientos (Hoek, 2006; Hudson, 2007 y Benjet, 2015). En poblaciones clínicas, se han descrito prevalencias del 17%, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” alcanzó el 19.1% en el año 2014 y al 18% en el 2015 ([www.inprf.org/transparencia/](http://www.inprf.org/transparencia/)). El diagnóstico más reportado en nuestro estudio fue BN y el segundo diagnóstico más frecuente fue AN, difiriendo de lo reportado por Benjet pero concuerdan con el estudio realizado por Smink, quien evaluó la

prevalencia de TCA en centros de atención médica, y encontró un aumento en el número de casos de AN (Smink, 2012; Hoek, 2006 y Tseng, 2016).

Las características generales de los TCA, que presentaron las pacientes incluidas en el estudio, coinciden con la revisión de Mitchison en 2014 que incluyó 86 artículos de poblaciones clínicas con estos trastornos. En la revisión, se describe una mayoría de mujeres, solteras, con un rango de edad de 12 a 35 años, nivel socioeconómico bajo y la mayoría se encuentra en algún curso escolar. El mayor porcentaje de la muestra del presente estudio mostró una edad de inicio temprano, un tiempo de evolución prolongado, un IMC bajo para AN y normal o sobrepeso para BN, con antecedentes de abuso sexual, varios intentos de suicidio, comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad (Hudson, 2007; Keshaviah, 2013; Degortes, 2014 y Tseng, 2016).

La presencia de autolesiones en la población de TCA, es variable, con un rango de 35% hasta 72% de la población con BN, en nuestro estudio el total de la muestra documentó una prevalencia del 45%. Estas diferencias pueden deberse a variaciones en algunas características demográficas de las poblaciones evaluadas, ya que la conducta autolesiva varía entre la población adolescente (17%) y la población adulta joven (5%) (Rodham, 2009 y Claes, 2014).

El número de internamientos por sintomatología alimentaria, así como los intentos de suicidio, fueron considerablemente más bajos en nuestra población en comparación con lo reportado por Keshaviah en 2013. A pesar de que ambas poblaciones provienen de hospitales de concentración, la diferencia pudiera explicarse por el modelo de atención un modelo de hospital general (Keshaviah, 2013) en contraposición de un modelo de hospital psiquiátrico. De la misma forma, las diferencias encontradas entre los intentos suicidas de ambas poblaciones, ocurre por la forma de recolección de datos, mientras que para nuestra muestra

solo se documentó un intento suicida explícito y se excluyeron los gestos suicidas, el trabajo citado incluyó ambos, modificando las prevalencias.

La “Regulación Emocional” (RE), se define como *“el control en la experiencia y expresión emocional, especialmente el control de la expresión ante eventos negativos y la reducción en la respuesta excitatoria”* (Gross, 1998). Esta definición se jerarquiza en etapas, desde la experiencia hasta el monitoreo y evaluación de la misma. Se ha sugerido, que una regulación emocional adaptativa incluye el monitoreo y la evaluación de la experiencia emocional, además de poder modificarla y marcar la importancia de la conciencia y el entendimiento de las emociones (Gross, 1998). De esta forma, la regulación emocional sirve para influenciar el tipo, intensidad, tiempo, curso y calidad de la emoción (Mauss, 2006).

En las personas con trastornos mentales, se han descrito variaciones en la regulación emocional. En particular, las pacientes con TCA muestran mayores alteraciones que aquellos individuos con otros trastornos mentales graves, como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad o los trastornos por somatización (Fowler, 2014). De forma global, las pacientes con TCA reportan una mayor dificultad para regular sus emociones; incluso, algunos estudios han comparado la regulación emocional de las pacientes con TCA, con las estrategias de regulación emocional empleadas por población adolescente, caracterizadas principalmente por estrategias mal-adaptativas de afrontamiento (Neuman, 2010 y Fowler, 2014).

Los resultados del presente estudio documentaron que las pacientes con TCA tuvieron mayores alteraciones en la regulación emocional que lo observado en el estudio de validación. Las investigaciones en TCA, señalan que el afecto negativo es uno de los factores de riesgo más específicos y característicos en la psicopatología alimentaria. Éste, se ha relacionado con una regulación emocional deficiente, proponiendo que las dificultades de afrontamiento emocional, junto con

alteraciones del humor, resultan en una estrategia poco adaptativa, convirtiendo a la sintomatología alimentaria, en una forma de afrontamiento que se utiliza en el manejo de dificultades emocionales (Cooper, 2014). Otra teoría que explica la regulación emocional se conoce como “la teoría de la expectativa” ha sido apoyada por estudios que examinaron las diferencias individuales en las expectativas cognitivas y su asociación con el atracón. Los participantes bulímicos reportaron expectativas significativamente mayores de que comer reduce sentimiento negativos en comparación con los controles psiquiátricos y normales, y la creencia de que comer reduce el afecto negativo distingue a los participantes con síntomas bulímicos (es decir, comidas compulsivas) de aquellos con otros síntomas de alimentación desordenada (Hohlstein, et al. 1998 y Simmons, et al. 2006) lo cual apoyó los hallazgos del estudio con diferencias en todas las dimensiones al compararse con otros trastornos mentales graves (Fowler, 2014). Algunos autores han reportado, que la inadecuada regulación emocional no sólo es algo característico de pacientes con diagnóstico de TCA, sino que se presenta en aquellos individuos con conductas alimentarias de riesgo, asociando así el síntoma alimentario con la falta de claridad emocional y de conductas dirigidas hacia un objetivo específico (Stice, 2002 y Cooper, 2014) lo cual comprobamos al documentar mayor dificultad en todos los dominios. Es posible considerar, que la conducta alimentaria sea una estrategia dirigida al manejo y al control de estados emocionales difíciles, estrategia que al no ser exitosa, pudiera promover el desarrollo gradual de un TCA (Stice, 2002).

Varios autores, han reportado que la regulación emocional difiere entre pacientes con AN y BN, estando más afectada en las pacientes de éste último grupo (Brockmeyer, 2014). No obstante, en el presente estudio, no encontramos diferencias en la regulación emocional entre ambos grupos diagnósticos. De acuerdo al modelo general de Gratz y Romer en 2004; ambos grupos de pacientes subemplean sus habilidades adaptativas para la regulación emocional, mostrando dificultades globales para la regulación de estados, independientemente del

diagnóstico de TCA que padezca (Brockmeyer, 2014; Danner, 2014 y Svaldi, 2012).

Al no encontrar diferencias entre grupos diagnósticos, se dividió a la muestra en pacientes con alta y baja regulación emocional, se observó que las pacientes con una baja regulación emocional, presentaron una menor edad cronológica al momento del estudio, una menor edad de inicio del padecimiento, y un mayor uso de fármacos antipsicóticos, con respecto a las de alta regulación. En un meta - análisis de estrategias de regulación emocional a través de la psicopatología se documentó que una edad de inicio temprano e inicio del padecimiento en la adolescencia se relacionaron con mayor uso de estrategias mal adaptativas (Aldao, 2010). La experiencia emocional saludable o útil, es un equilibrio; se requiere reconocer y expresar emociones para permitir el procesamiento, pero también requieren la inhibición de la emoción para optimizar los resultados situacionales, lo cual suele presentar mayor dificultad la adaptación del control emocional para los más jóvenes (Mehl, et al. 2001). No es sorprendente, el uso de estrategias "mal adaptativas" se asocia positivamente con psicopatología (Aldao, 2013, 2010). En cuanto al uso de medicamentos antipsicótico en pacientes con baja regulación emocional no encontramos estudios que reporten una asociación directa, existen reportes con síntomas de impulsividad, agresividad y/o trastornos de personalidad sin relacionarlos con regulación emocional deficiente (Rodham, 2009; Claes, 2014 y Gratz, 2013), en una revisión de la base de datos para la prescripción de medicamentos en Noruega se encontró que un mayor uso de antipsicóticos en adolescentes se asoció a evitar el uso de hipnóticos en una población joven (Hartz, 2016), lo cual no podemos corroborar en nuestra población por la forma en la que se recolectó la información, y en cuanto al uso de antipsicóticos en pacientes con TCA, no está indicado, existen reportes del uso de olanzapina como coadyuvante en pacientes con desnutrición, o en el tratamiento de alguna comorbilidad psiquiátrica (Marzola, 2013), en ambos casos pudiera asociarse con

mayor sintomatología y en donde pudiera estar involucrada la mala regulación emocional.

Nuestro estudio propone describir la relación entre la dificultad en la regulación emocional y las características específicas del temperamento y del carácter. La personalidad influye en la manifestación y expresión sintomática de los trastornos mentales, así como múltiples factores en el desarrollo y evolución de los TCA (Lilenfeld, 2006 y Klump, 2004). Al comparar los puntajes de las pacientes, con el estudio de validación del ITC-R en población mexicana, se observaron diferencias en todas las dimensiones (Fresán, 2010), lo que concuerda con varios estudios, donde se los rasgos de personalidad específicos para a TCA son principalmente: la *Evitación al Daño*, *Dependencia a la recompensa* que resultaron estar elevadas y así como la disminución de la dimensiones de carácter: la *Autodirección*, *Autotrascendencia* y la *Cooperatividad* (Fassino, 2002 y Klump, 2004). En un estudio realizado en pacientes con TCA vs controles en donde se evaluaron los rasgos de personalidad a través del modelo de Cinco factores se reportaron diferencias en la mayoría de las facetas. En general, los perfiles de personalidad de los pacientes se caracterizan por la experiencia de la afectividad negativa omnipresente y una vulnerabilidad (Levallius, 2015). Nuestros pacientes reportan una tendencia a dudar de su propia capacidad de lidiar con los desafíos de la vida, y a creer que otras personas no son de confianza. Por lo que tienden a evitar reuniones sociales y parecen estar menos abiertos a la exploración, de emociones, ideas o nuevas actividades, lo cual podemos inferir al evaluar los diferentes puntajes en las dimensiones de personalidad al compararlos con la población general. Curiosamente ellos mismos se observa como poco dogmáticos y menos tradicionales. Finalmente muestran una tendencia a postergar y tener problemas para controlar los deseos, lo que los lleva a una acción precipitada y arrepentimiento. (Fassino, 2003; Klump, 2004 y Levallius, 2015).

Incluso, se ha descrito que los rasgos de personalidad difieren entre subgrupos diagnósticos del TCA, lo que puede ponerse de manifiesto en la

expresión de la sintomatología del TCA. Al comparar los grupos de AN contra BN en el presente estudio, se observó una mayor *Evitación al Daño* en las pacientes con AN. Otros estudios han encontrado diferencias entre ambos diagnósticos en la dimensión de carácter *Autodirección*, *Búsqueda de la Novedad y Persistencia* (Peñas-Lledó, 2010; Reba, 2005; Fernández-Aranda, 2009 y Krug, 2011), hallazgos que no fueron replicados en nuestro estudio. La diferencia encontrada en términos de la *Evitación al Daño*, se observa en los individuos ya que suelen ser tensos, aprensivos, temerosos, inhibidos, tímidos, fácilmente fatigables y aprensivos. Se piensa que estos rasgos de *Evitación al Daño* reflejan una variante del cerebro a la respuesta del castigo, o la inhibición del sistema conductual el cual incluye el sistema serotoninérgico, septohipocampal y las proyecciones de los núcleos del rafe hacia el tallo cerebral, así como proyecciones colinérgicas de la neocorteza frontal a los núcleos basales. Las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos del rafe dorsal que van a la sustancia negra inhiben las neuronas dopaminérgicas nigroestriadas que son esenciales para la inhibición condicionada por las señales de castigo y la frustración de la no recompensa (Cloninger 1987), Sobre la base de los estudios anteriores y otros, se han sugerido modelos de espectro de TCA (Brooks, 2011 y Brooks, et al. 2012). En este caso, el subtipo restrictivo de la anorexia nerviosa (ANR) se encuentra en el extremo (inhibitorio) con un sobre control, seguido por EL subtipo compulsivo – purgativo (ANCP) y bulimia nerviosa (BN). El trastorno por atracón (BED) se coloca en la extremidad impulsiva (en términos de control del apetito).

En la presente investigación se planteó que los rasgos de la personalidad pudieran tener una estrecha relación con la regulación emocional en pacientes con TCA. Así, cuando se dividió a la muestra en pacientes con alta y baja regulación emocional, se observó que las pacientes con una baja regulación emocional reportaron mayores puntajes en la dimensión de temperamento *Dependencia a la Recompensa* y en la dimensión de carácter *Cooperatividad*. Una mayor *Dependencia a la Recompensa* asociada con una baja regulación emocional puede reflejar la tendencia a mantener un comportamiento placentero (conducta

alimentaria de riesgo) porque representa un estímulo. Para las pacientes “perder peso, ser delgada” es lo que genera mayor sensación de recompensa, (Wierenga, 2015). Estos hallazgos son apoyados por el proceso de toma de decisiones basado en la recompensa que se considera un proceso neuro-computacional omnipresente que ocurre siempre que un individuo tiene que hacer una elección a partir de varias opciones alternativas sobre la base de valores subjetivos (Rangel, 2008). Más concretamente, la toma de decisiones relacionada con la recompensa se conceptualiza como un proceso cognitivo que involucra la representación y asignación de valores y probabilidades a diferentes opciones, la selección de una opción basada en esta asignación de valores, la ejecución de un comportamiento específico que se espera conduzca al deseado. Este proceso está profundamente arraigado en la biología del cerebro humano (Dixon, et al. 2014; Liao, 2011 y Silvetti, 2013). Se considera que una interrupción de la eficacia de este proceso juega un papel importante en los comportamientos impulsivos y, por tanto, en el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales tales como los trastornos adictivos y alimentarios (Wierenga, 2015) y también en las enfermedades neurológicas (Ryterska, et al. 2013). La conducta alimentaria no sólo está regulada por las necesidades corporales sino por otros factores como estados emocionales, motivaciones y procesos de auto - regulación, el afecto negativo o la dificultad para regular emociones se considera un factor transdiagnóstico y de mantenimiento en todos los trastornos de alimentación (Stice, 2002; Jacobi, 2010 y Cardi, 2015).

En cuanto a lo reportado de una baja *Cooperatividad* en pacientes con baja regulación emocional, es importante mencionar que esta dimensión de carácter, está diseñado para evaluar las diferencias individuales en relación a la identificación y la aceptación de otras personas vs la agresión y la hostilidad (Cloninger, 1993). De forma general, se ha descrito que una baja cooperatividad incrementa la probabilidad de tener un trastorno de la personalidad (Svrakic, 2010), situación que ha sido documentada en los pacientes con TCA. Los individuos con una baja *Cooperatividad* son descritos como socialmente



intolerantes, poco empáticos, poco compasivos y vengativos, lo que se relaciona de forma directa con una baja regulación emocional, en donde los sujetos no reconocen, no aceptan y responden de forma inefectiva a las situaciones emocionales. En estudios neuropsicológicos han apoyado este hallazgo ya que se observa que los individuos con TCA usan la inhibición proactiva de forma diaria, actuando con más cautela o reservadamente cuando se desconoce la información requerida y generando una inhibición proactiva del comportamiento para mejorar el rendimiento, el cual puede interactuar o depender de una serie de componentes adicionales de la tarea, incluyendo detección de señales, atención y determinación de la relevancia de la respuesta lo cual es parte de la regulación emocional. La inhibición proactiva se manifiesta más simplemente como una supresión automática o general de respuestas en el contexto de incertidumbre o aversión (es decir, más que como una estrategia dinámica). Así, podemos ver que una baja *Cooperatividad* asociada con una baja regulación emocional puede estar caracterizada por la no aceptación y falta de empatía hacia otros, en donde las relaciones interpersonales son conflictivas y sin una adecuada promoción hacia el logro de metas personales porque la forma de percibir las señales externas es con cautela al suprimir las respuestas de la regulación emocional.

Aunado a estos hallazgos y las diferencias encontradas en los rasgos de personalidad entre pacientes con AN y BN, fue que se procedió a realizar un modelo de regresión lineal para cada uno de estos diagnósticos y así, determinar cuáles eran las características demográficas, clínicas y de personalidad que mostrarán una mayor asociación con una baja regulación emocional. Así, el modelo de regresión lineal múltiple para Anorexia Nervosa nos muestra que una elevada *Dependencia a la Recompensa* y una menor edad cronológica fueron las variables mayormente asociadas a una baja regulación emocional. Esta asociación apoya los estudios previos en donde las pacientes con AN suelen sentirse recompensadas a través de la restricción y la pérdida de peso e intensificar sus conductas durante períodos emocionalmente difíciles, al igual que otros diagnósticos alimentarios como BN y TA (Munsch, 2012). Se ha sugerido

que algunas conductas como el ejercicio compulsivo, la dieta restrictiva y ayuno son estrategias emocionales disfuncionales en estas pacientes (Peñas-Lledos, 2002 y Bratland-Sanda, 2013). Desde esta perspectiva, se propone que generan un reforzamiento positivo cuando el paciente los percibe como una situación de logro, bienestar o mejoría de aspectos sociales (Goodwin, 2014.) Algunas investigaciones acerca del sistema de recompensa en mujeres con anorexia nerviosa explican mejor el uso de este tipo de conductas ya que las pacientes exhiben mayores respuestas en el estriado ventral en respuesta a los estímulos de bajo peso (Fladung, 2010), lo cual nos muestra que éstas pacientes tienen un proceso de respuesta emocional diferente (Wagner, 2010).

Las mujeres de 9 a 12 años que reportan una gran presión social para tener un cuerpo delgado, han mostrado mayor riesgo de desarrollar un TCA (McKnight, 2014), y en las más jóvenes se ha encontrado que reportan mayor preocupación por el peso y la figura asociado a un afecto negativo por lo que presentan mayor riesgo de desarrollar un TCA (Killen,1996). El modelo de doble vía de patología alimentaria (Stice, 2001) postula que la presión percibida de ser delgada de la familia, los compañeros y los medios de comunicación y la interiorización del ideal de delgadez produce insatisfacción corporal. Esta insatisfacción corporal promueve teóricamente conductas como la dieta restrictiva que suele ser la estrategia más usada por las chicas jóvenes y que puede progresar a la anorexia nerviosa. La modificación de la conducta en respuesta a la experiencia es un importante mecanismo de adaptación, el cual es menos probable que se utilice en pacientes con edades tempranas (Cloninger, 1987).

Algunos estudios asocian este tipo de reacciones con una vulnerabilidad emocional en donde las características temperamentales, las situaciones ambientales y las experiencia previas se combinan en el paciente con Anorexia Nervosa (Haynos, 2010), los estudios de Neuropsicología lo respaldan con los hallazgos en la toma de decisiones impulsiva y desventajosa relacionada con la recompensa, lo cual se observa en los paradigmas experimentales conductuales y

sugieren que varios procesos cognitivos involucrados en el sistema de valencia positivo de acuerdo con criterios de los dominios de investigación están distorsionados en TCA y obesidad. Esto podría indicar un sesgo hacia una sobreestimación de los beneficios a corto plazo de la ingesta de alimentos (en obesidad y BN), así como la restricción de alimentos, lucha por la delgadez y ejercicio excesivo (en ANR) con poca previsión, reflexión y consideración de las consecuencias a largo plazo de estos comportamientos (Wu, 2016), de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio una corta edad y altos puntajes en *Dependencia a la Recompensa* se asociaron a baja regulación emocional actuando como un factor mantenedor de la psicopatología como lo reporta Fairburn en 2003 ya que en un inicio temprano la paciente tiene menor experiencia y conocimiento para enfrentar los problemas y regular emociones, y el experimentar alivio de situaciones emocionales difíciles a través de la conducta alimentaria predispone al mantenimiento de la conducta (Fairburn, 2003).

La *Dependencia a la Recompensa* se muestra por relaciones sociales cálidas, malestar frente a la separación social, necesidad de vinculación social, dependencia a la aprobación de otras personas y sensibilidad hacia las señales sociales, situaciones que las pacientes pueden interpretar como obtenidas a través de la conducta. Las pacientes suelen ser egosintónicas a la sintomatología, al sentirse parte de un grupo social y generar aceptación al perseguir el ideal de delgadez (Haynos, 2011) nuevamente obteniendo a través de la conducta alimentaria recompensa pequeña pero inmediata, que genera una sensación de alivio emocional a través de la activación del circuito de ganglios basales y corteza orbito frontal (Wu, 2016).

Por su parte, el modelo de regresión lineal para BN mostró que las variables de la personalidad - una elevada *Búsqueda de la Novedad* (NS), baja *Cooperatividad* (CO) y alta *Autotrascendencia* (ST) - son las principales variables relacionadas con baja regulación emocional. Una *Búsqueda de la Novedad* se ha asociado con alteraciones en el sistema dopaminérgico (Cloninger, 1987) con la

presencia de conductas impulsivas como los atracones. Estas conductas, probablemente estén ligadas a la respuesta emocional y no solo determinadas por la personalidad de las pacientes. La influencia de una elevada *Búsqueda de la Novedad* sobre la conducta bulímica, puede ser mediada por la impulsividad, la cual, al ser entendida como la inadecuada capacidad para la inhibición de conductas motoras (Barrat, 1994), o como el aumento en la sensibilidad a la recompensa (Mischel, 1989), los alimentos se consideran un estímulo naturalmente gratificante, y la evidencia en pacientes con bulimia nervosa como los reportado en nuestro estudio que se asocian con pobres habilidades para tolerar el retraso de las recompensas e inhibir el comportamiento de acercamiento hacia estímulos gratificantes en general contribuyen a la incapacidad de abstenerse de esta recompensa primaria (Mischel, 1989 y Wu, 2013). Por lo tanto, el examen de estos componentes básicos del comportamiento impulsivo aparece como un camino prometedor para comprender mejor los comportamientos alimentarios alterados que contribuyen a la psicopatología del TCA y la epidemia de obesidad (Finucane, 2011). Las diversas situaciones de la vida del sujeto así como las condiciones del entorno pueden incrementar el impulso a atracar/compensar en el paciente y así la *Búsqueda de la Novedad* y su correlato genético, puede no ser la única alternativa de respuesta para la manifestación de la conducta alimentaria en pacientes con bulimia ya que la vías neurobiológicas son sensibles al aprendizaje, por lo tanto las dimensiones de carácter actúan como un moderador de la expresión del temperamento debido a la influencia del entorno y las experiencias durante el desarrollo de la persona (Fairburn, 1997; Kaye, 2015), lo cual apoya lo encontrado en nuestro estudio ya que el menor puntaje en dimensiones de carácter se relacionó con baja regulación emocional ya que influyen menos en la modulación del temperamento.

Una baja *Cooperatividad* y *Autotrascendencia* como dimensiones de carácter, se asociaron a baja regulación emocional en BN. Los individuos con una baja *Cooperatividad* son socialmente intolerantes, con relaciones interpersonales disfuncionales y dificultad en el logro de metas, debido a la falta de empatía y el

cumplimiento de metas que es alcanzado a partir de la imposición, en TCA se ha asociado menor reducción de conductas durante el tratamiento (Krug, 2011). Las personas con baja autotrascendencia son vistas con poca identificación con las partes esenciales de los grupos, suelen tener menos características religiosas, pensamiento mágico y situaciones místicas. Previamente para la bulimia nervosa se ha propuesto un modelo de regulación emocional en donde el afecto negativo suele ser el gatillo de la sintomatología alimentaria (Leehr, 2015), varios autores han demostrado que este tipo de pacientes ingiere mayor cantidad de alimentos cuando se encuentra bajo emociones estresantes. Se ha documentado a los atracones como una estrategia de regulación emocional (supresión) (Leehr, 2014 y Wonderlich 2008), generan cogniciones que permiten responder a las emociones y que son reforzadas por memorias previas en donde la conducta ayudó a resolver el enojo o la frustración (Fox, 2009). Este alivio emocional es la principal “pista” de los mecanismos reforzadores en el sistema de recompensa y que actúa como factor mantenedor de la psicopatología alimentaria (Wang, 2009). Al relacionar estos hallazgos con nuestro estudio, la impulsividad asociada a los atracones y la falta de experiencias previas con otro tipo de conducta, hacen que las pacientes utilicen estrategias mal adaptativas para el manejo de sus emociones, perpetuando el trastorno.

Las pacientes con estas características y BN reflejan una posición impulsiva, intolerante y desinteresada que centra todos sus esfuerzos en manejar sus emociones a través de las conductas de alimentación para no involucrarse, relacionarse y enfrentarse a las situaciones emocionales diarias, por lo cual la evaluación de la personalidad podría ser eficaz para identificar a un subgrupo de pacientes que puedan beneficiarse de intervenciones dirigidas a enfatizar el manejo de emociones negativas y conductas maladaptativas como las conductas alimentarias de riesgo (Cassin, 2005).

El papel que la regulación emocional en la conducta alimentaria aún no es claro ya que puede tener una fuerte influencia en el comportamiento del sujeto

(Svaldi, 2012). De forma general y sustentado por los resultados del presente estudio, la asociación encontrada entre las dimensiones de la personalidad y la regulación emocional es diferente de acuerdo al diagnóstico alimentario, esto ha sido reportado por varios autores pero nunca su asociación con la respuesta emocional, (Steiger, 2004; Bruce, 2004; Westen y Harnden-Fischer, 2001).

Es importante resaltar que las diferencias encontradas en cada diagnóstico muestran la diversidad de la regulación emocional en el espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, el cual ha sido reportado como un predictor de diversas conductas (ejercicio compulsivo, frecuencia de la sintomatología, mecanismos de afrontamiento) (Foerde, 2015 y Goodwin, 2014). El modelo de regulación emocional que observamos en las pacientes con AN probablemente esté relacionada a encontrar apoyo social a través del reconocimiento de la “fuerza de voluntad” que desarrollan estas pacientes y lo cual se observa en la sociedad como “adecuado” ya que el ideal de delgadez que se mantiene exalta las figuras delgadas (Presnell, 2004), mientras que el modelo de bulimia nervosa busca afrontar las emociones con conductas que suelen verse como “mayor disfunción” o bien son menos toleradas por la sociedad (atracones, vómito, autolesiones, relaciones inestables, intentos de suicidio) (Wonderlich 2008; Krug, 2011 y Leehr, 2014).

Una de las principales limitaciones del presente estudio es que el diseño metodológico empleado no permite determinar si la baja regulación emocional tiene una causa directa en la sintomatología alimentaria

Para la realización del estudio, se incluyeron pacientes que se encontraban en diferentes estadios de la enfermedad. Se ha descrito que diversas características de la enfermedad, tales como los síntomas bulímicos, pueden ser inestables a lo largo de la enfermedad y cuya severidad se encuentra influenciada por diversos factores, tales como la cronicidad e intervenciones previas, dinámica familiar (Striegel-Moore, 2007).

Es por esto que se propone la realización de estudios longitudinales para poder determinar la influencia la personalidad y la regulación emocional sobre la sintomatología y evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Finalmente, los resultados del presente estudio apoyan la propuesta que los TCA son de origen multifactorial y que su manifestación dependerá de la presencia de diversos factores de riesgo que posean estos individuos. Además, es necesario considerar que la diferencia entre los modelos y su aplicación al campo clínico requiere de la relación existente entre estos factores, ya que estas características no confirieron un riesgo directo para la manifestación de regulación emocional deficiente, lo que sugiere que la presencia exclusiva de una de estas características, no necesariamente es indicativo de que el individuo tenga una mala regulación emocional, sin embargo la realización del presente estudio tiene diversas implicaciones clínicas para el manejo de la regulación emocional en AN y BN amplía el panorama de lo reportado en la literatura internacional y nos acerca al conocimiento de la población en nuestro país

Por otro lado, el conocer cuáles son aquellas características clínicas de la enfermedad que confieren un mayor riesgo para una baja regulación emocional, abre la posibilidad de poder realizar evaluaciones clínicas sistemáticas que determinen si la paciente exhibirá comportamientos hacia un diagnóstico u otro. El conocer las dimensiones de personalidad que caracterizan a la paciente y el predominio de determinados síntomas, así como la asociación existente entre estos, le brindan al clínico una poderosa herramienta, la cual puede ser empleada para establecer el tratamiento psiquiátrico más adecuado para la paciente, encaminado no solo a reducir los síntomas de la enfermedad, sino también dirigido diseñar y realizar intervenciones en poblaciones de riesgo como son mujeres adolescentes, con características específicas de la personalidad.

## 18. Conclusiones:

1.- Las pacientes con TCA muestran mayores alteraciones en todas las dimensiones de la regulación emocional y características diferentes de las dimensiones de la personalidad en comparación con población general.

2.-Una elevada *Evitación al Daño* (temperamento) se relacionan con una baja regulación emocional en pacientes con AN.

3.-Una elevada *Dependencia a la Recompensa* (temperamento) y una baja *Cooperatividad* (carácter) se relacionan con de una baja regulación emocional en pacientes con TCA.

4.-El modelo de anorexia asocia una edad de inicio temprano y mayores puntajes de *Dependencia a la Recompensa* con baja regulación emocional.

5. El modelo de bulimia asocia una elevada *Búsqueda de la Novedad*, con baja *Cooperatividad* y *Autotrascendencia* con baja regulación emocional.

6- Los trastornos de la Conducta alimentaria tienen características de personalidad específicas las cuales han sido ampliamente reportadas pero al evaluar su influencia en la regulación emocional explicaron un porcentaje considerable de la respuesta, abriendo un campo de investigación importante para el clínico, que puede tener múltiples aplicaciones en la prevención, tratamiento y control de los Trastornos de la Conducta alimentaria.



## 19. BIBLIOGRAFÍA:

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30(2), 217–237.

Aldao A, Nolen-Hoeksema S. (2013). One versus many: capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognitive Emotion*. 27(4):753–60

Allport, G. W., (2010). *Psicología de la personalidad*. Cd. De México, México:Editorial Paidós p.1970.

American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> edition text revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> edition, American Psychiatric Publishing. pp.191-194.

Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki. Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos*. Helsinki: Asociación Medica Mundial.

Barrat E (1994): Impulsiveness and aggression. In Steadman MH (ed), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, pp 61-80.

Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., et al. (2015). Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(2), 163-173.

Braun D, Sunday S, Halmi K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24:859-867.

Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499–508.

Breslau N, Davis G, Andreski P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry* 152:523-535

Brewerton, Lydiard R., Herzog D., et al (1995). Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(2),77-80.

Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., et al. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571.

Brostedt EM, Pedersen NL. Brostedt EM. (2003). Stressful life events and affective illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107:208-215.

Brooks SJ, Barker GJ, O'Daly OG, et al. (2011). Restraint of appetite and reduced regional brain volumes in anorexia nervosa: a voxel-based morphometric study. *BMC Psychiatry*, 11(1):179.

Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, et al. (2012). A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model? *BMC Psychiatry*, 12(1):1112–1176, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-1244x-1112-1176>.

Bruce, K. R., Steiger, H., Koerner, N. M., et al. (2004). Bulimia nervosa with comorbid avoidant personality disorder: Behavioural characteristics and serotonergic function. *Psychological Medicine*, 34, 113–124. doi:10.1017/S003329170300864X Cacioppo,

Bulik, C., Sullivan, P. F., Tozzi, F., et al. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–12.

Cardi, V., Leppanen, J., Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 299–309.

Cassin, S. E., Von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916.

Chávez-Hernández, I. M., Saucedo-Molina, T. J., Peña-Irecta, A., et al. (2015). Eating disorders associated risk factors: trends from 2007 to 2010. *Revista de Investigación Clínica*. 67(1), 54-63.

Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2014). *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. 1<sup>th</sup> edition. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.pp: 16-25.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Pryzbeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 50, 975-990.

Cloninger, C. R., (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 579-588.

Connan, F., Troop, N., Landau, S., et al. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 40, 733–739.

Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28–36.

Cooper, J. L., O'Shea, A. E., Atkinson, M. J., et al. (2014) Examination of the difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young female sample. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 630–639.

Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.

Cyders, M. A., Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134, 807–828.

Danner, U.N., Evers, C., Stok, F.M., van Elburg, A.A., et al. (2012). A double burden: emotional eating and lack of cognitive reappraisal in eating disordered women. *European Eating Disorders Review* 20, 490–495.

Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders subtypes when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3), 727–732. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>.

Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., et al. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378–382.

Díaz-Marsá, M., Carrasco-Perera, J. L., Prieto-López, R., et al. (2000). Role of personality in eating behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(8), 29-36.

Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., López-Ibor, J. J., et al. (1998). A study of personality in eating disorders. *Actas Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26(5): 288-296.

Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*. 14(4): 352-9.

Dixon, M.L., Christoff, K., 2014. The lateral prefrontal cortex and complex value-based learning and decision making. *Neuroscience Biobehavior Review*, 106:209-216

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., et al. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509- 517.

Fairburn CG (1998). Eating disorders. In *Essentials of Human Nutrition* (ed. J. I. Mann and S. Truswell), pp. 371–382. Oxford University Press: Oxford.

Farb, N.A.S., Anderson, A. K., Irving, J. A., et al. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation, in *Handbook of Emotion Regulation*. New York, NY: Guilford Press. pp.548–567.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto F. (2003). Eating psychopathology and personality in eating disorders. *Epidemiologia y Psiquiatría Social*, 12(4), 293-300.

Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., et al. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 81-90.

Fernandez-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, et al. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*,157(1–3): 147–157. [PubMed: 17961717]

Finucane AM. (2011) The effect of fear and anger on selective attention. *Emotion*. Aug;11(4):970-4. doi: 10.1037/a0022574.

Fladung AK, Grön G, Grammer K, et al. (2010). A neural signature of anorexia nervosa in the ventral striatal reward system. *The American Journal of Psychiatry*, Feb;167(2):206-12. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.0901007

Foerde K, Steinglass JE, Shohamy D, et al. (2015). Neural mechanisms supporting maladaptive food choices in anorexia nervosa.. *Nature Neuroscience*. Nov;18(11):1571-3. doi: 10.1038/nn.4136.

Forbush, K., Watson, D. (2006). Emotional inhibition and personality traits: a comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 115–121.

Fowler, C. J., Charak, R., Elhai, J., et al. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 58,175-180.

Fox, J. R., Power, M. J. (2009), Eating disorders and multi level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267.

Fresán, A., Robles-García, R., López-Avila, A., et al. (2011). Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 774–779.

Gonzalez-Macías L., Unikel, C., Cruz, C., et al. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1–8.

Goodwin H, Haycraft E, Meyer C. (2014). Emotion regulation styles as longitudinal predictors of compulsive exercise: a twelve month prospective study. *Journal of Adolescents*, Dec;37(8):1399-404

Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., et al. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 4(4), 304–14.

Gratz, K., Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and dysregulation: Development, Factor Structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41 -54.

Green, S.B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis?. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 499-510.

Grilo CM, McGlashan TH. (1999). Stability and course of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*;12:157-162.

Gross, J. J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Personality and Social Psychology*, 74. 224–237.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291.

Hartz, I., Skurtveit, S., Steffenak, A. K. M., et al. (2016). Psychotropic drug use among 0-17 year olds during 2004-2014: a nationwide prescription database study. *Bio Med Central Psychiatry*, 16(1), 12. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0716-x>

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., et al. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887–1897.

Haynos, A. F., Fruzzetti, Alan E. (2010). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Regulation. Theory, Evidence, and Treatment Implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 208–214.

Heinze, G., Vargas, B. E., Sotres, J. F., (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31(5), 343–350.

Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., et al. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829–837.

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.

Hoek, H.W. (2002). *Distribution of eating disorders, in Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Edited by Fairburn CG, Brownell KD. New York: Guilford. pp. 233-237.

Hohlstein LA, Smith GT, Atlas JG. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10:49–58.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., et al. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.

Jacobi, C., Fittig, E. (2010). *Psychosocial risk factors for eating disorders. The Oxford handbook of eating disorders*. New York: N. Y.E.U.A: Editorial Oxford University Press.

Kaye, W., Strober, M., Jimerson, D. (2004). The neurobiology of eating disorders. In: Charney DS, Nestler EJ, editors. *The neurobiology of mental illness*. New York, N.Y. E.U.A: Editorial Oxford Press: *The neurobiology of mental illness*. pp.1112–28.

Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Knatz, S., et al. (2015). Temperament-based treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 23(1), 12–18.



Kendler K.S., Eaves L.J. (1986). Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 143:279-289.

Keshaviah, A. M., Eddy, K. T., et al., (2013) A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917–925.

Killen J.D., Taylor C.B., Hayward C., et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, Oct;64(5):936-40

Krug, I., Root, T., Bulik, C., et al. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3), 439–445.

Klump, K., Strober, M., Johnson, et al. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1407–1418. doi:10.1017/S0033291704002442

Larsen, J. K., van Ramshorst, B., van Doornen, L. J., et al. (2009). Salivary cortisol and binge eating disorder in obese women after surgery for morbid obesity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(4), 311–315

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122.

Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., et al. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49(3), 125–134.

Leehr E.J., Krohmer K., Schag K., et al. (2014) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience Biobehavior Review.*, Dec 19(49):125-34 doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008.

Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., et al. (2015). Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, 3, 3. <http://doi.org/10.1186/s40337-015-0042-6>

Liao, P.C., Uher, R., Lawrence, N., et al. (2009). An examination of decision making in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 31, 455–461.

Lilenfeld, L., Wonderlich, S., Riso, L. P., et al. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*. 26, 299–320. doi:10.1016/j.cpr.2005.10.003

Marín, M., Robles, R., González, C., et al. (2013). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(78), 521–526.

Marzola, E., Nasser, J.A., Hashim, S.A., et al. (2013) Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: Review of the literature and implications for treatment. *Bio Med Central Psychiatry*, 13, 290.

Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). Personality traits. 2<sup>th</sup> edition. Cambridge London: Editorial Cambridge University Press.

Mauss, I. B., Evers, C., Wilhelm, F. H., and Gross, J. J. (2006). How to bite your tongue without blowing your top: implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 589–602. doi: 10.1177/0146167205283841

Mc. Knight Investigators Group. (2014). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(10), 248–254.

Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P (2007) Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry* 190:521–528

Mehl, M.R., Pennebaker, J.W., Crow, D.M., et al. (2001). The Electronically Activated Recorder (EAR): a device for sampling naturalistic daily activities and conversations. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 33 (4), 517–523.

Mischel W., Shoda Y., Rodriguez MI. Science. (1989). Delay of gratification in children. *Review*. May 26;244(4907):933-8.

Mitchison, D., Hay, P. J., (2014). The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, 6(1), 89–97.

Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V., et al. (2012). Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*, 195(3), 118–124.

Neumann, A., Van-Lier, P., Gratz, K. L., et al. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17(1), 138–149.

Pagano M. (2004). Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110:421-429.

Pivarunas, B., Conner B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating Behaviors*, 19, 9–14.

Peñas-Lledo, E., Vaz Leal, F. J., & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370e375. [http:// dx.doi.org/10.1002/eat.10042](http://dx.doi.org/10.1002/eat.10042).

Peñas-Lledó, E., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., et al. (2010). Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking. *Journal of Anxiety Disorders*. 24, 767–773. doi:10.1016/j.janxdis.2010. 05.010

Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., Gross, J. J., (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–27.

Presnell K, Bearman SK, Stice E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, Dec;36(4):389-401. DOI: 10.1002/eat.20045

Rangel A, Camerer C, Montague PR. (2008) .A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. *Nature Review. Neuroscience*, 9(7):545–56

Reba L, Thornton L, Tozzi F, et al. (2005) Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4):287–294. [PubMed: 16261604].

Ryterska, A., Jahanshahi, M., Osman, M. (2013). What are people with Parkinson's disease really impaired on when it comes to making decisions? A meta-analysis of of the evidence. *Neuroscience Biobehavior Review*, 37, 2836–2846

Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: *American Psychological Association*.

Silvetti M, Wiersema JR, Sonuga-Barke E, et al. (2013). Deficient reinforcement learning in medial frontal cortex as a model of dopamine-related motivational deficits in ADHD. *Neural Network Society*, Oct;46:199-209. doi: 10.1016/j.neunet.2013.05.00

Simmons A, Strigo I, Matthews SC, Paulus MP, et al. (2006) Anticipation of aversive visual stimuli is associated with increased insula activation in anxiety-prone subjects. *Biological Psychiatry*;60:402–409.

Sheppes, G., Suri, G., Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(3), 379–405.

Smink, F. R. E., Van-Hoeken D. H. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414.

Schmidt U, Treasure J (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology* 45, 343–366.

Steiger A. (2004). Eating and sleeping--their relationship to ghrelin and leptin. *American Journal of Physiology Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, Nov;287(5):R1031-2

Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H.E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15,340–363. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1996.15.3.340>.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124–135.

Stice, E., Marti, C. N., Durant, S. (2002). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.

Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, et al. (2007). Risk factors for binge-eating disorders: an exploratory study. *International Journal of Eating Disorders*, Sep;40(6):481-7.

Strober, M. (2004). Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 36(3), 245-255.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier B., et al. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 97(2), 103–111.

Svaldi, J., Naumann, E. (2015). Effects of rumination and acceptance on body dissatisfaction in binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 338–345.

Svrakic, D. M., Cloninger, R. C. (2010). Epigenetic Perspective on Behavior Development, Personality, and Personality Disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153–166.

Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, et al. J (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 21, 31–38.

Troop NA, Allan S, Treasure J, Katzman M (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76, 237–249.

Tseng, M.-C. M., Chen, K.-Y., Chang, C.-H., et al. (2016). Variables influencing presenting symptoms of patients with eating disorders at psychiatric outpatient clinics. *Psychiatry Research*, 238, 338–344.

<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.013>

Turner, B. J., Claes, L., Wilderjans, T. F., et al. (2014). Personality profiles in Eating Disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Research*, 219(1), 157–165.

Uher, J. (2013). Personality Psychology: Lexical Approaches, Assessment Methods, and Trait Concepts Reveal Only Half of the Story-Why it is Time for a Paradigm Shift. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 47(1), 1-55.

Uher R, Murphy T, Brammer MJ, et al.(2004). Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *The American Journal of Psychiatry* 161:1238–1246.

Unikel, C., Bojorquez, I.. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*. 42(1): 59-68.

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 118–124. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10163>.

Ward A, Ramsey R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J (2000). Attachment patterns in eating disorders: the past in the present. *International Journal of Eating Disorders* 28, 370–376.

Wagner A, Aizenstein H, Venkatraman VK, et al. (2010). Altered striatal response to reward in bulimia nervosa after recovery. *International Journal of Eating Disorders*;43:289 -294.

Western, D., Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

Wierenga, C. E., Bischoff-Grethe, A., Melrose, A. J., et al. (2015). Hunger does not motivate reward in women remitted from anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 77(7), 642–652.

Wonderlich SA, Engel SG, Peterson CB, et al. (2008). Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: Two assessment studies. *International Journal of Eating Disorders*, Dec;41(8):748-54. doi: 10.1002/eat.20551.

Wollenberg, G., Shriver, L. H., & Gates, G. E. (2015). Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating Behaviors*, 18, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.008>

Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., et al. (2016). Reward-related decision making in eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis of the evidence from neuropsychological studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 61, 177–196. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.11.017>

Yager, J., Powers, P., (2007). Clinical Manual of Eating Disorders. 1st edition, *American Psychiatric Publishing*, pp. 11-12.

Zaider, T.I., Johnson, J.G., & Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 58– 67.