



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**UN MODELO PREDICTIVO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE  
RIESGO Y AUTOLESIÓN**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**MODESTO SOLIS ESPINOZA**

DIRECTORA:

**DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ:

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**DRA. REBECA GUZMÁN SALDAÑA**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

**DRA. REBECA ROBLES GARCÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUNÍZ”

Cd. Mx.

SEPTIEMBRE DE 2020



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.

## **Agradecimientos**

Un agradecimiento especial a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de formarme y seguirme desarrollando desde hace más de diez años.

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que brindó el apoyo necesario para que esta investigación fuera posible.

Gracias a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por toda la orientación y paciencia que me ha brindado, le agradezco pues me ha inspirado a aprender y crecer mucho más, porque me ha mostrado esa pasión por la investigación y la dedicación al trabajo.

Gracias al Dr. Samuel Jurado, a la Dra. Rebeca Guzmán, al Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz y a la Dra. Rebeca Robles, quienes no sólo me apoyaron en el desarrollo de este trabajo, sino que me han dado ejemplo de cómo se puede llegar a ser grandes investigadores y a la vez tener una gran calidad humana,

Gracias a la Dra. Silvia Platas por todo el apoyo durante estos cuatro años, ofreciendo orientación y hasta contención para cuando alguna cosa parecía no salir bien.

Gracias a la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo y al Grupo de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala, quienes me hicieron sentir bienvenido desde mi primera visita, permitiéndome aprender con ellos, expandiendo mi visión hacia nuevas y diversas investigaciones.

Gracias al Dr. Arturo Silva, quien no sólo me dio una perspectiva distinta de la estadística sino también del rol del psicólogo con la sociedad, lecciones mucho más allá del uso y comprensión de análisis.

Gracias a los directivos y los profesores que apoyaron este trabajo brindando

espacios y tiempo en beneficio de los adolescentes, con su labor muchos de ustedes están haciendo la diferencia en la vida de los jóvenes.

Es incalculable la cantidad de personas que me han ayudado y con quienes estoy agradecido, hay algunos que han sido clave, sin embargo hay muchas personas que aún si de forma indirecta también dieron un impulso a este trabajo, no estaría aquí si no fuera por el apoyo de todos ellos, muchos profesores que indirectamente están presentes en esta tesis, muchas personas que con alguna frase de ánimo o un gesto me apoyaron, y amigos que en alguno u otro momento estuvieron conmigo, dándome ese apoyo que necesitaba o compartiendo clases e ideas, Caro, “Lu”, Aidée, “sobrinita”, Fani, “Mariquiqui”, Thalia, Burgos... Gracias por todo.

## Dedicatorias

A mi mamá por habernos brindado todo lo necesario y más para ser buenas personas  
y perseguir nuestros sueños, por ser la mejor mamá del mundo.

A mis hermanos por darme tantos ejemplos de cómo ser y hacer las cosas,  
enseñándome desde la dedicación y disciplina con el trabajo hasta el compromiso social y  
la ética en cada aspecto de la vida

A mis sobrinos, por ser esa motivación y alegría especial.

## ÍNDICE

Resumen.....	8
Abstract .....	9
Introducción.....	10
Conductas alimentarias de riesgo.....	12
Conducta alimentaria y género	
Autolesión.....	23
Comportamientos autodestructivos	
Autolesión y conducta alimentaria	
Desregulación emocional.....	37
La desregulación en comportamientos autodestructivos	
Afecto negativo.....	43
Afecto negativo y salud	
Método general.....	49
Planteamiento del problema	
Justificación	
Pregunta de investigación.....	53
Objetivo general	
Estudio 1. Construcción y adaptación de instrumentos para la medición de conductas alimentarias de riesgo y autolesión.....	54
Fase 1.1 Medición de conductas alimentarias de riesgo.....	54
Método	
Objetivo general	
Definición de variables	
Diseño de investigación	
Participantes	
Criterios de inclusión y exclusión	
Instrumentos	
Procedimiento	
Análisis Estadísticos	

Resultados.....	57
Discusión .....	61
Fase 1.2 Medición de autolesión .....	62
Justificación	
Método .....	64
Objetivo general	
Definición de variables	
Diseño de investigación	
Participantes	
Criterios de inclusión y exclusión	
Instrumento	
Procedimiento	
Análisis estadísticos	
Resultados .....	67
Discusión .....	72
Conclusiones	
Limitaciones y sugerencias	
Estudio 2. Desarrollo de modelos predictivos de conductas alimentarias de riesgo y autolesión. ....	75
Método .....	75
Objetivo principal	
Objetivos específicos	
Preguntas de investigación	
Identificación y definición de variables	
Hipótesis de trabajo	
Muestra	
Tipo de estudio	
Instrumentos	
Análisis estadísticos	
Resultados .....	80
Diferencias por sexo	

Diferencias en Conducta alimentaria de acuerdo con la presencia de autolesión	
Regresión logística	
Correlación de Pearson	
Regresión lineal múltiple	
Modelos estructurales	
Discusión y conclusiones .....	96
Limitaciones y sugerencias	
Referencias .....	105



## Resumen

Esta investigación se dividió en dos estudios, el objetivo del primero fue el desarrollo del Cuestionario Riesgo de Autolesión (CRA), y la adaptación de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) para la medición de conductas alimentarias de riesgo (CAR). Participaron 629 estudiantes de secundaria con  $M = 12.37$  años ( $DE = 2.28$ ). Ambos instrumentos mostraron confiabilidad total adecuada (CRA,  $\alpha = .94$  y EFRATA,  $\alpha = .89$ ). Se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, del CRA se obtuvo una estructura de tres factores y del EFRATA una de cuatro factores. El objetivo del segundo estudio fue analizar la relación entre sexo, autolesión, CAR, afecto negativo, desregulación emocional, y desarrollar un modelo predictivo de CAR y autolesión. Se trabajó con una muestra total de 883 estudiantes de secundaria, con  $M = 12.89$  años ( $DE = .97$ ). Se encontraron diferencias significativas por sexo en comer restringido y autolesión, así como en la variable CAR entre los grupos con y sin autolesión. Se realizaron análisis de regresión múltiple para el riesgo de autolesión, y cada una de las CAR. La desregulación emocional medió entre el afecto negativo y la tendencia de evitación experiencial, la que influye sobre CAR y autolesión. Se obtuvieron dos modelos estructurales con ajuste aceptable, que requieren más investigación para incrementar varianza explicada. De acuerdo con los resultados, la presencia de autolesión es un factor de riesgo para la gestación de CAR, sin embargo, se requieren emplear otros métodos de investigación que permitan establecer relaciones de causalidad.

Palabras clave: autolesión, conducta alimentaria de riesgo, modelo predictivo, desregulación emocional, evitación experiencial.

## Abstract

This research is divided in two phases. The main objective of the first one was the development of the Cuestionario Riesgo de Autolesión (CRA), and the adaptation of Escala de factores de riesgo de trastornos alimentarios (EFRATA), to the measurement of disordered eating behaviors (DEB). 629 high school students participated,  $M=12.37$  years old, ( $SD=2.28$ ). Both instruments showed an adequate total reliability, CRA ( $\alpha=.94$ ) and EFRATA ( $\alpha=.89$ ), it was made an exploratory and confirmatory factor analysis, it was obtained a structure of three factors for CRA and a structure of four factors for EFRATA. The objective of the second phase was to analyze the relation among sex, self-injury, DEB, negative affect, emotional dysregulation and developing a predictive model of DEB and self-injury. It was used a total sample of  $N=883$  high school students,  $M=12.89$  years old ( $DE=.97$ ). It was found statistical differences related to sex on restringe eating and selfinjury, it was found statistical differences according to the presence of selfinjury in DEB. Multiple regression analyzes were performed for the risk of self-injury and each of the DEBs. Emotional dysregulation mediated between negative affect and the experiential avoidance tendency, which influences DEB and self-injury. Two structural models with acceptable adjustment were obtained, which require further investigation to increase explained variance. According to the results, the presence of emotional dysregulation is a risk factor of DEB. However, it is necessary to use other research methodology in order to stablish causality relationships.

Key words: self-injury, disordered eating behavior, predictive model, emotional dysregulation, experiential avoidance.

## **Introducción**

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de la persona debido a la cantidad de cambios que se presentan, los cuales suelen relacionarse con problemáticas en salud mental, tales como la autolesión y las conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, emocional y por atracón), problemas que frecuentemente empiezan en la adolescencia temprana, entre los 11 y 13 años (Cipriano, Cella & Cotrufo, 2017; Ortega-Luyando et al., 2015) y que justamente por la edad en que se desarrollan, implican grandes dificultades en el desarrollo de quienes los padecen. Ambas problemáticas se llegan a presentar simultáneamente generando así cuadros diagnósticos mucho más complejos y graves (Islam et al., 2015), sin embargo, dicha relación entre las dos problemáticas aún no ha sido ampliamente estudiada; por ejemplo, la prevalencia cuando se presentan las dos conductas en cuestión varía de estudio a estudio, según algunas revisiones de 13 a 68% (Skarderud & Sommerfeldt, 2009).

Se han desarrollado algunos modelos que permiten analizar la relación entre conductas alimentarias de riesgo y la autolesión, uno de los primeros fue el de Pattison & Kahan (1983), en el cual se mencionan como parte de un continuo de conductas autodestructivas, cuya intención de herirse a sí mismo es relativamente ambigua, sin embargo se tiende a la cronicidad y al aumento de letalidad, hasta un punto de riesgo mayor que sería la consumación de suicidio, otro modelo que aborda conductas alimentarias de riesgo y autolesión es el de Claes & Muehlenkamp (2014), en que se señalan factores distales y proximales que tienen en común ambas conductas, algunos de los cuales ya han mostrado un alto poder explicativo en diversas investigaciones como el sexo (Gómez-Peresmitré, 2014; Toro, 1996), el afecto negativo (Stice, 1998; 2001) y la desregulación emocional (Lavender & Anderson, 2010).

Este último factor, la desregulación emocional es un componente clave dentro del

Modelo de Cascada emocional (Selby & Joiner, 2009), el cual se desarrolló en relación con trastorno límite de personalidad, sin embargo, explica mecanismos similares a los que pueden presentarse también en las conductas alimentarias de riesgo y autolesión, conductas que surgen como resultado de la dificultad para regular las emociones. Algunos estudios han abordado este aspecto y pareciera ser clave, tanto en diversos problemas psicopatológicos (Neacsu, Smith & Fang, 2017) como en específico en estos dos problemas (Varela-Besteiro et al., 2017).

La construcción de modelos predictivos de conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, emocional y por atracón) y autolesión permitirá entender más la relación entre ambas problemáticas, e identificar factores de riesgo importantes que se puedan tomar en cuenta dentro de la planeación de actividades preventivas, con lo cual se contribuirá a evitar estas conductas, mejorando así la calidad de vida de los adolescentes.

## **Conductas alimentarias de riesgo**

La conducta alimentaria es un acto con el que se incorporan nutrientes al organismo, no se trata únicamente de pasar los alimentos por la garganta, sino que incluye diferentes situaciones en torno a realizarlo, es un conjunto de actividades que realiza un individuo como respuesta a una motivación biológica, psicológica y socio cultural, relacionadas con la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003). Se asocia a múltiples situaciones que resultan emocionalmente significativas, comer no se puede deslindar o al menos no totalmente, de las emociones que le acompañan y determinan (Toro, 1996).

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial, en el sentido de que implica contextos de interacción en los que se suscitan procesos de influencia recíproca entre dicha conducta y los elementos de múltiples contextos, como lo son la clase social, ambiente ecológico, entre otros. Dicha conducta se ve influenciada por diversos valores, la socialización con la familia y los pares, las costumbres, las características particulares de la cultura. Implica un proceso mucho más complejo que el de la sola nutrición (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2000).

Algunas de las variables involucradas en la conducta alimentaria son: la motivación, los aprendizajes, los contextos, pautas sociales, estados emocionales, etcétera. Cada una de estas variables puede llegar a afectar la adquisición, el establecimiento y el mantenimiento de un patrón de conducta alimentaria (Santacoloma & Quiroga, 2009).

Martínez, López-Espinoza & Díaz, (2007) realizaron un análisis de diferentes modelos de regulación de la conducta alimentaria, con lo que pudieron concluir que la mayoría de ellos incluye retroalimentación negativa, un mecanismo útil para mantener la

homeostasis, es decir, un proceso para mantener en equilibrio el funcionamiento interno del organismo, mandando señales cuando se está terminando la reserva de cierta sustancia necesaria para funcionar. Sin embargo, se han hallado fenómenos en que la retroalimentación negativa no da explicaciones convincentes, por lo cual se han generado otros modelos en los que se atribuye al aprendizaje un papel determinante en la conducta de alimentación, los mecanismos biológicos (hormonas, jugos gástricos, neurotransmisores y otros) no bastan para explicar por completo dicho comportamiento.

La conducta alimentaria no comienza sólo por dentro, no sólo por las necesidades energéticas del individuo sino también por factores externos como los hábitos que delimitan cierto horario y/o números de ocasiones para comer durante el día. Los hábitos aprendidos y los sentimientos subjetivos de placer pueden superar las señales fisiológicas enviadas por el organismo (Martínez, López-Espinoza & Díaz, 2007).

Según Kirszman y Del Carmen (2002) los enfoques cognitivos han contribuido mucho al estudio de las conductas alimentarias, se han identificado diversos factores cognitivos que ejercen un papel importante en el origen y desarrollo de trastornos alimentarios. Se han realizado investigaciones de gran riqueza teórica y experimental para comprender las dietas restrictivas, los episodios de atracón, así como otros procesos relacionados con la conducta alimentaria.

Shisslak, Crago & Estes (1995) analizaron diferentes investigaciones sobre trastornos alimentarios, con base en los estudios que revisaron se reporta una prevalencia de síndromes parciales de trastorno alimentario en poblaciones no clínicas que es al menos el doble que la prevalencia de trastornos completos. Los estudios longitudinales que analizaron apuntan a que algunos de los síntomas, con el paso del tiempo determinan el desarrollo de trastornos completos, además de que, en ocasiones, aún sin contar con todos los criterios diagnósticos de un trastorno, también sufren de alteraciones psicológicas graves como depresión e intentos de suicidio.

Las conductas alimentarias pueden transformarse en conductas de riesgo que

impactan directamente en el estado de salud: seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, entre otras (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2000). Desde el modelo de aprendizaje social se puede asumir, que las preocupaciones sociales con la forma corporal y el peso pueden volverse factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Las normas sociales que sugieren que un cuerpo delgado está ligado a belleza, éxito y felicidad, generan fuertes presiones que pueden conducir a la adopción de dietas excesivas (Kirszman y Del Carmen, 2002). Se ha encontrado una gran influencia de la imagen corporal, la preocupación por la apariencia, medios sociales e influencias culturales en la adopción de dietas restrictivas (Santacoloma & Quiroga, 2009).

Según Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela & Carreño-García (2004) la realización de dietas y de ejercicio para bajar de peso, y la preocupación por una figura delgada, son normativas en la población y en esa amplia gama de comportamientos y diferentes intensidades de los mismos, resulta difícil establecer puntos de corte entre lo normal y lo patológico, es decir, es difícil establecer en qué punto dichos comportamientos implican un verdadero riesgo para la salud y en qué medida pueden considerarse como un trastorno. Debido a las complicaciones derivadas de los TCA en el desarrollo físico, mental, y social de quienes los padecen, la detección temprana se vuelve un objetivo muy importante, es de igual manera relevante la detección de las conductas alimentarias de riesgo, pues debido la frecuencia e intensidad con que se realizan podrían disminuir la atención que se les presta, dado que no se considerarían formalmente como trastornos es posible que se subestimen y no se detecten fácilmente por parte de los profesionales de salud, profesores o familiares.

Los factores de riesgo de trastorno alimentario, entendidos como manifestaciones similares pero menores en frecuencia e intensidad a las de trastornos alimentarios propiamente dichos, han sido conceptualizados de diversas formas, entre ellas síndromes parciales, conductas alimentarias anormales o anómalas, trastornos subclínicos y conductas alimentarias disfuncionales. En la literatura en español no pareciera haber un concepto unificado, sin embargo algunos autores han coincidido en llamarles conductas

alimentarias de riesgo (Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora, 2012; Ortega-Luyando et al., 2015; Saucedo-Molina & Unikel, 2010; Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz & Medina-Mora, 2006), con otros de los conceptos utilizados se podrían inferir aspectos más bien relacionados con el funcionamiento del organismo implicado en la digestión, o bien, hacen especial énfasis en un desarrollo parcial de trastorno alimentario.

En un estudio de Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villareal-Caballero & Unikel-Santoncini, (2010), se analizó la influencia del modelo estético corporal de belleza, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en 257 adolescentes, se encontró que 8.3% de las adolescentes obtuvo puntuaciones altas en conductas alimentarias de riesgo, resaltando las de tipo restringido. Se halló relación entre los modelos sociales y publicidad en el malestar con la imagen corporal, y éste con las conductas alimentarias de riesgo.

Se han desarrollado estudios epidemiológicos de conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito federal (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora, 2006), se analizaron las tendencias de dichas conductas de 1997 a 2003, y su relación con el sexo, la edad y nivel de escolaridad del jefe de familia. Hubo un incremento general en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo (hombres, 1.3% en 1977 a 3.8% en 2003; mujeres 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003). Entre los tipos de conducta los que tuvieron mayor incremento fueron la preocupación por engordar, uso de métodos purgativos y restringidos para bajar de peso, la sobrestimación del peso corporal disminuyó de forma general en hombres, mientras que en mujeres aumentó junto con la práctica de atracones en el año 2000, pero disminuyó en los datos obtenidos de 2003. De acuerdo con la edad los principales afectados eran los adolescentes más jóvenes y las adolescentes con mayor edad, siendo un grupo menos afectado el de la adolescencia media, además las mujeres que reportaron tener jefe de familia con mayor escolaridad resultaron más propensas a las conductas alimentarias de riesgo.

De acuerdo con una investigación más reciente (Medina, 2017), se exploró la



presencia de conductas alimentarias de riesgo en 292 hombres y mujeres adolescentes, del área metropolitana de la ciudad de México, para trastorno por atracón la sintomatología encontrada (4.79%), para bulimia (3.08%), y para anorexia (2.74%) Haciendo la comparación por sexo, en ambos se obtuvieron porcentajes similares de sintomatología en los tres trastornos: hombres (5.48%) y mujeres (5.14%).

Ortega-Luyando et al, (2015) realizaron una revisión sistemática de investigaciones sobre conductas alimentarias de riesgo. Se analizaron 20 investigaciones de 2000 a 2013, cinco realizados en Estados Unidos, dos en China, dos en México, y el resto se realizó en otros nueve países diferentes, la mayoría de los estudios emplearon muestras de adolescentes entre 11 y 19 años de edad. Los resultados muestran que la realización de dietas se ha reportado entre 0,6 a 51.7%; el ayuno de 2,1 a 18,5%; el atracón de 1,2 a 17.3%; y las conductas purgativas de 0 a 11%. No se pudo determinar una tendencia de las conductas alimentarias de riesgo a lo largo del tiempo, debido a los diferentes diseños empleados en los estudios analizados. Entre las conclusiones principales se señala la relevancia de realizar estudios con muestras representativas de la población, y en su defecto el uso de muestras comunitarias de al menos 3000 participantes como recomiendan Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras (2004), por otro lado se sugiere el uso de diseños transversales a menos que se explore el desarrollo de las conductas con el paso del tiempo, y en cuanto a los instrumentos refieren que en algunos estudios se han utilizado instrumentos que evalúan actitudes relacionadas con los trastornos alimentarios de manera general, sin embargo existen instrumentos desarrollados para evaluar específicamente conductas alimentarias de riesgo que podrían ser más útiles, los cuales además debieran considerar los tipos de respuesta, siendo consistentes con los parámetros de frecuencia que determinan si se trata de un trastorno alimentario o sólo un factor de riesgo.

En cuanto a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, se han originado diversos programas y modelos, sin embargo, no se cuenta en México con estadísticas epidemiológicas suficientes, por lo cual la prevención que se realiza está enfocada fundamentalmente en la detección y eliminación de conductas alimentarias de riesgo. Así,

el propósito de la prevención es reducir la incidencia y prevalencia de los TCA mediante reducción de factores de riesgo, es decir, las condiciones que pueden influir de manera negativa en el estado de salud de una persona, facilitando el desequilibrio de la misma e incrementando la probabilidad de desarrollar determinada enfermedad (Gómez-Peresmitré, 2001).

De acuerdo con Kirszman y Del Carmen (2002) para las personas que hacen dieta restrictiva el control de la alimentación es lo mismo que inhibición de alimentación. Bajo ciertas condiciones los dietantes y no dietantes responden de modo opuesto, los primeros basan su alimentación principalmente dentro de los límites impuestos por su dieta, mientras que los otros, dejan de comer basándose en la sensación de saciedad. Los comedores restringidos desarrollan patrones inusuales de alimentación a partir del estrés crónico que produce el auto-control excesivo, su ingesta se balancea entre deseo de comer y el querer hacer dieta.

La comida, alimentación y peso generan gran preocupación en quien hace dieta, de manera que se va facilitando la instauración de un pensamiento dicotómico como el que usualmente se encuentra en quienes padecen anorexia y en la mayoría de dietantes, dicho pensamiento implica un control cognitivo riguroso, en el que se discrimina entre comidas aceptables y no aceptables solamente en función de determinado número de calorías, lo cual supone, que la mayor parte de los alimentos disponibles no sean aceptables y las cantidades vayan disminuyendo, generando un conflicto directo contra la comida: la señal de hambre aparece oponiéndose a lo que tratan de imponer los controles cognitivos para inhibir la ingesta, de tal manera que la señal de hambre se ignora y surge el patrón de restricción y sobreingesta (Herman & Polivy, 1985).

Independientemente de los factores metabólicos, el proceso en que la dieta induce la sobreingesta se determina a partir de los controles cognitivos autoimpuestos de quien hace dieta. En condiciones normales quien hace la dieta restrictiva consume pocos alimentos, sin embargo, emerge un factor desinhibidor (alcohol, ansiedad, depresión, estrés...) que genera una ruptura del control cognitivo que produce a su vez un

descontrol total de la ingesta, superando por mucho los estándares de la dieta. Se trata de un pensamiento de todo o nada, se trata de controlar por completo la ingesta, pero si la dieta se rompe, aunque sea levemente, se permite romperla por completo y las presiones fisiológicas que se habían inhibido se disparan (Kirszman & Del Carmen, 2002; Mora & Raich, 1993).

Quienes hacen dieta cambian su alimentación, de basarse en las señales de hambre y saciedad, a límites rígidos autoimpuestos de carácter cognitivo, este pensamiento dicotómico genera que compitan las necesidades del sujeto con los parámetros de la dieta, lo que conlleva el riesgo latente de que al presentarse una ruptura de ese control (por estrés, ingesta de alcohol, afecto negativo) se genere un descontrol alimentario total (Herman y Polivy, 1980; Mora y Raich, 1993).

El concepto de comer emocional originalmente hacía referencia al comer en respuesta a emociones negativas, sin embargo, algunas investigaciones han sugerido que también se llega a comer como consecuencia de estados de ánimo positivos (Cardi, Leppanen & Treasure, 2015), esto podría generar ciertos problemas en cuanto a la definición del término y su medición, la cual pareciera mantener la definición original aún en los estudios recientes. Por otro lado, es un concepto que podría generar confusión por su ambigüedad solamente enunciado como “comer emocional”, traducción de emotional eating tal como aparece en la literatura científica; estrictamente hablando la conducta alimentaria está determinada y acompañada por emociones en todos los casos (Toro, 1996), por lo que el concepto de comer emocional podría ser incorrecto, una alternativa aunque refiriéndose al mismo fenómeno, sería comer por compensación psicológica (Platas & Gómez-Peresmitré, 2013), en el presente trabajo se ocuparán indistintamente los dos términos.

Bongers y Jansen (2016) realizaron una revisión sistemática, de artículos en inglés sobre comer emocional, se consideraron investigaciones en que se aplicaron cuestionarios de autoinforme, ya sea con diseño experimental o naturalista, con lo cual encontraron 25 estudios para revisión. De acuerdo con el análisis de estos autores,

aunque se han generado investigaciones en que se aborda el comer emocional relacionado por lo general con emociones negativas también se han realizado con emociones positivas, sin embargo, sólo algunas lo han hecho. Algunos estudios han evaluado dicha conducta conforme a observación directa, en que los participantes llevan un control de comidas y estado de ánimo, en otros casos se ha evaluado el deseo de comer tras la evocación de emociones positivas o negativas. Los resultados han sido más consistentes al emplear otros métodos de evaluación que no son los cuestionarios de autoreporte, pues los resultados que arrojan podrían estarse malinterpretando; puntajes altos de comer emocional podrían representar preocupaciones sobre comer, bajo control, personas que se inducen fácilmente por las preguntas y la tendencia de atribuir a emociones negativas la sobreingesta. Existen métodos como el Ecological Momentary Assessments (EMA) que parecieran dar resultados para evaluar comer emocional con mayor validez, sin embargo, por tiempo y practicidad seguiría siendo útil mejorar la validez de los cuestionarios de autoreporte. Los autores sugieren que podrían replantearse las preguntas pues en su mayoría se plantean en positivo, haciendo que los participantes, por ejemplo, traten de recordar cuándo han comido por estar triste, dejando de lado aquellas ocasiones en que han estado tristes y no comen por ello. Otra recomendación es plantear un estimado de tiempo para las preguntas, por ejemplo, dos semanas, evitando así que el participante se ponga a recordar toda ocasión en su vida en que habría comido en respuesta a una emoción.

Aunque se suele mostrar en programas televisivos personas que comen debido a mucha tristeza o estrés, el comer emocional no se encuentra mucho en estudios empíricos, de los cuales gran parte hacen referencia a emociones específicas, y no al comer emocional en sí como concepto. Algunos autores han desarrollado el estudio del comer emocional principalmente en población obesa, dado que se ha tomado en cuenta como un factor importante de la obesidad (Sims et al., 2008).

Nguyen-Rodríguez, Unger & Sprujt-Metz (2009) realizaron un estudio transversal en una muestra de 666 estudiantes adolescentes, a quienes se les aplicaron instrumentos de comer emocional, estrés percibido, preocupaciones, ánimo, imagen corporal. Los

resultados no mostraron diferencias en función del sexo, como unas de las variables que se asociaron al comer emocional se destacan el estrés percibido y preocupaciones. Como conclusiones generales se sugiere la realización de intervenciones para reducir estrés y fomentar afecto positivo, en la prevención de alteraciones alimentarias y obesidad.

De acuerdo con Michopoulos et al (2015) realizaron un estudio con 1110 pacientes de clínica no psiquiátricos, hombres y mujeres entre 18 y 65 años, los análisis del estudio muestran que altos niveles de comer emocional se relacionaron con índice de masa corporal, ingresos económicos, exposición a trauma infantil o en la adultez, síntomas depresivos y de trastorno de estrés postraumático, afecto negativo y desregulación emocional. Se realizaron análisis de mediación, los que muestran a los síntomas depresivos y desregulación emocional, como variables mediadoras entre trauma infantil y el comer emocional, la desregulación emocional fue como mediadora aún más significativa que los síntomas depresivos, a partir de lo cual se hace la recomendación de considerarle como objetivo de tratamiento en la población en riesgo de comer emocional.

### **Conducta alimentaria y género.**

Más allá de las diferencias en torno a la imagen y satisfacción corporal de acuerdo con el sexo, se ha encontrado que al menos en la adolescencia es de suma importancia los cambios propios del desarrollo dadas sus implicaciones en la conformación de la imagen corporal ante los estándares de belleza impuestos por la sociedad (Cruz y Maganto, 2002).

Gómez-Peresmitré, (2014) afirma que los trastornos alimentarios tienen género, la diferenciación por el sexo se da en la pubertad y en los años posteriores, con lo cual los hombres tienden a adquirir mayor seguridad frente a cambios que son señales de mayor hombría o masculinidad, en contraste con los cambios propios de la mujer en la misma edad, en que acumula más grasa y se aleja cada vez más del modelo idealizado de delgadez, es así como esto conlleva a su vez mayor insatisfacción con el propio cuerpo.

Sobre la misma línea, Toro (1996) argumenta que el desarrollo de la mujer es mucho más complejo en la misma etapa, además del incremento en la masa muscular las modificaciones hormonales pueden desempeñar un papel determinante en las alteraciones alimentarias.

Se han realizado diversas investigaciones en que se busca la asociación entre los trastornos alimentarios y el sexo biológico o social, averiguando si la satisfacción o insatisfacción corporal puede estar ligada a la orientación sexual. Algunos han señalado que la orientación sí implica diferencias en la conducta alimentaria, como es el caso de la preocupación corporal como factor interviniente. Algunos estudios que han comparado la conducta alimentaria según el sexo han atribuido ciertas características de la ingesta o la inhibición de la misma en función de sustancias como las hormonas (Toro, 2004).

La preocupación por la imagen corporal y la presión social que se ejerce en torno a la imagen, aún se marca con una clara tendencia sobre la mujer, quien recibe mayor presión que los hombres para encajar en los ideales de belleza (Raich, 2004). Existe amplia evidencia de que en la mayoría de las mujeres la imagen corporal se aprecia negativamente, insatisfechas con su talla y peso, y esto acompañado con el deseo constante de adelgazar más. Esta preocupación estética corporal (cuerpo y apariencia) es tanta que se ha generado un descontento normativo sobre todo en la mujer (Tiggemann, 2011; Toro, 2004).

De acuerdo con Toro (1996) antiguamente se consideraba la belleza de la mujer en función de sus capacidades reproductoras, de su fertilidad, sin embargo, actualmente dicho cuerpo pareciera haber quedado relegado por la cultura de la delgadez, por lo cual pareciera que el instinto maternal se ve superado por las necesidades sociales aprendidas, que más bien promueven un cuerpo cada vez más parecido al de un hombre. Si la capacidad reproductora ya no es una característica significativa vinculada al cuerpo femenino, entonces las formas corporales con curvas que se le asocian podrían cambiar ante la sociedad, de ser como siglos atrás una imagen reverenciada, a ser cuerpos poco

deseados y hasta rechazados.

Existe un modelo corporal androgeneizante que se ha aceptado, asumido e interiorizado por la mayoría de las mujeres, incluidas en ellas las adolescentes. Las causas de este fenómeno son múltiples y confluyen, algunas son: Los modelos corporales propios de personas valoradas como las actrices o los artistas, un seguimiento acrítico de la moda, la progresiva exhibición del cuerpo, la presión de las industrias que ofrecen productos y métodos para bajar de peso, los medios de comunicación social que basados en la imagen y publicidad incitan a adelgazar, y las dietas y técnicas adelgazantes que oralmente se transmiten en cualquier colectividad como en la escuela o en un trabajo, la incorporación de la mujer a la vida social y laboral, la no valoración de las formas corporales asociadas a la procreación y, como resultado de la devaluación relativa a la misma el rechazo a la obesidad y sobrepeso, el rechazo social por razones estéticas, prácticas deportivas que sirven de pretexto para adelgazar, la asociación de “estar en forma” con dietas restrictivas y ejercicio compulsivo (Toro, 1996).

## **Autolesión**

Existen diferentes términos refiriéndose al mismo fenómeno, en el caso de la autolesión se le ha denominado principalmente de tres maneras: automutilación, autodaño y autolesión, siendo este último el que más se acepta y utiliza. Walsh (2006) lo describe como un acto intencional y auto infligido, el cual conlleva un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable, y que se efectúa con la finalidad de reducir el dolor emocional. Por otro lado, Mangall & Yurkovich (2008) definen la autolesión como una conducta que puede generar daño físico de leve a moderado, que se realiza sin intencionalidad suicida consciente y la cual, se genera en ausencia de psicosis y/o impedimentos intelectuales y orgánicos.

Los diferentes términos empleados es uno de los principales problemas que ha surgido en cuanto al estudio de la autolesión, por otro lado múltiples estudios no hacen distinción entre suicidio y autolesiones sin intencionalidad suicida, existen pocos instrumentos estandarizados para su evaluación y aunado a ello se suman dificultades diagnósticas; hasta hace pocos años aún se conceptualizaba a la autolesión únicamente como síntoma del trastorno límite de personalidad, por lo cual la atención que se le brindaba era como parte de dicho trastorno o adjudicándole otras características derivadas de esa asociación. Sin embargo, a partir de la alta prevalencia de conductas autolesivas en ausencia de trastorno límite de personalidad, surgió la propuesta en el DSM 5 (2013) de definir la autolesión no suicida por primera vez como trastorno, lo cual permitiría mejorar los tratamientos y la uniformidad de la investigación sobre la misma (Albores-Gallo et al., 2014). La autolesión podría asemejarse al caso de la depresión, que es reconocida como trastorno y tiene comorbilidad también con diversos trastornos como los de ansiedad y trastorno por abuso de sustancias, por mencionar algunos (Eisenkraft, 2006).



Desde antes de que autolesión se formulara formalmente como trastorno en el DSM 5 (2013) como una problemática que requiere más estudio, Einsenkraft (2006) ya había señalado algunos beneficios de especificar un diagnóstico de autolesión, entre ellos la diferenciación de la autolesión cuando se presenta como síntoma del trastorno límite de la personalidad a cuando se presenta fuera de dicho trastorno, la reducción del estigma al reconocer oficialmente la diferencia entre autolesión y los intentos de suicidio, con lo cual se podría esperar que haya información más clara y tratamientos más adecuados.

De acuerdo con una investigación de Marín (2013), en población adolescente escolar con promedio de edad de 13 años, la depresión, las experiencias disociativas y desregulación emocional explican el 25% de la varianza de las autolesiones, se elaboraron perfiles de predicciones de autolesión para cada sexo, a partir de lo cual se halló que para los hombres el principal predictor son las experiencias disociativas (15% varianza), mientras que para las mujeres los principales predictores fueron la depresión y la desregulación emocional (28%). Dichos hallazgos apoyarían algunos de los resultados más consistentes con respecto a la autolesión: las funciones principales por las cuales se realiza son para manejar síntomas disociativos, sentir control, regular afecto, y expresar dolor emocional o emociones que uno no logra expresar de otra manera (Muehlenkamp 2005).

Gandhi et al., (2017) realizaron un estudio sobre la edad de inicio de la autolesión dado que es un aspecto aún poco estudiado, se obtuvieron datos a partir de base de datos, 1973 participantes comunitarios hombres y 1901 mujeres, y 505 casos clínicos mujeres, se encontró que 21% de los adolescentes de muestras comunitarias habrían realizado al menos un acto de autolesión hasta los 25 años. Sin tomar en cuenta el tipo de muestra, la mayor probabilidad de inicio de la autolesión se da en un pico alrededor de los 14 a 15 años, y un segundo pico se muestra en los 20 en muestra comunitaria, y a los 24 años en psiquiátrica. De acuerdo con los autores las intervenciones preventivas se debieran desarrollar al inicio de la adultez y no solamente en la adolescencia.

Existen pocas investigaciones sobre autolesión no suicida en México, entre una de las más recientes está un estudio realizado por Albores-Gallo et al., (2014), se analizó la prevalencia de autolesión en 533 adolescentes, con una media de 13.37 años, de acuerdo a los criterios propuestos en el DSM 5 y de acuerdo a definiciones más amplias, tomando en consideración diferentes rangos de tiempo. La prevalencia de la autolesión no suicida definida con los criterios del DSM 5 fue del 5.6%; con una definición amplia a partir de un ítem (¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?) fue de 17.1%,; la prevalencia en el último mes ( 1 a 3 veces) fue de 9.9%; en los últimos 6 meses (1 a 3 veces) fue de 11.6% ; y en el último año (5 veces) fue del 12.6%. En ambos sexos la edad promedio de inicio fue de 11.9 años, más menos 1.3 años. Una característica común de la autolesión es su componente adictivo, quienes la realizan tienen la sensación de no poder detenerse y la necesidad de practicarla, en este estudio las mujeres fueron quienes más sufrieron la sensación de adicción.

Los autores (Albores-Gallo et al., 2014) señalan que al considerarse los criterios del DSM 5 la detección de autolesiones disminuiría en comparación con otras definiciones del mismo comportamiento, menos rigurosas en cuanto a cantidad de episodios. Hasta el momento es el único estudio en México en que se ha contrastado lo hallado empleando los criterios del DSM 5 y otros criterios, por lo cual resulta importante analizar las implicaciones que brinda para diagnóstico y tratamiento, es fundamental realizar programas preventivos, orientación y detección oportuna en ambientes escolares.

Aunque es relativamente poca la investigación en cuanto autolesión, en la actualidad se ha avanzado, ya no solamente a la identificación de factores de riesgo, sino también está comenzando a tener mayor atención los factores protectores. En un estudio de Davis, Weiss, Tull & Gratz (2017), se exploró la autolesión en 244 universitarios afroamericanos mediante cuestionarios, se encontró que los participantes con autolesión reportaban niveles significativamente más bajos de apoyo social que aquellos que no se lesionan, la religiosidad se señala como otro posible factor de protección, y el género moderó la relación entre autolesión y apoyo social aunque sólo en mujeres.

Cipriano, Cella & Cotrufo (2017) realizaron una revisión sistemática de artículos en inglés sobre autolesión, de 1998 a 2016, tras pasar algunos filtros se realizó el análisis de 53 estudios, en los cuales se reporta consistentemente el inicio de la autolesión con mayor frecuencia entre los 12 y 14 años, se encuentra de forma más común en adolescentes y adultos jóvenes. Se encuentra de manera general una prevalencia de 7.5 a 46.5% en adolescentes, 38.9% en estudiantes universitarios y de 4 a 23% en adultos. Entre las comorbilidades principales de la autolesión se encuentra el trastorno límite de la personalidad, y también los trastornos alimentarios. Los factores etiológicos de manera general podrían categorizarse en dos, los factores individuales como desregulación emocional y trastornos psiquiátricos, y los factores ambientales como el maltrato infantil.

Ampliando la visión de los estudios sobre la autolesión, Fox et al., (2015) realizaron un meta-análisis de estudios prospectivos longitudinales con el objetivo de predecir conductas autolesivas, se analizaron 20 estudios, el primero de 1991 y el último de 2008. Los resultados principales señalan una medición heterogénea de la autolesión, lo cual hace variar aún más los resultados en función del tipo de medición, evaluando la conducta autolesiva en un continuo o de manera dicotómica ausencia/presencia. De acuerdo con los autores los factores de riesgo considerados en la literatura muestran pobre poder explicativo. Unos de los factores de riesgo más fuertes como desesperanza e historia de autolesión son también factores importantes para pensamientos y conductas suicidas. Aunque en estudios transversales se hayan asociaciones fuertes entre autolesión y variables como desregulación emocional y síntomas internalizados, en su meta análisis no fueron factores de riesgo fuertes, podría ser que no sean factores de riesgo fuertes por sí solos.

### **Problemáticas asociadas con autolesión**

Por medio de diversas investigaciones se ha analizado la interacción de la autolesión con varias problemáticas, variables que se correlacionan o que incluso se han

identificado como predictoras para autolesionarse, una de estas investigaciones es la de Bousoño et al. (2019), quienes analizaron los resultados de dos estudios para identificar los principales factores de riesgo de autolesión en adolescentes, en uno de los estudios se asociaron significativamente la hiperactividad, problemas con compañeros, consumo de tabaco y de drogas, y la falta de comportamientos prosociales. Mientras que se identificaron como factores asociados en ambos estudios, la presencia de síntomas depresivos y el consumo de alcohol, siendo éstos los que más se asociaron con autolesión en los adolescentes analizados. Con respecto al consumo de tabaco y de drogas como predictores de la autolesión se obtuvieron resultados menos contundentes en comparación con el consumo de alcohol, los autores señalaron que el efecto de consumo de tabaco pudo haberse sesgado a partir de una campaña de prevención sobre su consumo que coincidió en la época en que recolectaron sus datos, dicha aclaración parte de que el consumo de alcohol se ha reportado en diversas investigaciones con una influencia directa sobre las conductas autolesivas (Madge et al., 2008; Vargas-Martínez, Trapero-Bertran, Gil-García, & Lima-Serrano, 2018).

Por otro lado, Ogle & Clemens (2008) estudiaron el consumo de alcohol y autolesiones en mujeres, con lo que hallaron mayor grado de conductas de riesgo y consecuencias relacionadas al consumo en mujeres con historial de autolesión, sin embargo la diferencia en cuanto a la cantidad y frecuencia del consumo no fue significativa entre las que se lesionaban y las que no.

Una limitación en cuanto al estudio de la relación entre el consumo de alcohol y/o drogas con las autolesiones, es que los estudios en que se ha analizado el tema presentan definiciones de las conductas autolesivas no muy claras, en las que pareciera excluirse la autolesión sin intención suicida pero tampoco se incluyen exclusivamente intentos de suicidio, sin embargo la tendencia que se reporta es más o menos similar en cuanto a que el consumo se asocia positivamente con conductas autodestructivas, sea con una intención de suicidio o no (Ciuhodaru, Iorga, & Romedea, 2012), incluso algunos autores han recomendado trabajar sobre la prevención de consumo como parte de las

estrategias para evitar lastimarse a sí mismos, reportando el consumo de alcohol como uno facilitador para hacerse daño por medio de otras conductas (Berman et al., 2017).

Por su parte, Mohl, Cour & Skandsen (2014) reportaron que de una muestra de adolescentes, 21.5% se habían llegado a autolesionar en algún momento de sus vidas, mientras que 53.9% de la muestra habían tenido al menos experiencia con un tipo de conducta autodestructiva indirecta, como problemas alimentarios, consumo de alcohol al punto de desmayarse o el uso de drogas ilegales, y que 12.6% reportaron al menos dos tipos de conductas autodestructivas indirectas. La correlación positiva entre estas variables aunque no permite establecer causalidad, sí permite observar que una de estas conductas de riesgo para la salud implica mayor probabilidad de desarrollar otras conductas de riesgo.

En cuanto al bullying se ha encontrado que los síntomas depresivos y el apoyo de los padres mediaron la relación entre bullying y autolesiones, es decir que si los adolescentes (víctimas como acosadores) perciben más apoyo de los padres es menor la probabilidad de que lastimen a sí mismos, a partir de estos resultados se sugiere abordar en los programas preventivos técnicas de regulación emocional, que parecieran ser necesarias tanto para víctimas como para acosadores, y también considerar en el proceso a las familias, dado el efecto que pueden tener en la salud mental de los adolescentes (Claes, Luyckx, Baetens, Van de Ven, & Witteman, 2015).

Hay estudios transversales que han analizado cómo incrementa la probabilidad de que los adolescentes se lastimen a sí mismos al ser víctimas de acoso escolar o bullying, como hallaron O'Conner, Rasmussen, Miles & Hawton (2009), encontrando que los hombres aumentan el riesgo de autolesionarse al doble, mientras que las mujeres aumentan dicho riesgo al triple.

Hay & Meldrum (2010) analizaron la fuerte asociación entre bullying con la autolesión y la ideación suicida, comprobaron un efecto mediador por parte de las emociones negativas y además, se identificó un papel importante en dicha interacción

con variables como los estilos de crianza y el autocontrol, variables que pueden ser determinantes para que una víctima del acoso escolar realice o no conductas autolesivas.

La relación del abuso sexual con la autolesión se ha estudiado desde hace décadas, sin embargo los hallazgos obtenidos no son concluyentes con respecto al papel que ejerce el abuso sexual sobre el desarrollo de las conductas autolesivas, hay autores (Yeo & Yeo, 1993) que por medio de análisis retrospectivos, señalan que quienes tienen en su historial una experiencia de abuso tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar conductas autolesivas en comparación con quienes no han tenido una experiencia de ese tipo.

Por otro lado, Klonsky & Moyer (2008) realizaron un meta análisis, en el que abordaron 55 estudios sobre dicha relación, hallando que si bien es una relación frecuentemente identificada por los investigadores, la evidencia empírica no es suficiente para considerar al abuso sexual como un factor central en los autolesionadores, dado que la varianza que explica es baja.

Otros autores (Brown et al., 2018) han analizado la influencia del maltrato infantil como variable predictora de la autolesión, identificaron en una muestra representativa de adultos que 65,1% de quienes tenían historial de autolesión reportaron al menos una forma de maltrato, mientras que las puntuaciones de abuso sexual fueron de moderadas a severas en 28.9% del grupo con autolesión, sin embargo, a diferencia del maltrato emocional y negligencia, el abuso sexual a pesar de estar involucrado en la etiología de las autolesiones, su efecto fue mediado totalmente por la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, de la misma forma que en otras investigaciones, en que pareciera que el efecto del abuso sexual en las autolesiones es indirecto, mediado por otras variables como la autoestima (Glassman, Veierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007) y la disociación (Low, Jones, MacLeod, Power & Duggan, 2000), este rol ejercido por el abuso sexual en la autolesión pareciera similar al de otras de las problemáticas antes mencionadas, facilitan la realización de conductas autolesivas pero no son determinantes por sí solas.

## **Comportamientos autodestructivos**

La relación entre autolesión y trastornos alimentarios se ha reportado y estudiado desde hace varios años (Favazza, 1989; Cross, 1993), padecer trastornos alimentarios es un factor de riesgo importante para practicar autolesiones, y viceversa, desde entonces se han considerado como problemáticas características aunque no exclusivas de las mujeres, en donde el factor común es el daño auto infligido, a partir de ello algunos autores han conceptualizado ambas problemáticas como comportamientos de auto-daño o comportamientos autodestructivos (Farberow, 1980), Pattison & Kahan (1983) han desarrollado además una clasificación de dichos comportamientos con base en su letalidad y dirección, como se puede apreciar en la figura no. 1 (Clasificación diferencial de comportamientos de auto-daño).

De acuerdo con el modelo de Pattison & Kahan (1983) los comportamientos auto destructivos directos implican problemas inmediatos por el daño realizado y generalmente la intención es evidente, pueden ser de mayor o menor letalidad así como pueden suscitarse en un único episodio o ser múltiples. El comportamiento autodestructivo indirecto hace referencia a los daños que generalmente son acumulativos más que inmediatos, y con una intención que suele ser bastante ambigua, puede ser que no se aprecie fácilmente la intención de herirse a sí mismo.

	DIRECTO	INDIRECTO
LETALIDAD ALTA	Suicidio Episodio único	Tomar situaciones de riesgo Episodio único
LETALIDAD MEDIA	Intentos de suicidio Episodios múltiples	Trucos, deportes peligrosos Fase avanzada anorexia Episodios múltiples
LETALIDAD BAJA	Autolesión mayor o atípica Episodio único	Alcoholismo agudo Situaciones sexuales de riesgo Episodio único
	Autolesión común Episodios múltiples	Abuso crónico de sustancias, bulimia, interrupción de medicamentos Episodios múltiples

Figura 1.

Fuente: Adaptado de Pattison & Kahan (1983) The deliberate self-harm syndrome.

Algunos de los casos de auto daño indirectos más comunes serían los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y exponerse a situaciones de alto riesgo. En el caso del abuso de alcohol, aunque el daño pueda considerarse inmediato suele irse acumulando y generar un problema serio para la salud con el paso del tiempo, sin embargo la intención auto destructiva puede ser ambigua, como en caso de personas que niegan la intención de dañarse con la excusa de que su abuso se debe más a diversión u otros motivos. De igual manera se explicaría que en el caso de la bulimia, por ejemplo, pueda una persona buscar hacerse daño, aun cuando su explicación sea que está fuera de forma y que por ello lo hace, cuando cumple con los criterios del auto daño indirecto, afectando su salud de manera acumulativa y de forma ambigua (Walsh, 2006).

A partir del análisis de Walsh (2006) y de Pattison & Kahan (1983), se entienden



las conductas alimentarias de riesgo y conductas de autolesión como parte del espectro de comportamientos de auto daño o comportamientos autodestructivos, los cuales pueden variar en cuanto a cantidad de episodios y letalidad, siendo en ambos casos potencialmente riesgosos dado el nivel al que se pueda llegar dentro de ese espectro, siendo en un máximo nivel de letalidad la consumación del suicidio o situaciones de alto riesgo manifiesto.

Con respecto a los comportamientos autodestructivos, Walsh (2006) señala que deberían considerarse diversas formas en que el daño autoinfligido se comete, como en los casos en que hay abuso de sustancias, conductas alimentarias de riesgo e interrupción de tratamientos médicos. Además, al momento de realizar las evaluaciones clínicas debería explorarse si hay presencia o no de intencionalidad suicida.

Brausch & Boone (2015) exploraron las asociaciones entre la autolesión y comportamientos no adaptativos, se evaluó una muestra comunitaria de 4,839 adolescentes, de los cuales 922 reportaron haber realizado autolesión en el último año, se elaboraron grupos de acuerdo con la frecuencia de autolesión: ninguna autolesión, dos a tres veces, cuatro a cinco veces, y seis o más veces, cada grupo se comparó con los demás y con las demás variables de comportamientos no adaptativos o autodestructivos: intentos de suicidio, abuso de sustancias, y conductas alimentarias de riesgo. Los resultados muestran que el grupo sin autolesión obtuvo puntuaciones significativamente menores en cada variable en comparación con los demás grupos, los intentos de suicidio reportados incrementaron de manera significativa entre cada uno de los grupos, mayor autolesión mayor riesgo, y principalmente el de seis autolesiones o más refirió mayor abuso de sustancias y conductas alimentarias de riesgo. De manera general con base en sus resultados, se podría decir que los adolescentes con mayor frecuencia de autolesiones tienden a incurrir en mayor número de comportamientos no saludables, como el abuso de sustancias, conductas alimentarias de riesgo e intentos de suicidio, lo cual es congruente con el modelo propuesto por Pattison & Kahan (1983).

### **Autolesión y conducta alimentaria.**

Según Ernhout, Babington & Childs (2015), los trastornos alimentarios y autolesión afectan a las personas en la manera en que sienten, por lo cual se realizan dichos comportamientos para cambiar, expresar o suprimir emociones. En adolescentes hasta 50% de mujeres y 33% de hombres realizan prácticas de restricción de alimentos en al menos una ocasión, la autolesión no suicida es común también, con historial de autolesión que se ha reportado en 15% a 40% de los jóvenes, dependiendo del comportamiento específico y de la muestra considerada. En general, síntomas de ambas problemáticas ocurren juntos en cerca de 25% a 50% de quienes realizan una u otra.

Santos (2011) realizó un estudio exploratorio de las semejanzas entre bulimia y la autolesión, se entrevistó a pacientes que presentaran ambas problemáticas, algunos de ellos reportaron que en ocasiones utilizan la autolesión en vez de la purga, que la intención de cortarse o purgarse es mitigar dolor emocional o liberar tensión, aunque esto sólo sirva a corto plazo. También refieren que el hacerse daño lo toman como una solución a un problema emocional, sin embargo con el paso del tiempo esa solución pareciera convertirse en el problema principal.

Vieira et al., (2017) investigaron los factores de riesgo potenciales de autolesión en 245 pacientes de trastorno alimentario, hallaron que 33% de los pacientes padecían también autolesión. Se reportó la autolesión con mayor frecuencia en aquellos trastornos alimentarios en que había atracón y purgas. Los resultados sugieren que se debieran realizar estudios en diferentes edades para hacer detección temprana de las problemáticas.

Islam et al., (2015) analizaron la prevalencia de autolesión en pacientes de TCA, y los síntomas de TCA en individuos con historia de autolesión. Se trabajó con una muestra total de 1649 pacientes de TCA, hombres y mujeres. No se encontró asociación

de la autolesión con algún tipo específico de trastorno alimentario ni con género. En pacientes que presentaban TCA y autolesión se halló mayor impulsividad, abuso de sustancias y trastornos de control de impulsos, se hallaron cuadros más severos de TCA y de forma general más síntomas psicopatológicos y personalidades más disfuncionales.

Vansteelandt et al., (2013) realizaron un estudio sobre la autolesión en pacientes de trastorno alimentario, mediante registros en diferentes momentos del día, los 18 pacientes de anorexia y de bulimia reportaban su afecto de valencia positiva o negativa y la intensidad baja alta o baja, considerando dichos aspectos se calculó la desviación estándar para cada paciente obteniendo así su variabilidad en afecto, de acuerdo con los resultados los pacientes con mayor variabilidad son más proclives a realizar conductas de autolesión, por lo cual los autores señalan que los programas de prevención debieran centrarse especialmente en estabilizar la variabilidad del afecto, no solamente en la reducción de afecto negativo.

Gran parte de la investigación sobre autolesión y TCA se ha realizado con mujeres, sin embargo también se ha explorado aunque en menor medida el caso de los hombres, unos investigadores (Claes et al., 2012) hallaron en una muestra de 130 hombres con trastorno alimentario, que el 21% había realizado al menos un tipo de autolesión, como en otros estudios no se encontró diferencias de acuerdo con el tipo de trastorno alimentario, los resultados confirman la función de la autolesión como regulación afectiva y de impulsos. Además, se compararon los pacientes con y sin autolesión, obteniendo puntuaciones significativamente más severas en cuanto a síntomas de trastorno alimentario, y más problemas en cuanto a control de impulsos afectivos e interpersonales

Skarderud & Sommerfeldt, (2009) realizaron una revisión sistemática sobre autolesión y trastornos alimentarios de 1985 a 2008, en tres diferentes bases de datos y los propios archivos de los autores. Los estudios empíricos señalan una fuerte asociación entre trastornos alimentarios y autolesión, sin embargo la prevalencia reportada en que se presentan ambas problemas varía mucho, de 13 a 68% . Entre los diferentes TCA, la

anorexia de tipo purgativa y la bulimia ha presentado mayor prevalencia que en la anorexia restrictiva. Se señalan como posibles factores en común la impulsividad, rasgos obsesivo compulsivos, disociación, autoevaluación negativa, trauma, altos niveles de conflicto en el ambiente familiar y sensibilidad ante las tendencias culturales.

Howe-Martin, Murrell & Guarnaccia, (2012) exploraron la autolesión en una muestra de 211 adolescentes captada de tres escuelas, se exploraron tres formas de evitación de experiencias (intentos para evadir pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones físicas aun generándose daño a largo plazo), la supresión de pensamientos, alexitimia, y evitación cognitiva, y por otro lado se evaluaron otros comportamientos que funcionalmente se han equiparado con la autolesión: conductas alimentarias de riesgo, abuso de sustancias, ideación y conductas suicidas. Los resultados mostraron que En una tercera parte de la muestra se había cometido al menos un acto de autolesión, y 16% reportó haberlo realizado al menos una vez en los pasados seis meses, las mujeres que reportaron autolesión fueron el doble que los hombres. Hubo diferencias significativas en las formas de evitar experiencias en cuanto a quienes se autolesionaron y aquellos que no. En cuanto a los comportamientos funcionalmente equivalentes de la autolesión estos fueron mayores en quienes se autolesionaban, teniendo mayores incrementos en severidad a la par que las autolesiones, lo cual representó un puntaje significativamente más elevado en cuanto a ideación y conductas suicidas. Los resultados en cuanto a la evitación de experiencia no fueron consistentes en hombres pero sí en mujeres, por lo cual, pareciera que en las mujeres la autolesión se asocia especialmente a la evitación de experiencias.

Existen relativamente pocos estudios que aborden las relaciones entre autolesión, ideación suicida y trastornos alimentarios, entre ellos el de Varela-Besteiro et al. (2017), en el que se evaluaron 109 adolescentes con diagnóstico de trastorno alimentario, se compararon aquellos con práctica de conductas autolesivas no suicidas con los que no la realizaban. Entre los resultados principales se halló que el 34.9% manifestaba tener pensamientos suicidas aún sin la intención de cometerlo, 4.6% refirió que le gustaría

suicidarse y 3.7% que sí lo realizaría si tuviera oportunidad. En cuanto a conductas autolesivas 31.2% de los pacientes las realizaron durante sus procesos terapéuticos, y dentro de esos mismos pacientes 55.9% manifestó ideación suicida al momento de la evaluación. No se hallaron asociaciones significativas entre la práctica de autolesiones y la ideación suicida, edad, sexo, índice de masa corporal, ni con ningún subtipo de TCA (anorexia, bulimia, TCA-NE), a diferencia de otros estudios, que señalan los trastornos con conductas purgativas como aquellos en los que se presentan mayores niveles de autolesión (Kostro, Lerman, & Attia, 2014).

Según los autores (Varela-Besteiro et al., 2017) en presencia de trastornos alimentarios lo que podría determinar la aparición de conductas autolesivas es la intensidad de afectividad negativa, expresada como síntomas de depresión o ansiedad, creencias desadaptativas en torno a uno mismo como la insatisfacción corporal, y rasgos psicológicos como el perfeccionismo e impulsividad. Las conductas autolesivas no necesariamente implican ideación suicida pero debería explorarse de manera rutinaria dicho aspecto en las evaluaciones clínicas, y por otro lado, debiera también explorarse la función de la autolesión como estrategia para contrarrestar el afecto negativo, lo cual aportaría información útil para diagnóstico y tratamiento.

## **Desregulación emocional**

La regulación emocional es la habilidad con la que se manejan las emociones, los procesos por medio de los cuales se influye en las emociones, cuándo sentirlas, cómo se experimentan y cómo se expresan (Gross, 1998), consiste en que un sujeto mantenga, aumente o evite emociones positivas y negativas, no solamente se reduce afecto negativo, la regulación no necesariamente se hace de forma consciente, en ocasiones se pueden realizar estrategias de regulación de forma prácticamente inconsciente (Gross, 2002).

La desregulación se ha identificado en recientes años como un factor implicado en gran número de psicopatologías, sin embargo, aún se ha explorado poco el rol que ejerce en los ámbitos clínicos y afectivos. Conocer cómo influye la desregulación en trastornos ya instaurados, y las consecuencias sociales que se derivan de ello, podría ser una de las líneas de investigación a explorar (Gross, 2002).

Desregulación emocional es la dificultad para cambiar un estado emocional, su experiencia, su expresión no verbal y las acciones que derivan de la misma emoción, a pesar de los esfuerzos por cambiarlo. Se presenta experiencia emocional aversiva en exceso, incapacidad para regular la intensidad de la emoción, problemas para apartar la atención del estímulo que generó la emoción, fallas en el procesamiento de la información y distorsiones cognitivas e insuficiente control sobre conductas impulsivas (Ray et al., 2006).

Aspectos de la desregulación emocional como el reconocimiento y expresión de sentimientos, son clave dentro de los trastornos del afecto, de la ansiedad de dependencia a sustancias y en trastornos de la conducta alimentaria. Específicamente en conductas alimentarias de riesgo lo que se presenta es la dificultad para expresar emociones, por lo cual se originan comportamientos para suprimir afecto negativo (Rodríguez et al., 2017).

Aunque en años recientes se ha estudiado más la desregulación emocional y su

relación con trastornos alimentarios, aún son escasas las investigaciones al respecto, sin embargo entre algunos de los hallazgos recientes está la asociación significativa que se ha encontrado, entre las alteraciones alimentarias y desregulación emocional de padres e hijos adolescentes (Hansson, Daukantaité & Johnsson, 2017), de acuerdo con algunos resultados, la familia podría influir en la conducta alimentaria de los adolescentes por medio de las estrategias para regular emociones, estrategias ineficaces podrían influir en los adolescentes y tener como consecuencia alteraciones alimentarias.

En pacientes con TCA la desregulación emocional funciona como facilitador y perpetuador de sintomatología alimentaria, diferentes emociones negativas como la tristeza, la frustración y ansiedad son afrontadas por anoréxicas con la restricción alimentaria, mientras que las bulímicas las afrontan por medio de atracones y/o purgas (Rodríguez et al., 2017).

Weinbach, Sher & Bohon (2017) analizaron el rol que ejerce la regulación emocional específicamente en cada trastorno alimentario, los resultados apuntan a que los trastornos con atracones y purga se asocian con mayores dificultades para regular emociones, incluyendo el control de impulsos, comportamientos dirigidos a una meta, y acceso a estrategias de regulación efectivas. Tal es la influencia de la purga que el grupo de pacientes de anorexia no restrictiva tuvo un perfil más similar al de bulimia que las de anorexia restrictiva.

Según Neacsiu, Smith & Fang, (2017) en los tratamientos psicoterapéuticos actuales se asume la desregulación emocional como un factor clave, como un mecanismo primario en diversas psicopatologías, sin embargo la evidencia empírica de dicha afirmación es escasa, por lo cual se realizó un experimento en 44 adultos con ansiedad, depresión y alta desregulación emocional, se les indujo a un estado en que experimentaran afectividad negativa y se les dio instrucción de regular y disminuir dicho estado, sin instruir ni enseñar una estrategia de regulación específica. Los resultados muestran que los pacientes logran realizar la tarea a pesar de tener altos niveles de desregulación emocional, pudieron mantener algunas estrategias de regulación emocional eficaces que les

permitieron disminuir su afectividad negativa cuando se les incitó a hacerlo. Sin embargo, habría que considerar las limitaciones de este estudio dado que la sola instrucción de regular el afecto negativo facilita en cierta manera la identificación de emociones, lo cual es un factor relevante en la regulación emocional.

Gratz (2007) señala que la desregulación emocional es uno de los principales factores que determinan el mantenimiento de la conducta de autolesión, entendiéndose que la autolesión surge como un comportamiento no adaptativo ante las dificultades para regular las propias emociones, lo cual se ha comprobado consistentemente en los tratamientos desarrollados para autolesión, obteniendo la mejoría de los pacientes facilitando habilidades para regular las emociones.

A partir de las dificultades para regular emociones en pacientes de TCA, se ha explorado si dichas dificultades están asociadas a algún trastorno alimentario específico o si se asocian más bien con diversas psicopatologías de forma general. Se trabajó con una muestra compuesta por mujeres, 20 pacientes de anorexia, 18 de bulimia, 25 de trastorno por atracón, 15 de trastorno límite de la personalidad, 16 de depresión mayor y 42 mujeres sanas que conformaron el grupo control. Se evaluó desregulación emocional, estrategias de regulación y la intensidad del afecto. Los grupos de TCA puntuaron niveles significativamente altos en intensidad emocional, baja aceptación de las emociones, menor consciencia emocional y reportaban mayores problemas para regular sus emociones en comparación con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de TCA (anorexia, bulimia y trastorno por atracón) aunque este último subgrupo mostró un patrón ligeramente más adaptativo que los otros dos. De manera general todos los trastornos considerados en el estudio reportaron patrones similares en cuanto a las dificultades de regulación emocional, además de que obtuvieron puntuaciones mayores que el grupo sano, lo cual podría implicar que la desregulación emocional no está asociada con un trastorno específico, sino que más bien se manifiesta como un factor de riesgo y/o mantenimiento transdiagnóstico, un factor común en diversas psicopatologías (Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier & Ehring, 2012).



Algunos autores que han explorado las dificultades emocionales en diferentes trastornos alimentarios han encontrado patrones muy similares entre cada uno de ellos, sin embargo, otros subrayan la relevancia de distinguirlos, a partir de un estudio en que se compararon diferentes estilos de regulación emocional, suprimir o reevaluar las emociones, en distintos tipos de TCA (anorexia restrictiva y purgativa, bulimia y trastorno por atracón). De acuerdo con algunos resultados las estrategias de regulación difirieron en cada subgrupo y además, los posibles problemas emocionales de ansiedad y depresión podrían también diferir entre cada trastorno alimentario (Danner, Sternheim & Evers, 2014).

Mallorquí-Bagué et al. (2017) exploraron los cambios en cuanto a desregulación emocional antes y después de tratamiento en mujeres pacientes de trastorno alimentario, en un primer estudio se compararon las puntuaciones de los pacientes de TCA (n=438) con las de un grupo control (n=126), se halló desregulación emocional más alta en las pacientes de TCA y también diferencias entre cada uno de los trastornos alimentarios. Se realizó un análisis prospectivo en que se muestra mayor mejoría en las pacientes de bulimia, mientras que en anorexia y trastorno por atracón se sugiere tomar como objetivo de tratamiento las habilidades de regulación emocional.

### **La desregulación en comportamientos autodestructivos**

La desregulación emocional se podría considerar de acuerdo a la literatura como un factor de riesgo tanto de conductas alimentarias como de conductas autolesivas. (Varela-Besteiro et al., 2017), relación que se ha explorado más asiduamente en el caso de trastornos alimentarios. De acuerdo con un estudio de Lavender y Anderson (2010) las conductas alimentarias de riesgo se realizan con el objetivo de modular o escapar de estados emocionales aversivos, dichos autores encontraron que las dificultades en regulación emocional, es decir la desregulación, está asociada con conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal tanto en hombres como en mujeres.

También se ha explorado la relación de la desregulación emocional con psicopatología alimentaria teniendo como antecedente maltrato infantil, con lo que se ha encontrado una asociación positiva entre el maltrato y desregulación emocional con síntomas de trastornos alimentarios, además resultando la desregulación como una variable mediadora entre abuso emocional y la psicopatología alimentaria (Burns, Fischer, Jackson & Harding, 2012).

Selby y Joiner (2009) plantearon el Modelo de cascada emocional, con el que se trata de entender la desregulación emocional y conductual en pacientes con trastorno límite de personalidad, en dicho modelo se plantea que la rumiación cognitiva ante afecto negativo intenso genera un ciclo en el cual las emociones negativas incrementan, y a la par la rumiación se intensifica, desencadenando así desregulación conductual, es decir, comportamiento perjudiciales para uno mismo que surgen con la intención de regular una emoción (Jungman, Vollmer, Selby & Witthoft, 2016), entre esos comportamientos podría incluirse la autolesión, ingestión de alcohol y atracones, comportamientos que se suscitan con la función de distractores ante la rumiación, como intentos de frenar el ciclo de la cascada emocional.

El modelo de cascada emocional (Selby & Joiner, 2009) a pesar de ser un modelo originado dentro del contexto del trastorno límite de la personalidad, describe la relación entre afecto negativo intenso, desregulación y como consecuencia desregulación conductual, factores que no son exclusivos del trastorno límite de personalidad, en dado caso la intensidad y la frecuencia de la desregulación junto a otros criterios es lo que determina el diagnóstico, así que dicho modelo podría también aplicarse en otros pacientes, como quienes padecen un trastorno alimentario o se autolesionan, en ambos casos se cumplen características similares en cuanto al área emocional.

Claes y Muehlenkamp (2014) desarrollaron un modelo (Figura 2) en que se representan diferentes factores distales (factores predisponentes individuales y sociales) y factores proximales (factores de riesgo específicos) que interactúan, y que al

presentarse un evento de vida estresante podrían desarrollar comportamientos psicopatológicos, autolesión y conductas alimentarias de riesgo:

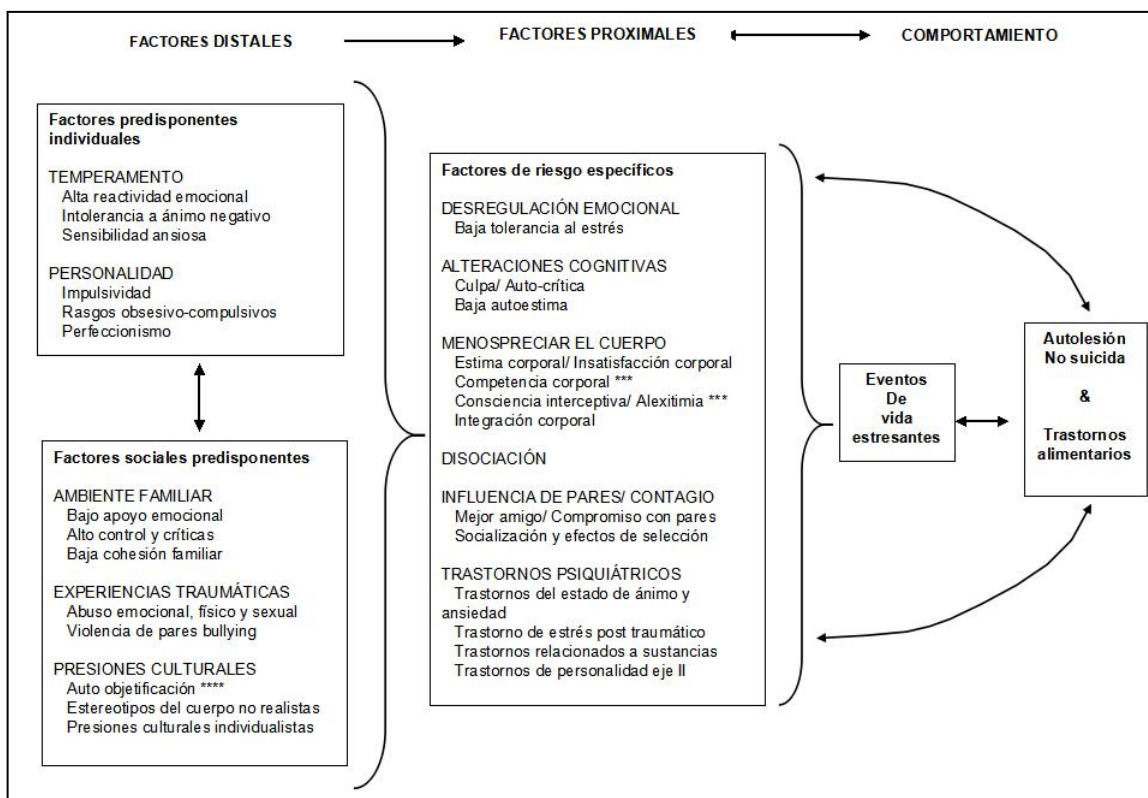


Figura 2. Fuente: Claes y Muehlenkamp (2014).

A partir del modelo y los estudios antes citados, se puede constatar que existen factores comunes de la autolesión y de las conductas alimentarias de riesgo, caminos similares en los que se desarrollan comportamientos psicopatológicos, ya sea presentándose uno u otro, o ambos, en donde el afecto negativo en conjunto con la desregulación emocional resultan determinantes. Personas que experimentan afecto negativo intenso, que al no conseguir regularlo (desregulación emocional), practican comportamientos que les permiten desviar la atención o disminuir momentáneamente las emociones negativas, desarrollando así conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, por atracción o por compensación psicológica) y/o conductas de autolesión.

## **Afecto negativo**

La afectividad negativa se ha estudiado en conjunto con la afectividad positiva, como dos dimensiones generales que conforman el afecto. Bradburn (1969) creó una escala bidimensional para medir el bienestar, a partir de la misma se pudo distinguir entre ambos tipos de afecto, los cuales se caracterizaron como opuestos, cada uno conformado por emociones positivas y negativas respectivamente.

La perspectiva bidimensional del afecto sirvió como base para diversas investigaciones, sin embargo, aún se encontraban algunas inconsistencias en cuanto a la metodología, así como algunos sesgos que evidenciaron la necesidad de continuar analizando la estructura del afecto, surgiendo así los estudios realizados por Watson y Tellegen (1985); estos autores aplicaron un análisis factorial, demostrando que tanto el afecto positivo como el afecto negativo conforman la estructura básica del afecto, representando la mitad o incluso más de la mitad de la varianza común. Watson, Clark y Tellegen (1988) sugirieron en sus estudios que la afectividad positiva y negativa no conforman dos polos de un mismo constructo, sino que están separadas y funcionan de modo independiente, datos que se han validado y puesto a prueba en diferentes culturas.

Así entonces, el afecto negativo se concibe como una dimensión general (independiente del afecto positivo) de malestar subjetivo que incluye todos los estados afectivos de alta excitación y con valencia negativa, los cuales, en términos generales, reflejan desconexión con los estados placenteros. Las personas con alto afecto negativo experimentan sentimientos como molestia, desagrado, miedo, asco, ira, desprecio, aversión, culpa, temor, irritabilidad, insatisfacción, actitudes negativas, pesimismo y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia los demás, mientras que personas con alto afecto positivo experimentan un estado de calma, serenidad, satisfacción, sociabilidad y energía (Bribiesca, 2016).

La estructura del afecto negativo se ha estudiado ampliamente debido a su relevancia en el ámbito psicopatológico, esto al constatar en diversos estudios su relación con la depresión y la ansiedad (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). A partir de diferentes investigaciones sobre el afecto negativo se propuso el modelo tripartito de ansiedad-depresión, el cual tiene tres componentes: el afecto negativo (o *distress* o malestar afectivo general, no específico), la hiperactivación fisiológica, y la anhedonia (bajo afecto positivo, apatía o pérdida de entusiasmo). El primer factor es común en ansiedad y depresión, el segundo se relaciona solo con la ansiedad y el bajo afecto positivo solo con la depresión (Clark & Watson, 1991).

Se han hecho nuevas modificaciones del modelo tripartito, Watson propuso otro modelo pero cuatripartito (2009), en el que se centra en la especificidad de los síntomas retomando aportaciones de otros modelos, sin embargo, el modelo tripartito (Clark & Watson, 1991) ha sido útil para el estudio y medición del afecto negativo; se han construido instrumentos para medir la afectividad negativa que aún se basan en dicho modelo, como es el caso del *Depression Anxiety Stress Scale* (Lovibond, & Lovibond's, 1995) en el que se han considerado tres dimensiones principales del afecto negativo. Los autores plantean que la depresión, ansiedad y estrés representan la mayor parte del afecto negativo, la medición de las 3 dimensiones mencionadas no es equivalente a la afectividad negativa debido a que esta tiene más componentes, sin embargo, la ansiedad, la depresión y el estrés dan cuenta de gran parte del afecto negativo (Lovibond, 1998).

### **Afecto negativo y salud.**

La relación del afecto negativo con la salud es compleja, de ahí que existan actualmente gran número de investigaciones que analizan la interacción entre dimensiones del afecto negativo y de la salud. A partir de estudios enfocados en conductas alimentarias de riesgo, se han generado diversos modelos estructurales en los que se expresan las interacciones entre las mismas y otras variables de estudio, dando como resultado la detección de algunas dimensiones del afecto negativo que ejercen una gran influencia en la aparición y mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo

(Stice, 1998; Salinas, 2010).

Otros modelos predictivos como los de Salinas y (2009) detectan el deporte como un factor que disminuye la fuerza de interrelaciones indirecta y directa del afecto negativo en conducta alimentaria compulsiva, y además, que para dicha conducta el afecto negativo se vuelve un factor de doble riesgo en adolescentes no deportistas.

Se ha comprobado el papel del Afecto Negativo en el desarrollo de conductas bulímicas (Stice, 1998; 2001; Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo, 2008) siendo este uno de sus principales factores de riesgo, también se ha utilizado y resultado útil en la diferenciación entre trastornos alimentarios, cuando se presenta un trastorno alimentario acompañado de afecto negativo, este último implica con su presencia un cuadro diagnóstico de severas complicaciones y mayores riesgos que cuando no se tiene (Gagnon-Girouard, et al., 2010).

Se ha reportado constantemente la influencia del afecto negativo en las alteraciones de la conducta alimentaria. La depresión, ansiedad, baja autoestima y otros factores del afecto negativo tienen una gran influencia en la aparición de dieta restrictiva (Toro, 2004). Se ha estudiado también la afectividad negativa en relación con la bulimia, que en conjunto con las dietas restringidas pueden generar un trastorno más complicado de tratar y un curso del mismo más complejo (Stice, Bohon, Marti y Fischer, 2008).

Boutelle, Hannan, Fulkerson, Crow & Stice (2010) realizaron una investigación buscando si habría relación entre el sobrepeso y obesidad con la depresión en mujeres adolescentes, a partir de sus resultados encontraron que no hay asociación con la depresión clínica, sin embargo sí con algunos de sus síntomas, cabe mencionar que el trastorno de depresión no forma parte del afecto negativo, sin embargo es posible que mantengan relaciones similares en cuanto sobrepeso y obesidad. Quizás el sobrepeso por sí solo no conlleve el surgimiento de síntomas depresivos, pero el estatus de sobrepeso sí influya en otros factores predisponentes de la sintomatología depresiva, factores como baja autoestima, mayor presión social, insatisfacción corporal, pobre apoyo social y

otros factores actitudinales. A partir estos resultados puede considerarse la relevancia que tiene la apariencia física en la salud mental de los adolescentes, el sobrepeso al menos parcialmente está relacionándose de forma significativa con síntomas depresivos, si consideramos que dichos síntomas se interrelacionan con otra diversidad de factores precipitadores el sobrepeso resultaría entonces un factor de riesgo para la depresión; por otro lado, más allá del índice de masa corporal y la apariencia, son la presión social y prejuicios entorno al sobrepeso los que podrían influir en detrimento de la salud mental.

En un estudio con preadolescentes, se buscó la posible asociación entre insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad, los autores hallaron mayor insatisfacción corporal en las niñas con sobrepeso y obesidad en comparación con las de peso normal, sin embargo, no se encontró una diferencia significativa en cuanto a la autoestima y depresión. Los autores tampoco encontraron diferencias en insatisfacción corporal entre niñas con sobrepeso y obesidad, lo que concuerda con lo encontrado por Pallan, Hiam, Duda & Adab (2011). De acuerdo con el análisis realizado por los autores es el desarrollo mismo el que no permitió encontrar diferencias en cuanto a la autoestima y depresión relacionada con obesidad, puesto que en edades tempranas la psicopatología se expresa de manera más tenue. (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freyre, 2016).

Gagnon-Girouard et al. (2010) investigaron los subtipos a partir de afecto negativo y dieta restrictiva en mujeres con sobrepeso u obesidad, encontrando así diferentes subtipos, que dan cuenta de la gravedad del Afecto negativo en los trastornos, la presencia del Afecto negativo en personas con dieta restrictiva se asocia a síntomas de problemas alimentarios más graves, insatisfacción corporal, alteraciones de la personalidad y pobre respuesta a los tratamientos.

Spoor, Bekker, Van Strien & Heck (2007) estudiaron las interacciones entre afecto negativo, afrontamiento y comer emocional. De acuerdo con sus resultados la relación entre afecto negativo y comer emocional es indirecta al intervenir otras variables, o puede ser, añaden los autores, que la medición empleada para el afecto negativo no haya

abarcado los extremos de alteración afectiva que resultan importantes en el comer emocional, o que los comedores emocionales cuenten con pocas o deficientes estrategias de regulación emocional, lo cual puede conducir a que recurran a comer de más o al atracón, porque creen o han aprendido que eso les reduce las sensaciones aversivas. Explican que el comer emocional funciona para reducir la conciencia de algo aversivo y emociones negativas.

Brown, Selth, Sttretton y Simpson (2016) estudiaron los estilos de afrontamiento en relación con los estilos de crianza y síntomas de trastornos alimentarios. de acuerdo con los autores la asociación entre los estilos de afrontamiento y los comportamientos restringidos y compensatorios podría significar, que los trastornos alimentarios posiblemente cumplen una variedad de funciones distintas, influyendo de diferentes maneras de acuerdo con el estilo de afrontamiento, como puede ser para bloquear el estrés emocional o en otros casos para ajustarse y sobrellevar creencias negativas.

Hou et al. (2013) en un estudio con población china exploraron la relación de emociones negativas, estrés cotidiano y comportamientos alimentarios, encontrando una correlación positiva entre las tres variables. Los indicadores depresivos, de ansiedad y estrés cotidianos se asociaron significativamente con comportamientos alimentarios no saludables: comer emocional, restringido y comer debido a factores externos. A partir de los resultados del estudio se sugiere que una intervención integral enfocada en el manejo emocional y de estrés podría ser útil para la prevención de comportamientos no saludables en adolescentes.

Strien, Engels, Leeuwe, & Snoek (2005) analizaron el Modelo de Stice (2001) de dos vías proponiendo otro modelo alternativo o como extensión del mismo, además incluyendo la consciencia interoceptiva para explicar más ampliamente el mismo proceso. En su estudio se consideraron cambios para el comer restringido, sin embargo, el afecto negativo se ajustó adecuadamente a los resultados, apoyando de manera contundente la vía del afecto negativo en el modelo de dos vías de Stice (2001).



Así como se ha estudiado el afecto negativo con respecto a la alimentación, también se han buscado sus implicaciones de acuerdo al sexo, Gómez-Maquet (2007) analizó las diferencias derivadas del género en cuanto a afecto negativo, pensamientos automáticos y síntomas depresivos: las adolescentes reportan mayor frecuencia de experiencias de sentimientos negativos, menor afecto positivo, es decir tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo. Igualmente refieren menor frecuencia de pensamientos automáticos positivos y mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos, pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista, y generalmente irrealista. Por el contrario, los adolescentes (hombres) experimentan con mayor frecuencia sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza (afecto positivo) y menor presencia de afecto negativo. También reportan mayor frecuencia de pensamientos automáticos positivos, que conducen a sentimientos agradables hacia sí mismo y el mundo y menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos.

A pesar del empleo del afecto negativo en múltiples investigaciones, por el sólo hecho de que se circunscriben bajo ese concepto una amplia gama de afectaciones del ánimo, expresiones del estrés y diversos efectos, es a partir de ahí que resulta uno de sus problemas más complejos que es su medición, existen algunos instrumentos realizados para evaluarle (Bradburn, 1969; Watson, Clark & Tellegen, 1988), sin embargo de manera recurrente se encuentran investigaciones en que se le ha intentado evaluar por medio de algunas de sus dimensiones o factores, usualmente la depresión (Gagnon-Girouard et al., 2010). Por ejemplo, Peñas-Lledó, Loeb, Puerto, Hildebrant & Llerena, (2008) pusieron a prueba lo postulado por otros autores, tratando de clasificar por subtipos de acuerdo al afecto negativo y comer restringido, obtuvieron resultados relevantes pues se empleó una muestra no clínica a diferencia de estudios anteriores, sin embargo, al considerar la medición que hacen con un instrumento que evalúa depresión, habría que considerar sus resultados con precaución. En otros casos se ha evaluado el Afecto negativo empleando mediciones de depresión y ansiedad (Strien, Engels, Leeuwe, & Snoek, 2005), mostrando apoyo empírico al Modelo de dos vías de Stice (2001), sin embargo, ansiedad y depresión no son equivalentes al afecto negativo.

## MÉTODO GENERAL

### Planteamiento del problema

#### Justificación

A pesar de las diversas investigaciones realizadas sobre trastornos de la conducta alimentaria, aún se sabe poco sobre su origen, no existe un único factor que se haya encontrado que dé una explicación suficiente, más bien lo que se aplica es una perspectiva multidimensional (Guirado & Ballester, 2005), lo que destaca la necesidad de estudiar la diversidad de factores involucrados. Cuando los factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria se evalúan de forma temprana se contribuye a la prevención de trastornos alimentarios y las implicaciones que tienen en quienes los padecen (Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013).

La insatisfacción corporal, las dietas restringidas, las purgas y atracones suelen analizarse como factores de riesgo de trastornos alimentarios, sin embargo, también se les estudia aún si no conforman parte de un trastorno específico dados los efectos adversos que representan para la salud, independientemente de si pueden estar asociados a la gestación de un trastorno (Levine & Smolak, 2006).

En México existen pocos instrumentos adecuados para la detección de trastornos alimentarios, lo cual resulta una importante carencia tanto en el ámbito clínico como en el preventivo; son pocas las encuestas que permiten estimar la incidencia de estas problemáticas a nivel nacional. La población más afectada por las conductas alimentarias de riesgo está en una etapa crucial de su desarrollo físico, mental y social, por lo cual es sumamente relevante realizar la detección temprana (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela & Carreño-García, 2004).

El estado de ánimo y las emociones están involucradas implícitamente en la alimentación, la cuestión importante a estudiar es cómo manejar dicha relación, de

manera que se mantengan las conductas alimentarias normales y no así las patológicas (Vogele & Gibson, 2010). En la compleja interacción entre emociones y trastornos alimentarios se ha encontrado que prácticas como la restricción alimentaria, las purgas y los atracones se realizan como distractores o supresores de emociones negativas, además de otros comportamientos de riesgo para la salud como el abuso de sustancias y la autolesión sin intención suicida, los cuales se han explorado relativamente poco en su relación con trastornos alimentarios (Rodríguez et al., 2017; Spoor, Bekker, Van Strien & Heck, 2007).

De acuerdo con resultados de la Encuesta mexicana de salud mental se ha estimado la prevalencia de anorexia, bulimia y trastorno por atracón en adolescentes de la Ciudad de México, del 0.5%, 1% y 1.4% respectivamente, cifras que podrían considerarse inferiores a las de otras problemáticas, sin embargo habría que considerar los riesgos implicados en quienes los padecen, dada la prevalencia de trastornos comórbidos, las conductas suicidas y adversidades psicosociales (Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora, 2012), además estos porcentajes estarían reportando el número de casos, no así la proporción de personas que cumplen con algunos de los factores de riesgo sin desarrollar el trastorno, los cuales podrían ser inclusive más. Por su parte Ortega-Luyando et al. (2015) realizaron una revisión sistemática sobre conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, la prevalencia reportada en diferentes estudios no permite determinar una tendencia clara, además de que los rangos en que oscilan dichas conductas son muy amplios.

Existen investigaciones y evidencia a partir de la cual podría asumirse que algunas variables emocionales, tales como la frecuencia de emociones positivas y negativas, la alexitimia y algunas estrategias de afrontamiento, desempeñan un papel central en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Pascual, Etxebarria, Ortega & Ripalda, 2012). A partir de la comorbilidad entre trastornos alimentarios con trastornos afectivos y de ansiedad se puede asumir que la conducta alimentaria anómala está relacionada con dificultades significativas en el funcionamiento afectivo de las personas. Se han estudiado las estrategias de regulación específicas que están asociadas con la alimentación y el

cuerpo, las cuales son empleadas para disminuir el afecto negativo asociado con la comida, con imagen corporal o con estrés. En particular, se han identificado tres estilos o tendencias de alimentación: el comer restringido, el comer emocional y el atracón o comer sin control (Vogele & Gibson, 2010).

Aunque en años recientes se ha estudiado más la desregulación emocional y su relación con trastornos alimentarios, aún son escasas las investigaciones al respecto, sin embargo, entre algunos de los hallazgos recientes está la asociación significativa entre las alteraciones alimentarias y la desregulación emocional de padres de padres e hijos adolescentes (Hansson, Daukantaité & Johnsson, 2017), con lo cual se evidencia la influencia de las familias en la conducta alimentaria por medio de las estrategias para hacer frente a las emociones.

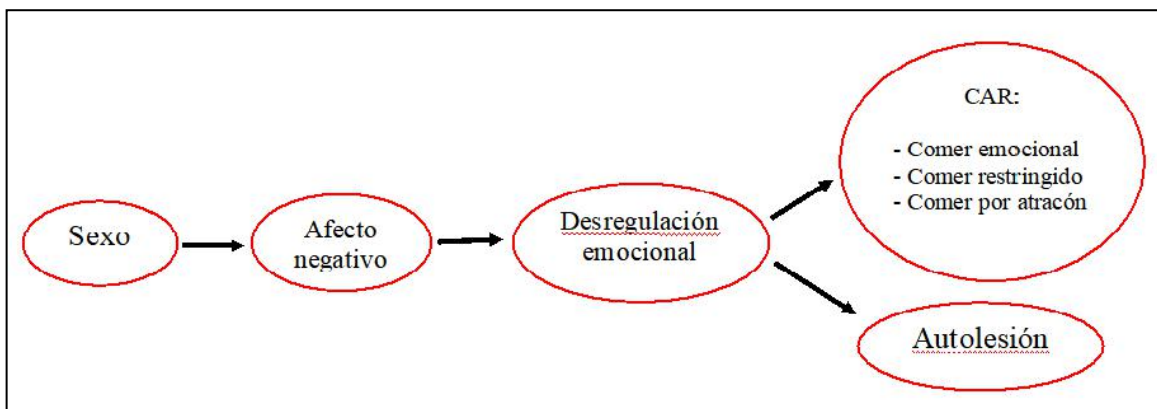
Existen estudios que señalan similitudes entre las autolesiones y las conductas alimentarias de riesgo, incluyendo las edades de inicio, algunos de los factores de riesgo, la funcionalidad con la cual se realizan e incluso se han analizado los casos en que se sufren ambas problemáticas (Kostro, Lerman, & Attia, 2014; Pattison & Kahan, 1983; Santos, 2011), sin embargo, la relación entre ambas conductas no se ha estudiado lo suficiente. Algunos autores señalan como un factor relevante en ambas problemáticas la desregulación emocional, pero aún se cuenta con poco respaldo empírico sobre la relación que ejerce en dichas conductas (Jungman, Vollmer, Selby & Witthoft, 2016; Varela-Besteiro et al., 2017).

A partir de estudios enfocados en conducta alimentaria, se han generado diversos modelos estructurales en los que se expresan las interacciones entre conductas alimentarias de riesgo y otras variables de estudio como el afecto negativo, dando como resultado la detección de algunas dimensiones del afecto que ejercen una gran influencia en la aparición y mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo, con lo cual se ha avanzado en el conocimiento sobre conductas bulímicas (Stice, 1998; 2001) y de aspectos relacionados como la conducta alimentaria compulsiva (Salinas & Gómez-Peresmitré, 2009).

Entre esos modelos está el de Contreras-Valdez (2017), en el cual se plantea que la desregulación emocional media la relación entre afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en adolescentes, hombres y mujeres. En este estudio se tomaron en cuenta únicamente dos factores de trastornos alimentarios: la restricción de alimentos y el atracón, sin embargo, podría explorarse la relación del afecto negativo y desregulación con otros factores relacionados con los trastornos alimentarios, como el comer emocional, aportando así más información sobre las emociones y su influencia en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

El problema de investigación a resolver (como puede apreciarse en la figura 3) se centra en el establecimiento y análisis de las relaciones (directas, indirectas y mediadoras) e interrelaciones que se establecen entre las variables sexo, afecto negativo y desregulación emocional con las variables dependientes (conducta alimentaria de riesgo y autolesión) con el propósito de obtener el o los modelos que mejor expliquen (mayor porcentaje de varianza) dichas relaciones.

**Figura 3. Modelo preliminar predictivo de conducta alimentaria de riesgo y autolesión**



### **Pregunta general de investigación.**

¿Cómo se relacionan el sexo, el afecto negativo y la desregulación emocional y cuál es la relación de ésta con la autolesión y la conducta alimentaria de riesgo?

### **Objetivo general**

El propósito general de esta investigación es aportar un modelo predictivo: 1) que describa la magnitud y dirección de las relaciones e interrelaciones que se establecen entre las variables sexo y edad con afecto negativo y desregulación emocional; y 2) que permita determinar el papel que estas variables pueden jugar como factores de riesgo en la gestación de autolesión y la conducta alimentaria representada por sus tres formas principales de riesgo: comer restringido, emocional y por atracón.

## **ESTUDIO 1**

### **Construcción y adaptación de instrumentos para la medición de conductas alimentarias de riesgo y autolesión**

#### **Fase 1.1 Medición de conductas alimentarias de riesgo**

##### **Objetivo general**

Adaptar un instrumento válido y confiable para la medición de conducta alimentaria de riesgo.

##### **Definición de variables**

Conducta alimentaria de riesgo

Definición conceptual: Alteraciones de alimentación relacionadas con TCA, sin implicar la instauración de un trastorno específico. Entendida por tres formas principales: comer restringido, comer por atracón y comer emocional (Vogele & Gibson, 2010).

Definición operacional: Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios EFRATA (Gómez-Peresmitré, 2001) adaptada por Platas Acevedo (EFRATA II) (Platas Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013).

##### **Diseño de investigación**

Es un estudio de carácter instrumental, de campo, con un diseño de una sola muestra no aleatoria.

##### **Participantes**

Se obtuvo una muestra total de 629 adolescentes ( $n_1 = 316$  hombres y  $n_2 = 313$  mujeres); con una edad promedio de 12.41 años ( $DE = 2.03$ ; rango 11-15).

### **Criterios de inclusión.**

Se aplicó el instrumento a estudiantes de tres secundarias públicas de la zona metropolitana de la Ciudad de México, adolescentes de 10 a 16 años, a mujeres y hombres, de primer y segundo grado, quienes firmaron el consentimiento informado aceptando participar en la investigación.

### **Criterios de exclusión.**

No se incluyeron estudiantes que manifestaron tener enfermedades crónicas, o estar en tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico. También se excluyeron los cuestionarios de quienes no contestaron el 10% de los reactivos del instrumento, y de los que mostraron patrones de respuesta.

### **Instrumentos**

Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios EFRATA (Gómez-Peresmitré, 2001) adaptada por Platas Acevedo (EFRATA II) (Platas Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013). Mide las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adolescentes mexicanos, hombres y mujeres. Consiste en afirmaciones que exploran conductas alimentarias de riesgo, con opciones de respuesta tipo Likert, de 1, nunca, a 5, siempre. La escala total se conforma por 4 factores tanto para hombres como para mujeres, que explican 34% de la varianza con un alpha de Cronbach de .86 en niñas, y 38% de varianza y un alpha de .90 para los niños.

Se emplearon los factores:

- 1- Comer emocional o por compensación psicológica: hombres con 16 ítems (alpha .89), mujeres con 16 ítems (alpha .84).
- 2- Dieta crónica y restringida: hombres con 5 ítems (alpha .73), mujeres con 5 ítems (alpha .87).
- 3- Conducta alimentaria compulsiva: hombres con 5 ítems (alpha .60), mujeres con 5



ítems (alpha .64).

4- Conducta alimentaria normal: hombres y mujeres con 4 ítems (alpha .61).

Se agregaron 11 reactivos relacionados con comer emocional o por compensación psicológica, los cuales se redactaron con base en lo reportado en la literatura.

### **Procedimiento**

Se solicitaron permisos para la realización del proyecto a los directivos de tres secundarias públicas ubicadas al sur de la Ciudad de México. Una vez conseguidos se realizaron laboratorios cognoscitivos, se llevaron a cabo algunos ajustes en el formato del cuestionario y las opciones de respuesta, posteriormente se aplicó el instrumento a los estudiantes en las aulas dentro del horario de clases. Se les informó brevemente los propósitos de investigación, se solicitó un consentimiento informado. La aplicación del instrumento duró aproximadamente una hora. La recolección de datos fue de carácter no invasivo y se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología (SMP, 2007).

### **Análisis estadísticos**

Para probar la validez de contenido del instrumento, asegurando la comprensión de los ítems y de las opciones de respuesta, se realizaron laboratorios cognoscitivos con 20 estudiantes de primer y segundo grado de secundaria, la cifra mínima recomendada de para laboratorios cognoscitivos según Zucker, Sassman & Case (2004). Para analizar las diferencias por sexo se realizaron pruebas t de Student para grupos independientes. Para la obtención de la validez de constructo y conocer la estructura factorial de las variables se utilizó el Análisis Factorial exploratorio, con el método de componentes principales y rotación VARIMAX, se estimó el estadístico de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad. De acuerdo con criterios convencionales los valores adecuados son:  $KMO \geq 0.7$ , y de la prueba de esfericidad de Bartlett  $< .05$ . El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se realizó con el método de máxima verosimilitud (Satorra & Bentler, 1988; 1994). Se examinó el ajuste en términos

del cociente normado  $\chi^2 / gl$  (chi cuadrada sobre grados de libertad), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI) y la raíz media cuadrática residual. De acuerdo con criterios convencionales, los valores adecuados son:  $\chi^2 / gl \leq 3$ ,  $RMSEA \leq .06$ ,  $CFI \geq .90$  (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005). Posteriormente se obtuvieron los coeficientes de confiabilidad o consistencia interna de cada factor a partir de la distribución de los datos, mediante el estadístico Alpha de Cronbach. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 20 y el AMOS, versión 21.

## **Resultados**

En los laboratorios cognoscitivos los estudiantes refirieron entender la mayoría de los ítems y las opciones de respuesta, sólo algunos presentaron dudas en cuanto al ítem 6 y el 27, por lo cual se realizaron los ajustes correspondientes en la redacción de los mismos.

Para analizar si existen diferencias por sexo en los resultados del EFRATA se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en 18 de los 45 reactivos, de manera general los reactivos en que hubo mayores diferencias fueron los referentes a comer por atracción y comer restringido, sin embargo al ser diferencias significativas en menos de la mitad de los reactivos del instrumento, se decidió realizar los análisis sin separar la muestra por sexo.

Se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual arrojó una estructura de cuatro factores, compuesta por 36 ítems, con 35.3% de varianza explicada y  $KMO=.92$ . Se obtuvieron los índices de consistencia interna del instrumento completo y de cada una de las subescalas: Alfa total (.89), Comer por atracción (.90), comer emocional (.85), comer restringido (.77), y comer normal (.74). En la siguiente tabla se muestran los ítems con su respectiva carga factorial:

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio de EFRATA

EFRATA: HOMBRES Y MUJERES				
FACTOR	1	2	3	4
17.Como sin control.	.748			
18.Siento que no puedo parar de comer.	.658			
4.Siento que podría comer sin parar.	.646			
8.Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.	.606			
32.Como grandes cantidades de alimento, aunque no tenga hambre.	.559			
14.Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.	.552			
6.Soy de los que se atiborran de comida.	.550			
16.Cuando me siento alegre me da por comer más.	.532			
7.Me sorprende pensando en la comida.	.521			
37.No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.	.498			
15.Creo que la comida me ayuda a sentirme seguro(a).	.493			
10.Creo que comer es como el comercial de "No puedes comer solo una".	.491			
33.Siento que como más que la mayoría de mis amigos.	.467			
31.Entre más feliz me siento más como.	.445			
2.Pienso constantemente en la comida.	.435			
30.Paso por periodos en los que como mucho.	.430			
42.Me da más hambre cuando me siento estresado(a).		.691		
43.Como más cuando algo me preocupa.		.639		
45.Cuando me siento ansioso(a) me da por comer.		.622		
34.Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.		.616		
38.Cuando estoy triste me da por comer.		.581		
36.Siento que tengo más hambre cuando me enojo.		.503		
9.Siento que la comida me tranquiliza.		.477		
35.Me da más hambre cuando siento miedo.		.456		
1.Me da más hambre cuando tengo algún problema.		.408		
27.Como dependiendo de mi estado de ánimo.		.403		
23.Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.			.699	
28.Me gusta sentir el estómago vacío.			.671	
25.Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.			.628	
24.Me avergüenza comer tanto.			.585	
22.Me siento culpable cuando como.			.477	
20.Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado(a).			.467	
40.Como lo que es bueno para mi salud.				.752
44.Procuro comer verduras.				.649
39.Procuro mejorar mis hábitos de alimentación.				.603
41.Respeto a los que comen con medida.				.573

Alpha de Cronbach	.897	.853	.768	.738
Alpha de los 36 ítems: .889				
Factor 1: Comer por atracón; factor 2: Comer emocional; factor 3: Comer restringido Factor 4: Comer normal				

Una vez realizado el AFE se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC), que confirmó la estructura de cuatro factores obtenida por AFE, solamente hubo diferencias con respecto a algunos ítems y sus cargas factoriales, casi todos los reactivos se agruparon en factores de forma consistente con la literatura, sin embargo en el primer factor (comer por atracón) se agruparon tres reactivos que parecieran estar relacionados con comer emocional (reactivos 15, 16, y 31), específicamente comer a partir de experimentar seguridad y alegría. Como se observa en la siguiente tabla, el índice de parsimonia para el modelo fue de  $X^2/gl = 2.65$ ; los valores de los índices de ajuste incremental fueron CFI= .87, GFI= .88, IFI=.88; y el valor del índice de ajuste absoluto fue RMSEA= .05

Tabla 2.  
Análisis factorial confirmatorio de EFRATA

Índices de ajuste	Modelo
X <sup>2</sup>	1553.571
gl	585
p	.000
X <sup>2</sup> /gl	2.65
GFI	.88
IFI	.88
CFI	.87
RMSEA	.052

En el siguiente cuadro se muestra una comparación de las propiedades obtenidas del (EFRATA II) (Platas Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2013) entre la versión anterior y la del presente estudio, se puede observar que ha habido estabilidad en cuanto a los factores, con el plus de ocho reactivos que se añadieron enriqueciendo el factor de comer

emocional. Por otro lado, en la versión anterior del instrumento se plantearon dos formatos según el sexo, sin embargo, en esta versión no se consideró necesario ya que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables del mismo.

Tabla 3. Comparación de versiones de EFRATA  
Factores y consistencia interna

Versión anterior (30 a 31 ítems) Versión para hombres y otra para mujeres	Versión modificada (36 ítems) Una sola versión para hombres y mujeres
Sobreingesta por compensación psicológica (.84 a .89)	Comer por atracón (.90)
Dieta crónica y restringida (.73 a .87)	Comer emocional (.85)
Conducta alimentaria compulsiva (.60 a .64)	Comer restringido (.77)
Conducta alimentaria normal (.61)	Comer normal (.74)
Total (.86 a .90)	Total (.89)

## Discusión

En el presente estudio se tuvo por objetivo principal la obtención de un instrumento válido y confiable para la medición de conductas alimentarias de riesgo, para lo cual se procedió a la adaptación del EFRATA; se realizaron laboratorios cognoscitivos, se obtuvieron diferencias por sexo, se consiguió la consistencia interna y se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios.

No se encontraron diferencias por sexo en todas los ítems del instrumento, contrario a lo que se ha reportado en vasta literatura sobre el tema, en que se suelen encontrar claras diferencias en la conducta alimentaria de hombres y mujeres (Gómez-Peresmitré, 2014; Toro, 2004), es posible que dichas diferencias no se encontraron debido a la edad de los participantes, quienes están comenzando la etapa de adolescencia en que apenas surgen algunos de los cambios que suelen diferenciar hombres y mujeres. Por otro lado, hay estudios que señalan un aumento en la prevalencia de hombres con trastornos de la conducta alimentaria, incluso han hallado mayor riesgo de trastorno alimentario en hombres que en mujeres (Radilla et al., 2015).

En el AFE se obtuvo una estructura consistente con la literatura, sin embargo se encontraron reactivos que tuvieron carga factorial tanto en comer por atracón y en comer emocional, los cuales están relacionados con alegría y con la sensación de seguridad, se requiere investigar más este factor para entender la relación entre los atracones y las emociones placenteras, un comportamiento que ha tenido relativamente escasa investigación dado que generalmente se indaga sólo sobre el efecto de las emociones negativas (Peña & Reidl, 2015).

Considerando los principales índices de ajuste del modelo, no se alcanzaron los parámetros que de acuerdo con la literatura indicarían la obtención de un modelo óptimo, sin embargo, sí se consiguió un ajuste aceptable, en virtud de que algunos índices quedaron próximos a los criterios sugeridos (Barret, 2007; Hu & Bentler, 1999).

Como se puede observar en la tabla 3, las propiedades psicométricas del instrumento tuvieron una mejoría de forma general, por lo que se puede afirmar que se consiguió el objetivo planteado, el EFRATA es un instrumento válido y confiable para evaluar conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, contando ahora con una versión única para ambos sexos y con mayor capacidad de exploración sobre comer emocional en comparación con la versión previa. Una aportación importante de este instrumento es el desarrollo de la subescala de comer emocional dado que existen pocos instrumentos destinados para evaluar dicha variable en población mexicana, además de este

instrumento sólo se cuenta con la Escala de Alimentación Emocional de Rojas & García-Méndez (2017), la cual se desarrolló con adultos mexicanos, existen otros cuestionarios para medir comer emocional, sin embargo, sin propiedades psicométricas evaluadas en población mexicana.

## **Fase 1.2** **Medición de autolesión**

### **Justificación**

Son escasos los instrumentos que evalúan autolesión en población hispanohablante y de los existentes hay pocas evidencias de su validez y confiabilidad (Flores, Hidalgo-Rasmussen, & Peñúñuri, 2017). En adolescentes mexicanos se han empleado por ejemplo la Cédula de autolesión (Marín, 2013), sin embargo, sin reporte de las propiedades psicométricas, de igual manera se ha utilizado el Inventario de autolesión deliberada Deliberate self-harm Inventory (DSHI) (Gratz, 2001), pero también se carece de información relacionada con el proceso de validación y confiabilización. Otro instrumento que se ha usado es el Self-harm Questionnaire (cuestionario de autolesión), que sí cuenta con propiedades psicométricas adecuadas además de explorar otras áreas como la afectiva y el consumo de sustancias. También se ha empleado la Cédula de autolesiones (Albores-Gallo et al., 2014), que sí tiene propiedades psicométricas reportadas y abarca varios aspectos de autolesión, explorando incluso las partes del cuerpo donde éstas se realizan. Por otra parte, se debe considerar seriamente la razón costo/beneficio de incluir en los cuestionarios, catálogos de las diversas formas de autolesión, como sucede con algunos de los instrumentos antes señalados, para evitar promover o incitar a los jóvenes a explorar más o nuevos modos de autolesión.

Tabla 4. Instrumentos de autolesión

Instrumento	Aspectos evaluados	Propiedades psicométricas
Cédula de autolesión (Marín, 2013)	-Modo de autolesión. -Cantidad de lesiones. -Último episodio. -Edad de inicio.	Sin propiedades reportadas.
Cédula de autolesiones (Albores-Gallo et al., 2014)	- Modo de autolesión. - Prevalencia. - Topografía. -Componente adictivo. - Motivos desencadenantes y atenuantes. - Componente comportamental (criterios del DSM-5).	Sin propiedades reportadas.
Inventario de autolesión deliberada Deliberate self-harm Inventory (DSHI) (Gratz, 2001)	-Modo de autolesión. -Frecuencia. -Edad de inicio.	Falta información de validez y confiabilidad
Self-harm Questionnaire (cuestionario de autolesionismoautolesión) (García-Mijares, Alejo-Galarza, Mayorga-Colunga, Guerrero-Herrera, & Ramírez-GarcíaLuna, 2015).	-Modo de autolesión. -Último episodio. -Emociones antes y después. -Motivación. - Finalidad. -Comunicación del episodio a otra persona. -Presencia de consumo de sustancias.	Alpha de Cronbach= .96

Con base en lo mencionado anteriormente y dada la necesidad de contar con más información que permita diseñar mejores programas de prevención, se planteó como propósito de investigación desarrollar un instrumento válido y confiable, que explorara otros aspectos no abordados por los instrumentos ya existentes, tales como, la intención de iniciar la conducta de autolesión, el efecto adictivo o dificultad para dejarlo de hacer, así como el efecto de riesgo del contagio social - observar y conocer otras personas que lo realizan - Se propone también conocer la frecuencia con la que se realiza la autolesión, para determinar su prevalencia como factor de riesgo ya que el criterio propuesto por el DSM 5 (autolesión durante cinco días en el último año) (APA, 2013) se aplica para el diagnóstico de la patología.



## **Método**

### **Objetivo general**

Desarrollar un instrumento válido y confiable para la medición de autolesión.

### **Definición de variables**

Autolesión

Definición conceptual: Acto intencional y auto infligido de daño corporal de baja letalidad (Walsh, 2006).

Definición operacional: Las respuestas al Cuestionario de autolesión (CRA) (en proceso de publicación).

### **Diseño de investigación**

Es un estudio de carácter instrumental, de campo, con un diseño de una sola muestra no aleatoria.

### **Participantes.**

De la muestra total (N=629) no probabilística (obtenida en la fase 1.1) se consiguió una muestra con distribución normal formada con n=241 participantes (89 hombres y 152 mujeres), con M= 12.37 años, (DE = 2.28) y rango de 11-15 años.

### **Criterios de inclusión.**

Se aplicó el instrumento a estudiantes de tres secundarias públicas de la zona metropolitana de la Ciudad de México, adolescentes de 10 a 16 años, a mujeres y hombres, de primer y segundo grado, quienes firmaron el consentimiento informado aceptando participar en la investigación.

### **Criterios de exclusión.**

No se incluyeron estudiantes que manifestaron tener enfermedades crónicas, o estar en tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico. También se excluyeron los cuestionarios de quienes no contestaron el 10% de los reactivos del instrumento, y de los que mostraron patrones de respuesta.

### **Instrumento**

Se construyó un Cuestionario de riesgo de autolesión (CRA) con una sección dedicada a datos sociodemográficos, como edad, sexo, y preguntas relacionadas con la conducta de autolesión, tales como, motivo, modo, y edad en la que se inició la misma, y otra sección con 16 ítems, tanto dicotómicos como politómicos explorando presencia de autolesión, intención de realizarla, frecuencia de la misma, dificultad para dejar de herirse y contagio social. Los reactivos se construyeron con base en la literatura, y se sometieron a procedimientos de validación de contenido (evaluación de expertos), laboratorios cognoscitivos (para asegurar comprensión/significado de los ítems), validez de constructo (análisis factoriales) y consistencia interna (coeficientes alpha y omega).

### **Procedimiento.**

Se solicitaron permisos para la realización del proyecto a los directivos de tres secundarias públicas ubicadas al sur de la Ciudad de México. Una vez conseguidos se procedió a la aplicación del cuestionario a los estudiantes en las aulas en los horarios de clases. Se les informó brevemente los propósitos de investigación, se hizo entrega de un consentimiento informado y la aplicación del instrumento duró aproximadamente una hora. Finalmente se entrevistó a un 20% de los participantes para explorar la concordancia entre las respuestas dadas, en el cuestionario y en la entrevista. La recolección de datos fue de carácter no invasivo y se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología (SMP, 2007).

## **Análisis estadísticos.**

Como primer paso para probar la validez del instrumento se realizaron laboratorios cognoscitivos con el propósito de asegurar que los participantes del estudio tuvieran una comprensión adecuada de los reactivos y de las opciones de respuesta. Se procedió a obtener la validez por jueceo con cuatro expertos que calificaron los ítems del instrumento en cuanto a claridad, coherencia y relevancia; se calculó el índice de concordancia inter-jueces con el coeficiente kappa de Fleiss (1971). Para analizar las diferencias por sexo se realizaron pruebas t de Student para grupos independientes. El instrumento cuenta con ítems con dos y hasta siete opciones de respuesta, sin embargo para evitar estimaciones inadecuadas se igualaron todas las variables a un nivel de medición dicotómico. Para la obtención de la validez de constructo y conocer la estructura factorial del instrumento, se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) a partir de una matriz de correlación tetracórica (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014), con el método de Mínimos cuadrados no ponderados (ULS) y con rotación PROMIN (Lorenzo-Seva, 1999) se estimó el estadístico de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad. De acuerdo con los criterios convencionales los valores adecuados son:  $KMO \geq 0.7$  (Kaiser, 1974), y prueba de esfericidad ( $X^2 p \leq .05$ ) (Bartlett, 1950); Factor  $\geq 3$  ítems (Kim & Mueller, 1978; Costello & Osborne, 2005); ítems con cargas factoriales  $\geq .40$  (MacCallum et al., 1999; Velicer & Fava, 1998; Williams, Brown y Onsmann, 2010). Coeficientes de consistencia interna alphas de Cronbach  $\geq 0.7$  (Nunnally, 1978). El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se realizó con el método de Máxima Verosimilitud (Satorra & Bentler, 1988; 1994). Con criterios e índices de bondad de ajuste:  $\chi^2 / gl \leq 3$ , , CFI  $\geq .90$  y SRMR  $\geq 0.06$  (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005), RMSEA  $\leq .07$  (Steiger, 2007). Se calculó el coeficiente alpha ordinal y omega para cada factor. Para tales propósitos se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) v. 16, el paquete FACTOR v. 10.8.04 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2007), y el programa EQS 6.2

## Resultados

### Validez de contenido

El índice total de concordancia kappa de Fleiss, con 95% de intervalo de confianza, resultó bueno en cuanto a claridad (Kappa=0.75), coherencia (Kappa= 0.78), y relevancia (Kappa= 0.86). Las respuestas obtenidas en la entrevista fueron consistentes con las respuestas dadas al cuestionario, sin embargo, hubo un bajo porcentaje con respuestas contradictorias en cuanto a la frecuencia de las autolesiones y la última vez en que se autolesionaron.

### Análisis factorial exploratorio (AFE)

Antes de realizar el AFE se estimó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, la cual arrojó un valor alto (KMO=0.82), y se aplicó a los datos la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual resultó significativa  $X^2(120) = 1133.8$ ;  $p=0.001$ ).

El AFE arrojó tres factores, que agruparon 12 de los reactivos, el alfa ordinal total fue de .94. El primer factor, frecuencia de autolesión (episodios de autolesión en diferentes lapsos de tiempo), se compone de cuatro ítems, explicó 31.26% de la varianza, con alpha ordinal= .89. El segundo, explora el efecto adictivo de la autolesión (dificultad para dejar de lastimarse), consta de cinco ítems, explicó 14.37% de varianza, con alpha ordinal= .85. El tercer factor explora el contagio social de la autolesión (observación y sugerencia de herirse), consta de tres ítems, explicó 9.48% de la varianza, con alpha ordinal= .76. Las cargas factoriales de los 12 ítems fluctuaron entre 0.48 y 0.99.

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)	
Factor	Carga factorial
1: FRECUENCIA ( $\alpha$ ordinal=.89, $\Omega$ =.89)	
4. ¿Cuándo fue la última vez que lo hiciste?	.725
5. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último mes?	.827
6. ¿Qué tan seguido te has lastimado en los últimos seis meses?	.868
7. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último año?	.858
2: COMPONENTE ADICTIVO ( $\alpha$ ordinal=.85, $\Omega$ = .85)	
3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito?	.687
9. ¿Cuándo te has lastimado lo has hecho con la intención de quitarte la vida?	.601
10. ¿Qué tan probable es que te vuelvas a lastimar?	.818
11. ¿Qué tanto quisieras volver a lastimarte?	.820
12. ¿Qué tan difícil es dejar de lastimarte?	.734
3: CONTAGIO SOCIAL ( $\alpha$ ordinal=.76, $\Omega$ =.79)	
13. ¿Antes de lastimarte te enteraste de alguien más que lo hiciera?	.712
14. ¿Antes de lastimarte viste que alguien lo hiciera?	.996
15. ¿Alguien te sugirió lastimarte?	.487
Consistencia interna total	
$\alpha$ ordinal= .94, $\Omega$ = .94	

Tabla 5. Análisis factorial exploratorio de CRA

## Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Se procedió a probar la estructura de tres factores arrojada por el AFE, después de ensayar varios ajustes a las soluciones factoriales, el AFC produjo un modelo con tres factores que explicaron 55.12 % de la varianza total, considerando un total de 12 ítems, se mantuvieron los mismos que en el AFE.

En la figura 1 se observa que el modelo final quedó conformado por tres factores correlacionados entre sí, Frecuencia con Efecto adictivo (.714), este último con Contagio social (.305), y Contagio social con Frecuencia (.061), con un coeficiente de determinación o tamaño del efecto  $R^2 = .473$ . Se mostró un buen ajuste del modelo considerando los siguientes índices:  $X^2/gl = 2.05$ ,  $p = .000$ ; GFI = .93; IFI = .94; CFI = .94; RMSEA = .066

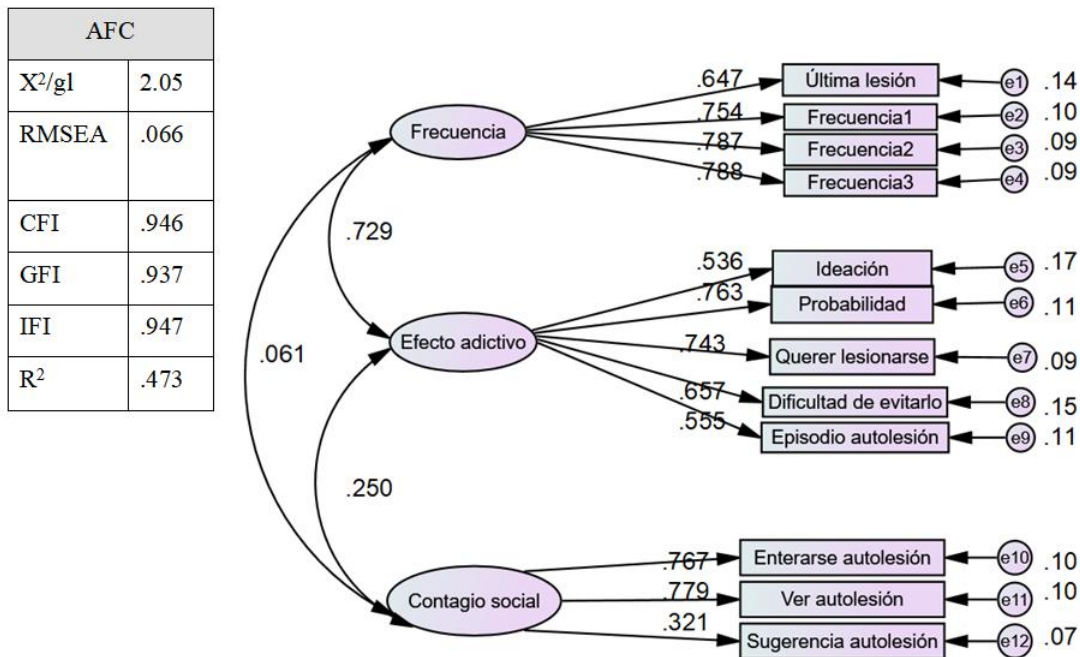


Figura 4. Modelo del CRA

## Prevalencia de autolesión

De la muestra total (N = 629), 185 (29.41%) adolescentes afirmaron haber tenido al menos un episodio de autolesión, 72 hombres (11.44%) y 113 mujeres (17.96%), en el cuadro 2 se muestra el análisis de la frecuencia con que se tuvieron episodios de autolesión en diferentes lapsos.

Tabla 6. Prevalencia de autolesión en diferentes lapsos de tiempo (n=185)			
Frecuencia	Total	Hombres	Mujeres
Última autolesión			
Hoy	3 (1.62%)	1 (0.5%)	2 (1.08%)
Esta semana	19 (10.27%)	8 (4.3%)	11 (5.94%)
Este mes	36 (19.45%)	14 (7.56%)	22 (11.89%)
Hace seis meses	13 (7%)	3 (1.62%)	10 (5.4%)
Este año	23 (12.43%)	6 (3.24%)	17 (9.18%)
Hace más de un año	91 (49.18%)	40 (21.62%)	51 (27.56%)
¿Qué tan seguido te has lastimado el último mes?			
0 veces	100 (54.1%)	35 (18.91%)	65 (35.13%)
1 a 3 veces	57 (30.8%)	27 (14.59%)	30 (16.21%)
4 a 6 veces	12 (6.5%)	4 (2.16%)	8 (4.3%)
Más de 6 veces	16 (8.6%)	6 (3.24%)	10 (5.4%)
¿Qué tan seguido en los últimos seis meses?			
0 veces	98 (53%)	35 (18.91%)	63 (34%)
1 a 3 veces	51 (27.6%)	26 (14.1%)	25 (13.5%)
4 a 6 veces	26 (14.1%)	7 (3.78%)	19 (10.27%)
Más de 6 veces	10 (5.4%)	4 (2.16%)	6 (3.24%)
¿Qué tan seguido en el último año?			
0 veces	99 (53.5%)	35 (18.91%)	64 (34.5%)
5 veces	48 (25.9%)	20 (10.81%)	28 (15.13%)
Más de 5 veces	38 (20.5%)	17 (9.18%)	21 (11.35%)

## Resultados complementarios

Se encontraron diferencias por sexo estadísticamente significativas de cada una de las variables en la muestra total, sin embargo, en la muestra de autolesión sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en tres ítems: haber pensado lastimarse, haberse autolesionado al menos una vez y haber visto alguien más que lo hiciera.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la planeación de iniciar la conducta de autolesión (los dos ítems que corresponden a este aspecto quedaron fuera la estructura factorial del instrumento), hubo 444 estudiantes que refirieron no haberse lastimado a sí mismos, sin embargo 66 (14.86%) contestaron sí haber pensado lastimarse a sí mismos (5.85% hombres; 9% mujeres), y 112 (25.25%) respondieron ya haber intentado lastimarse alguna vez (10.58% hombres; 14.63% mujeres). Estos resultados son importantes dado que reflejan un alto porcentaje de población en riesgo, son adolescentes que tienen una alta probabilidad de iniciarse en las conductas de autolesión, aspecto poco analizado en la literatura pero que valdría la pena retomar en investigaciones posteriores.

El DSM-5 (APA, 2013) señala como criterio diagnóstico para la autolesión no suicida haberse realizado lesiones con daño físico leve o moderado al menos 5 días del último año, de acuerdo con ello 86 adolescentes (13.67% de la muestra total) cumplieron con dicho criterio, aún si no se está considerando los demás criterios diagnósticos es un porcentaje alto. Por otro lado, cabe mencionar que 99 (15.73%) reportaron haberse lastimado, pero menos de cinco veces en el último año, un porcentaje aún mayor que sí se lesiona, pero con menor frecuencia.



## Discusión

El objetivo del presente estudio fue desarrollar un instrumento válido y confiable que evaluara variables relacionadas con autolesión poco estudiadas. Se siguió un cuidadoso procedimiento metodológico buscando incrementar las propiedades psicométricas del mismo, con laboratorios cognoscitivos, validez de contenido por jueceo y entrevistas, y validez de constructo mediante el AFE y AFC.

La validez de contenido fue adecuada según los altos valores del coeficiente Kappa alcanzados por acuerdos de los jueces, así como por la congruencia entrevista/cuestionario, aunque se encontró un pequeño porcentaje de inconsistencia en las variables relacionadas con la frecuencia de autolesión en diferentes periodos. Sin embargo, el problema de inconsistencia podría deberse al tipo de respuestas que se pide al participante y que implica la realización simultánea de dos diferentes actividades, recordar la cantidad de eventos y estimar los periodos en que ocurrieron, pues como señalan Streiner, Norman & Cairney (2015) los ítems con doble tarea generan más dificultades en sus respuestas.

Los análisis factoriales produjeron resultados teórica y estadísticamente valiosos, los tres factores resultantes no sólo explicaron altos porcentajes de varianza, también mostraron buena confiabilidad o consistencia interna. Lo importante a resaltar es que el AFC no sólo replicó la estructura del AFE, también mejoró la magnitud de las cargas factoriales. Resulta interesante hacer notar la asociación entre la frecuencia de autolesión y su efecto adictivo, por lo que no deja de llamar la atención que una parte importante de los participantes que reportaron dificultad para dejar de lastimarse, hayan tenido uno o más episodios de autolesión durante el último mes.

El primer factor proporciona información de la cantidad de lesiones en diferentes lapsos, permitiendo tener una estimación aproximada del desarrollo de la autolesión a lo largo del tiempo e incluso, como se comprobó con las entrevistas, se puede contextualizar y comprender más claramente los hechos desencadenantes y/o los efectos

que mantienen dicha conducta.

La dificultad para dejar de lastimarse, el segundo factor, es un aspecto importante en el desarrollo de la autolesión, precisamente la cronicidad con la que se hacen las heridas es lo que puede definir la gravedad del caso junto con la presencia de un mayor repertorio de formas de dañarse y el riesgo de ideación suicida (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012). Este aspecto junto con la frecuencia de autolesión proporciona datos importantes para la detección de casos con autolesión de mayor gravedad.

El tercer factor cuenta con ítems referentes al contagio social, la información que puede derivarse de este factor es de gran relevancia para efectos de detección temprana y prevención y debe hacerse notar que aquí se propone por primera vez, en nuestro contexto social, el estudio de la relación de esta variable no debe olvidarse que los medios de comunicación y la influencia de los pares pueden ser determinantes en el desarrollo de la autolesión (Purington & Whitlock, 2010).

En cuanto a la frecuencia de la autolesión se obtuvieron resultados similares a los hallados por Albores-Gallo et al. (2014) en cuanto al último mes, tres meses y el último año, sin embargo, hubo una gran diferencia en cuanto al porcentaje de participantes que reportó haberse lastimado al menos una vez (sin especificar un periodo), en este estudio se encontraron 29.4%, cerca del doble que en el estudio antes mencionado.

## **Conclusiones**

Los resultados descritos aportan evidencias preliminares de validez y confiabilidad del Cuestionario Riesgo de Autolesión, así como información objetiva y valiosa para la construcción de un nuevo instrumento, útil para evaluar la autolesión en cuanto a su frecuencia, su efecto adictivo y contagio social, en adolescentes de 11 a 15 años. La detección temprana de jóvenes con autolesión puede ser fundamental para proporcionarles el tratamiento adecuado, evitando así que los episodios de autolesión se vuelvan frecuentes generando cuadros clínicos con niveles psicopatológicos, además de

que se podría disminuir e idealmente eliminar la propagación de la autolesión.

### **Limitaciones y sugerencias**

Las limitaciones son las inherentes a los estudios preliminares, algunos aspectos evaluados tienen antecedentes teóricos pero pocos estudios empíricos con los cuales compararlos. Los resultados encontrados en la muestra no pueden generalizarse a la población de donde se extrajo aquella dado que la selección no fue aleatoria. Se requieren nuevas investigaciones incrementando el conocimiento mediante el empleo de nuevas y más variables o ítems, y entre otras cosas, replicando el presente estudio en muestras de otras poblaciones, por ejemplo, con un mayor rango de edad, considerando que la autolesión mantiene una prevalencia alta en adolescentes y adultos jóvenes (Vega et al., 2018), y con procedimientos metodológicos y estadísticos más estrictos.

Se sugiere la aplicación de entrevistas ya que enriquecen la información obtenida por medio de los cuestionarios, en el presente estudio sirvieron para comparar las respuestas obtenidas, detectar tendencias en las problemáticas y experiencias de diferentes casos, y además para detectar adolescentes con alto riesgo, quienes requirieron canalización inmediata a centros de atención psicológica (el análisis completo no se proporciona aquí dado que el propósito de este estudio fue el desarrollo de las propiedades psicométricas del instrumento y no el análisis cualitativo de los resultados del mismo).

## **ESTUDIO 2**

### **Desarrollo de modelos predictivos de conductas alimentarias de riesgo y autolesión**

#### **Método**

##### **Objetivo principal**

Analizar las relaciones directas e indirectas, así como la magnitud de varianza explicada ( $R^2$ ), peso factorial ( $\beta$ ) y dirección positiva/negativa que se establecen entre conducta alimentaria de riesgo y autolesión con las variables sexo, afecto negativo y desregulación emocional.

##### **Objetivos específicos**

- Determinar si el sexo de los participantes de la muestra se relaciona diferencialmente con: afecto negativo, desregulación emocional, autolesión, y conducta alimentaria de riesgo.
- Determinar si la presencia de autolesión se relaciona diferencialmente con las conductas alimentarias de riesgo: comer por atracón, comer emocional, comer restringido y comer normal.
- Determinar la magnitud y dirección de las relaciones entre sexo, afecto negativo, desregulación emocional, CAR y autolesión.
- Analizar el efecto predictivo de diferentes problemáticas (consumo de sustancias adictivas, abuso sexual, insatisfacción corporal, bullying y violencia familiar) en conductas alimentarias de riesgo y autolesión.
- Determinar si la desregulación emocional actúa como mediador entre afecto negativo y CAR y autolesión.

## **Preguntas de investigación**

¿Las variables afecto negativo, desregulación emocional, autolesión y conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, por atracción y emocional) establecen relaciones diferentes según el sexo de los participantes?

¿Las conductas alimentarias de riesgo establecen relaciones diferentes según la presencia de autolesión?

¿Qué relación se establece entre sexo, afecto negativo, desregulación emocional, autolesión y conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, por atracción y emocional)? ¿Qué variables predicen y con qué magnitud a las conductas alimentarias de riesgo y autolesión?

¿Qué problemáticas (consumo de sustancias adictivas, abuso sexual, insatisfacción corporal, bullying y violencia familiar) predicen y con qué magnitud a las conductas alimentarias de riesgo y autolesión?

¿Existe un efecto mediador de la desregulación entre afecto negativo y las conductas alimentarias de riesgo y autolesión?

## Identificación y definición de variables

<b>Tabla 7. Definición de variables</b>		
<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Conducta alimentaria de riesgo	Alteraciones de alimentación relacionadas con TCA, sin implicar la instauración de un trastorno específico. Entendida por tres formas principales: comer restringido, comer por atracón y comer emocional (Vogele & Gibson, 2010).	Las respuestas dadas a la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios EFRATA (Gómez-Peresmitré, 2001) adaptada por Platas Acevedo (EFRATA II) (Platas Acevedo & Gómez-Peresmitré, 2014) (Adaptado en la primera fase).
Autolesión	Acto intencional y auto infligido de daño corporal de baja letalidad (Walsh, 2006).	Las respuestas al Cuestionario de autolesión (CRA) (Desarrollado en el estudio 1; en prensa).
Desregulación emocional	Dificultad para cambiar un estado emocional, experiencia, expresión y acciones derivadas del mismo (Ray et al., 2006).	Las respuestas dadas a la Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Powers et al., 2015, adaptada por Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freyre (2017)
Afecto negativo	Dimensión general (independiente del afecto positivo) de angustia subjetiva que incluye todos los estados afectivos de alta excitación y con valencia negativa (Bradburn, 1969; Watson & Tellegen, 1985).	Las respuestas dadas a la Escala de afecto negativo (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988, adaptada por Moral, 2011).
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Las respuestas de los estudiantes definiéndose como hombre o mujer.

## **Hipótesis de trabajo**

H1. Los participantes que se autolesionan tendrán más conductas alimentarias de riesgo en comparación con el grupo que no se autolesiona.

H2. Las problemáticas (consumo de sustancias adictivas, abuso sexual, insatisfacción corporal, bullying y violencia familiar) tendrán un efecto predictivo en la autolesión.

H3. Las conductas alimentarias de riesgo (comer restringido, comer emocional y comer por atracón) se correlacionarán positiva y moderadamente con autolesión.

H4. El factor desregulación emocional tendrá un efecto mediador entre afecto negativo y los factores de autolesión y conducta alimentaria de riesgo.

H5. Entre las variables de estudio el afecto negativo explicará mayor varianza en autolesión y conducta alimentaria de riesgo en comparación con la desregulación emocional.

## **Muestra**

Se utilizó una muestra total (N=883) no probabilística (399 hombres y 484 mujeres), con una media de edad de 12.89 años (DE= .976; rango= 11-16), 160 del turno matutino y 723 del vespertino (522 de 1ro., 210 de 2do. y 151 de 3ro.) de tres escuelas secundarias. Los criterios de inclusión y de exclusión son los mismos descritos en la Fase 1.

## **Tipo de estudio**

Estudio de tipo transversal, de campo y correlacional con diseño factorial, multivariado de diferentes vías.

## Instrumentos

Tabla 8. Instrumentos	
Variable	Instrumento
<p>Conducta alimentaria de riesgo:</p> <p>-Comer restringido</p> <p>-Comer por atracón</p> <p>-Comer emocional</p>	<p>Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios EFRATA (Gómez-Peresmitré, 2001) adaptada por Platas Acevedo (EFRATA II) (Platas Acevedo &amp; Gómez-Peresmitré, 2013).</p> <p>La escala total se conforma por 4 factores tanto para hombres como para mujeres: comer por atracón (16 ítems), comer emocional (10 ítems), comer restringido (6 ítems) y comer normal (4 ítems). Se compone por 36 afirmaciones tipo Likert con 5 opciones de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre.</p> <p>La escala completa total explica 35.3% de la varianza con un alpha de Cronbach de .89.</p>
Desregulación emocional	<p>Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Powers et al., 2015), adaptada a población de niños y adolescentes mexicanos por Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán &amp; Freyre (2017)</p> <p>Se trata de un instrumento de autoinforme que consta de 12 ítems para medir desregulación emocional. Cada ítem representa una conducta que indica desregulación, el informante evalúa en qué medida el enunciado lo describe y elige una respuesta de cinco posibles opciones (0, muy poco o nada, a 4, mucho); a mayor puntuación, mayor desregulación. La escala ha mostrado una confiabilidad alfa de Cronbach de .88 a .92.</p>
Afecto negativo	<p>La subescala de afecto negativo de la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Watson et al., 1988, adaptada por Moral, 2011). Los ítems poseen un formato tipo Likert con un rango de 4 puntos, variando de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). En este estudio se ajustaron puntuaciones de 1 a 5 (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente, y siempre).</p> <p>Las estimaciones de la consistencia interna varían de 0.84 a 0.87 para afecto negativo (Watson et al., 1988). A mayor puntuación, mayor afecto negativo.</p>
Autolesión	<p>Cuestionario de Autolesión (CRA) (Solis &amp; Gómez-Peresmitré, 2020). Consta de 12 reactivos dicotómicos y politómicos. Cuenta con tres dimensiones: frecuencia de autolesión, efecto adictivo de la autolesión y contagio social. Demostró consistencia</p>



	interna adecuada (alpha y omega = .94).
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Se incluyeron 31 preguntas sobre diversos aspectos: edad, sexo, ocupación de los padres, experiencia sexual, consumo de sustancias (tabaco, alcohol, marihuana), convivencia familiar, imagen corporal, convivencia escolar, entre otras.
PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS A LA AUTOLESIÓN.	Se incluyeron reactivos sobre consumo de sustancias adictivas, abuso sexual, insatisfacción corporal, bullying y violencia familiar.

### **Análisis Estadísticos.**

Se analizó la normalidad de la distribución de las variables (Kolgomorov Smirnof). Para estudiar la mediacionalidad de las variables se recurrió al modelo de Baron y Kenny (1986). Se utilizó la Correlación Producto Momento de Pearson para efectos de análisis convergente y divergente. Se aplicaron análisis multivariados como el ANOVA para el análisis de las relaciones entre las variables. Regresión logística y múltiple, así como Análisis discriminante para obtener la capacidad predictiva y clasificatoria de las variables. Para efecto de los análisis señalados se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 20. Para establecer el tamaño del efecto se utilizarán, los coeficientes (d y r) siguiendo los parámetros establecidos por Cohen (1988) y Kline (2005).

### **Resultados**

Datos generales de la muestra. A continuación, se describe la muestra de estudio en relación con sus características demográficas. En la tabla 9 se muestra la distribución de la variable edad y sexo de la muestra, puede observarse que casi la totalidad de la muestra (93.7%) quedó formada por adolescentes de 12 a 14 años, con respecto al sexo los hombres tuvieron M=12.96 años (DE=1.02), y las mujeres M=12.82 años (DE=.93).

**Tabla 9**  
**Edad de los participantes hombres y mujeres**

Edad	Hombres M=12.96 (DE= 1.02)		Mujeres M=12.82 (DE= .93)		Total M=12.89 (DE=.97)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
11	1	.3	1	.2	2	.22
12	170	42.6	229	47.3	399	45.18
13	109	27.3	133	27.5	242	27.40
14	84	21.1	103	21.3	187	21.17
15	31	7.8	13	2.7	44	4.98
16	4	1	5	1	9	1.01
Total	399	100	484	100	883	100%

En la tabla 10 se observa el grado académico y turno escolar de la muestra, siendo una muestra mayoritariamente de estudiantes del turno de la tarde (81.8%), y de primer grado (60%).

**Tabla 10**  
**Turno escolar y grado académico**

Grado Turno	Mañana		Tarde		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1°	160	18.1	362	40.9	522	59
2°	-	-	210	23.8	210	23.8
3°	-	-	151	17.1	151	17.1
Total	160	18.1	723	81.8	883	100

En la tabla 11 se muestra la escolaridad del padre y la madre, aproximadamente una cuarta parte de la muestra no sabe o no respondió sobre la escolaridad de sus padres. El porcentaje más alto es el de padres con secundaria y preparatoria (55.37), le sigue los de licenciatura y doctorado (9.33), esto es interesante porque algunos de los resultados pueden entenderse y explicarse mejor conociendo que los alumnos son hijos de padres

con niveles educativos bastante aceptables.

**Tabla 11**  
**Escolaridad de padre y madre**

Nivel de estudios	Padre		Madre		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin estudios	2	.2	2	.2	4	.22
Primaria	46	5.2	61	6.9	107	6.05
Secundaria	263	29.8	262	29.6	525	29.72
Preparatoria	210	23.7	243	27.5	453	25.65
Licenciatura	56	6.4	60	6.8	116	6.56
Maestría y Doctorado	14	1.6	35	4	49	2.77
No sabe	270	30.6	203	23	473	26.78
Sin responder	22	2.5	17	1.9	39	2.20
Total	883	100	883	100	1766	100

Muestra objetivo: participantes con autolesión

De la muestra total (N=883) se obtuvo una muestra específica (n = 239), 27.06% de la muestra total, se calculó la puntuación total de las conductas de autolesión y se seleccionó a aquellos participantes con puntuación por arriba de la media total, excluyendo así las puntuaciones menores: quienes no se han lesionado y quienes lo hicieron, pero no recientemente. La muestra específica de autolesión (n=239) quedó formada por 74 hombres y 165 mujeres, con M=12.8 años, (DE= .912), la distribución por grado académico fue de 65.69% de 1er. Grado, 21.75% de 2do. Grado, y 12.55% de 3ro.

## Diferencias por sexo

Para determinar si existen diferencias en las variables de estudio según el sexo de los participantes, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión y se aplicó una *t* de Student.

Tabla 12. Resultados de la prueba *t* de los factores de riesgo por sexo n=239

Factores	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
CAR	59.21	18.66	56.93	18.53	.879	.96
Comer emocional	18.16	8.61	17.21	8.24	.807	.39
Comer por atracón	30.56	10.77	27.53	9.76	2.146	.55
Comer restringido	10.48	3.94	12.17	4.88	-2.616	.04
Comer normal	13.45	3.09	13.80	3.08	-.788	.93
Autolesión (total)	24.75	5.09	26.43	6.21	-2.038	.01
Frecuencia de autolesión	10.51	3.15	10.56	3.50	-.118	.22
Efecto adictivo	10.24	3.28	11.42	3.74	-2.339	.07
Desregulación emocional	32.94	12.31	39.67	12.83	-3.793	.27
Afecto negativo	21.77	8.41	23.98	7.98	-1.946	.83

Como se puede observar en la tabla 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, en la variable comer restringido: más mujeres que hombres restringen su dieta ( $X_{MUJ} = 12.17 > X_{HOM} = 10.48$ ,  $p .04$ ); asimismo, con respecto a la puntuación total de Autolesión se encontró que las mujeres más que los hombres tienen mayor riesgo de autolesión ( $X_{MUJ} = 26.43 > X_{HOM} = 24.75$ ,  $p .01$ ). También se encontró una diferencia marginal en el efecto adictivo de las autolesiones: las mujeres tienden a mostrar mayor dificultad para dejar de lastimarse que los hombres ( $X_{MUJ} = 11.42 > X_{HOM} = 10.24$ ,  $p .07$ ).

## Diferencias en Conducta alimentaria de acuerdo con la presencia de autolesión

Para determinar si existen diferencias en Conducta alimentaria según la presencia de autolesión, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión y se aplicó una *t* de Student, entre el grupo con autolesión (n=542) y el grupo sin autolesión (n=341).

Tabla 13. Resultados de la prueba *t* de Conducta alimentaria entre los grupos con y sin autolesión.

Factores	Sin autolesión		Con autolesión		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
Comer emocional	14.36	5.33	17.10	7.77	6.198	.001
Comer por atracón	25.21	8.03	27.97	9.67	4.585	.001
Comer restringido	8.47	2.63	10.83	4.37	10.01	.001
Comer normal	14.38	3.35	13.66	2.97	3.242	.007

Como se puede observar en la tabla 13 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los factores de Conducta alimentaria; en cada una de las conductas alimentarias de riesgo el grupo que se autolesiona tuvo una puntuación mayor que el grupo que no se autolesiona; come más por compensación psicológica ( $X_{\text{Autolesión}} = 17.10 > X_{\text{Sin autolesión}} = 14.36, p .001$ ); es el que tiene más conductas de atracón ( $X_{\text{Autolesión}} = 27.97 > X_{\text{Sin autolesión}} = 25.21, p .001$ ); y también restringen más su alimentación ( $X_{\text{Autolesión}} = 10.83 > X_{\text{Sin autolesión}} = 8.47, p .001$ ). Solamente en relación con el factor de Comer normal el grupo sin autolesión tuvo una puntuación mayor, es decir, quienes no se autolesionan tiene una conducta alimentaria más saludable ( $X_{\text{Sin Autolesión}} = 14.38 > X_{\text{autolesión}} = 13.66, p .007$ ).

### Regresión logística

Se realizó una regresión logística binaria con la información sociodemográfica con

el fin de identificar variables predictoras de las conductas de autolesión, en las tablas 14 y 15 se muestran los resultados del modelo que explica un 25% de varianza ( $R^2$  de Nagelkerke = .252), se puede observar que de las 14 variables consideradas fueron cinco las que resultaron predictoras significativas de autolesión. El riesgo de autolesión se asoció con la edad ( $p = .001$ , OR =.51, IC 95% = .34-.77), con el consumo de alcohol ( $p = .03$ , OR =1.57, IC 95% = 1.03-2.39), con la figura corporal ( $p = .051$ , OR =.75, IC 95% = .56-1.001), en la relación con los compañeros ( $p = .02$ , OR =1.51, IC 95% = 1.06-2.14), con el acoso escolar o bullying ( $p = .034$ , OR =1.61, IC 95% = 1.03-2.50).

Tabla 14. Resumen del modelo

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	260.970 <sup>a</sup>	.183	.252

Tabla 15. Regresión logística binaria para Riesgo de autolesión según factores de riesgo

Variable	B	EE	Wald	OR	95% IC para OR	
					Inferior	Superior
Sexo	.42	.34	1.58	1.53	.78	2.99
Edad	-.65	.20	10.43***	.51	.34	.77
Experiencia sexual	-1.09	.99	1.22	.33	.04	2.3
Experiencia sexual no consensuada	1.34	.81	2.76	3.84	.78	18.84
Tabaco	-.17	.22	.57	.84	.53	1.31
Frecuencia tabaco	.51	.29	3.07	1.67	.94	2.98
Alcohol	.45	.21	4.406*	1.57	1.03	2.39
Cantidad de alcohol	.01	.20	.002	1.01	.67	1.51
Marihuana	-.07	.30	.059	.92	.51	1.67
Figura corporal	-.28	.14	3.817*	.75	.56	1.001
Relación familiar	-.19	.15	1.540	.82	.60	1.11
Ambiente familiar	-.003	.29	.00	.99	.56	1.77
Relación con	.41	.17	5.40*	1.51	1.06	2.14

compañeros							
Ambiente escolar	-.24	.27	.77	.78	.45	1.34	
Bullying	.47	.22	4.51*	1.61	1.03	2.509	

Nota. EE. = Error estándar; OR = Odd Ratio. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

#### Correlación de Pearson

Con la finalidad de conocer la magnitud y dirección de las relaciones que se establecieron entre las variables de estudio se aplicó la correlación de Pearson, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 16. Coeficientes de correlación entre las variables de estudio (n=239).

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Comer emocional		.740**	.130*	-.174*	.312**	.435**	.052	.157*
2 Comer Por atracón			.145*	-.286*	-.302**	.397**	.101	.188*
3 Comer Restringido				.058	.272**	.350**	.223**	.409**
4 Comer normal					-.030	-.050	.035	-.060
5 Desregulación						.510**	.202**	.486**
6 A. negativo							.195**	.415**
7 Frecuencia autolesiones								.450**
8 Efecto adictivo								

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Se observa que la magnitud de los coeficientes de correlación entre las variables es baja en su mayoría y media. La correlación más alta se encontró entre el factor de comer emocional y comer por atracón (.740), seguida por la de afecto negativo con desregulación emocional (.510). Fue el efecto adictivo de las autolesiones el factor que mantuvo los índices de correlación más altos y con más variables.

## Regresión lineal múltiple

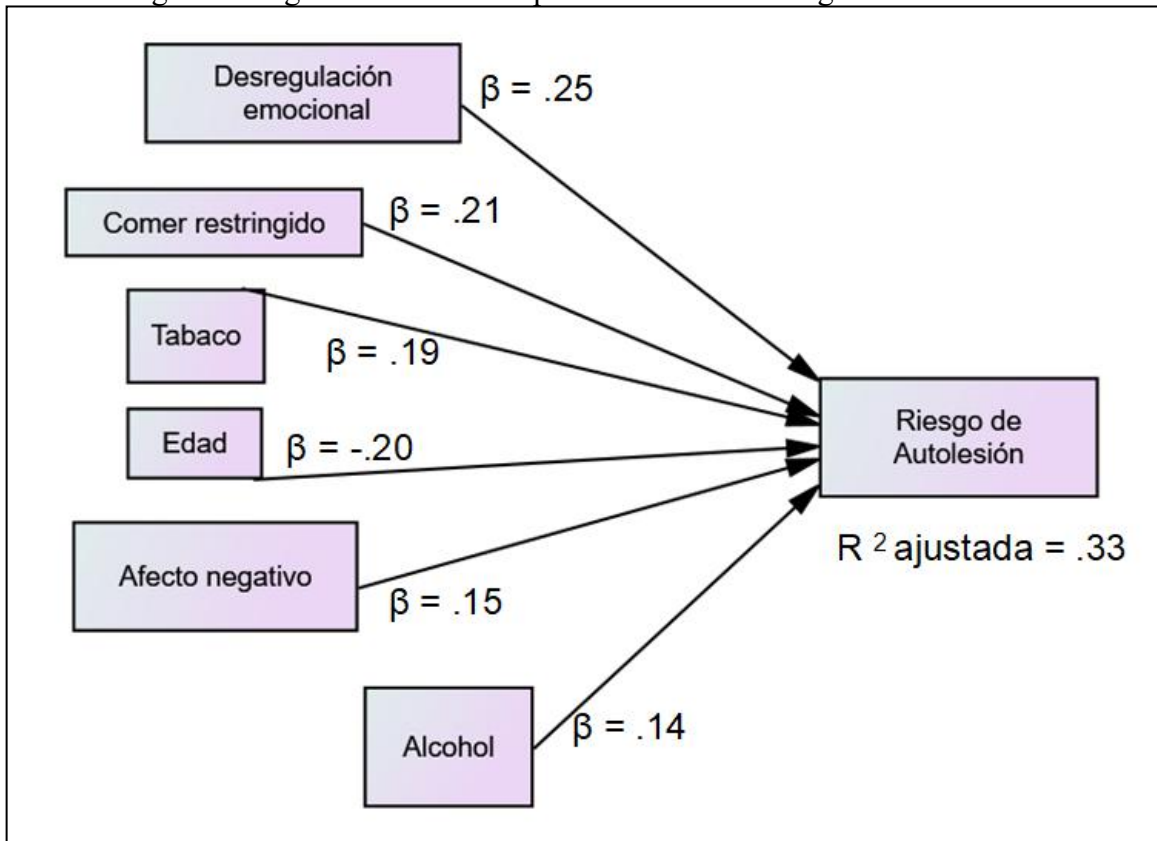
Con el propósito de investigar cuales factores se relacionan con mayor magnitud y explican mayor varianza en la variable Riesgo de autolesión se procedió a la aplicación de un análisis de Regresión Lineal Múltiple (RLM) utilizando el método por pasos (Stepwise). Puede observarse en la tabla 17 y figura 5 los seis factores que resultaron significativos: desregulación emocional ( $\beta = .25$ ,  $p = .000$ ), comer restringido ( $\beta = .21$ ,  $p = .00$ ), tabaco ( $\beta = .19$ ,  $p = .002$ ), edad ( $\beta = -.20$ ,  $p = .00$ ), afecto negativo ( $\beta = .15$ ,  $p = .018$ ) y alcohol ( $\beta = .14$ ,  $p = .022$ ). La varianza explicada en la variable dependiente (Riesgo de autolesión) por los factores de riesgo estadísticamente significativos fue del 33% ( $R^2$  ajustada = 0.332).

Tabla 17. Regresión lineal múltiple de la variable Riesgo de autolesión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
6 (Constante)	28.944	4.591		6.305	.000
Desregulación emocional	.118	.028	.259	4.177	.000
Comer restringido	.267	.073	.210	3.662	.000
Tabaco	1.229	.390	.191	3.154	.002
Edad	-1.310	.356	-.201	-3.676	.000
Afecto negativo	.111	.047	.153	2.381	.018
Alcohol	.882	.382	.140	2.311	.022



Figura 5. Regresión lineal múltiple de la variable Riesgo de Autolesión.



Del mismo modo que con el Riesgo de autolesión se aplicó un análisis de Regresión Lineal Múltiple (RLM) con el método por pasos (stepwise) con los diferentes factores de conducta alimentaria de riesgo (comer por atracón, comer emocional y comer restringido). En la tabla 18 pueden observarse las variables que resultaron predictoras significativas de Comer por atracón: Comer emocional ( $\beta = .69$ ,  $p = .001$ ), sexo ( $\beta = -.12$ ,  $p = .004$ ) y desregulación emocional ( $\beta = .11$ ,  $p = .014$ ). La varianza explicada fue de 56% ( $R^2$  ajustada = 0.564)

Tabla 18. Regresión lineal múltiple del factor Comer por atracón

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta			
3 Constante	15.018	2.016			7.448	.001
Comer emocional	.848	.055	.697		15.330	.001
Sexo	-2.837	.977	-.129		-2.905	.004
Desregulación emocional	.091	.037	.116		2.481	.014

En la tabla 19 se exponen las variables que resultaron predictoras significativas de Comer emocional: Comer por atracón ( $\beta = .67$ ,  $p = .001$ ) y afecto negativo ( $\beta = .16$ ,  $p = .001$ ). La varianza explicada a partir de las dos variables estadísticamente significativas fue de 56% ( $R^2$  ajustada = 0.568).

Tabla 19. Regresión lineal múltiple del factor Comer emocional

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta			
Constante	-2.262	1.256			-1.801	.073
Comer por atracón	.554	.038	.674		14.519	.001
Afecto negativo	.171	.047	.168		3.609	.001

En la tabla 20 se muestran las variables que resultaron predictoras significativas de Comer restringido: Efecto adictivo de la autolesión ( $\beta = .29$ ,  $p = .001$ ), figura corporal ( $\beta = -.27$ ,  $p = .001$ ) y afecto negativo ( $\beta = .15$ ,  $p = .016$ ). La varianza explicada fue de 26% ( $R^2$  ajustada = 0.269)

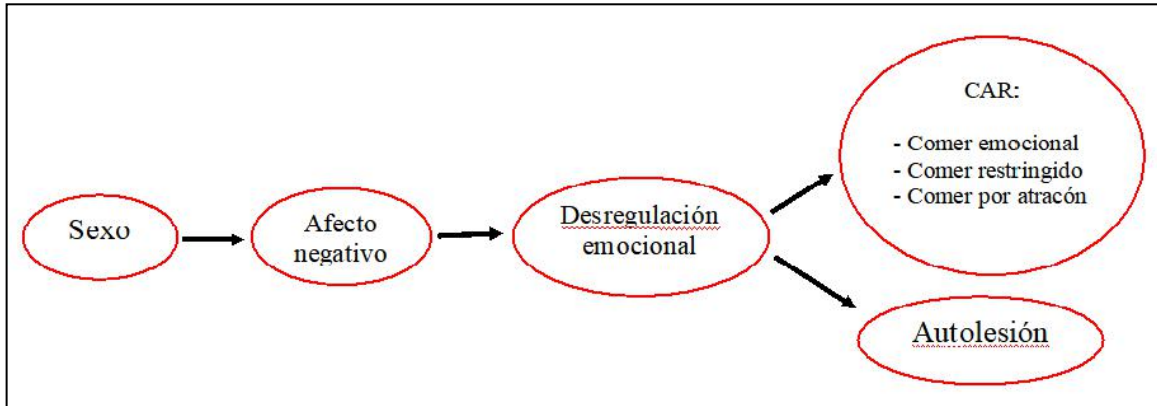
Tabla 20. Regresión lineal múltiple del factor Comer restringido

Modelo	Coeficientes		Coeficientes		t	Sig.
	no estandarizados		estandarizados			
	B	Std. Error	Beta			
3Constante	9.188	1.398			6.574	.001
Efecto adictivo de autolesiones	.381	.078	.297		4.860	.001
Figura corporal	-1.130	.235	-.278		-4.812	.001
Afecto negativo	.086	.036	.151		2.415	.016

### Modelos estructurales

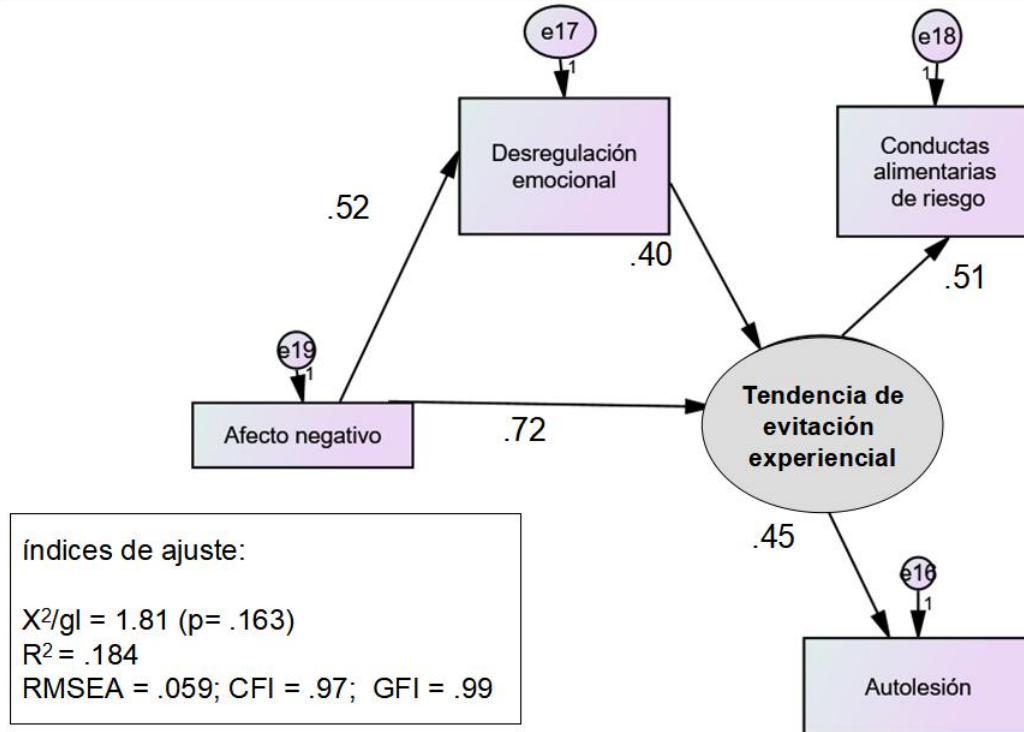
Se realizaron diferentes modelos de análisis de senderos considerando el modelo preliminar del proyecto (Figura 3), así como diferentes estructuras acordes con los análisis previos de correlaciones y regresiones (tablas 12 a 15), en las que la desregulación emocional fue una variable predictora de autolesión y comer restringido, mientras que el afecto negativo lo fue de autolesión, de comer por atracón y de comer emocional. Tras diferentes pruebas se obtuvieron dos modelos con índices de ajuste aceptables, uno para predecir conductas alimentarias de riesgo y autolesión basado en el Modelo de evitación de la Experiencia (Chapman, Gratz, & Brown, 2006), y otro para predecir el efecto adictivo de la autolesión.

**Figura 3. Modelo preliminar predictivo de conducta alimentaria de riesgo y autolesión**



En el modelo de la Figura 6 prevalece del modelo preliminar (figura 3) la dirección e influencia de los factores de afecto negativo y desregulación emocional sobre las conductas alimentarias de riesgo y autolesión, con una única diferencia que es la intervención mediadora de un factor denominado Tendencia de evitación experiencial, una variable latente que se hipotetizó derivada del Modelo de Evitación de la experiencia (Experiential avoidance model: EAM) (Chapman, Gratz, & Brown, 2006), en el que se explica que algunas personas tienen la tendencia a realizar conductas con las que se hacen daño para reducir o evitar la experiencia de emociones negativas, dichas conductas (en el presente trabajo las CAR y autolesión) a pesar de generar consecuencias negativas en la salud ayudan a que las personas evadan pensamientos, recuerdos, sensaciones físicas u otras experiencias adversas. Forma parte de futuras investigaciones especificar, cuáles variables - con qué magnitud y dirección - componen, el factor que aquí se ha denominado tendencia de evitación experiencial. Es esperable que la solución de este problema eleve satisfactoriamente la varianza explicada.

Figura 6. Modelo predictivo de CAR y autolesión basado en el Modelo de evitación de la experiencia (Chapman, Gratz, & Brown, 2006).



Como se puede observar en la figura 6, los índices de ajuste son aceptables, aun cuando el coeficiente de determinación tuvo una magnitud baja  $R^2 = .184$  (Cohen, 1986), se encontró un efecto mediador de la Desregulación emocional entre el afecto negativo y las Tendencia de evitación experiencial, y éstas influyen directamente en conductas alimentarias de riesgo y en autolesión.

Para comprobar el efecto mediador de la variable de desregulación emocional entre el afecto negativo y la tendencia de evitación experiencial se realizó una correlación parcial, al controlar el efecto de la desregulación emocional la relación entre los dos factores fue de .42 con un nivel de significancia de .001, es decir, la inclusión de la desregulación emocional aporta un efecto distinto en la relación de los otros dos factores, incrementado la magnitud de la relación entre afecto negativo y la tendencia de evitación experiencial.

El segundo modelo propuesto se muestra en la Figura 7 el cual predice el efecto adictivo de la autolesión,  $X^2/gf = 2.45$  ( $p = .016$ ), con coeficiente de determinación  $R^2 = .13$ ; RMSEA= .078; CFI = .916; GFI = .981; IFI = .921; AGFI = .942. A pesar de que la mayoría de los índices de ajuste son adecuados, la varianza explicada es muy baja (Cohen, 1986), y el valor de RMSEA supera el punto de corte de un ajuste adecuado (Hu & Bentler, 1999), aunque para algunos autores el valor obtenido indicaría un ajuste razonable (Browne & Cudeck, 1993; Chen, Curran, Bollen, Kirby & Paxton, 2008; Hayduk & Glaser, 2000; Steiger, 2000). Sin embargo este modelo muestra relaciones potencialmente importantes para entender el efecto de autolesión en relación con conductas alimentarias de riesgo, se requiere mayor investigación para encontrar más y nuevas variables que expliquen más varianza, como podrían ser entre éstas la depresión e impulsividad, variables que en estudios previos han mostrado un alto potencial explicativo (Marín, 2013).

En este modelo se puede observar una relación directa del afecto negativo con la insatisfacción corporal, la que a su vez se relaciona con el comer restringido, con la cual posee amplio sustento empírico otorgado por autores tales como Cash & Smolak (2011), Gagnon-Girouard et al., (2010) y Tiggemann (2011) entre otros. Aunque el afecto negativo en este modelo sólo se relaciona de forma indirecta con el comer restringido, hay diversos estudios sobre cómo se involucra en los trastornos alimentarios (e.g. Stice, 2001), y por otro lado, guarda una relación directa teóricamente con la desregulación emocional, y tiene un tercer enlace con la frecuencia de las autolesiones, dado que los adolescentes suelen lastimarse como respuesta a un intento de mitigar las emociones negativas.

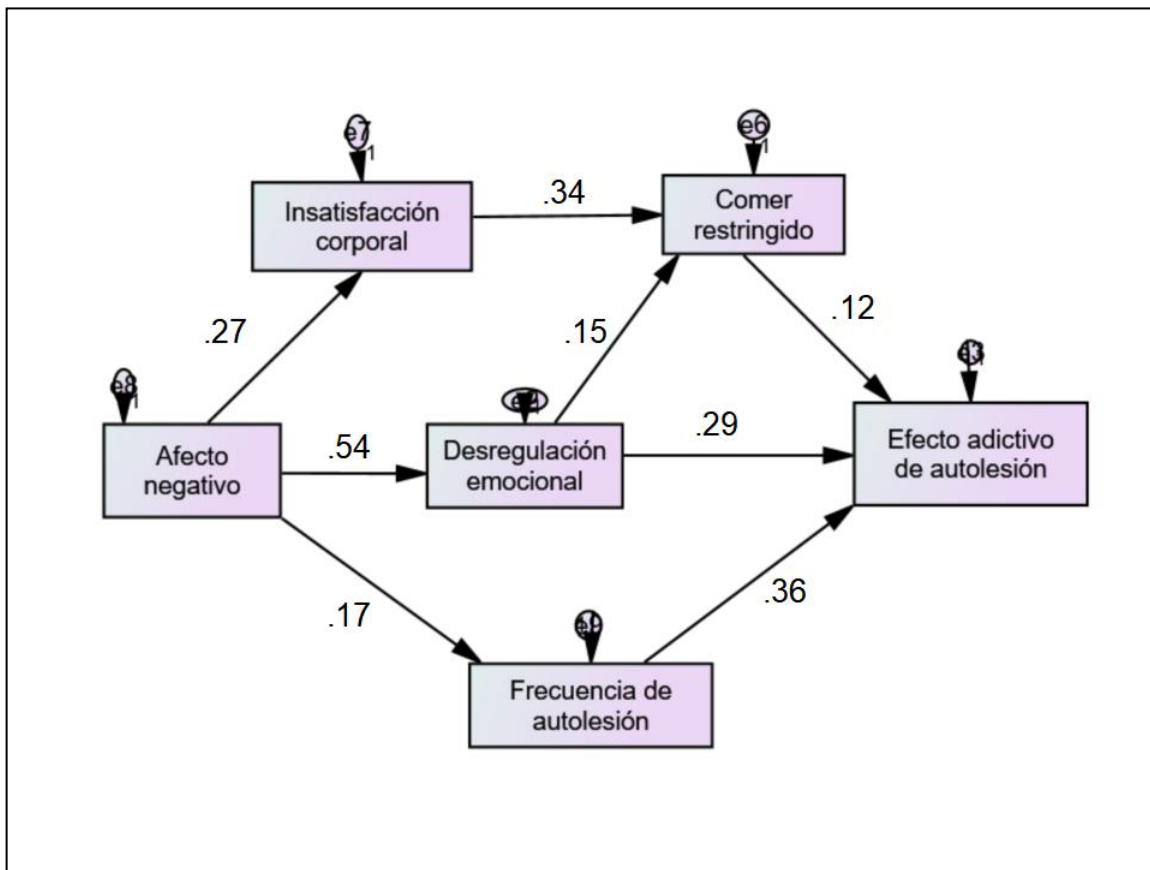
En cuanto a la desregulación emocional, Rodríguez y cols. (2017) señalan que participa activamente en el mantenimiento de sintomatología alimentaria (en este caso el comer restringido), generando dificultades para manejar y expresar las emociones, dando como resultado la aparición de comportamientos como la autolesión para tratar de

mitigarlas, justo como lo refirió Gratz (2007), las personas llegan a lastimarse al no haber mitigado o reducido malestares emocionales.

Por último, la relación entre comer restringido y autolesiones no es la primera vez que se reporta (Wang et al., 2018), incluso se ha reportado que la restricción de alimentos es uno de los predictores de la autolesión en mujeres. Una explicación de esta asociación puede fundarse en uno de los trabajos sobre suicidio de Joiner (2005), quien plantea que una forma de lastimarse facilita indirectamente las condiciones necesarias para lastimarse de otras formas por medio de la habituación al dolor, señalando que el comer restrictivo es un comportamiento constante y doloroso que puede asociarse a la capacidad de hacerse daño, como con las autolesiones e incluso con el suicidio. Además, dicha asociación también se obtuvo en los análisis previos de regresión (Tabla 17. y Figura 5).

Modelo predictivo del Efecto adictivo de autolesión			
$X^2/df = 2.45 (p = .016)$	RMSEA = .078	GFI = .981	NFI = .874
$R^2 = .13$	CFI = .916	IFI = .921	AGFI = .942

Figura 7. Modelo predictivo del Efecto adictivo de autolesión





## Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones entre las variables: sexo, afecto negativo, desregulación emocional, conductas alimentarias de riesgo (CAR) y autolesión, para posteriormente desarrollar un modelo predictivo. Se realizaron correlaciones de Pearson, análisis de regresión logística y regresión lineal múltiple, y finalmente se desarrollaron dos modelos de ecuaciones estructurales.

Las diferencias por sexo encontradas en comer restringido son consistentes con lo reportado en la literatura sobre trastornos alimentarios, siendo las mujeres quienes incurren más en esta conducta (Figuroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villareal-Caballero & Unikel-Santoncini, 2010; Toro, 1996; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora, 2006). Asimismo, se observaron diferencias por sexo en la variable autolesiones, algunos estudios señalan una mayor prevalencia y gravedad en las mujeres (González, Medina & Ortiz, 2016), aunque también hay estudios que no reportan diferencias (Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002). Debe señalarse que los resultados de este estudio no establecen una clara diferencia, dado que la puntuación total de riesgo de autolesión sí fue significativamente mayor en mujeres, pero no así en las subescalas, en las que sólo se obtuvo una diferencia marginal en cuanto al efecto adictivo de las autolesiones.

Se confirmó la hipótesis (H1) que planteaba que los participantes que se autolesionaran tendrían más conductas alimentarias de riesgo. Las diferencias en CAR según la presencia de autolesiones fueron significativas en cada subescala, coincidiendo con estudios que indican que suelen asociarse psicopatologías alimentarias y conductas autolesivas (Santos, 2011; Varela-Besteiro et al., 2017). Como era de esperarse, de acuerdo con esta hipótesis y con la teoría, fue la subescala de comer normal la que obtuvo una media más alta en su relación con los participantes que no se autolesionaban comparada con la de los que se autolesionaban, específicamente hablando los adolescentes que no se lesionan tienen conductas alimentarias más saludables. Puede observarse que este resultado se ve confirmado por la posición en el modelo de la figura 6,

en donde es clara y directa la relación de conductas autodestructivas y CAR. La presencia de autolesión de acuerdo con este resultado sería un factor de riesgo para la gestación de CAR, sin embargo, se requiere más investigación que permita establecer relaciones de causalidad, esto es, entre otras cosas determinar cuál conducta precede a la otra.

Se confirmó la hipótesis (H2) con respecto al efecto predictivo de diferentes problemáticas sobre la autolesión, excepto en el caso del abuso sexual, la regresión logística mostró que las variables, edad, consumo de alcohol, insatisfacción corporal, relación con compañeros y acoso escolar (bullying) son predictivas de riesgo de autolesión: la variable edad se relacionó significativamente con autolesión, tener menor edad implica casi un cincuenta por ciento más de posibilidad de realizar autolesiones, lo que concuerda con lo reportado por Albores-Gallo et al., (2014), quienes señalan que la edad promedio de inicio de autolesión en adolescentes a nivel secundaria, aparece a los 11.9 años, más menos 1.3 años.

Por otro lado, la figura corporal resultó tener un efecto predictor de las autolesiones, de forma consistente con lo reportado por algunos autores (Orbach, 1996; Walsh, 2006), quienes señalan la insatisfacción corporal como un facilitador de las conductas autolesivas, y en una línea similar lo reportado en un estudio por Muehlenkamp & Brausch (2012), en el que la imagen corporal tuvo un efecto mediador entre el afecto negativo y las autolesiones.

El consumo de alcohol también resultó ser un predictor significativo, relación que ya ha sido analizada previamente, aunque con relativamente poca evidencia empírica (Ogle & Clements, 2008), de acuerdo con Brausch & Boone (2015) quienes se autolesionan tienden a incurrir en más conductas no adaptativas, como el abuso de sustancias. Por su parte, Breet, Bantjes & Lewis (2018) analizaron pacientes de un hospital con autolesiones, de los cuales una quinta parte reportó haber consumido sustancias al momento de lastimarse a sí mismos, en estos pacientes se reportó un menor nivel de consciencia al ingresar al hospital y un mayor tiempo dentro del mismo en comparación con otros pacientes de autolesión, dichos autores sugieren investigar en qué contexto el consumo de

sustancias tienen un efecto en las conductas autolesivas.

El acoso escolar (*bullying*) y relación con los compañeros resultaron ser predictoras significativas de la autolesión, según Karanikola, Lyberg, Holm & Severinsson (2018) ambas problemáticas están relacionadas y son mediadas por sintomatología depresiva. La relación entre autolesiones con bullying no se ha indagado de forma extensiva como con otras variables, sin embargo, esto podría deberse a la selección de muestras clínicas o de participantes de mayor edad, y no de selección comunitaria o de adolescentes como en este estudio.

El único aspecto de la regresión logística de este estudio que resulta contrastante con la literatura es que el abuso sexual no fue una variable predictora de autolesión, aun cuando hay estudios que señalan una asociación importante entre ambos aspectos (Claes & Muehlenkamp, 2014; Muehlenkamp et al., 2011; Rodríguez, Rodríguez, Gempeler & Garzón, 2013). No hallar dicha asociación en este estudio podría deberse a que se utilizó una muestra comunitaria y/o a que el abuso pudo haberse detectado en menos casos de los que hay realmente, al ser esta una variable sensible a la deseabilidad social.

Resulta interesante subrayar la importante relación, por su magnitud, entre comer emocional y comer por atracón y la no menos interesante entre afecto negativo y desregulación emocional, en tanto, las últimas son teóricamente lógicas ya que el afecto negativo es una dimensión general de emociones de valencia negativa y la desregulación el proceso por el cual se intentan regular (Gross, 1998). Estas relaciones también son empíricamente esperables, tomando en cuenta que los conceptos del comer emocional y por atracón no están claramente diferenciados y por lo tanto no parecen ser excluyentes, por ejemplo, se llega a definir comer emocional como realizar atracones al experimentar emociones negativas (Spoor, Bekker, Van Strien & Heck, 2007). Sin embargo, las variables incluidas y la varianza explicada fueron distintas en ambas conductas, por lo que se recomienda la realización de estudios posteriores dedicados a analizar la relación de estas variables con mayor detalle.

Se confirmó parcialmente la hipótesis (H3) que señalaba que las CAR se relacionarían positiva y moderadamente con autolesión; la frecuencia de autolesiones tuvo una correlación significativa baja sólo con comer restringido, mientras que la variable efecto adictivo de autolesión se correlacionó positiva y significativamente con cada CAR, pero sólo alcanzó una magnitud moderada con comer restringido, esta relación entre autolesión y comer restringido ya ha sido reportada en los resultados obtenidos por Ernhout, Babington y Childs (2015) y por Wang et al (2018), aunque existen otras investigaciones, como la de Vieira et al., (2017), en la que se reporta una tendencia de autolesiones sobre todo en los trastornos alimentarios en que hay atracón y purgas.

En la regresión de comer restringido, el efecto adictivo de las autolesiones tuvo un mayor efecto predictor que la imagen corporal y a su vez que el afecto negativo, un resultado interesante dada la fuerte asociación tan ampliamente reportada en la literatura entre restricción de alimentos e insatisfacción corporal (Cash & Smolak, 2011; Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villareal-Caballero & Unikel-Santoncini, 2010; Gómez-Peresmitré, 2014; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora, 2006) de acuerdo con ésta se hubiera podido esperar que la imagen corporal hubiera sido la variable que explicara mayor varianza, aunque cabe mencionar, que dicha variable se analizó por medio de un solo reactivo, en futuras investigaciones se recomienda hacer una evaluación más completa de la misma por medio un instrumento válido y confiable desarrollado para ello. Independientemente de la influencia de la imagen corporal, una asociación de magnitud fuerte entre comer restringido y el efecto adictivo de las autolesiones es un hallazgo que cobra sentido, asumiendo que la realización de las lesiones es constante y eso proporciona indirectamente las condiciones para tolerar el dolor, instaurándose así un régimen de restricción de alimentos, que suele ser doloroso y continuo (Joiner, 2005; Wang et al., 2018).

En cuanto a la regresión lineal múltiple del riesgo de autolesión, se encontró que, de manera consistente con la literatura, fue la desregulación emocional la que explicó mayor

varianza (Klonsky, 2009), lo cual es estadística y teóricamente lógico. Entre las variables predictoras quedó el factor de comer restringido y el consumo de tabaco y alcohol, lo cual es congruente de acuerdo con el modelo planteado por Pattison y Kahan (1983), en el que se consideran estas conductas relacionadas con la autolesión como comportamientos autodestructivos, conductas que directa o indirectamente implican hacerse daño a uno mismo.

En cuanto al papel ejercido por la desregulación emocional, existe abundante literatura al respecto que la señala como un mecanismo primario en diversas psicopatologías (Neacsiu, Smith & Fang, 2017), como indican Rodríguez et al., (2017), en los pacientes de TCA la desregulación emocional facilita y perpetúa la patología alimentaria. Así pues, se confirmó la hipótesis (H4) que señalaba que se encontraría un efecto mediador de la desregulación emocional, esto se comprobó tanto en el modelo como con la realización de correlaciones parciales.

Tal como se hipotetizó (H5) el factor afecto negativo fue el que más varianza explicó entre las variables, este factor obtuvo el peso factorial más alto e influye directa e indirectamente a través del factor de desregulación emocional en la tendencia de evitación experiencial, que influye directamente en autolesión aunque como se observa, en la figura 6, la autolesión recibe la influencia conjunta e indirecta de afecto negativo y desregulación emocional a través de la tendencia de evitación experiencial. Este mismo patrón de relaciones se establece entre la tendencia de evitación experiencial (como influencia conjunta afecto negativo/desregulación emocional) y conductas alimentarias de riesgo, estas últimas relaciones son teórica y empíricamente congruentes.

A partir del modelo propuesto se señala la importancia que tiene el afrontamiento o regulación de las emociones, dado que es imposible evitar o desaparecer la experiencia de emociones negativas ocasional por los múltiples factores involucrados, sin embargo, el manejo inadecuado que se realiza de dichas emociones (desregulación emocional) media la relación con la tendencia de evitación experiencial, por lo cual podría deducirse de ello factores de protección importantes como el desarrollo de estrategias de regulación

emocional o inteligencia emocional, aspectos relevantes en la prevención tanto de conductas alimentarias de riesgo como de autolesión. Por otro lado el modelo muestra un mecanismo de respuesta ante las emociones similar entre autolesiones y las CAR (Chapman, Gratz, & Brown, 2006), podría deducirse de este resultado que por ejemplo la restricción de alimentos se llega a emplear para evitar alguna experiencia o emociones negativas, de modo independiente de un deseo de adelgazar u otras causas.

El segundo modelo que se propone en esta investigación se enfoca en la predicción del efecto adictivo de autolesión (figura 7), en dicho modelo se cumple misma característica del modelo principal (figura 6) dado que vuelve a ser el factor del afecto negativo el que explicó más varianza aunque influyó sólo indirectamente sobre el efecto adictivo de autolesión, las variables que sí tienen una influencia directa fueron tres, la frecuencia de autolesiones, la desregulación emocional y el comer restringido, siendo esta última la que más llama la atención, pues se ha reportado antes (Wang et al., 2018) pero tiene mucho menos evidencia empírica en comparación con las otras dos variables.

Existe un debate actualmente sobre la naturaleza de las autolesiones y las conductas suicidas, si se les debiera considerar como entidades discretas o como dimensiones de un mismo espectro autodestructivo (Galarza et al., 2018). Según Joiner (2005) la relación entre ambas conductas está en que las autolesiones proporcionan una capacidad para realizar el suicidio, por medio de las autolesiones reducen el temor a morir y aumentan la tolerancia al dolor. El presente estudio no permite tomar una postura sobre la autolesión en cuanto a su naturaleza como entidad discreta o parte de un continuo, sin embargo, es innegable un mayor riesgo de suicidio en quienes se autolesionan (Guertin et al, 2001; Whitlock, 2010). Como señala Varela-Besteiro y cols. (2017) la presencia de autolesión no indica necesariamente ideación suicida, pero es recomendable que se indague sobre dicho aspecto en las evaluaciones clínicas cuando se sufren psicopatologías alimentarias.

Una aportación importante de esta investigación es el análisis desarrollado en una muestra relativamente distinta a la usualmente utilizada, a la clínica, dado que son pocos los estudios de las conductas alimentarias de riesgo y autolesión en muestras comunitarias,

como el de Wang et al (2018) en que la muestra seleccionada fue de estudiantes universitarios. El presente estudio tiene la ventaja adicional de haber incluido en la muestra participantes del sexo masculino, quienes de acuerdo con algunos autores (Claes et al., 2012) parecieran tener una relación similar a la de las mujeres entre trastorno alimentario y autolesiones.

Una de las implicaciones prácticas de este trabajo se encuentra en la evaluación tanto de las conductas alimentarias de riesgo como para la autolesión, de las cuales se aportaron instrumentos con validez y confiabilidad para evaluar adolescentes en riesgo, además de que en el caso específico de la autolesión se incluyen preguntas importantes para diferenciar a los adolescentes con mayor o menor riesgo de seguir lesionándose.

Por otra parte, los modelos propuestos junto con los análisis de regresión, dan más sustento aún para fomentar la prevención de problemas en la adolescencia tomando como enfoque el desarrollo de inteligencia emocional y estrategias de regulación, además aportando en el caso específico de las conductas alimentarias de riesgo, información que induce a abordar con más énfasis las variables emocionales con respecto al papel que juegan en conductas como el comer restringido y el comer por atracón.

La presencia de autolesiones se relaciona con otras conductas de riesgo y tienen una alta prevalencia en los adolescentes, por lo cual se sugiere incluir su evaluación dentro de otras líneas de investigación, como fue en este caso con las conductas alimentarias de riesgo, podría por ejemplo indagarse la presencia de autolesión y su rol dentro de problemáticas como el consumo de sustancias adictivas y conductas sexuales de riesgo. Resulta necesario que más allá de los conocimientos generados en la investigación de las autolesiones, se concreten acciones a nivel de protocolos de acción en las escuelas y contextos donde suelen encontrarse esta problemática, de forma que se logre un impacto social real, con una detección temprana de jóvenes en riesgo.

## Limitaciones y sugerencias

La muestra se seleccionó de forma no probabilística y quedó compuesta principalmente por alumnos de primer grado de secundaria del turno de la tarde, prácticamente todos los adolescentes en la adolescencia temprana y de una zona en específico de la Ciudad de México, por lo cual los resultados no podrían generalizarse, aunque si permiten observar algunas tendencias en la dinámica existente entre las variables estudiadas. Se sugiere superar esta limitación trabajando con muestras aleatorias.

Otra de las limitaciones está en el procedimiento elegido para recolección de datos, puesto que la medición de variables se realizó únicamente por medio de instrumentos de autorreporte. En estudios posteriores podrían utilizarse entrevistas para ahondar en las respuestas dadas a los instrumentos o tomar en cuenta otros métodos de evaluación, o registros físicos.

Una limitación importante del modelo propuesto fue la adición de una variable latente, la tendencia de evitación experiencial, es necesario investigarla y evaluarla para así poder mejorar el modelo y probablemente con ello mejorar la varianza explicada, por otro lado, se recomienda para futuras investigaciones en esta línea de investigación generar un modelo por cada conducta alimentaria de riesgo, dado que en el presente estudio las correlaciones obtenidas permiten observar que es muy diferente la forma en que se asocia cada una con las conductas autolesivas, lo que explicaría en parte la baja varianza explicada que se consiguió.

Generalmente al estudiar las autolesiones en relación con psicopatologías alimentarias, se toman en consideración únicamente los trastornos alimentarios ya instaurados y no las conductas alimentarias de riesgo (Islam et al., 2015; Vansteelandt et al., 2013), lo cual es un aporte de la presente investigación, aunque con la limitación de la no inclusión de conductas purgativas, las que de acuerdo con algunos autores son las que más se asocian con autolesiones (Rodríguez, Rodríguez, Gempeler & Garzón, 2013).



En investigaciones posteriores podrían añadirse a los modelos de regresión variables que han demostrado un alto potencial explicativo en conductas autolesivas, como los recursos interpersonales, o la claridad y reparación emocional (Galarza et al., 2018), o las experiencias disociativas, impulsividad y la depresión, utilizadas en el modelo de Marín (2013), teniendo ésta última mayor varianza explicada que la desregulación emocional. A la par de la inclusión de otras variables en el desarrollo de modelos predictivos de CAR y autolesión, se sugiere enfocar nuevas investigaciones a la detección de factores de protección y el desarrollo de programas de intervención.

Con base en la experiencia en la realización de este trabajo se sugiere analizar con oportunidad la información de cada participante, tomando en consideración que pasan por una etapa crucial en su desarrollo y que es de vital importancia, atender las necesidades que ellos mismos expresan, más allá y de forma independiente de la recolección de datos, pues es una población vulnerable en diversos aspectos, se recomienda contemplar siempre que se realicen trabajos de este tipo diseñar planes de acción para canalizar a los jóvenes que así lo requieran, posterior al análisis de la información y a la solicitud explícita de apoyo.

## Referencias

- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., García, L. A. X., Delgadillo-González, Y., Chávez, C. I., & Martínez, O. L. (2014) Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baeza, J. C., Balaguer I., Belchi, M., Coronas M., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos.
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3, 77-85.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges G., & Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35(6), 483-490.
- Bongers, P., & Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*, 7, 1932.
- Boutelle, K. N., Hannan, P., Fulkerson, J. A., Crow, S. J., & Stice, E. (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(3), 293–298.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago:Aldine.

- Brausch, A. M., & Boone, S. D. (2015). Frequency of Non-suicidal self-injury in adolescents: differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide & life-threatening behavior, 45*(5), 612-622.
- Breet, E., Bantjes, J., & Lewis, I. (2018). Chronic substance use and self-harm in a primary health care setting. *African journal of primary health care & family medicine, 10*(1), 1-9. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1544
- Bribiesca, C. C. (2016). *Validación de la escala del afecto positivo y negativo (PANAS) en niños y adolescentes mexicanos* (tesis de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX.
- Brown, J. M., Selth, S., Stretton, A., & Simpson, S. (2016). Do dysfunctional coping modes mediate the relationship between perceived parenting style and disordered eating behaviours? *Journal of Eating Disorders, 4*(27), 1-10.
- Browne, M. W. & Cudeck, R (1993). Alternative ways of assessing model fit En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds), *Testing structural equation models* (pp 136-162) Newbury Park, CA: Sage.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse and neglect, 36*(1), 32-39.
- 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 & Biobehavioral reviews, 57*, 299-309.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and*

*prevention*. New York: Guilford Press.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.

Chen, F., Curran, P. J., Bollen, K. A., Kirby, J. & Paxton, P. (2008). An empirical evaluation of the use of fixed cutoff points in RMSEA test statistic in structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 36(4), 462-494. doi:10.1177/0049124108314720

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946.

Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Aguera, Z., Castro, R., Sánchez, I. Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2012). Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: a comparison of psychopathological and personality features. *European eating disorders review*, 20(4), 335-338. doi: 10.1002/erv.1161.

Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders. advancements in etiology and treatment*. Springer.

Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 196-202.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal Psychology*. 100, 316-336.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.).

Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Contreras-Valdez, J. A. (2017). *¿La desregulación emocional media entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en preadolescentes y adolescentes?* (tesis de doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX.

Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. A. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 24-31.

Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. Á. (2017). Validez de constructo de la versión corta de la Escala de Desregulación Emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento psicológico*, 16(1), 19-31.

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 10(7), 1-9. Recuperado de: <http://pareonline.net/genpare.asp?wh=0&abt=10>

Cross, L. W. (1993). Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(1), 41-68.

Cruz, S. S., & Maganto, M. C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada*, 55(3), 455-473.

Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry research*, 215(3), 727-732.

- Davis, L. T., Weiss, N. H., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). The relation of protective factors to deliberate self-harm among African-American adults: moderating roles of gender and sexual orientation identity. *Journal of mental health, 26*(4), 351-358.
- Eisenkraft, M. A. (2006). Self injury: is it a syndrome? *The new school psychology bulletin, 4*(1), 115-126. Recuperado de: <http://www.columbia.edu/~me2357/shp/29-108-1-PB-1.pdf>
- Ernhout, C., Babington, P., & Childs, M. (2015). *What's the relationship? Non-suicidal self-injury and eating disorders*. The Information Brief Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University, Ithaca, NY.
- Farberow, N. L. (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry, 40*(2), 137-145.
- Figuroa-Rodríguez, A., García-Rocha, O., Revilla-Reyes, A., Villarreal-Caballero, L., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 48*(1), 31-38.
- Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin, 76*(5), 378–382. doi: 10.1037/h0031619
- Flores, Y. V. C., Hidalgo-Rasmussen, C. A., & Peñúñuri, L. Y. Y. (2017) Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: Una revisión sistemática. *Ciencia & saúde coletiva*. Recuperado de:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/instrumentos-de-avaliacao-de-la-a-utolesion-no-suicida-en-adolescentes-19902016-una-revision-sistemica/16533?id=16533>

Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review, 42*, 156–167.

Gagnon-Girouard, M.-P., Bégin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Mongeau, L., Boivin, S., & Lemieux, S. (2010). Subtyping weight-preoccupied overweight/obese women along restraint and negative affect. *Appetite, 55*(3) 742-745.

Galarza, A., Castañeras, C., & Fernández, L. M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria, 35*(2), 307-326.

Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... & Claes, L. (2017). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive psychiatry, 80*, 170-178. Doi: 10.1016/j.comppsy.2017.10.007

García-Mijares, J., Alejo-Galarza, G., Mayorga-Colunga, S., Guerrero-Herrera, L., & Ramírez-GarcíaLuna, J. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud mental, 38*(4), 287-292. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.039

Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*(3), 435-447.

Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Conferencia

Magistral de los 450 años de la UNAM.

Gómez-Peresmitré, G. (2014). *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal*. México: Fénix.

Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G.G., & Oviedo, C.L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres en universitarios. *Revista Psicología y Salud*, 18(1), 45-55.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T.J., & Unikel, S. C. (2000). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En Calleja N. & Gómez-Peresmitré G. (comp.) *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. Fondo de Cultura Económica. (pp. 267-315). México.

González, S. P., Medina, P., & Ortiz, V. J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146

Gratz, K. L. (2007) Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of clinical psychology: in session*, 63(11), 1091-1103.

Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263. doi: 10.1023/A:1012779403943.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-91.



- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9). <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
- Guirado, M., Ma. C., & Ballester, A., R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de psicología*, 21(1), 58-65.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.
- Hansson, E., Daukantaitė, D., & Johnsson, P. (2017). Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents, *BMC Psychology*, 5, 12.
- Hayduk, L. A., & Glaser, D. N. (2000) Jiving the Four-Step, Waltzing Around Factor Analysis, and Other Serious Fun. *Structural Equation Modeling*;7:1–35.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). *Restrained eating*. En Stunkard, A. J. *Obesity*. Philadelphia: Saunders.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American psychologist*, 40 (2), 193-201.
- Hou, F., Xu, S., Zhao, Y., Lu, Q., Zhang, S., Zu, P., ... Tao, F. (2013). Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*, 68, 63-68.
- Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive nonsuicidal

self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 809-829.

Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.

Islam, M. A., Steiger, H., Jiménez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., ... Fernández-Aranda F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: relevance of personality traits and gender. *European eating disorders Review*, 23(6), 553-560.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *American Psychological Association*, 130(1), 19-65.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.

Jungman, E. (2007). *Adolescencia, tutorías y escuela. Trabajo participativo y promoción de la salud*. Argentina: Noveduc.

Jungman, S. M., Vollmer, N., Selby, E. A., & Witthoft, M. (2016). Understanding dysregulated behaviors and compulsions: an extension of the Emotional cascade Model and the mediating role of intrusive thoughts. *Frontiers in Psychology*, 7(994), 1-13.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36. doi: 10.1007/BF02291575

- Karanikola, M. N., Lyberg, A., Holm, A., & Severinsson, E. (2018). The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2018/4745791>.
- Kim, J. O., & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. (Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-014). Newbury Park, CA: Sage.
- Kirszman, D., & Del Carmen, S. M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Tea ediciones.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equating modeling*. Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, *166*(2-3), 260–268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating behaviors*, *9*(4), 471-483.
- Kostro, K., Lerman, J. B., & Attia, E. (2014) The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of eating disorders*, *2*(19), 1-9.
- Lavender, J. M., & Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *The international journal of eating disorders*, *43*(4), 352-537.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, *30*(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: a method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, *34*,347-356. doi: 10.1207/S15327906MBR3403\_3
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. (2007). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior research methods*, *38*(1), 88-91.
- Lovibond, S. H. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of abnormal psychology*. *107*, 520-526.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335-343.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, *4*, 84-99. doi:10.1037/1082-989X.4.1.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *49*(6), 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaráz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z.,

- Jiménez-Múrcia, S., ... Fernández-Aranda, F. (2017). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 26(1), 53-61.
- Mangall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in psychiatric care*, 44(3), 175-184. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- Marín, T. M. I. (2013). *Desarrollo y evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan* (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Univesidad Nacional Autónoma de México. CDMX.
- Martínez, M. A., López-Espinoza, A., & Díaz, R. F. (2007). Modelos de regulación en conducta alimentaria. *Investigación en salud*. 9(3), 172-177.
- Medina T., K. A. (2017). Conductas de riesgo asociadas a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos e imagen corporal en adolescentes (tesis de licenciatura) Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2017/junio/309213327/Index.html>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–136.
- Mora, G. M., & Raich, E. R. (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿un vínculo causal? *Anales de psicología*, 9(2), 69-84.
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. CIENCIA ergo-sum, *Revista Científica Multidisciplinaria de*

*Prospectiva*, 18(2), 117-125.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.

Muehlenkamp, J. J. & Brausch A. M. (2012). *Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. Journal of Adolescence*. 35(1) 1-9.

Muehlenkamp, J., Claes, L., Smits, D., Peat, C. M., & Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: a test of a conceptual model. *Psychiatry Research* 188(1) 102 - 108.

Neacsiu, A. D., Smith, M., & Fang, C. M. (2017). Challenging assumptions from emotion dysregulation psychological treatments. *Journal of affective disorders*, 219, 72-79.

Nguyen-Rodríguez, S. T., Unger, J. B., & Sprujt-Metz, D. (2009) Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating disorders*, 17(3), 211-224.

Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2 ed.)* New York, USA: McGraw-Hill.

Ogle, R. L., & Clements, C. M. (2008). Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: A controlled comparison in a nonclinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 442-448. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014325>

Orbach, I. (1996). The role of the body experience in self-destruction. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(4), 607-619. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1177/1359104596014012>

- Ortega-Luyando, M., Álvarez-Rayón, G., Garner, D., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz, M. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 51-63.
- Pallan, M. J., Hiam, L. C., Duda, J. L. & Adab, P. (2011). Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: A cross-sectional study. *Biomedical central public health*, 11(21), 1-8.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Ortega, I., & Ripalda, A. (2012) Gender differences in adolescence in emotional variables relevant to eating disorders. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(1), 59-68.
- Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867–872. doi:10.1176/ajp.140.7.867
- Peña, F. E. & Reidl, M. L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación psicológica - Psychological Research Records*. 5(3). 2182-2149.
- Peñas-Lledó, E. M., Loeb, K. L., Puerto, R., Hildebrant, T. B., & Llerena, A. (2008). Subtyping undergraduate women along dietary restraint and negative affect. *Appetite*, 51(3), 727-730.
- Platas, A. S., Gómez-Peresmitré, G., León, H. R., Pineda, G. G., & Guzmán, S. R. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 124-132.
- Platas, R. S., & Gómez-Peresmitré, G. (2013) Propiedades psicométricas de la Escala de

Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.

Powers, A., Stevens, J., Fani, N., & Bradley, B. (2015) Construct validity of a short, self-report instrument assessing emotional dysregulation. *Psychiatry research*, 225, 85-92.

Purington, A., & Whitlock, J. (2010). Non-suicidal self-injury in the media. *The Prevention Researcher*, 17(1), 11-13. Recuperado de: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/non-suicidal-self-injury-in-the-media.pdf>

Radilla, V., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J. A., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista española de nutrición comunitaria*, 21(1), 15-21. Doi:10.14642/RENC.2015.21.1.5037

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*. 22, 15-27.

Ray, W. J., Odenwald, M., Neuner, F., Schauer, M., Ruf, M., Wienbruch, C., Rockstroh, B., & Elbert, T. (2006). Decoupling neural networks from reality: Dissociative experiences in torture victims are reflected in abnormal brain waves in left frontal cortex. *Psychological Science*, 17(3), 825–829.

Rodríguez, G., M., Gempeler, R. J., Mayor, A. N., Patiño, S. C., Lozano, C. L., & Pérez, M. V. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms: analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8, 72-81.



- Rodríguez, G., M., Rodríguez, N., Gempeler, R. J. & Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (1), 19-26.
- Rojas, R. A., & García-Méndez, M. (2017) Construcción de una escala de Alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*. 45(3). 85-95 doi: <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>
- Salinas, P. J. (2010). *Modelos estructurales. Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en muestras de deportistas adolescentes* (tesis de Doctorado en Psicología). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX.
- Salinas, P. J., & Gómez-Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de riesgo. *Revista Psicología y Salud*, 19 (2), 271-280.
- Santacoloma, A. S., & Quiroga, L. B. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 2(2) 7-15.
- Santos, B. D. (2011). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. México: Ficticia.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1988). *Scaling corrections for statistics in covariance structure analysis*. *UCLA Statistics Series #2*. Los Angeles, CA., USA: University of California.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. Von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.

- Saucedo-Molina, T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres* (tesis de Doctorado en Psicología). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX.
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, S. C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental, 33*(1), 11-19.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. Review of General Psychology. *Review of general Psychology, 13*(3), 1-19.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995) The spectrum of eating disorders. *The international journal of eating disorders, 18*(3), 209-219.
- Sims, R., Gordon, S., Garcia, W., Clark, E., Monye, D., Callender, C., & Campbell, A. (2008). Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating Behaviors, 9*, 137–142.
- Skarderud, F., & Sommerfeldt, B. (2009) Self-harm and eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen, 129*(9), 877-881.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). México: Trillas.
- Solis, E. M. & Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de riesgo de autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social, 6*(1), 123-132

- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T., & Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating, *Appetite*, *48*(3), 368-376.
- Steiger J. H. (2000). Point estimation, hypothesis testing, and interval estimation using the RMSEA: Some comments and a reply to Hayduk and Glaser. *Structural Equation Modeling*, *7*(1), 49–62.
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, *42*(5), 893-98. doi:10.1016/j.paid.2006.09.017
- Stice E. (1998). Relations of restraint and negative affect to bulimic pathology: a longitudinal test of three competing models. *International journal of eating disorders*, *23*(3), 243-260.
- 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. Doi: 10.1037//0021-843X.110.1.124
- Stice, E., Bohon, C., Marti, C. N., & Fischer, K. (2008). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affects dimensions: further evidence of reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(6), 1022-1033.
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2015) *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. UK: Oxford University Press.
- Strien, V. T., Engels, R. C., Leeuwe, V., & Snoek, H. M. (2005). The Stice Model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, *45*(3), 205-213.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?

*Psychiatry research*, 197, 103-111.

Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. En Cash, T. F., & Smolak, L. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press.

Toro, J. (1996). *El cuerpo del delito. Anorexia bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.

Unikel-Santoncini C., Bojórquez-Chapela M. C., & Carreño-García S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46(6), 509-515.

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela I., Villatoro-Velázquez J., Fleiz-Bautista C., & Medina-Mora, I. M. E. (2006) Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.

Vansteelandt, K., Claes, L., Muehlenkamp, J., De Cuyper, K., Lemmens, J., Probst, M., Vanderlinden, J., & Pieters, G. (2013). Variability in affective activation predicts non-suicidal self-injury in eating disorders. *European eating disorders review*, 21(2) 143-147.

Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., ... Dolz-Abadia, M. (2017). Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 157-166.

Vargas-Martínez, A. M., Trapero-Bertran, M., Gil-García, E. & Lima-Serrano, M. (2018).

Impacto del consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia. ¿Lo estamos haciendo bien? *Adicciones*, 30, 152-154. doi:10.20882/adicciones.1033.

Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Punti, J., Soler, J., Santamarina, P., ... Pascual, J. C. (2018) Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo, y por qué? *Actas españolas de psiquiatría*, 46 (4), 146-155. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf>

Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3, 231-251. doi: 10.1037//1082-989X.3.2.231

Vieira, A., Machado, B. C., Machado, P., Brandao, I., Roma-Torres, A., & Goncalves, S. (2017). Putative Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders. *European eating disorders review*, 25(6), 544-550.

Vogele, C., & Gibson, L., E. (2010). *Mood, emotions and eating disorders*. The oxford handbook of eating disorders.

Walsh, W. B. (2006). *Treating self-injury. A practical guide*. New York: The Guilford Press.

Wang, S. B., Pisetsky, E. M., Skutch, J. M., Fruzzetti, A. E., & Haynos, A. F. (2018). Restrictive eating and nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample: Co-occurrence and associations with emotion dysregulation and interpersonal problems. *Comprehensive psychiatry*, 82, 128–132. doi:10.1016/j.comppsy.2018.02.005

Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of clinical psychology*. 5, 221-247.

- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales, *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 1063-1070.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Weinbach, N., Sher, H., & Bohon, C. (2017). Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 1-8.
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLOS Medicine*. 7(5). doi:10.1371/journal.pmed.1000240
- Williams, B., Brown, T., & Onsmann, A. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8(3), 1-13. doi:10.33151/ajp.8.3.93
- Zavala, G., G. W. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos de 5to. Año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rimac* (tesis de licenciatura en Psicología). Universidad nacional mayor de San Marcos. Lima.
- Zucker, S., Sassman, C., & Case, B. J. (2004) *Cognitive labs. Technical report*. Pearson.