



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

¿LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL MEDIA ENTRE EL AFECTO NEGATIVO Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DISFUNCIONAL EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES?

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

DIRECTORA:

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ:

DRA. GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DR VÍCTOR CORRAL VERDUGO
UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Cd. Mx.

SEPTIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 institucionales

Esta investigación fue posible gracias al financiamiento que me otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT; beca 368202; apoyo 368202; registro de becario 299271). Agradezco también a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la UNAM, por el financiamiento proporcionado a la Dra. Laura Hernández Guzmán, responsable de los proyectos del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN305512 “Estructura de la sintomatología internalizada en población adolescente”, IN305814 “El papel de la regulación emocional en la psicopatología infanto-juvenil” e IN304016 “El papel de la emoción en la terapia cognitivo-conductual: Hacia el tratamiento transdiagnóstico de la ansiedad y depresión”, en los cuales colaboré. Asimismo, quiero agradecer al Programa de Apoyo a los Estudios del Posgrado (PAEP) de la UNAM por el valioso financiamiento que me brindó para la difusión de los resultados de esta investigación.

Producto de este apoyo recibido del CONACYT, del PAPIIT y del PAEP, participé en 17 ponencias en congresos nacionales e internacionales de Psicología, así como en 4 artículos de investigación empírica. Agradezco inmensamente el financiamiento obtenido.

Les agradezco también a todos los profesores que me facilitaron el acceso a los alumnos. Esta investigación no hubiera sido posible sin su valiosa ayuda. Muchas gracias.

Finalmente, quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado todos los recursos para mi formación profesional. Ha sido un gran honor para mí ser un alumno de la máxima casa de estudios. Gracias querida UNAM.

Le dedico este trabajo a mi esposa Fátima,
con quien me encanta viajar, pues cada que viajamos
nos transformamos juntos. El doctorado fue
un viaje lleno de logros y satisfacciones que
alcanzamos gracias a nuestro amor.

Este viaje se acabó, pero lo que más me gusta
de viajar con ella es que antes de que termine una
aventura siempre empezamos a planear la siguiente.

¡Muchas gracias por todo!

Agradecimientos especiales

Agradezco infinitamente a todas las personas que me ayudaron durante este proceso. Para poder estudiar el doctorado tuve que consultar varias veces las siguientes referencias, de las cuales aprendí lecciones verdaderamente valiosas sobre el comportamiento humano.

Contreras G., P., Contreras G., V., Contreras G., G., & Contreras G., R. (2006). *¿Por qué ir a la universidad? Aprendizaje por competencias*. Mis tías Pili, Vero y Pilla, y mi tío Raúl.

Contreras-González., N. (2004). *La renuncia de los beneficios individuales a cambio del bienestar común de la familia: Práctica basada en evidencia*. Mi papá: Norberto.

Contreras-Granados, N. (2013). *Una teoría contemporánea de la conducta: Uno tiene que formarse una línea y así ser, y así ser*. Mi abuelo: Norberto.

Contreras-Valdez, L. (2017). *Ingeniería de la superación personal y Psicología positiva*. Mi querida hermana: Lilí.

Contreras-Valdez, N. (2017). *Axiomas de la vida aplicados: Terapia cognitivo-conductual-espiritual*. Mi hermano Norberto y mis hermosas sobrinas: Quetzalli, Athziri y Citlalli.

Escobar C., G. (2015). *El manual infalible de los negocios: Factores que explican la varianza del éxito de los emprendedores*. Mi suegro: Gonzalo.

Escobar-Escobar, F. R. (2006). *Efecto mediador del amor en la pareja entre cualquier variable y el bienestar*. Mi esposa: Fátima.

Escobar R., R., & Escobar E., M. (2016). *El apoyo familiar como factor protector durante el posgrado*. Mi suegra y mi cuñada: Rocío y Mónica.

Freyre, M.-Á. (2011). *La Psicología de los dioses explicada para los mortales*. Mi amigo y mentor: Miguel Ángel Freyre.

Hernández-Guzmán, L. (2011). *La excelencia de la tutora media la relación entre un alumno de licenciatura que no sabe nada sobre investigación y un doctor en Psicología*. Mi tutora principal y mentora: la Dra. Laura Hernández Guzmán.

- Gómez-Peresmitré, G. (2013). *El ABC de la conducta alimentaria*. Mi tutora adjunta: la Dra. Gilda Gómez.
- González-Sánchez., G. (2014). *Resultados de un estudio longitudinal acerca de la sabiduría y la experiencia en la vida*. Mi abue: Guadalupe.
- Lucio, G.-M., E., & Corral-Verdugo, V. (2013). *Pilares en la Psicología de México*. Mis profesores: la Dra. Emilia Lucio y el Dr. Víctor Corral.
- Mancilla-Díaz, J. M. (2013). *Nuevos planteamientos en la investigación de los problemas alimentarios*. Mi tutor externo: el Dr. Juan Manuel Mancilla.
- Mendiola, M., Tolsá, R., Pantoja, J., Soto, O., Chaparro, A., Julio, J., ..., & del Águila, E. (2008). *Teoría y práctica de la modificación de conducta*. Mis amigos: Miguel, Raúl, Julio, Óscar, Armando, Javier, Eduardo, y todos los demás.
- Paredes-García, J. A. (2013). *Tratamiento transdiagnóstico para convertir a quien te cae mal en un amigo extraordinario*. Mi amigo de batallas: Jonathan.
- Ponce-Ochoa, S. N. (2014). *El alfa de Ponce: La fórmula para estudiar un doctorado y ser feliz al mismo tiempo*. Mi amiga: Seigy.
- Santiago-González., A. L., Bribiesca C., C., Zamudio, A., Montealegre, V., y el grupo de investigación del Laboratorio de Investigación en Psicopatología Infantil y Juvenil, de la Facultad de Psicología de la UNAM. (2015). *Manual de procedimientos para la recolección de datos del siglo*. Alain, Celia, Alex, Viri, Will, Naby, Jimena, Tona y todos los que anduvieron conmigo sin miedo por todo el monstruo llamado Ciudad de México.
- Valdez-Lemus, L. (1987). *Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido al amor, al altruismo y a las habilidades sociales para ser feliz en la vida*. Mi mamá: Liliana.
- Valdez L., M. A., Valdez L., G., & Valdez L., M. A. (2016). *Metaanálisis sobre los beneficios de ayudar a las personas*. Mis tíos: Angelita, Gloria y Miguel.

Índice

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Capítulo 1. ¿Por qué estudiar la conducta alimentaria desde la perspectiva dimensional de la psicopatología?	14
1.1. Origen y caracterización del enfoque categórico del DSM.....	14
1.2. Desventajas de estudiar los problemas alimentarios a partir del modelo categórico	18
1.3. La conducta alimentaria de niños y adolescentes: ¿Funciona el modelo categórico?	22
1.4. La perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria	24
1.5. La teoría del Transdiagnóstico de los desórdenes alimentarios	31
Capítulo 2. ¿Qué papel desempeña el afecto negativo en la psicopatología alimentaria?	35
2.1. Explicación categórica y dimensional de los problemas emocionales.....	35
2.2. El afecto medular y el afecto negativo	37
2.3. Diferencias entre el afecto negativo y otros constructos	43
2.4. Afecto negativo y psicopatología alimentaria	45
Capítulo 3. ¿Qué papel desempeña la desregulación emocional en la psicopatología alimentaria?	53
3.1. ¿Qué es la regulación emocional?	53
3.2. Diferencias entre regulación emocional y otros constructos.....	57
3.3. El continuo regulación-desregulación emocional	60
3.4. Consecuencias de la desregulación emocional.....	63
3.5. Desregulación emocional y psicopatología alimentaria.....	66

Capítulo 4. Validez y confiabilidad de la Escala de Desregulación Emocional, versión corta (EDS-Short), para preadolescentes y adolescentes	72
4.1. Planteamiento del problema	72
4.2. Estudio 1. Piloto y adaptación de la EDS-short	76
4.2.1. Método	76
4.3 Estudio 2. Confiabilidad, prueba del modelo de medida, validez convergente y validez discriminante	77
4.3.1. Propósito.....	77
4.3.2. Preguntas de investigación	78
4.3.3. Hipótesis.....	78
4.3.4. Método	78
4.3.5. Resultados	87
4.5. Estudio 3. Confiabilidad, prueba del modelo de medida y validez convergente	90
4.5.1. Propósito.....	90
4.5.2. Preguntas de investigación	90
4.5.3. Hipótesis.....	90
4.5.4. Método	91
4.5.5. Resultados	95
4.6. Discusión	97
Capítulo 5. Estudio 4: ¿La desregulación emocional media la relación entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional de preadolescentes y adolescentes?.....	104
5.1. Planteamiento del problema	104
5.1.1. Preguntas de investigación.....	111
5.1.2. Hipótesis.....	110

5.2. Método	110
5.2.1. Participantes	110
5.2.2. Criterios de inclusión	111
5.2.3. Criterios de exclusión.....	111
5.2.4. Diseño y tipo de estudio.....	113
5.2.5. Instrumentos	114
5.2.6. Definición conceptual de variables	117
5.2.7. Procedimiento.....	117
5.2.8. Análisis de datos.....	118
5.3. Resultados	120
5.3.1. Correlaciones entre variables	120
5.3.2. Comparación de las variables de estudio entre sexos y grupos de edad	123
5.3.3. Modelos estructurales de mediación de la desregulación emocional entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional	124
5.3.4. Modelo para mujeres preadolescentes.....	125
5.3.5. Modelo para hombres preadolescentes	128
5.3.6. Modelo para mujeres adolescentes.....	130
5.3.7. Modelo para hombres adolescentes.....	133
5.4. Discusión	135
Referencias	153
Apéndice.....	182

Resumen

Esta investigación se dividió en dos fases. El propósito de la primera fue validar la Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short), para preadolescentes y adolescentes, mediante 3 estudios. En el primer estudio se realizó la adaptación y el piloto de la EDS-short con 15 preadolescentes y 15 adolescentes. En el segundo estudio se examinó la confiabilidad, la validez convergente y discriminante, y el ajuste del modelo unidimensional. Participaron 407 preadolescentes y adolescentes quienes cumplieron la EDS-short y un instrumento para medir afecto negativo y positivo (PANAS-C). La EDS-short mostró confiabilidad adecuada ($\alpha = .90$), validez convergente y discriminante. El modelo unidimensional de la desregulación emocional arrojó un buen ajuste. El tercer estudio indagó sobre la consistencia interna, la validez convergente y el modelo de medida de la EDS-short. Participaron 546 preadolescentes y adolescentes, los cuales respondieron la EDS-short e instrumentos de afecto negativo (PANAS-C) y supresión emocional (ERQ). La EDS-short mostró confiabilidad elevada ($\alpha = .89$) y validez convergente. El modelo unidimensional se ajustó adecuadamente. La EDS-short es una escala válida y confiable para medir desregulación emocional en preadolescentes y adolescentes. El propósito de la segunda fase fue evaluar el efecto mediador de la desregulación emocional entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en mujeres y hombres, preadolescentes y adolescentes. Participaron 530 preadolescentes y 1593 adolescentes, quienes respondieron instrumentos para medir afecto negativo (PANAS-C), desregulación emocional (EDS-short) y conductas de dieta restrictiva y atracones (EFRATA Y EFRATA-II). El modelado estructural mostró buen ajuste del modelo de mediación en todos los grupos. La desregulación emocional media la relación entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional de preadolescentes y adolescentes, mujeres y hombres.

Palabras clave: afecto, desregulación, atracón, dieta, mediación.

Abstract

This research was divided in two stages. The purpose of the first stage was to validate the Emotion Dysregulation Scale, short version (EDS-short), for preadolescents and adolescents through three studies. In the first study the adaptation and the pilot of the EDS-short were carried out with 15 preadolescents and 15 adolescents. In the second study Cronbach's alpha reliability was assessed, as well as convergent and divergent validity, and the unidimensional model's fit. 407 preadolescents and adolescents responded to the EDS-short and to the Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS-C). The EDS-short exhibited adequate reliability ($\alpha = .90$), convergent and discriminant validity. The unidimensional model of emotion dysregulation showed goodness of fit. The third study evaluated the internal reliability, convergent validity, and the one-dimensional model's fit of the EDS-short. 546 preadolescents and adolescents responded to the EDS-short and questionnaires of negative affect (PANAS-C) and emotional suppression (ERQ). The EDS-short showed reliability ($\alpha = .89$), and convergent validity. The unidimensional model showed goodness of fit. The EDS-short is a valid and reliable scale for measuring emotional dysregulation in preadolescents and adolescents. The second stage aimed at investigating whether emotional dysregulation mediates the relation between negative affect and dysfunctional eating behavior in both women and men, preadolescents and adolescents. 530 preadolescents and 1593 adolescents, responded to instruments assessing negative affect (NA), emotional dysregulation (EDS-short), restrictive diet and binge eating (EFRATA and EFRATA-II). Structural equation modelling confirmed the goodness of fit of the mediation model in the four groups. Emotional dysregulation mediates the relationship between negative affect and dysfunctional eating behavior of preadolescents and adolescents.

Key words: affect, dysregulation, binge eating, diet, mediation.

Introducción

El primer capítulo de la presente investigación se centra en contestar la pregunta ¿Por qué estudiar la conducta alimentaria desde la perspectiva dimensional de la psicopatología? El modelo categórico, representado principalmente por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), es el estándar de oro para estudiar los problemas alimentarios, tipificados en este manual como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos. Debido al carácter arbitrario con el que se elaboraron las categorías del DSM (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Jablensky, 2012; Widiger y Samuel, 2005), son varias las limitaciones que presenta este enfoque categórico, algunas de ellas son emitir diagnósticos cuando no hay síntomas (Lee, Lee, Ngai, Lee y Wing, 2001), no diagnosticar cuando sí los hay (Goosens, Braet y Decaluwé, 2007; Whiteside et al., 2007), emplear categorías residuales que incrementan el traslape sustancial entre trastornos y propician el crecimiento exponencial de nuevos diagnósticos (Allen, Byrne, Blair y Davis 2013; Fairburn y Cooper, 2011), la existencia de cobertura inadecuada (Brownstone et al., 2013; Firzsimmons-Craft et al., 2014) y la migración de un diagnóstico a otro a lo largo del tiempo (Fairburn, Cooper, Shafran y Wilson, 2008; Stice, Marti y Rohde, 2013).

La perspectiva dimensional es una aproximación que permitiría subsanar estos problemas, pues estudia la psicopatología en función del grado en que se presenta, conceptuándola dentro del mismo continuo que la normalidad e interpretando los hallazgos a la luz del desarrollo. En este enfoque se pierde poca información debido a que se basa en las diferencias individuales, lo que permite obtener perfiles y describir el nivel de funcionalidad de cada persona (Castellini et al., 2011; Regier, 2012; Rutter, 2003; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2012; Wilfley, Bishop, Wilson y Agras, 2007).

Compartido por ambas perspectivas se encuentra la teoría del transdiagnóstico, la cual sugiere que los trastornos tipificados son variaciones menores de síndromes subyacentes más

amplios (Barlow et al., 2011). Esta teoría argumenta que el núcleo de la psicopatología alimentaria se desarrolla cuando existe preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, lo cual influye directamente en la aparición de dos conglomerados de síntomas: la dieta restrictiva y los atracones. Por tratarse de las conductas alimentarias que más se presentan (Ortega-Luyando, Álvarez-Rayón, Garner, Amaya-Hernández y Mancilla-Díaz, 2015), constituyen el objeto de estudio de la presente investigación en la que se conceptualizaron como una variable latente llamada *conducta alimentaria disfuncional* (CAD).

Son cuatro los factores que predicen la conformación del núcleo de la psicopatología alimentaria, los problemas interpersonales, el perfeccionismo, la baja autoestima y la intolerancia al afecto (Fairburn, Shafran y Cooper, 2003). Se puso especial atención en este último factor debido a que el componente afectivo ejerce una fuerte influencia sobre los problemas alimentarios, especialmente en la dieta restrictiva y los atracones. Asimismo, se eligió examinar la dimensión afectiva a partir del constructo afecto negativo (AN), lo que condujo a la elaboración del segundo capítulo para responder a la interrogante ¿Cuál es el papel del AN en la psicopatología alimentaria?

Se le ha llamado afecto medular al flujo constante de alteraciones en el estado neuropsicológico del individuo a partir de la relación que éste mantiene con su ambiente (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009). El afecto medular se presenta en las dimensiones de activación y no activación, así como de placer y displacer. Éstas últimas corresponden a las dimensiones de afecto positivo (AP) y AN. El AN es una dimensión de malestar subjetivo que engloba una variedad de emociones adversas (Watson y Clark, 1984). La teoría de la regulación del afecto, que postula que la CAD ocurre con el propósito de disminuir el malestar emocional, es la explicación más contundente de por qué el AN influye en los problemas alimentarios (Goldschmidt, Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2011; Pearson, Zapolski y Smith, 2015). Son pocos los estudios que han analizado esta relación en edades tempranas (Elliot et al., 2010; Goldschmidt et al., 2011; Pearson et al., 2015).

Es más común encontrar estudios que han contemplado la población de adultos, en su mayoría mujeres, tomando como base el modelo categórico de la psicopatología alimentaria (Berg et al., 2013; Berg et al., 2015; Carrard, Crépin, Ceschi, Golay y Van der Linden, 2012; Danner et al., 2013; Dingemans, Martijn, Jansen y van Furth, 2009; Engelberg, Steiger y Wonderlich, 2007). La investigación acerca del efecto del AN en la CAD de niños (preadolescentes) y adolescentes, tanto mujeres como hombres, desde una perspectiva dimensional de la psicopatología y tomando como base el modelo teórico del transdiagnóstico, representaría una aportación.

Por otra parte, si se parte del postulado que afirma que el AN es una reacción de malestar y desagrado que aún no conlleva mecanismos de regulación implicados (Watson y Clark, 1984), se vuelve necesario conocer la vía por la cual este AN influye en los problemas alimentarios. Debido a que el AN predice otros tipos de psicopatología, como los problemas internalizados (Tortella-Felliu, Balle y Sesé, 2010) y externalizados (Donahue, Goranson, McClure y Van Male, 2015), por medio de la desregulación emocional (DE), se decidió analizar este constructo con el propósito de conocer si existían razones teóricas para considerar como hipótesis que la DE mediaría, a su vez, la relación entre el AN y la CAD. Fue así como se construyó el tercer capítulo titulado ¿Cuál es el papel de la DE en la psicopatología alimentaria?

En una línea de investigación separada de aquella que protagoniza el AN, se encuentran los estudios que indican que la DE es una variable predictora de los problemas alimentarios (Douglas y Varnado-Sullivan, 2016; Hayaki, 2009; Pivarunas y Conner, 2015), la cual se define como una deficiencia en la habilidad para manejar las emociones, por lo que éstas tienden a salirse de control (Shedler y Westen, 2004). La DE media la relación entre distintos sucesos de vida adversos ocurridos en la niñez y la sintomatología alimentaria en la vida adulta (Burns, Fischer, Jackson y Harding, 2012; Mills, Newman, Cossar y Murray, 2015). Estos hallazgos, en conjunto, sugerían que el modelo de mediación de la DE entre el AN y la CAD merecía el escrutinio científico. A

pesar de ello, antes de someter a prueba este modelo de mediación era necesario considerar las limitaciones que existen en la línea de investigación de la DE y la conducta alimentaria. Además del empleo de las categorías diagnósticas tradicionales (Brockmeyer et al., 2014; Gianini, White y Masheb, 2013; Treasure, Corfield y Cardi, 2012) y de la escasa investigación que existe en niños, otra limitación que se observa en dichos estudios es que muchas de las conclusiones a las que se llega con respecto a la DE se producen tras usar instrumentos diseñados para medir otras variables, como son depresión y ansiedad (Kelly et al., 2016), afrontamiento y AN (Sim y Zeman, 2005), entre otras. Por ello, era indispensable contar con un instrumento para medir la DE de preadolescentes y adolescentes que partiera de un modelo teórico congruente con la perspectiva dimensional de la psicopatología.

En el cuarto capítulo se especifican las propiedades psicométricas de una escala adaptada para este fin conocida como Escala de desregulación emocional, versión corta, para preadolescentes y adolescentes (EDS-short; Powers, Stevens, Fani y Bradley, 2015). Este capítulo inicia con el planteamiento del problema a investigar, luego describe el procedimiento que se usó en tres estudios independientes para la validación de la EDS-short y finaliza con la discusión de los hallazgos.

Una vez comprobado que la EDS-short resultó válida y confiable para medir la DE de preadolescentes y adolescentes, se desarrolló un quinto capítulo, cuyo propósito fue indagar si la DE actuaba como mediadora entre el AN y la CAD de preadolescentes y adolescentes, mujeres y hombres. Al inicio del capítulo cinco se reseña el planteamiento del problema, posteriormente se detalla el método que se empleó para someter a prueba el modelo teórico en los cuatro grupos de sexo y edad, y finalmente se discuten los resultados a la luz del desarrollo psicológico y de la perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria, así como sus implicaciones en la teoría del transdiagnóstico de los problemas alimentarios.

Capítulo 1. ¿Por qué estudiar la conducta alimentaria desde la perspectiva dimensional de la psicopatología?

1.1. Origen y caracterización del enfoque categórico del DSM

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) es la principal guía en la que se fundamenta la mayoría de las evaluaciones y tratamientos que psiquiatras y psicólogos emplean a nivel mundial. El DSM obedece a un sistema de clasificación categórica que pretende el agrupamiento de síntomas y signos en categorías delimitadas para identificar trastornos específicos con una etiología, un curso y una respuesta al tratamiento (American Psychiatric Association, APA, 2013).

Las facilidades prácticas que tiene el DSM en el ámbito clínico institucional favorecen su uso, pues contar con diagnósticos delimitados ayuda a decidir entre aceptar o rechazar diversas opciones de tratamiento. Se presume que esta nomenclatura de categorías diagnósticas facilita la comunicación entre los profesionales de la salud y provee información sobre el pronóstico y los factores asociados con cada condición (Lavender, Crosby y Wonderlich, 2013).

Empero, el carácter práctico del uso de las categorías diagnósticas no necesariamente representa una ventaja si su costo es alto. Específicamente, los resultados de investigación de las últimas décadas han demostrado que este modelo categórico posee serios problemas con respecto a su validez, por lo cual su empleo conlleva más inconvenientes que beneficios, como se revisará a continuación. El estudio de las categorías diagnósticas tipificadas en el DSM ha revelado una falta de evidencia empírica que las respalde (Jablensky, 2012). Conocer la historia de cómo se creó este manual facilita la comprensión de la incertidumbre que genera.

La primera versión del DSM apareció en la década de los 50 del siglo pasado en Estados Unidos de América como una necesidad de adoptar lineamientos parecidos a los que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció para los trastornos mentales en la sexta

edición de su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-6; Reed, Anaya y Evans, 2012). En esa época la Psiquiatría enfrentaba serios problemas a tal grado de verse en peligro de desaparecer como área de la medicina. Algunos médicos argumentaban que era incapaz de curar la enfermedad mental por sustentar sus intervenciones en un enfoque explícitamente subjetivo que obedecía a una explicación psicodinámica de la psicopatología, la cual sugería que los síntomas sólo adquirirían sentido si se les analizaba mediante la exploración personal de *procesos inconscientes* inherentes a cada individuo. Debido a que los pacientes permanecían en tratamiento durante largos periodos, las compañías de seguros y el gobierno estadounidense también mostraron escepticismo sobre la legitimidad de la Psiquiatría (Mayes y Horwitz, 2005).

Estas dos entidades, las compañías de seguros y el gobierno, ejercieron presión para que los psiquiatras establecieran puntos de corte que determinaran quiénes sí requerían de una intervención. Además, desde la misma profesión médica se demeritaba la importancia de la Psiquiatría en comparación con otras ramas de la medicina que gozaban de respaldo por parte de los médicos. La penosa crisis por la que atravesaba la Psiquiatría la orilló a buscar otro enfoque teórico para poder explicar su objeto de estudio, y fue así como adoptó un modelo similar al de la medicina tradicional con base en la taxonomía que Emil Kraepelin había propuesto desde inicios del siglo veinte, la cual conceptuaba los procesos psicopatológicos como condiciones nominales exclusivas (Lahey, Krueger, Rathouz, Waldman y Zald, 2017). De acuerdo con este modelo, cada condición debe poseer su propio origen, características, tratamiento y pronóstico. Así fue como surgió el DSM-II y posteriormente el DSM-III, cuyo lanzamiento conllevó la proliferación de medicamentos y empresas farmacéuticas dedicadas a su venta. Por consiguiente, se incrementó significativamente el número de psiquiatras dedicados al diagnóstico y se fomentó el financiamiento por parte del gobierno para investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos que empleaban fármacos (Mayes y Horwitz, 2005). La Psiquiatría sufrió un cambio radical, al

evolucionar de una ciencia en la que diagnóstico era un papel secundario a otra en donde éste constituye una función esencial (Hernández-Guzmán, 2012).

Actualmente el DSM, en su quinta versión, continúa siendo una herramienta de evaluación y tratamiento en el plano internacional a pesar de haber surgido con base en conflictos de interés (Reed et al., 2012) y decisiones arbitrarias entre un grupo de individuos, quienes no elaboraron las categorías tipificadas a partir de resultados de investigación, sino de su juicio clínico subjetivo y el consenso entre expertos (Echeburúa et al., 2014; Mayes y Horwitz, 2005). Debido a la naturaleza arbitraria del DSM se han producido dos principales problemas (entre muchos más). El primero se refiere a que, regularmente, las personas presentan varios trastornos al mismo tiempo. Como una solución rebuscada ante esta problemática se creó el concepto *comorbilidad*, el cual se refiere a la posibilidad de que las personas reciban más de un diagnóstico a la vez.

Sin embargo, la comorbilidad no es una excepción, sino que se presenta de forma constante en los trastornos del manual (Echeburúa et al.). El segundo problema es que los indicadores de diversas categorías se traslapan en gran medida, por lo que resulta complicado distinguirlas (Lavender et al., 2013). Como un intento para solucionar la excesiva comorbilidad y la extensa similitud entre trastornos, se ha optado por crear más categorías con diferentes indicadores, lo cual representa un círculo vicioso, pues la creación de más trastornos sin restricción aparente exagera el traslape sustancial entre los mismos (Widiger y Samuel, 2005). Se ha propiciado así un dilema teórico acerca de si existen diferentes trastornos con síntomas similares, o si se trata de un mismo trastorno con nombres distintos, lo que se ha conocido como *conglomerado homogéneo* (Fairburn y Bohn, 2005; Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Además, la proliferación de los diagnósticos psiquiátricos, así como el establecimiento de nuevos umbrales diagnósticos cada vez menos exigentes para muchos trastornos, trae consigo la generación de falsos positivos y el uso indiscriminado de los fármacos (Echeburúa et al., 2013).

Por otro lado, también es pertinente señalar un problema que tiene el DSM en relación con la información que no incluye dentro de sus categorías, es decir, la cobertura inadecuada, que se refiere a los conjuntos de síntomas que se observan en determinadas poblaciones, pero no forman parte de ningún trastorno tipificado (Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcazar-Olán, 2011). La comorbilidad excesiva, el amplio parecido entre trastornos y la cobertura inadecuada son pruebas de que las categorías del DSM no son exclusivas, exhaustivas ni mutuamente excluyentes (Jablensky, 2011), características indispensables para que un sistema categórico sea útil.

La carencia de validez de los trastornos tipificados se ha identificado mediante investigación empírica en los desórdenes de ansiedad y depresión (Agudelo, Buela-Casal y Spielberg, 2007; Barlow, Allen y Choate, 2004; Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010), trastornos disociativos (Sandín et al., 2012), trastornos del control de impulsos (Widiger y Samuel, 2005), trastornos de la personalidad (Krueger, Watson y Barlow, 2005), trastornos psicóticos (Jablensky, 2011), entre otros. En esta misma línea, algo similar sucede con otro conglomerado de síntomas llamado trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, que se caracterizan por una persistente perturbación de los comportamientos alimentarios que resulta en un consumo alterado de comida, lo cual impide la salud física o el funcionamiento psicosocial (APA, 2013). Como una prueba de los problemas del modelo categórico respecto a este conglomerado se advierte que en la quinta versión del DSM, la más actual, existen ocho categorías diagnósticas de los trastornos alimentarios. A su vez, cada una de ellas cuenta con subcategorías, mientras que la tercera versión del DSM contaba únicamente con una categoría llamada anorexia nerviosa (ANer) y una subcategoría, la bulimia nerviosa (BN; APA, 2013; Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015). Estas nuevas categorías han surgido del consenso entre un grupo de expertos, pero no de la evidencia empírica (Echeburúa et al., 2014). El análisis de la literatura de investigación de los trastornos alimentarios hace visible las limitaciones del uso de la clasificación categórica.

1.2. Desventajas de estudiar los problemas alimentarios a partir del modelo categórico

Son numerosas las desventajas del estudio de los problemas alimentarios a partir de la concepción categórica tradicional. Un ejemplo de ellas es la posibilidad de encontrar personas diagnosticadas con un trastorno tipificado que no presentan algunos de los síntomas característicos de éste, como ha sucedido en el estudio de la ANer. Uno de los criterios diagnósticos fundamentales de la ANer en el DSM-IV era el miedo intenso a subir de peso y/o engordar. De hecho, el manual puntualiza que el miedo no se pierde al bajar de peso, sino que continúa incrementando. Sin embargo, se ha hallado que algunas personas con este diagnóstico no manifiestan preocupaciones por el peso ni miedos irracionales (Lee et al., 2001; Nakai et al., 2013). En la quinta versión del DSM sigue vigente este criterio, pero se aclara que es posible que algunas personas no se percaten de su miedo a subir de peso, lo cual se percibe como una solución rebuscada.

Por otro lado, personas que manifiestan síntomas característicos de un desorden no reúnen los criterios para su diagnóstico, como sucede con el trastorno por atracones. Aunque esta categoría ya se reconocía dentro de los problemas alimentarios no especificados en el DSM-IV y el DSM-IV-TR, no fue hasta el DSM-5 en que se le tipificó como un trastorno alimentario. Es común que existan personas que presentan atracones, pero no rebasan el punto de corte para recibir un diagnóstico (Goosens et al., 2007; Whiteside et al., 2007), lo cual se traduce en que queden fuera de tratamientos hospitalarios y protocolos de investigación.

Como una posible alternativa de solución para aquellas personas que tienen síntomas de problemas alimentarios de alta gravedad clínica, pero que no reúnen los requisitos para recibir un diagnóstico, se creó la categoría residual *trastorno de la conducta alimentaria no especificado*, EDNOS, por sus siglas en inglés (Fairburn y Bohn, 2005). En la quinta versión del DSM se eliminó el diagnóstico de EDNOS y se establecieron, en su lugar, dos nuevas categorías: 1) Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (UFED, por sus siglas en inglés) y 2)

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (OSFED, por sus siglas en inglés). Este último incorpora ejemplos específicos de trastornos alimentarios que no cumplen totalmente con los indicadores de los diagnósticos tradicionales. Incluye anorexia atípica, bulimia de frecuencia baja (y/o duración limitada), trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos (APA, 2013).

Al principio se creía que eran poco frecuentes los casos de EDNOS, pero estas ideas cambiaron gracias a diversos hallazgos que situaron a este problema como el más común dentro de los trastornos alimentarios (Fairburn y Bohn, 2005; Fairburn et al., 2007). El hecho de que la categoría residual EDNOS se mostrara como la de mayor prevalencia volvió a demostrar la deficiencia del sistema diagnóstico, por lo que algunos investigadores han sometido a prueba cambios en los indicadores de las categorías de trastornos alimentarios para disminuir la prevalencia del EDNOS. Estos estudios se han realizado principalmente durante la transición entre la cuarta y la quinta versión del DSM.

Dalle Grave y Calugi (2007), por ejemplo, propusieron tres cambios en el diagnóstico de ANer: 1) eliminar la amenorrea como criterio diagnóstico, 2) sustituir el criterio arbitrario de peso (peso esperado) por el índice de masa corporal (IMC; el indicador más usado a nivel internacional que explica la relación entre el peso y la talla corporal), y 3) incluir dentro de la categoría de ANer a pacientes con conductas restrictivas sin preocupaciones sobre la figura y el peso. Estos investigadores han encontrado que al aplicar el primer criterio se redujo el diagnóstico del EDNOS un 12% y que al reajustar el umbral del IMC, el 3% de las personas con EDNOS y el 15% de los que padecían BN recibieron el diagnóstico de ANer.

Otra propuesta de clasificación es la de Walsh y Sysko (2009) quienes han creado 4 categorías diagnósticas: ANer y desórdenes similares, BN y desórdenes similares, trastorno por atracones y problemas similares, y EDNOS. Esta clasificación ha logrado la disminución del EDNOS

de un 45% a un 2% (Nakai et al., 2013). Por su parte, otros investigadores han encontrado que los cambios en las categorías diagnósticas propuestos en el DSM-5 han logrado disminuir el UFED en adultos de población clínica de 53% a 25% (Fairburn y Cooper, 2011), de 59% a 33% (Thomas et al., 2015) y de un 29% a un 8% (Castellini et al., 2011). Aunque en la población general también se ha logrado una disminución significativa de la prevalencia de EDNOS, de 51% a 44% (Machado, Gonçalves y Hoek, 2013) y de 68% a 53% (Keel, Brown, Holm-Denoma y Bodell, 2011), esta categoría continuó como la de mayor frecuencia.

Lo que más resalta de estas modificaciones es que, si bien han logrado disminuir la prevalencia de la categoría residual, el precio que se tiene que pagar es la creación de nuevas categorías diagnósticas. Esto refuerza los dos problemas principales del modelo categórico: la comorbilidad excesiva y la extensa similitud entre diagnósticos. Por lo que dicha reducción se puede calificar como artificial, pues se trata de una solución parcial que ignora el problema de fondo. La facilidad con la que un reajuste de los indicadores en cada nueva versión del DSM modifica significativamente el número de personas que pasan de un diagnóstico a otro es una prueba de las complicaciones que posee el sistema diagnóstico tradicional y de su arbitrariedad subyacente.

El cambio de un diagnóstico de psicopatología alimentaria hacia otro no es algo inusual, y no sólo se observa al ajustar los criterios deliberadamente (Fairburn et al., 2008). Al estudiar de forma longitudinal a pacientes con problemas alimentarios se ha hallado que aquellos que inician con un diagnóstico de ANer suelen cambiar a BN y viceversa. Adicionalmente, una vez que las personas se recuperan de la ANer suelen reincidir en una condición de BN. Los hallazgos sobre la inconsistencia de los criterios diagnósticos en estudios longitudinales sugieren cuestionar la existencia de categorías discretas y arrojan luz acerca de explicaciones alternas, como la posible

existencia de un único síndrome que puede evolucionar a lo largo del tiempo (Eddy et al., 2008; Fairburn y Cooper, 2011).

Otra desventaja de la categorización se observa en la cobertura inadecuada, es decir, la presencia de síntomas relevantes de conducta alimentaria que el DSM no ha tomado en cuenta (Hernández-Guzmán et al., 2011). Por ejemplo, en distintas investigaciones se ha hallado que personas con BN manifiestan dos tipos de atracones: atracón objetivo y atracón subjetivo. El DSM contempla el atracón objetivo, que incluye la ingestión desmedida de alimentos y la sensación de pérdida de control. Pero soslaya enteramente el segundo tipo, el atracón subjetivo, que es una clase de ingestión excesiva en la cual la persona experimenta la sensación de falta de control pero la cantidad de comida no es *objetivamente abundante* (Brownstone et al., 2013, Firzsimmons-Craft et al., 2014). A su vez, se ha detectado que algunas de estas personas incurren en comportamientos de compensación, síntoma que no es característico del trastorno de atracones (Goosens et al., 2007; Whiteside et al., 2007).

A partir de la literatura de investigación es posible observar las debilidades teóricas y empíricas del modelo categórico, por no explicar acertadamente el fenómeno de los problemas alimentarios tanto en la práctica clínica como en la investigación (Fairburn y Cooper, 2011). Un hueco que existe en la línea de investigación de los trastornos alimentarios es que la mayoría de los estudios se ha realizado con mujeres adultas, pues en un principio se consideraba que estos desórdenes eran únicamente característicos de ellas. Después se comprobó que la sintomatología alimentaria es común en la infancia y la adolescencia (Ballester y Guirado, 2003; Marín, 2002), en donde también se prefiere el estudio de las mujeres debido a que los problemas alimentarios se presentan con mayor frecuencia en ellas (Allen et al., 2013; Campbell y Peebles, 2014; Peebles, Wilson y Lock, 2006), y los factores psicológicos asociados se acentúan más en las mujeres en comparación con los hombres (Flament et al., 2015). A continuación se presenta una revisión

acerca del estudio de la psicopatología alimentaria de niños y adolescentes a partir del modelo categórico.

1.3. La conducta alimentaria de niños y adolescentes: ¿Funciona el modelo categórico?

En la cuarta versión del DSM (APA, 2002) apareció la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria para edades tempranas. Para los adolescentes se utilizaban las mismas categorías que para los adultos: ANer, BN y trastornos alimentarios no especificados, mientras que para los niños se encontraban los diagnósticos de pica, rumia y el trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Fue en la quinta versión cuando estas categorías se combinaron para formar un solo sistema diagnóstico de los problemas alimentarios para niños, adolescentes y adultos llamado trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (APA, 2013).

En el caso de los niños y adolescentes la psicopatología alimentaria representa un problema de salud alarmante debido a las consecuencias y factores asociados que conlleva. En el contexto fisiológico se relaciona con deficiencias en el crecimiento, la nutrición y el peso (bajo peso o sobrepeso/obesidad; Aparicio-Llopis, Canals y Arija 2014). En cuanto a las repercusiones psicológicas presenta asociación con baja competencia social (Flament et al., 2015), comportamiento desafiante y agresivo, baja autoestima (Kara, Lesser, Brandenburg y Lesser, 2011), depresión y ansiedad (Micali et al., 2015), entre otros. Además, a largo plazo los problemas alimentarios en edades tempranas predicen fuertemente los síntomas externalizados e internalizados (Franzoni et al., 2009).

La sintomatología alimentaria es bastante común en niños (Bryant-Waugh y Nichols, 2011; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Peebles et al., 2006) y adolescentes (Ackard, Fulkerson y Neumark-Sztainer, 2007; Allen et al., 2013; Larson, Neumark-Sztainer y Story, 2009). Sin embargo, la prevalencia de los trastornos alimentarios en la infancia y

adolescencia es menor del 5% en la población general a lo largo del mundo (Flament et al., 2015; Hammerle, Huss, Ernst y Bürger, 2016; Peebles et al., 2006). Además del conjunto de fallas anteriormente señaladas que sufre el sistema categórico, una de las razones por las cuales este modelo no alcanza a captar acertadamente los problemas alimentarios en edades tempranas es que ignora la evolución de la psicopatología a lo largo del desarrollo, así como la forma en que se exacerban los síntomas.

Precisamente, la transición de la preadolescencia a la adolescencia es un periodo que puede propiciar los falsos positivos en relación con el trastorno de atracones. Se sabe que a esta edad los varones tienden a comer con mayor frecuencia como consecuencia del requerimiento energético debido al crecimiento natural, por lo que esta línea de investigación tendrá que distinguir las conductas de atracón de las demandas innatas nutricionales correspondientes al desarrollo (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

En esta población también se ha observado el problema de la cobertura inadecuada y la migración diagnóstica. Con respecto a la cobertura inadecuada, se ha detectado la presencia de atracón subjetivo tanto en niños como en adolescentes (Brownstone et al., 2013; Firzsimmons-Craft et al., 2014), sin que el DSM lo considere como síntoma de la BN ni del trastorno de atracones. En relación con la migración de un diagnóstico a otro, en el estudio longitudinal de Stice et al. (2013) se halló que el 32% de las mujeres con bulimia de baja frecuencia evolucionó al diagnóstico de BN, mientras que el 28% de mujeres con trastorno por atracones de baja duración adquirió el trastorno por atracones.

Al igual que con los adultos, la categoría UFED ha mostrado una prevalencia de hasta 70% en los adolescentes de población general que cumplirían con indicadores de un trastorno alimentario, y de 50% en población clínica (Allen et al., 2013). Este problema ha inspirado los esfuerzos por reducir el porcentaje de niños y adolescentes que reciben este diagnóstico residual.

Se ha encontrado que al aplicar los criterios del DSM-V a una muestra de adolescentes con diagnóstico de problemas alimentarios con base en el DSM-IV hay una disminución significativa en prevalencia del EDNOS, aunque ésta ha permanecido con una elevada frecuencia de entre el 15-33% (Allen et al., 2013; Ornstein et al., 2013). Asimismo, en el estudio de Stice et al. (2013) con adolescentes de población general, a pesar de los cambios en las categorías del DSM-5, las categorías OSFED y UFED continuaron como las de mayor prevalencia en la adolescencia, lo que evidencia la imposibilidad para clasificar la mayoría de los conglomerados de síntomas.

Hasta el momento se ha señalado que los estudios transversales y longitudinales en adultos, adolescentes y niños han puesto en evidencia la dudosa validez del modelo categórico. Cabe señalar, además, que si se parte del hecho de que cada trastorno obedece a una etiología y requiere un tratamiento distinto, de acuerdo con el modelo categórico, entonces sería necesaria la creación de tratamientos diferentes cada vez que surja una nueva versión del DSM debido al incremento exponencial de las categorías diagnósticas, lo cual resulta absurdo y costoso (Echeburúa et al., 2014). Los hallazgos anteriores permiten concluir que es inadecuado continuar estudiando la conducta alimentaria con base en una perspectiva categórica.

1.4. La perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria

El desarrollo del ser humano se ha conservado como uno de los principales objetos de estudio de la Psicología a lo largo de los años. En las últimas décadas, se ha abandonado la concepción antigua de las teorías unilaterales y deterministas que argumentaban la existencia de etapas del desarrollo psicológico que obedecían a un orden establecido, y que era necesario cumplir con ciertos requisitos para avanzar de una a otra. En contraste, se ha dado paso a explicaciones multifactoriales y dinámicas del cambio hacia la complejidad, en las que se concibe al desarrollo como un incremento en la diversidad de la organización del ser humano como consecuencia de

coacciones o interacciones en distintos niveles entre éste y su ambiente (Leve y Chicchetti, 2016; Overton y Lerner, 2012, 2014).

La psicopatología del desarrollo es una disciplina científica que se interesa en el desarrollo psicológico desde un enfoque multifactorial. Su principal objeto de estudio es la interacción entre los contextos biológicos, sociales y psicológicos, y su influencia sobre el desarrollo normal y anormal de la conducta. El marco teórico de este paradigma no propone que la psicopatología es inherente al individuo como un ente particular, sino que señala relaciones dinámicas entre la persona y el medio en el que interactúa (Cicchetti, 1984). Esta visión, a su vez, apoya la validez de los conceptos equifinalidad y multifinalidad. La equifinalidad se refiere a que los organismos en desarrollo que tienen diferentes condiciones tempranas, pueden alcanzar un mismo punto final. Mientras que la multifinalidad alude a que los seres que comparten condiciones similares en un punto de partida pueden alcanzar desenlaces diferentes mediante diversas rutas (Gottlieb, 1991).

A la luz del estudio de la psicopatología del desarrollo se entiende que los problemas psicológicos son resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ende, el estudio de la psicopatología debe incluir una metodología amplia y compleja, así como de una atención particular hacia cada persona. No es apropiado establecer decisiones de acuerdo con un modelo de presencia-ausencia de síntomas como señala el modelo categórico de la psicopatología (Echeburúa et al., 2014). Los problemas hasta aquí reseñados muestran que el DSM es un reflejo pobre de la realidad clínica en el campo de la conducta alimentaria (Fairburn y Cooper, 2011). Las múltiples y serias contrariedades que la clasificación arbitraria de síntomas origina y, por ende, la ausencia de validez de constructo del modelo categórico, han llevado a distintos investigadores a proponer que la *explicación dimensional* refleja con mayor precisión la forma en que se manifiesta la psicopatología (Castellini et al., 2011; Regier, 2012; Rutter, 2003; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2012; Wilfley et al., 2007).

Se entiende por dimensión, dentro de la Psicología, el conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico (Hernández-Guzmán et al., 2011). Desde la perspectiva dimensional, la psicopatología (y el comportamiento en general) se estudia en función del grado en el que se presenta. Las dimensiones en que se manifiesta la conducta suponen continuidad entre la anormalidad y la normalidad, y se usan datos empíricos para cuantificarlas y distinguirlas entre ellas. Esta postura contrasta con el modelo categórico, al cual subyace un conteo de síntomas a partir del cual se decide frente a un punto de corte preestablecido arbitrariamente si se otorga o no un diagnóstico, pretendiendo así separar claramente la normalidad de la psicopatología (Widiger y Samuel, 2005).

El modelo dimensional, además, se basa en las diferencias individuales, lo cual permite obtener un perfil multifactorial individual para comprender la magnitud en la que se presentan las disfunciones psicológicas en cada persona en contraste consigo misma o con otras. De este modo, se pierde poca información y es posible tomar decisiones informadas, a partir de evidencia científica, lo cual no sucede en el modelo categórico (Krueger y Piasecki, 2002).

Los modelos dimensionales tienen la ventaja de introducir explícitamente variaciones cuantitativas y transiciones graduales entre las diferentes agrupaciones de síntomas, así como entre el continuo normalidad-patología (Jablensky, 2011). Debido a que requieren identificar y medir las variaciones individuales respecto a diversos fenómenos psicológicos, se evalúa a cada persona en términos de todas las dimensiones relevantes, lo que propicia la poca pérdida de información y una descripción cuantitativa particular (Hernández-Guzmán et al., 2011). Los resultados de investigación en psicología se han inclinado en favor de la perspectiva dimensional de la psicopatología en distintas áreas, como los desórdenes emocionales (Agudelo et al., 2007; Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011), los problemas de personalidad (Neacsiu, Eberle, Kramer,

Wiesmann y Linehan, 2014; Samuel y Widiger, 2008; Shedler y Westen, 2004) y los problemas alimentarios (Fairburn et al., 2003), etc.

Una ventaja de la perspectiva dimensional es que permite el estudio de las dimensiones básicas de los desórdenes alimentarios sin excluir participantes de los estudios debido a que no cumplen con los indicadores de un trastorno alimentario tradicional. El análisis de las dimensiones de los problemas alimentarios, como la insatisfacción corporal (Amaya, Álvarez y Mancilla, 2010; Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre, 2016), las conductas de atracón (Gómez-Peresmitré et al., 2013), el deseo de delgadez (Mancilla-Díaz et al., 2010; Peñas-Lledó, Bulik, Lichtenstein, Larsson y Baker 2015), la dieta restrictiva o la preocupación por la comida (Álvarez-Rayón et al., 2004; Moulton, Newman, Power, Swanson y Day, 2015; Platas y Gómez-Peresmitré, 2013), entre otras, ha revelado que los síntomas se manifiestan a lo largo del espectro de la psicopatología alimentaria con diferente intensidad.

Es vasta la investigación que se ha centrado en el estudio de las dimensiones de la conducta alimentaria. En estudios con población comunitaria, en la que es difícil observar casos con algún trastorno alimentario, a estas dimensiones también se les conoce como factores de riesgo (Gómez-Peresmitré, 2001; Platas y Gómez-Peresmitré, 2013). Su análisis ha permitido observar que desde edades tempranas hay indicadores importantes de alteraciones en la conducta alimentaria que no podrían captarse al intentar documentar la prevalencia de trastornos alimentarios tomando como base las categorías tradicionales. El análisis de las dimensiones en las que se conglomeran los síntomas, en contraste, ha permitido el estudio del continuo de la conducta alimentaria sin constreñirlo artificialmente.

Por ejemplo, Gómez-Peresmitré et al. (2001) estudiaron diversos problemas alimentarios en 8673 niños y adolescentes de población general. Encontraron una prevalencia de conductas de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la dieta en edad prepuberal (6-9 años) para

mujeres y hombres, respectivamente, de 41% y 39%, 64% y 62% y 51% y 50%. Las mismas variables de estudio en preadolescentes, mujeres y hombres, mostraron una prevalencia de 43% y 28%, 24% y 25% y 53% y 25%. Mientras que en los adolescentes, mujeres y hombres se observó una prevalencia de 50% y 28%, 10% y 7% y 54% y 34%. En este mismo sentido se muestra el estudio de Hammerle et al. (2016) con 1654 niños y adolescentes de población general. Al indagar sobre la prevalencia de algún trastorno alimentario del DSM-V se encontró que los participantes recibieron un diagnóstico de ANer (0.3%), BN (0.4), trastorno de atracones (0.5), trastorno por purgas (2%) y anorexia atípica (4%). Por su parte, el análisis de las dimensiones de los problemas alimentarios permitió hallar que el 21% de los participantes estaba preocupado por la delgadez, el 18% manifestaba conductas de sobreingesta de alimentos y conductas compensatorias, mientras que el 17% presentaba insatisfacción corporal.

Peebles et al. (2006) encontraron en población general que entre el 20% y el 56% de los niños en edad prepuberal presentaban conductas de dieta restrictiva, 44-71% realizaba ejercicio con la intención de perder peso, 1-10% había realizado conductas purgativas y 4-6% recurría a los atracones. En el estudio de Larson et al. (2009) se encontró que en EUA el 60% de las adolescentes y más del 30% de los adolescentes ha intentado perder peso. Después de un seguimiento de 5 años se observó que el 45% de las mujeres y 17% de los hombres había mantenido conductas de dieta restrictiva. Ackard et al. (2007) hallaron que en una muestra de adolescentes el 16% de las chicas y el 15% de los chicos presentó atracones, vómitos autoinducidos, uso de laxantes y ejercicio excesivo. Además, 25% de las mujeres y 18% de los hombres manifestaron un desprecio severo hacia su cuerpo, mientras que 41% de las mujeres y 25% de los hombres mostraron distorsión de la imagen corporal. Empero, de todos estos participantes que presentaron sintomatología, ninguno logró reunir los indicadores requeridos para alcanzar el umbral establecido para un diagnóstico de trastorno alimentario. A partir de estos hallazgos se puede concluir que los problemas alimentarios

aparecen desde edades tempranas y que su prevalencia, tanto en la infancia como en la adolescencia, es elevada. El modelo categórico propicia la pérdida de información en el estudio de la psicopatología alimentaria, por lo que el interés por las dimensiones de la conducta alimentaria resulta más beneficioso para la comunidad científica.

Otra ventaja más de la perspectiva dimensional se observa en la disminución de los diagnósticos que cambian a lo largo del tiempo. Por ejemplo, para un individuo con anorexia de tipo atracones/purgas sería relativamente fácil migrar a un diagnóstico de BN a consecuencia de un incremento de peso. La inclusión de la dimensión *peso* permitiría captar las variaciones menores dentro del continuo sobrepeso-bajo peso, en comparación con el establecimiento de una nueva categoría diagnóstica que implicaría una etiología diferente y la creación de un tratamiento nuevo (Wildes y Marcus, 2013).

Además, el enfoque dimensional ayuda sobremanera a reducir la inflación cada vez más grande de categorías diagnósticas al enfocarse en la gravedad de los síntomas dentro del conjunto de dimensiones básicas (Lavender et al., 2013). En distintos estudios se ha observado que al distribuirse los síntomas en dimensiones como la preocupación por el peso y la figura, o las conductas de atracón y purga, la frecuencia del EDNOS se reduce del 50% al 0%, logrando un mejor análisis del fenómeno (Dunn, Geller, Brown y Bates, 2010). Eddy et al. (2010), por su parte, han identificado tres conglomerados de síntomas en una muestra de niños y adolescentes con diagnóstico formal del DSM: conductas de atracones y purgas, ejercicio desmesurado con preocupación excesiva por el peso, y conductas y cogniciones sobre la comida. De esta forma ha sido posible eliminar la categorización de los síntomas en los ocho diferentes trastornos del DSM en donde, por cierto, la categoría residual EDNOS era la de mayor prevalencia.

El agrupamiento de los síntomas en dimensiones no se realiza de forma deliberada ni arbitraria, sino que parte de modelos teóricos sólidos que se someten a prueba mediante métodos

estadísticos, como el análisis de cúmulos, el análisis factorial confirmatorio (AFC), el análisis de perfiles latentes, etc. Dentro de esta línea de investigación, la mayor aportación es la de Christopher Fairburn y sus colaboradores, la cual ha tenido implicaciones para la evaluación e intervención (Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2009; Fairburn y Cooper, 2011; Fairburn et al., 2013). Después de varios años de comprobar la eficacia reducida de los tratamientos basados en el enfoque categórico tradicional, Fairburn et al. (2003) se percataron de la necesidad de implementar un cambio en la concepción tradicional de los problemas alimentarios. A partir de sus investigaciones propusieron un modelo teórico que argumenta que el núcleo principal (o central) de la psicopatología de la conducta alimentaria es la preocupación exacerbada por el peso y la figura corporal. Una vez que se presenta esta sobrevaloración excesiva del peso y la figura corporal se desprenden dos grandes conglomerados de síntomas: 1) aquellos relacionados con la restricción alimentaria (dieta) y 2) los asociados con la sobreingesta (atracción). Debido al sostén empírico con el que cuenta, en la presente investigación se ha adoptado el modelo de Fairburn et al. (2003) para estudiar el espectro de los problemas alimentarios.

En un inicio se comenzó a analizar si este modelo de tres dimensiones servía como base para el tratamiento de pacientes diagnosticadas con BN. Tras hallar evidencia en favor de la intervención cognitivo-conductual partiendo de este planteamiento teórico, se sometió a prueba también en pacientes con diagnóstico de ANer y EDNOS, hallando una eficacia superior a la que brindaban las terapias convencionales. Por tratarse de un tratamiento dirigido a modificar los síntomas de todo tipo de pacientes con problemas alimentarios sin importar su diagnóstico, este protocolo recibió el nombre de *tratamiento transdiagnóstico* (Fairburn et al., 2003).

1.5. La teoría del Transdiagnóstico de los desórdenes alimentarios

El debate acerca de qué enfoque es mejor para la ciencia y para la práctica clínica, si el categórico o el dimensional, podría cesar fácilmente al tomar en cuenta la afirmación de Lavender et al. (2013) quienes han advertido que cualquier clasificación o paradigma que se utilice debe poseer necesariamente un respaldo empírico sólido. En ese sentido, la perspectiva dimensional se ha mostrado superior y debería tener prioridad. En virtud de la contundencia de los datos de investigación que apoyan una perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria, la OMS, la APA y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos han recomendado que en la última versión del DSM se incluyan, además de los indicadores diagnósticos tradicionales (categóricos), criterios dimensionales como el IMC para la ANer, la frecuencia de las conductas de compensación en la BN, así como la frecuencia y gravedad de los atracones para el trastorno por atracones (Wildes y Marcus, 2013).

Sin embargo, por la costumbre de usar puntos de corte discretos para distinguir entre quienes sí requieren tratamiento y quienes no, así como el hecho de que los modelos dimensionales resultan más complicados de entender y de explicar (Jablensky, 2011), parece difícil lograr una conversión total hacia esa perspectiva (Lavender et al., 2013). Así, en los últimos años ha surgido la controversia acerca de la pertinencia de estudiar y tratar los conglomerados de síntomas como categorías mutuamente exclusivas, como dimensiones relacionadas y complementarias, o si se debe trabajar con una combinación de ambas perspectivas (Keel, Crosby, Hildebrandt, Haedt-Matt y Gravener, 2013).

El tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria surge de una aproximación científica convergente e integradora que parte de una postura dimensional, pero considera el concepto de categoría (Sandín et al., 2012) como una herramienta heurística. Congruente con la dimensionalidad, desde el transdiagnóstico se reconoce que la conducta alimentaria es dinámica y

oscila a lo largo de un continuo, pero utiliza las categorías diagnósticas, pese a su arbitrariedad, como referente de entidades que agrupan síntomas y condiciones. La teoría que respalda al tratamiento transdiagnóstico propone que las categorías tipificadas (o trastornos) son variaciones relativamente menores de síndromes subyacentes más amplios también llamados espectros (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011). Por ejemplo, la dimensión de preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, componente medular de la psicopatología alimentaria, está presente en los trastornos ANer, BN, atracones, OSFED y UFED (Castellini et al., 2011). Si esta preocupación exacerbada disminuye, por ende, los indicadores de las categorías también reducirían (Fairburn et al., 2003).

La *teoría del transdiagnóstico* de Fairburn et al. (2003) no sólo describe cuáles son las dimensiones básicas de los problemas alimentarios, sino que ofrece también una explicación acerca de cómo una serie de procesos psicológicos subyace a los diversos conglomerados de síntomas tipificados en las categorías diagnósticas (Barlow et al., 2011; Neacsiu et al., 2014). En su trabajo seminal Fairburn y su grupo de investigación establecieron que son cuatro los elementos principales responsables del origen de los síntomas del espectro de la conducta alimentaria, a saber: 1) perfeccionismo severo al autoevaluar el peso y la figura corporal con base en estándares irreales, 2) baja autoestima, 3) dificultades en el afrontamiento de emociones o intolerancia a los estados afectivos (los pacientes recurren a conductas disfuncionales como autolesiones, consumo de sustancias, como una forma de contender con las emociones positivas y negativas), y 4) dificultades interpersonales, que se manifiestan principalmente en la familia y otras interacciones sociales. La presencia u ocurrencia de estos factores incrementaría la probabilidad de desarrollar algún problema alimentario.

Los estudios experimentales han mostrado evidencia robusta en favor de la eficacia del tratamiento transdiagnóstico, intervención dirigida hacia los cuatro factores anteriormente

señalados, así como al núcleo de la psicopatología alimentaria (Byrne, Fursland, Allen y Watson, 2011; Dalle Grave, Calugi, Doll y Fairburn, 2013; Draxler y Hiltunen, 2012; Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2013; Thompson-Brenner et al., 2016). Aunque esta línea de investigación es incipiente, se ha encontrado que el protocolo del tratamiento transdiagnóstico de la conducta alimentaria ha resultado más eficaz a corto y a largo plazo en comparación con otras intervenciones basadas en aproximaciones teóricas diferentes (Agras, Fitzsimmons-Craft y Wilfley, 2017; Fairburn et al., 2015; Dalle Grave et al., 2013; Poulsen et al., 2014).

Por otro lado, estudios no experimentales que han sometido a prueba el modelo de los mecanismos que subyacen a las dimensiones nucleares de la conducta alimentaria han encontrado resultados contradictorios en la fortaleza de las relaciones entre variables, dependiendo de la muestra (clínica o general), el sexo (mujeres u hombres) y los grupos de edad (adultos o adolescentes). Pero en general, se ha hallado evidencia en favor de que los factores perfeccionismo, baja autoestima, intolerancia al afecto y problemas interpersonales predicen las dimensiones de la psicopatología alimentaria (Dakanalis, Timko, Clerici, Zannetti y Riva, 2014; Hoiles, Egan y Kane, 2012), siendo la baja autoestima y la intolerancia al afecto las dimensiones que actúan con mayor impacto (Lampard, Tasca, Balfour y Bissada, 2013).

La autoestima y la intolerancia al afecto forman parte del componente afectivo del ser humano, cuya interacción con la conducta alimentaria se ha estudiado ampliamente (Allen, McLean y Byrne, 2012; Amaya et al., 2010; Moreno y Ortiz, 2009; Raykos, Byrne y Watson, 2009). En el presente trabajo se decidió examinar la influencia de los problemas afectivos en la conducta alimentaria a partir de dos constructos, el AN y la DE, debido a que se han mostrado como elementos nucleares que subyacen a múltiples psicopatologías desde edades tempranas del desarrollo psicológico (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011; Chorpita, 2002).

El AN es un estado de ánimo específico de desagrado que aún no tiene mecanismos cognitivos implicados (Watson y Clark, 1984), mientras que la DE es una deficiencia en la habilidad para regular las emociones (Shedler y Westen, 2004). Si bien el modelo de los componentes medulares de la conducta alimentaria (Fairburn et al., 2003) no toma en cuenta directamente estas dos variables, el AN y la DE son dimensiones que presentan un traslapeo sustancial con la intolerancia al afecto propuesta por Fairburn y sus colaboradores, la cual se percibe como una forma de desregulación afectiva. Los siguientes capítulos teóricos de la presente investigación se dedican al análisis de la influencia del AN y la DE en la psicopatología alimentaria.

Capítulo 2. ¿Qué papel desempeña el afecto negativo en la psicopatología alimentaria?

2.1. Explicación categórica y dimensional de los problemas emocionales

Al igual que en el estudio de los desórdenes alimentarios, los modelos categóricos y dimensionales de la psicopatología han ofrecido sus respectivas explicaciones acerca de los problemas emocionales. Las limitaciones señaladas anteriormente con respecto al modelo categórico anuncian la superioridad de la perspectiva dimensional. No obstante, revisar ambas propuestas a la luz de la investigación empírica permitirá decidir cuál resulta más útil en la línea de investigación del afecto.

Para la concepción categórica, son dos los principales trastornos que durante muchos años han encabezado la lista de los desórdenes emocionales: la depresión y la ansiedad. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2012) y la OMS (2017), la depresión y la ansiedad son los trastornos mentales de mayor prevalencia en el mundo. La OMS ha calculado que 350 millones de personas en el mundo sufren depresión, que ésta es la principal causa de discapacidad y que cada año se suicidan aproximadamente 800000 personas a causa de ella. En correspondencia con lo anterior, tanto el informe de evaluación del sistema de salud mental de la OMS en México (Secretaría de Salud de México, OPS y OMS, 2011), como diversos estudios epidemiológicos (Benjet et al., 2009; Medina-Mora et al., 2003), han señalado que los trastornos del estado de ánimo son los de mayor prevalencia en México.

El modelo categórico de la psicopatología argumenta que la ansiedad y la depresión son dos categorías distintas, mutuamente excluyentes. Actualmente, el DSM-5 describe ocho categorías de los trastornos depresivos, a los que se les puede agregar diferentes especificadores como características atípicas, características melancólicas, características psicóticas, entre otras. En cuanto a la ansiedad, hay once trastornos tipificados, cada uno con sus diversas particularidades

y especificaciones (APA, 2013). Sin embargo, a pesar de que la concepción categórica explica estos problemas como dos entidades discretas, en repetidas ocasiones se ha corroborado el traslape sustancial entre ambas, por lo que se ha echado mano del concepto de comorbilidad para explicar la varianza compartida (Agudelo et al., 2007). Esta explicación resulta insuficiente (Hernández-Guzmán et al., 2011), al ser la comorbilidad una constante más que una excepción (Echeburúa et al., 2014; Sandín et al., 2012), además de tautológica, pues son varios los indicadores que comparten ambas categorías. Incluso en el DSM-5 hay un apartado de especificadores para los trastornos depresivos designado exclusivamente para los síntomas de ansiedad, el cual permite especificar en qué nivel se encuentra ésta, así como diversos indicadores, para cada categoría de la depresión.

Debido al elevado número de categorías y a su crecimiento exponencial en los manuales diagnósticos resulta cada vez más ilusorio pensar que en un futuro será posible llegar a la homogeneidad del sistema diagnóstico categórico tradicional. La elevada comorbilidad entre ansiedad y depresión es un reflejo de la pobre validez del modelo categórico, por lo cual distintos teóricos, clínicos e investigadores han generado propuestas en un intento por dar una mejor explicación de los problemas emocionales, como es el caso de la explicación dimensional (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner y Althoff, 2016).

En la década de los 60 del siglo pasado Tomas Achenbach y Leslie Rescorla propusieron una descripción más próxima a la realidad para los problemas psicológicos que se presentan con mayor frecuencia. Se trata de dos espectros amplios que a su vez contienen dimensiones conformadas por distintos indicadores. Por un lado se encuentran los problemas externalizados, que básicamente se refieren a la impulsividad, la conducta disruptiva y el abuso de sustancias. En contraste están los problemas internalizados, constructo que abarca los síntomas encubiertos reflejados al interior de la persona, tales como la reactividad emocional, y los síntomas de ansiedad,

depresión y problemas somáticos. Es tan contundente la investigación (estudios epidemiológicos, experimentos, meta-análisis, etc.) a lo largo del mundo que apoya la validez de constructo de los problemas internalizados y externalizados que incluso en la introducción del DSM-5 se señala que esta concepción dimensional es una forma válida de explicar el traslapo entre síntomas al tomar en cuenta también factores ambientales y genéticos, y generar perfiles que describen los problemas del individuo de acuerdo con su nivel de funcionalidad (Achenbach et al., 2016).

Una de las principales aportaciones de la línea de investigación de los problemas internalizados es la identificación de dimensiones supraordenadas, o de segundo orden, en las que se agrupan los síntomas (Hernández-Guzmán et al., 2011). De acuerdo con Achenbach et al. (2016) estas dimensiones supraordenadas representan un modelo jerárquico dimensional de los síntomas internalizados que permite conocer las relaciones entre los problemas de acuerdo con una comparación entre sus pares provenientes de una muestra cultural similar por medio de la creación de perfiles. Esto resulta más beneficioso al permitir la comprensión de la psicopatología sin tomar decisiones forzadas acerca de en qué categoría se debe clasificar a una persona. En el caso de los problemas emocionales, se ha confirmado que el AN es un constructo supraordenado que engloba los síntomas de ansiedad y depresión (Barlow y Campbell, 2000; Brown, Chorpita y Barlow, 1998), y que la covarianza entre factores genéticos y conductuales con los problemas internalizados y externalizados se debe al AN (Mikolajewski, Allan, Hart, Lonigan y Taylor, 2013).

2.2. El afecto medular y el afecto negativo

Tradicionalmente se ha concebido a las emociones como reacciones fisiológicas y comportamentales ante estímulos que tienen como función la adaptación del ser humano en su ambiente. En este paradigma tradicional se ha llegado al consenso de que las emociones básicas, como la ira, la tristeza, el miedo, etc., son categorías naturales que poseen sus propias

características, lo cual permite que sean claramente discernibles entre ellas. Por ejemplo, los indicadores convencionales de la ira son el criterio para afirmar que ésta se suscitó, como los movimientos faciales, los patrones cardiovasculares, las acciones voluntarias, las apreciaciones cognitivas, etc... Al afirmar que las emociones son categorías naturales se entiende que han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad y que el hombre no las inventó, sino que las descubrió (Barret, 2006).

Rusell (2009; 2015) y Barret (2006; 2015) han cuestionado la conceptualización tradicional de la emoción al señalar las limitaciones que ha revelado la línea de investigación de las emociones: 1) la falta de consenso en la definición del término emoción, 2) la experiencia emocional regularmente es diferente entre las personas a pesar de que se esté analizando la misma emoción, 3) los indicadores que supuestamente pertenecen a las categorías naturales de la emoción se traslapan frecuentemente, 4) rara vez las emociones ocurren de forma aislada (una a la vez), 5) existen múltiples variaciones culturales respecto a la forma de interpretar las emociones, 6) las reacciones conductuales de las personas son diferentes al experimentar las mismas emociones. Además, estos autores han argumentado que no hay evidencia contundente que demuestre que las emociones producen expresiones faciales uniformes, que exista un patrón único del sistema nervioso autónomo para cada emoción, que se puedan separar claramente los factores correspondientes a las emociones básicas en estudios con autoinformes o que existan clases de comportamientos comunes al experimentar las emociones. Se ha postulado entonces la posibilidad de que las personas reaccionen ante una variedad de estímulos con una respuesta modal general, pero que dicha respuesta puede cambiar entre los individuos. Se le ha llamado afecto medular al factor general subyacente a toda la experiencia emocional.

El afecto medular es un flujo constante de alteraciones en el estado neurofisiológico de un organismo que representa su relación inmediata con el vaivén de procesos cambiantes en el

ambiente. Es medular porque los objetos y eventos tienen un significado afectivo al influir en el estado de homeostasis de la persona. Las respuestas afectivas medulares, que son de índole simpático y parasimpático, propician la necesidad de actuar. El afecto medular se experimenta en términos de valencia (positiva o negativa, placentera o no placentera) y de excitación (sentirse activado o desactivado). A partir de la experiencia previa y del conocimiento de cada individuo, el afecto medular se categoriza (tal y como sucede cuando el espectro de la luz se divide en colores) dando origen a lo que tradicionalmente se conoce como emoción, la cual no sería una categoría natural sino una conceptualización del afecto medular a partir de la interpretación propia de la persona y la retroalimentación del ambiente. Si bien las emociones son cambios en la experiencia afectiva que efectivamente se acompañan de reacciones conductuales y fisiológicas, no poseen por sí mismas un significado para la especie si no se toma en cuenta la experiencia previa y el conocimiento de cada individuo (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015).

El análisis empírico de la estructura del afecto tiene sus bases desde la década de los 50 del siglo pasado. Con el propósito de estudiar la influencia del uso de medicamentos sobre el estado de ánimo de las personas Nowlis y Nowlis (1956) fueron pioneros en formular una lista de más de 100 indicadores para operacionalizar los estados afectivos. En este trabajo seminal se postularon 4 dimensiones de los estados de ánimo: activación (trabajo, pensamiento y atención), control (la percepción que se tiene de que las cosas están o estarán bajo control), orientación social (estados relacionados con la interacción con otras personas) y hedonismo (la percepción de situaciones placenteras-displacenteras).

Posteriormente, diversos investigadores utilizaron también la metodología de las listas de estados afectivos para conocer más sobre la estructura del afecto encontrando a su vez resultados contradictorios en cuanto al número de dimensiones en las que se agrupaban los ítems, pero al

mismo tiempo hallando congruencia en concluir que las dimensiones del AP y AN eran las más consistentes (Lebo y Nesselroade, 1978; Meddis, 1972; entre otros).

La necesidad de controlar los sesgos metodológicos tales como muestras pequeñas o inconsistencia en el empleo de formatos de respuesta de los estudios pioneros del afecto (Russell, 1979) llevó a Auke Tellegen a desarrollar estudios con un control más riguroso al incrementar el tamaño de la muestra, emplear el análisis factorial en conjunción con los diseños longitudinales y proponer estudios transculturales. Tellegen (1980) y, Zevon y Tellegen (1982), al dar seguimiento a los estados emocionales de personas a lo largo de tres meses en distintos momentos del día, han corroborado que el afecto posee dos cualidades: la valencia y la excitación.

La valencia se refiere a un estado placentero-displacentero, mientras que la excitación describe el continuo de la activación afectiva que oscila entre la baja y la elevada excitación. Ambas cualidades muestran alta relación con la activación del sistema nervioso periférico y se ha propuesto que estas dimensiones, a su vez, corresponden a los componentes del afecto medular, que se refiere a los estados de placer o displacer, con mayor o menor activación, que están presentes en todos los humanos desde el nacimiento y que son universales. Las representaciones mentales de las emociones contienen medularmente el placer o el desagrado (Barrett, 2006, 2015; Barrett, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007). Otro hallazgo de Tellegen (1980) y, Zevon y Tellegen (1982) es que el AP y negativo se han mostrado como dimensiones ortogonales, es decir, la presencia de una no condiciona la presencia o ausencia de la otra. Resultado que se ha replicado en distintos estudios (Chorpita, 2002; Watson y Clark, 1984; Watson, Clark y Tellegen, 1988).

En un primer momento Tellegen (1980) denominó estructura bifactorial del afecto al modelo de dos dimensiones: AN y AP. Después de conducir y revisar varios estudios con el propósito de someter a prueba la estructura bifactorial del afecto (estudios que contemplaron métodos de autoinforme, pruebas de diferencial semántico y análisis del rostro y de la voz), Watson

y Tellegen corroboraron que a pesar de las pequeñas variaciones con respecto al número de dimensiones en las que se agrupaban los indicadores, éstas a su vez obedecen a dos dimensiones de segundo orden que explican entre el 50 y 75% de la varianza: AP y AN. Estudios posteriores han apoyado esta propuesta (Seo, Barret y Jin, 2008; Tellegen, Watson y Clark, 1999).

El AP elevado describe en general cómo una persona se siente entusiasta, activa y alerta, con niveles altos de energía y seguridad, y mantiene una relación agradable con el ambiente. Mientras que términos como fatiga, anhedonia, bajos niveles de confianza o falta de interés por las cosas caracterizan el bajo AP. Por otro lado, el AN es una dimensión general de malestar subjetivo que contiene una variedad de estados de humor adversos. El AN elevado incluiría emociones como miedo, enojo, tristeza, vergüenza, entre otras. Mientras que el bajo AN se ejemplifica como un estado de calma y comodidad (Watson y Clark, 1984).

Desde 1984 Watson y Clark advirtieron que si bien los síndromes de ansiedad y depresión se habían entendido como categorías mutuamente excluyentes y que de acuerdo con esta concepción, como tal, no debían poseer los mismos indicadores, las fuertes correlaciones entre ellos sugerían la necesidad de explicar cuál era el componente teórico que ocasionaba este traslape. Clark y Watson (1991) concluyeron que tanto los síntomas de ansiedad como de depresión denotan valencia negativa, pero en la ansiedad destaca la excitación elevada, mientras que en la depresión la excitación es muy baja. Los autores plantearon que las diferencias y similitudes entre ambos síndromes se explican en una estructura tripartita. El primer factor es de hiperactivación fisiológica (tensión, activación somática, mareos, boca seca, temblores, entre otros) y es exclusivo de la ansiedad. El segundo factor es la ausencia de AP, que se refleja únicamente en la depresión. El tercer factor es una dimensión de malestar emocional general compartido por la ansiedad y la depresión, ésta es heredable y se mantiene a lo largo del tiempo, se trata del AN. Este modelo ha

sido denominado *modelo tripartito de la depresión y la ansiedad*, o *modelo tripartito de la emoción*.

Son varios los estudios que han arrojado evidencia en favor del modelo tripartito en población de adultos (Barlow et al., 2004; Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996), adolescentes y niños (Chorpita 2002; Chorpita, Plummer y Moffit, 2000). Si bien también existen algunas investigaciones que no respaldan por completo el modelo tripartito de la emoción (Ollendick, Seligman, Goza, Byrd y Singh, 2003), es contundente el hecho de que el AN es un constructo supraordenado que engloba los síntomas de la ansiedad y la depresión (Barlow y Campbell, 2000; González, Herrero, Viña, Ibañez y Peñate, 2004).

Partiendo de lo anterior se puede concluir que la explicación dimensional de los problemas emocionales ha recibido un sustento empírico superior en contraste con el modelo categórico (Hernández-Guzmán et al., 2011). Es por ello que en este trabajo se pondrá atención al papel del AN como una dimensión supraordenada que engloba los principales problemas emocionales (Seo et al., 2008). La definición que se utilizará es la que parte de la línea de investigación de David Watson, Lee Anna Clark y Auke Tellegen (Clark y Watson, 1991; Watson y Clark, 1984; Watson et al, 1984), quienes han propuesto que el AN se define como una sensibilidad a las señales negativas del ambiente asociada con una predisposición a experimentar emociones negativas tales como ira, tristeza, miedo, frustración, etc., que se pueden describir en términos de una combinación entre la valencia y la excitación afectiva. Esta definición es congruente con la conceptualización moderna constructivista del afecto medular (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015). Se trata de una definición parsimoniosa que sólo abarca la presencia de emociones negativas inespecíficas sin algún otro proceso relacionado, como la interpretación cognitiva del malestar, la manera en que éste puede regularse o los desenlaces que pudieran ocurrir producto de la experiencia constante de AN.

2.3. Diferencias entre el afecto negativo y otros constructos

Una vez esclarecida cuál es la definición que se usará en este trabajo es necesario distinguir entre el AN y otros constructos relacionados con el propósito de evitar confusiones posteriores. El término neuroticismo, por ejemplo, se ha utilizado desde principios del siglo XX y hace referencia a una tendencia a experimentar, dentro de una amplia gama de situaciones, diversos estados afectivos inadecuados, como depresión, ira, ansiedad o vergüenza. Aunque se ha arrojado evidencia a favor de la validez del constructo neuroticismo (Miller y Pilkonis, 2006), éste tiene un antecedente basado en los postulados psicoanalíticos, lo que dificulta establecer consistencia en su definición en diferentes trabajos. Watson y Clark (1984) han señalado que, a pesar de que ambos constructos son muy parecidos, han optado por utilizar el constructo AN en lugar de neuroticismo para evitar confusiones con la interpretación que se hacía anteriormente de este término, además de que desde la tercera versión del DSM se excluyó el término neuroticismo del vocabulario psiquiátrico.

Otro constructo que pudiere representar confusión con el AN es la inestabilidad afectiva (o labilidad afectiva). Se trata de una serie de cogniciones y conductas en las que el individuo se altera fácilmente y reacciona de forma impulsiva y carente de control, y conlleva principalmente comportamientos agresivos y antisociales. Este término no ha recibido la atención como un constructo unificado, pues regularmente se ha estudiado como parte de otros trastornos, en especial con los de la conducta alimentaria y con el trastorno límite de la personalidad (Miller y Pilkonis, 2006). No se le debe confundir con el AN, que se refiere únicamente a presencia de malestar emocional, pues la inestabilidad afectiva implica ya un proceso cognitivo y conductual mediante el cual el individuo reacciona al experimentar estados emocionales negativos.

Tal y como señalan Westen, Muderrisoglu, Fowler, Shedler y Koren (1997), el AN tampoco es sinónimo de procesos como la conciencia de la emoción, la regulación de las emociones, la DE,

entre otros. Al respecto, la regulación emocional es un constructo que implica el manejo de la emociones con el propósito de alcanzar metas, se refiere pues a los mecanismos por los cuales el individuo influye en sus emociones, en cómo las tiene y cómo las expresa (Gross, 1998; 2002). La regulación emocional es una variable que representa un papel esencial en la psicopatología. Bradley et al. (2011) advierten que la regulación emocional merece la atención de los investigadores que indaguen sobre el papel que desempeña el AN respecto a los problemas psicológicos. Se ha señalado que la regulación emocional funge como un factor transdiagnóstico relevante al desarrollo, mantenimiento y tratamiento de distintas vulnerabilidades psicológicas (Berkin y Wupperman, 2012), por lo que es necesario dejar en claro que el AN y la regulación-desregulación de las emociones no son un mismo constructo teórico.

Al respecto, es necesario subrayar que es vasta la investigación que ha demostrado que el AN representa un factor de vulnerabilidad común a los desórdenes emocionales e interactúa como un elemento básico y como factor protagónico de ellos (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011). Se señala, pues, que en un principio los padres son los responsables de dotar a sus hijos de estrategias para regular el AN. Pero cuando las prácticas parentales están repletas de castigo, rechazo y otros sucesos adversos, no se logra que los hijos aprendan a manejar las emociones, lo cual propicia desenlaces psicológicos disfuncionales. Así, el AN es una dimensión que subyace a los problemas psicológicos más comunes desde edades tempranas, los trastornos de la conducta alimentaria no son una excepción (Bradley et al., 2011; Rodgers, Paxton y McLean, 2014). La habilidad de manejar y tolerar el AN se encuentra disminuida en las personas con problemas alimentarios (Raykos et al., 2009). A continuación se realiza una descripción del papel del AN como factor subyacente a los problemas alimentarios.

2.4. Afecto negativo y psicopatología alimentaria

La gran mayoría de los estudios que indagan sobre el papel del AN en la conducta alimentaria se basa en las categorías tipificadas en el DSM, lo cual representa una limitación y pone en duda sus conclusiones, partiendo de su labilidad y escasa validez. A continuación se presenta una revisión de literatura de investigación sobre las categorías diagnósticas de mayor prevalencia, ANer, BN y trastorno por atracones.

En el caso de la ANer, la investigación se ha centrado principalmente en las mujeres, por tratarse de un desorden que se presenta con mayor frecuencia en esta población. Se sabe que las mujeres con ANer tienen más AN que sus pares en riesgo de presentarla, y que aquellas de población normal (Kitsantas, Gilligan y Kamata, 2003), hallazgo que se ha confirmado en población de niños y adolescentes (Lang et al., 2016). Además, el AN es un predictor importante de la ANer (Downey y Chang, 2007; Peñas-Lledó et al., 2015; Wonderlich et al., 2015), al influir directamente en las conductas restrictivas y purgativas, así como en la preocupación por el peso y la figura corporal (Engel et al., 2013). Aunque se ha encontrado evidencia en favor de la explicación de que las personas con ANer se caracterizan por presentar rumia cognitiva con respecto a la comida, el peso y la figura corporal, rumia que se asocia fuertemente con los estados afectivos negativos (Seidel et al., 2016), es más aceptada la propuesta de que las conductas compensatorias de la ANer (pesarse frecuentemente, realizar mucho ejercicio, tomar bebidas para disminuir el hambre, vómitos autoinducidos, etc.) fungen como un medio para disminuir el AN tras la distracción y/o la supresión de las emociones (De Young et al., 2013; Engel et al., 2013; Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud y Holte, 2012).

En comparación con la ANer, la línea de investigación de la relación entre la BN y el AN es más amplia, siendo éste un factor que predice fuertemente los síntomas de BN (Lavender et al., 2016). Una de las explicaciones más sólidas acerca de este hecho es la de Eric Stice debido a los

hallazgos que la sostienen (Holmes, Fuller-Tyszkiewicz, Skoutiers y Broadbent, 2014; Stice et al., 2001; Stice, Presnell, Gau y Shaw, 2007). En un principio, Stice, Ziemba, Margolis y Flick (1996) propusieron el *modelo de dos vías* que sitúa al AN y a la dieta restrictiva como mediadores entre la insatisfacción corporal y los síntomas de BN. Los predictores de la insatisfacción corporal son el IMC y la presión por obtener un cuerpo delgado. Una vía del modelo señala que durante los episodios de dieta aumenta la posibilidad de recurrir a los atracones como una compensación de la falta de energía calórica después de un periodo de privación. En la otra vía el AN contribuye a los síntomas de BN debido a que los atracones y las conductas purgativas se utilizan para regular precisamente las emociones negativas. Es decir, si el individuo experimenta AN utiliza las conductas de atracón o de purga para disminuir dichos estados emocionales adversos. El modelo de dos vías se ha mostrado como una explicación plausible en adolescentes y adultos mediante estudios longitudinales (Stice, Akutagawa, Gaggar y Agras, 2000) y empleando la metodología de neuroimagen (Bohon y Stice, 2012).

Originalmente, Stice y sus colaboradores midieron el AN con la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS, por sus siglas en inglés), instrumento que tiene sus cimientos en el modelo teórico de Clark y Watson (1991), Watson y Clark (1984), y Watson, Clark y Tellegen (1984). Posteriormente, ellos mismos comenzaron a usar instrumentos que no corresponden con esta definición teórica, pero que tienen un alto contenido de AN, un ejemplo es el constructo *malestar afectivo* (Stice, 2001). A partir de esto, han surgido aproximaciones teóricas diferentes que han extendido la vía original del AN al incluir otras variables, como es el caso de la autoestima y depresión (Wertheim, Koerner y Paxton, 2000), depresión y ansiedad (van Strien, Engels, van Leeuwe y Snoek, 2005), depresión (Ouwens, van Strien, van Leeuwe y van der Staak, 2009), depresión y estrés (Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo, 2014), labilidad afectiva y ansiedad

(Holmes et al., 2016). Estos resultados han arrojado más información acerca de la influencia de los problemas afectivos como predictores de los síntomas de BN.

La mediación del AN entre la insatisfacción corporal y la BN se ha corroborado en mujeres adultas jóvenes (Heywood y McCabe, 2006), y parcialmente en niñas (Sim y Zeman, 2005), sin someter a prueba todas las rutas del modelo de dos vías. Por otra parte, el AN medió la relación entre el estrés y la conducta alimentaria (dieta restrictiva, síntomas de BN y control de la alimentación) en mujeres adultas en un estudio transversal (Chen et al., 2012), así como entre el estrés y los síntomas de BN de forma longitudinal (Goldschmith et al., 2014). A su vez, el AN ha mediado la relación entre el perfeccionismo y los síntomas de BN en mujeres adolescentes (Downey y Chang, 2007).

Aunque se ha señalado el papel predictor de la insatisfacción corporal sobre los problemas alimentarios, se ha hallado que es la interacción entre ésta con el AN y la regulación emocional la que explica más varianza de los problemas alimentarios en comparación con la sola presencia de insatisfacción corporal en el caso de las niñas (Sim y Zeman, 2006). Por lo tanto, estudios posteriores dentro de esta línea de investigación habrán de tomar en cuenta los mecanismos para regular las emociones.

Por otro lado, el análisis de conglomerados ha revelado dos grupos de síntomas en mujeres con BN, aquellas que tienen un alto nivel de AN (*dieta-depresión*) y quienes no lo tienen (*dieta pura*). Las personas pertenecientes al primer conglomerado han mostrado más problemas alimentarios y sociales, así como comorbilidad psiquiátrica, comparadas con las del conglomerado de dieta pura (Grilo, Masheb y Berman, 2001; Stice, Bohon, Marti y Fischer, 2008; Stice y Fairburn, 2003).

Además de la AN y la BN, el trastorno de atracones representa otra categoría diagnóstica que ha recibido atención de los investigadores con respecto a cómo interactúa con el AN. En 1995

Arnou, Kenardy y Agras encontraron que la ingesta de comida con el propósito de mitigar estados emocionales de ira, frustración, tristeza, etc., es una práctica cotidiana en mujeres con obesidad, a la cual llamaron *comer emocional*. Según el DSM-5, un criterio del trastorno por atracones es que la persona debe experimentar una sensación de pérdida de control durante la ingesta de comida, lo cual constituye la diferencia con el constructo comer emocional en donde no se presenta esta falta de control. Sin embargo, partiendo de estos primeros hallazgos fue posible extender la investigación sobre los atracones y el AN. Eventualmente, se adoptó la explicación teórica de la regulación del afecto de acuerdo con la cual los atracones son un intento de influir, cambiar, o controlar los estados emocionales no placenteros (Waller, 2002). Este postulado obedece al mismo principio del reforzamiento negativo de las conductas restrictivas en la AN (Engel et al., 2013; Espeset et al., 2012) y los síntomas de BN (Bohon y Stice, 2012; Holmes et al., 2014; Stice, 2001; Stice et al., 1996). A corto plazo las conductas alimentarias disminuyen el malestar emocional, pero a largo plazo éste se incrementa de forma significativa (De Young et al., 2013; Haedt-Matt y Keel, 2011).

Distintos estudios de alcance correlacional y explicativo han arrojado evidencia en favor de la teoría de la regulación del afecto (Agras y Telch 1998; Berg et al., 2013; Berg et al., 2015; Carrard et al., 2012; Danner et al., 2013; Dingemans et al., 2009; Engelberg et al., 2007; Gómez-Peresmitré et al., 2013; Haedt-Matt et al., 2014; Stice, 2001; Stice et al., 2001; Wonderlich et al., 2015). Existe evidencia de que los niños, al igual que los adolescentes y adultos, también recurren al atracón como una alternativa para manejar sus estados emocionales negativos (Goldschmidt et al., 2011; Pearson et al., 2015), principalmente quienes tienen obesidad (Goosens et al., 2007).

Al igual que en el caso de la BN, el análisis de cúmulos ha permitido arrojar más luz sobre la interacción del AN y los atracones. Al estudiar muestras de personas con atracones se ha corroborado la existencia de dos subtipos, aquéllos que tienen niveles muy bajos de AN

(conglomerado de *dieta pura*) y quienes tienen un nivel elevado de AN (conglomerado de *dieta-afecto negativo*). Los individuos que pertenecen a este último grupo también tienen mayores índices de comorbilidad con el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo, más preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como pobre respuesta al tratamiento y menor tiempo de abstinencia ante los atracones (Carrard et al., 2012; Masheb y Grilo, 2008; Stice et al., 2001). En otro estudio se comparó a personas con trastorno por atracón de un conglomerado llamado problemas emocionales con un grupo control de personas con atracones, encontrándose más cantidad de atracones y presencia de otros tipos de psicopatología en el primer grupo (Peterson, Miller, Crow, Thuras y Mitchell, 2005).

Los hallazgos referentes a los diversos conglomerados de los atracones se han replicado en estudios con niños y adolescentes. Quienes pertenecen al conglomerado de dieta-afecto negativo presentan mayor índice de problemas internalizados y externalizados, así como mayor frecuencia de atracones, preocupación por el peso, la comida y la figura corporal (Goldschmidt et al., 2008; Grilo, 2004).

A pesar de que, como se señaló anteriormente, el AN se considera una dimensión supraordenada de los síntomas de depresión, mas no un sinónimo de ésta, resulta importante citar algunos estudios que han hallado asociación fuerte entre la depresión y los atracones por tratarse de una línea de investigación que está en crecimiento y que ha presentado consistencia en los resultados. En un estudio longitudinal con niñas y adolescentes se corroboró la existencia de dos conglomerados de síntomas de dieta restrictiva y depresión, a los que se les ha llamado *dieta-depresiva* y *dieta sin riesgo de depresión*, con una prevalencia del 19% y del 81%, respectivamente. Se halló que las prepúberes del conglomerado dieta-depresiva tienen mayor riesgo de presentar problemas alimentarios, como insatisfacción corporal, vómitos y atracones a largo plazo (Chen, McCloskey y Keenan, 2009). Además, las personas con trastorno por atracón no deprimidas o con

bajos niveles de depresión utilizan el atracón para regular la tristeza de forma temporal, porque sus estados emocionales negativos no son tan frecuentes. En contraste, las que tienen altos niveles de depresión necesitan recurrir a los atracones con mayor frecuencia, lo que produce que los atracones sean cada vez menos funcionales para disminuir el malestar emocional (Dingemans et al., 2009).

Otra línea de investigación que está indagando más acerca del papel del AN en los atracones es la del *modelo interpersonal*, el cual propone que algunas personas con problemas frecuentes con su parejas, familia, mayores niveles de hostilidad y malestar incurren en los atracones como una forma de evadir sus dificultades cotidianas. Fairburn et al. (2003) ya habían considerado esta dimensión de problemas interpersonales como un factor transdiagnóstico en los problemas alimentarios. Se ha hallado que es el AN el que media la relación entre los problemas interpersonales y las conductas de atracón en mujeres de población clínica (Ivanova, Tasca, Hammond et al., 2015), mujeres de población general (Ansell, Grilo y White, 2012), así como en niños y adolescentes por igual (Elliot et al., 2010). Investigaciones más recientes han logrado extender los hallazgos de este modelo interpersonal de los atracones a la ANer y la BN, lo que abre la posibilidad a otro tipo de estudios y arroja más evidencia en favor del AN como variable subyacente a la conducta alimentaria (Ivanova, Tasca, Proulx y Bissada, 2015).

Con respecto a los modelos explicativos del AN y los atracones Stice (2001) advirtió que éstos explican muy poca varianza debido a que los factores a estudiar son generalmente los mismos (dieta restrictiva, insatisfacción corporal, IMC, internalización del ideal de delgadez, entre otros). Holmes et al. (2014) han encontrado que el modelo de Stice et al. (1996) es el de mejor ajuste en comparación con otros modelos que estudian la conducta de atracón, pero que efectivamente su poder explicativo es leve. Es por ello que Stice ha sugerido integrar a los modelos componentes cognitivos, como la regulación del afecto. Al respecto, se ha corroborado que la influencia del AN sobre la frecuencia y severidad de los episodios de atracones está moderada por el estilo de

afrontamiento en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad de población clínica (Henderson y Huon, 2002), por lo que resulta conveniente indagar más acerca de las vías por las cuales el AN y la regulación del mismo influyen en las conductas de atracón.

Los resultados de investigación en el campo de la ANer, BN y atracones permiten concluir que el AN es una dimensión subyacente a la conducta alimentaria. Señalar cuáles son las principales limitaciones de esta línea de investigación será de gran utilidad para los estudios futuros en este campo. Una de ellas es el uso de las categorías diagnósticas del DSM, es decir, ANer, BN y trastorno por atracones, principalmente. Debido a la pobre validez de constructo de éstas resultaría provechoso realizar investigación que tome en cuenta el núcleo de la psicopatología alimentaria propuesto por Fairburn et al. (2003) en interacción con el AN.

Otro propósito al que se debe atender es extender los trabajos de investigación sobre AN y su relación con los problemas alimentarios a la población infantil, ya que éstos son escasos. El uso de las categorías diagnósticas tradicionales ha complicado el análisis de la conducta alimentaria en niños y adolescentes debido a la pérdida de información que propicia al constreñir un continuo en entidades discretas artificiales (Hammerle et al., 2016), a pesar de que es un hecho que la prevalencia de problemas alimentarios es elevada en estas edades (Ackard et al., 2007; Aparicio-Llopis et al., 2014; Bryant-Waugh y Nicholls, 2011; Franzoni et al., 2009; Gómez-Peresmitré et al., 2001; Hammerle et al.; Larson et al., 2009; Peebles et al., 2006). Por otra parte, otra limitación en esta área es que los hallazgos sobre la conducta alimentaria de los hombres son menos en comparación con las mujeres, pues existe una tendencia a excluirlos de los estudios debido a que es más difícil que ellas reúnan los criterios de algún trastorno alimentario. La investigación sobre la psicopatología alimentaria con una perspectiva dimensional permitiría resolver esta limitación, por lo que se pone de relieve la importancia de tomar en cuenta tanto mujeres como hombres de edades tempranas en el estudio del AN y la conducta alimentaria.

Una advertencia dentro de esta línea de trabajo que propiciaría solidez a las conclusiones es la que han señalado Barker y Galambos (2009) acerca de que algunos instrumentos que pretenden medir conductas alimentarias pueden incluir ítems con un componente de AN. Esto representa un sesgo metodológico que se debe controlar para evitar llegar a conclusiones dudosas, pues el traslapeo entre los indicadores del instrumento se puede traducir en una correlación artificial entre problemas alimentarios y el componente emocional. Un error de instrumentación parecido sucede con los estudios que han reportado conclusiones sobre el AN tras medir la depresión (Chen et al., 2012; Ouwens et al., 2009; Wertheim et al., 2000). Por lo que estudios posteriores deben evitar este sesgo y emplear medidas apropiadas tanto del AN como de la psicopatología alimentaria.

Además de señalar las limitaciones de la investigación en el área de la conducta alimentaria y el AN, es indispensable puntualizar que éste no representaría un problema por sí mismo si su regulación no fuese defectuosa en el caso de algunas personas (Diekhof, Geier, Falkai y Gruber, 2011). Son varias las investigaciones que han probado que las estrategias apropiadas de regulación de las emociones permiten la reducción y el manejo adecuado del AN (Barlow et al., 2011; Sauer-Zavala, et al., 2012). Se ha señalado que la DE representa un factor de riesgo de síntomas internalizados y externalizados (Cole, Martin y Dennis, 2004), así como de los problemas alimentarios (Bradley et al., 2011; Haynos y Fruzzetti, 2011), y que la interacción del AN con la regulación de las emociones es relevante dentro del estudio de la conducta alimentaria (Sim y Zeman, 2005; Sim y Zeman, 2006; Stice, 2001). En el siguiente capítulo se describirá el papel de la DE como factor subyacente a la psicopatología, y su relación con el AN y la psicopatología alimentaria.

Capítulo 3. ¿Qué papel desempeña la desregulación emocional en la psicopatología alimentaria?

3.1. ¿Qué es la regulación emocional?

El proceso de generación de emociones inicia cuando una persona considera relevante algún acontecimiento o circunstancia. Al focalizar la atención hacia el fenómeno, es decir, al atenderlo y/o evaluarlo, se produce una serie de tendencias de respuestas coordinadas conductuales, experienciales y fisiológicas que en conjunto influyen en la reacción que se tendrá ante diversos desafíos u oportunidades. Las respuestas emocionales a menudo son compatibles con las demandas de las diferentes circunstancias, lo que produce reacciones adaptativas y actitudes funcionales. No obstante, también puede haber resultados negativos, sobre todo cuando los contextos no son los esperados o no se cuenta con los recursos psicológicos indispensables para adaptarse a ellos. De aquí surge la necesidad de regular las emociones con el propósito de convertirlas en elementos que ayuden a alcanzar las metas que se traza cada persona (Gross, 2002).

Existen distintos procesos que permiten que el ser humano regule o module sus experiencias afectivas. La regulación emocional es uno de ellos y se refiere a los mecanismos por los cuales el individuo influye en sus emociones, con qué intensidad y duración las experimenta y cómo las expresa (Campbell-Sills, Ellard y Barlow, 2014). Dado que las emociones implican procesos de componentes múltiples, la regulación emocional conlleva cambios en el tiempo de reacción, la magnitud, duración y el desplazamiento en los contextos fisiológicos y comportamentales (Gross, 1998).

De acuerdo con Gross (2002) antes de adentrarse en el estudio de la regulación emocional se debe tomar en cuenta las siguientes advertencias: 1) La regulación emocional no sólo pretende disminuir la intensidad de las emociones, también incrementarla o mantenerla, y abarca tanto emociones positivas como negativas. 2) Este proceso puede manifestarse de forma consciente,

como tomar la decisión de cambiar un tema incómodo por otro más agradable. Aunque también se puede realizar de forma no consciente, lo cual no implica connotaciones psicodinámicas, sino que se refiere a actitudes como desviar rápidamente la atención de un suceso desagradable sin percatarse de ello. 3) La regulación emocional no es un proceso inherentemente malo o bueno, pues los resultados se deben interpretar en función de cada circunstancia.

A pesar de que algunos autores han señalado que la emoción es por sí misma un proceso regulatorio y que, por ende, no se podría diferenciar de la regulación emocional (Stansbury y Gunnar, 1994), la mayoría de los investigadores converge en que dicha afirmación es errónea. Existen diversas aportaciones que han confirmado una clara distinción entre la emoción y la regulación emocional. Por ejemplo, Koole, van Dillen y Sheppes (2009) han sugerido distinguir entre una respuesta emocional primaria y otra secundaria. La respuesta emocional primaria es la reacción inmediata ante eventos relevantes (lo que el suceso produce de forma involuntaria en la persona). La respuesta emocional secundaria es la habilidad de las personas de manejar la respuesta inmediata. La brecha que existe entre la primera y la segunda respuesta es difícil de detectar, incluso para la investigación empírica. Sin embargo, estos autores señalan que la primera aparece de forma uniforme a lo largo del desarrollo del ser humano y no es susceptible al entrenamiento, mientras que la segunda sí se puede modificar. La generación de la emoción formaría parte del primer proceso, mientras que la regulación emocional sucedería dentro de la respuesta emocional secundaria.

En esta misma línea se ha presentado evidencia de que la regulación de las emociones puede suscitarse antes de que ocurra la respuesta instrumental dada la emoción, o bien, después de que ésta haya ocurrido (Barret, Wilson-Mendenhall y Barsalou, 2014). Al respecto, el modelo modal de Gross (1999; 2002) representa una explicación plausible. En un nivel general se puede conceptualizar la regulación emocional como un proceso que emplea estrategias antes y después de

que ocurra la respuesta emocional. Las primeras, llamadas estrategias centradas en el antecedente, se refieren a las acciones del individuo antes de que las tendencias de la respuesta de emoción se hayan activado totalmente y, por ende, propician el comportamiento instrumental del individuo y su respuesta periférica. Su meta es la modificación de respuestas emocionales futuras. Por ejemplo, al oír un comentario perjudicial sobre un conocido, un individuo puede cuestionar de forma encubierta dicho comentario y reestructurar su pensamiento para alterar la trayectoria completa de la emoción y no llegar a sentir enojo. Las estrategias centradas en la respuesta, por su parte, son aquellas que se emplean una vez que ya se han producido respuestas emocionales. La persona del ejemplo anterior puede aparentar serenidad al escuchar el mismo comentario a pesar de estar en realidad enojada. Esto con diversos propósitos, tales como ocultar lo que verdaderamente está sintiendo, no reaccionar disfuncionalmente, entre otros.

Este modelo de estrategias centradas en el antecedente y en la respuesta sugiere que es posible regular las emociones en cinco momentos distintos de un proceso generativo, a saber, 1) selección de la situación: acercarse o evitar cierta gente o situaciones para regular el impacto emocional, 2) modificación de la situación: crear diferentes situaciones para modificar la reacción emotiva, 3) despliegue de la atención: la manera en que los individuos dirigen su atención hacia pequeños detalles dentro de una situación dada con el propósito de influir en sus emociones, 4) cambio cognitivo: la persona evalúa la situación en la que se encuentra y modifica los pensamientos sobre ésta para alterar su significado emocional y reaccionar de forma adaptada, y 5) modulación de la respuesta: se refiere a los intentos de influir en las tendencias de respuesta de la emoción una vez que han sido elegidas, es decir, pretende incrementar o decrementar el comportamiento expresivo. De esta forma, se ha llegado al consenso que resulta más apropiado conceptualizar la regulación de la emoción como un proceso diferente de la emoción por sí misma (Cole et al., 2004).

El estudio de las estrategias como componentes válidos del proceso de regulación emocional es otro acuerdo consolidado en la comunidad internacional. Se ha corroborado que dichas estrategias pueden ser funcionales o disfuncionales. La regulación emocional apropiada incluye una combinación entre la capacidad de seleccionar estrategias adaptadas y aplicarlas de acuerdo con las demandas contextuales, lo cual promueve el decremento del malestar general, de la excitación fisiológica y de conductas inadaptadas. En contraste, la regulación emocional deficiente se refiere al uso de las estrategias que no son exitosas al reducir la respuesta emocional no deseada, incrementando las probabilidades de exacerbar tanto la intensidad de las emociones como las repuestas desadaptadas (Campbell-Sills et al., 2014).

Por ejemplo, John y Gross (2004) han logrado avances importantes en el estudio de la supresión y la reevaluación cognitiva como estrategias de regulación emocional. La supresión se refiere a la reducción intencional de la respuesta conductual una vez que el individuo ha experimentado la emoción. La reevaluación cognitiva incluye un cambio en el que la persona piensa acerca de una situación con el propósito de modificar su impacto emocional. Esta estrategia produce resultados afectivos positivos al disminuir la experiencia de emoción negativa y al propiciar que la persona encuentre una interpretación adaptada de la situación, lo cual le permite reaccionar de una forma funcional. Estos beneficios se reflejan en pautas saludables en el contexto afectivo, cognitivo y social, por lo cual se le considera una estrategia benéfica. Por otro lado, se ha clasificado a la supresión emocional como disfuncional, porque tiene efectos contrarios al no reducir la experiencia subjetiva negativa, lo cual predice psicopatología (ansiedad, depresión, conducta agresiva, problemas alimentarios, etc.), y alteraciones fisiológicas (sistema cardiovascular, respuesta electrodérmica, memoria, etc.; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2009; John y Gross, 2004).

3.2. Diferencias entre regulación emocional y otros constructos

Por otro lado, también existen las limitaciones en la línea de investigación de la regulación emocional. Dentro de ellas resalta la falta de consenso en la definición de este constructo, lo cual ha propiciado que el término regulación emocional se use indistintamente. Algunos la han investigado en el contexto individual y otros en la interacción social, otros como un rasgo, como un estado transitorio, también como un proceso que incluye diversas habilidades y estrategias o como un desenlace producto de otras habilidades (Cole et al., 2004; Geise, Barzman y Strakowski, 2014). Por tratarse de un constructo que abarca un amplio espectro de indicadores presenta traslapo importante con otros constructos.

A lo largo de la historia de la Psicología han surgido diversos paradigmas que se han propuesto explicar la conducta desde marcos teóricos diferentes, lo cual ha dado como resultado que los términos que se emplean para hacer referencia a los problemas psicológicos no correspondan entre sí. Por ejemplo, la teoría psicoanalítica es precursora del estudio de la regulación emocional al señalar la importancia de controlar los impulsos biológicos y afectivos en su interacción con otros factores individuales y externos. Sin embargo, la gran diversidad de términos utilizados por Freud en diferentes momentos de su obra para referirse a los afectos ha propiciado confusión conceptual. Si bien es cierto que el psicoanálisis contribuyó al introducir términos como *regulación de la ansiedad* o *regulación de los afectos*, sus postulados sobre la regulación emocional no se han obtenido mediante la investigación cuantitativa, por lo que no pueden tomarse con seriedad (Gross, 1999).

Un segundo paradigma que ha sentado las bases para la conceptualización de la regulación emocional es el estudio del estrés y el afrontamiento. Originalmente, el término estrés se utilizaba en ingeniería para describir el efecto producido por una fuerza mecánica al hacer presión sobre algún objeto (Frydenberg, 2004). Los psicólogos acuñaron este término para describir la serie de

reacciones que el individuo experimenta cuando percibe como amenazante una situación que es relevante para su bienestar, al sentir que ésta excede o sobrecarga sus recursos para manejarla adecuadamente (Lazarus y Folkman, 1984).

Desde la década de los 60 del siglo pasado inició la línea de investigación sobre los esfuerzos que las personas implementaban para manejar (vencer, reducir o tolerar) el estrés producto de una relación de conflicto entre el individuo y su ambiente. A estos esfuerzos se les llamó afrontamiento, el cual implica la evaluación de la situación en términos de una amenaza potencial, la elección de la respuesta y la evaluación de ésta a partir del resultado obtenido y de la retroalimentación del medio, lo cual permite la conformación de un repertorio de respuestas disponibles que podrían clasificarse en estilos de afrontamiento. En un nivel general, las estrategias que se emplean para afrontar los problemas pueden ser disfuncionales (como ignorar que existe un problema, auto culparse, rumiar sobre la situación, etc.) o funcionales (como la reestructuración del pensamientos, la práctica de actividades físicas, la búsqueda de apoyo externo, entre otras; Frydenberg, 2004; Lucio, Durán, Barcelata y Romero, 2016).

En comparación con la regulación emocional, el afrontamiento del estrés es un proceso que requiere mayor tiempo y planeación, así como una capacidad de abstracción más compleja, debido a que considera diversos elementos que están influyendo en el estrés de la persona en el dominio fisiológico, motivacional, atencional y ambiental. Además, el individuo evalúa si sus estrategias de afrontamiento le están ayudando a alcanzar sus metas al modificar el contexto (control primario) o modificar sus reacciones hacia el contexto (control secundario). Asimismo, obtiene una retroinformación del medio que facilitará que continúe aplicándolas o decida cambiarlas (Aldwin, Skinner, Zimmer-Gembeck y Taylor, 2011; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2016). Si bien es cierto que el afrontamiento y la regulación emocional se traslapan, incluso se podría afirmar que la regulación emocional forma parte de los procesos de afrontamiento en algunos casos, el primero

es un proceso más complejo de interacción entre el pensamiento, la emoción y la conducta en diversos contextos que tiene como propósito fundamental manejar el estrés (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2016), mientras que el segundo se enfoca en el contexto de las emociones (Gross, 1999; Gross, Richards y John, 2006).

Otro constructo que se ha prestado a confusión es la regulación del estado de ánimo (o del humor, *mood regulation*), que se refiere a los intentos por alterar una segunda clase de respuestas afectivas importantes que, comparadas con las emociones, son de mayor duración y menor intensidad, así como menos probables de involucrar respuestas a objetos específicos. En la literatura de investigación se ha estudiado estos procesos con base en las actividades que las personas realizan para disminuir estados de ánimo negativos como salir a correr o dormir bien. La regulación del estado de ánimo se ha entendido como ciertos hábitos o conductas que el individuo desarrolla en su vida para distraer los estados emocionales negativos (Gross et al., 2006).

Existe además la tendencia a confundir la regulación emocional con la autorregulación, que se ha definido como una habilidad para iniciar y terminar las actividades de acuerdo con las demandas situacionales para modular la intensidad, la frecuencia y duración de los actos verbales y motores en diversos contextos (Kopp, 1982). En términos generales, la autorregulación implica saber esperar antes de actuar y organizar las reacciones conductuales de manera secuencial. Muchas formas de autorregulación también se consideran estrategias de afrontamiento de control secundario, es decir, modificar las actitudes que tiene la persona hacia el medio donde se presenta la situación ante la cual se desea regular (Aldwin et al., 2011; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2016). Es común que como sinónimos de autorregulación se utilicen los términos, auto-control, auto-disciplina o auto-monitoreo (Post, Boyer y Brett, 2006). La autorregulación también se traslapa con la regulación emocional, sin embargo, su principal diferencia radica en que la primera no sólo busca la regulación de los estados afectivos, sino de muchas otras actividades que el individuo

realiza en su vida cotidiana. Por ejemplo, la cantidad de alcohol que bebe en una fiesta o el número de horas que permanecerá despierto cuando conduce un auto de noche. Por su parte, la regulación emocional pretende lograr un cambio directamente en la intensidad de las emociones.

La línea de investigación sobre la regulación emocional ha crecido en los últimos años. Sin embargo, las grandes confusiones que existen tanto para definirla adecuadamente como para distinguirla de otros constructos han propiciado que el estado actual del estudio de la regulación emocional carezca de unificación. Además, la investigación sobre regulación emocional continúa enfocándose en el estudio de los estados afectivos negativos y, aunque se ha señalado que las emociones positivas también son parte de este proceso, son pocos los investigadores que las han tomado en cuenta. Es necesario, pues, puntualizar que los procesos de regulación emocional se diferencian de otros (como estrés, afrontamiento, tolerancia al malestar) debido a que se centran en el componente afectivo, y no el conductual. También es importante señalar que la regulación emocional es un proceso de modificación emocional, no es una psicopatología ni tampoco un síntoma, por lo que no se le debe confundir con la rumia cognitiva, la catastrofización u otros problemas psicológicos (Berkin y Wupperman, 2012).

3.3. El continuo regulación-desregulación emocional

Dentro de las aclaraciones con respecto a los términos que pueden prestarse a confusión en el estudio de la regulación emocional surge la importancia de discutir el constructo DE. Este término se ha utilizado indistintamente para hacer referencia a las fallas o dificultades en el proceso de regulación emocional, así como a la psicopatología asociada con la regulación emocional deficiente, por lo cual es necesario definirlo a partir de un postulado teórico que permita su conceptualización y su estudio.

La línea de investigación que más ha hecho énfasis en el estudio de la DE es la que surge de los postulados de Marsha Linehan dentro del área del trastorno límite de la personalidad. Linehan (1993) propuso que la personalidad tipo límite tiene como factor subyacente a la DE, la cual posee dos grandes componentes: vulnerabilidad emocional (alta sensibilidad a estímulos emocionales, respuestas muy intensas y retorno muy lento al estado normal después de experimentar una emoción) y fallas al modular la emoción (inhibir la conducta inapropiada, calmar la sobreactivación fisiológica y mantener la atención bajo estados emocionales negativos). Así, la DE se definiría como la incapacidad para cambiar a un estado deseado las reacciones emocionales, experiencias, acciones, respuestas verbales o no verbales, bajo condiciones normales, a pesar de los intentos que la persona realice (Neacsiu, Bohus y Linehan, 2014).

Aunque esta definición sugiere que la DE es una falla en el empleo de los mecanismos de regulación, Linehan (1993) también ha señalado que las autolesiones, la conducta para-suicida y el abuso de sustancias son formas de DE. En esta misma línea, otros autores también conciben algunos tipos de psicopatología como expresiones de DE, entre los que destacan la ansiedad y la depresión (Kelly et al., 2016), y la rumia cognitiva (Aldao et al., 2009). Por lo tanto, se puede afirmar que esta perspectiva teórica conceptúa a dichas conductas disfuncionales como manifestaciones de la DE, y no como desenlaces producto de ella. Esta postura, por ende, no conceptúa la regulación y la DE dentro del mismo continuo.

Los estudios de Linehan sobre la DE propiciaron el origen de nuevas aproximaciones teóricas. Gratz y Roemer (2004) realizaron una revisión de éstas y propusieron un modelo que conceptúa la regulación y la DE dentro de un mismo continuo que oscila entre los procesos que sirven para regular las emociones de forma adaptada y las deficiencias al usarlos. Este continuo consta de: 1) aceptación de las respuestas emocionales, 2) dificultades en participar en comportamientos dirigidos a metas, 3) dificultades en el control de impulsos, 4) falta de conciencia

emocional, 5) acceso limitado a estrategias de regulación emocional y 6) falta de claridad emocional. Las autoras han señalado que el fracaso al regular las emociones se considera como una manifestación de DE. Desde esta aportación se entiende que la regulación emocional es la capacidad para implementar diversas estrategias con el propósito de regular las emociones, mientras que la desregulación se debe conceptualizar como las fallas o deficiencias para regularlas (John y Gross, 2004).

Otra línea de investigación de la DE que surgió a partir del estudio de los problemas de la personalidad, al igual que la de Linehan (1993), es la de Drew Westen y Jonathan Shedler. Estos investigadores han argumentado que los problemas de personalidad constituyen un continuo y que la investigación en este campo se ha visto limitada por el uso tradicional de las categorías diagnósticas. Con base en el enfoque dimensional de la psicopatología, recopilaron indicadores del espectro de los problemas de personalidad sugeridos por miles de psiquiatras y psicólogos expertos en esta área y construyeron una escala conocida como *Shedler-Westen Assessment Procedure* de 200 ítems (SWAP-200; Westen y Shedler, 1999). Tras someter a prueba distintos modelos con la SWAP-200, incluyendo el de los *cinco grandes de la personalidad* (apertura a nuevas experiencias, extroversión, responsabilidad, amabilidad y neuroticismo), encontraron que una estructura de 12 dimensiones constituía la mejor explicación de los problemas de personalidad. La DE es una de estas dimensiones y se la ha definido como una deficiencia en la habilidad para modular las emociones, por lo que éstas tienden a salirse de control, cambiar rápidamente, expresarse de forma muy intensa y sobrepasar, por ende, la capacidad de razonamiento y/o afrontamiento (Shedler y Westen, 2004). El hallazgo de la DE como un factor común dentro de los problemas de la personalidad se ha replicado en una validación posterior de la escala SWAP-200 tanto en población de adultos (Westen, Waller, Shedler y Blagov, 2014), como de adolescentes (Westen, Dutra y Shedler, 2005).

Con el propósito de subsanar las limitaciones de la investigación basada en las categorías diagnósticas, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH; por sus siglas en inglés) ha propuesto el *Research Domain Criteria* (RDoC) en el que se ha sugerido que las dimensiones del funcionamiento neuropsiquiátrico, en lugar de los diagnósticos categóricos, sean los objetivos de la investigación. Estas dimensiones del comportamiento se han de estudiar a la luz de la neurofisiología y del desarrollo. A partir de esta propuesta que aún se encuentra en desarrollo, el continuo regulación–desregulación emocional se ha perfilado como una dimensión crítica en la comprensión del riesgo de psicopatología desde edades tempranas (Geise et al., 2014). En esta investigación se tomará en cuenta la concepción de Shedler y Westen (2004) por tratarse de una definición parsimoniosa que posiciona a la DE como un extremo del continuo regulación–desregulación emocional y que se deriva de la investigación empírica a partir del marco teórico del enfoque dimensional de la psicopatología.

3.4. Consecuencias de la desregulación emocional

Durante las décadas recientes el estudio de la psicopatología de niños y adolescentes ha sufrido cambios importantes. A partir de la contundencia de los resultados de investigación que apoyan la perspectiva dimensional de la psicopatología, la cual concibe a la disfunción psicológica como parte de un continuo que oscila entre lo normal y lo anormal (Allen, McHugh y Barlow, 2008; Barlow et al., 2004; Regier, 2012; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2013), se ha enfatizado el estudio de factores comunes que subyacen a los diferentes problemas psicológicos (Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013; Bullis et al., 2015; Hofmann y Barlow, 2014). La DE se ha situado como uno de estos factores (Barlow et al., 2011; Donahue et al., 2014; Fowler et al., 2016; Neacsiu et al., 2014), y desempeña un papel central en el origen y mantenimiento de la

psicopatología infantil y juvenil (Beauchaine, 2015; Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjørn y Pons, 2012; Berking y Wupperman, 2012).

Desde la niñez el ser humano aprende a regular sus emociones. Se ha encontrado que la eficacia en la regulación emocional implicada en las interacciones de los padres y los hijos es la que moldea la regulación emocional desde edades tempranas (Dennis, 2006). Los resultados de investigación convergen al señalar que la expresión de emociones positivas de los padres en forma prácticas parentales apropiadas (calidez, apoyo y receptividad) predicen el bienestar psicológico de sus hijos (Ciairiano, Kliewer, Bonino y Bosma, 2008).

Posteriormente, durante su crecimiento el niño comienza a participar en diferentes contextos, lo que propicia que la regulación emocional dependa más de él mismo que de sus cuidadores. Las competencias para regularse emocionalmente se afinan conforme el infante selecciona estrategias cada vez más exitosas. Al llegar a la adolescencia, cuenta ya con un acervo de habilidades y conocimientos, lo que le permite reconocer y emplear su capacidad para regular sus emociones (Berkin y Wupperman, 2012). Los niños y adolescentes que poseen estrategias adecuadas para manejar las emociones muestran más competencia social, mejor manejo de las relaciones con sus pares y se involucran más en comportamientos prosociales (Cichetti y Toht, 2015; McLaughlin, 2016). Sin embargo, los padres no siempre proporcionan las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de la regulación emocional. Así como existen padres, cuyo manejo de las situaciones instigadoras de estrés conduce a sus hijos a regular sus emociones, otros fracasan en esta empresa. Hay padres que no sólo no fomentan el manejo adecuado de las emociones ante sucesos estresantes, sino que ellos mismos son los que provocan esos eventos cargados de AN y no ayudan a sus hijos a regularlo (Edwards et al., 2017). Las transacciones defectuosas son propias del rechazo y el castigo corporal, y de la ausencia de sus contrapartes positivas (Brown y Whiteside, 2008; Hernández-Guzmán, González-Montesinos, Bermúdez-

Ornelas, Freyre y Alcázar-Olán, 2013). Se han observado niveles elevados de AN en niños maltratados en contraste con su pares que no reciben maltrato (Cicchetti y Toth, 2015). Las prácticas parentales negativas comprometen la capacidad de los hijos para regular las emociones y responder en forma adaptada a las demandas y adversidades del ambiente. Se sabe que la DE surge como resultado de la combinación entre los ambientes invalidantes durante la infancia y adolescencia, las experiencias de vida adversas y un componente biológico (genético y/o fisiológico) alterado (Geise et al., 2014; Linehan, 1993).

La DE no sólo constituye un desenlace psicológico negativo, sino también, a su vez, funge como un antecedente perjudicial que propicia el desarrollo de psicopatología. Los niños y adolescentes que no regulan adecuadamente sus emociones son propensos a presentar secuelas psicológicas negativas graves (Allen et al., 2008). A corto plazo, la DE de niños y adolescentes predice fuertemente ansiedad (Bender et al., 2012), deterioro cognitivo y déficits en la competencia social (Berkovits y Baker, 2013). Al mismo tiempo, media entre el apego inseguro y la ansiedad (Bender, Sømhovd, Pons, Reinholdt-Dunne y Esbjørn, 2015), y entre los problemas afectivos de los padres y los síntomas internalizados y externalizados de los hijos (Buckholdt, Parra y Jobe-Shields, 2014; Han y Shaffer, 2013).

Además, a largo plazo la DE experimentada en edades tempranas incrementa el riesgo de padecer ansiedad (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema, 2011), depresión (Abravanel y Sinha, 2015; Crow, Cross, Powers y Bradley, 2014; Paulus, Vanwoerden, Norton y Sharp, 2016), conducta agresiva (Herts, McLaughlin y Hatzenbuehler, 2012; McLaughlin et al., 2011), problemas de personalidad (Buckholdt, Weiss, Young y Gratz, 2015), etc.

Debido a que la DE actúa como una variable subyacente a diferentes formas de psicopatología se ha convertido en un objetivo de tratamiento de los protocolos transdiagnóstico actuales dirigidos a los desórdenes emocionales (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2013; Fowler

et al., 2016; Hofman y Barlow, 2014) y los trastornos de personalidad (Neacsiu et al., 2014). Estas intervenciones basadas en evidencia se han realizado con población de adultos, por lo que resultaría beneficioso formular estrategias de prevención y someter a prueba tratamientos dirigidos a niños y adolescentes. Conocer más acerca de las vías por las cuales la DE influye en la psicopatología en edades tempranas es un primer paso en esta encomienda.

Precisamente, una de las variables que acompaña la DE como predictora de los problemas psicológicos es el AN (Bradley et al., 2011). Tanto la DE como el AN representan factores comunes en el desarrollo y mantenimiento de los desórdenes emocionales desde edades tempranas (Chorpita, 2002). Si las personas no cuentan con estrategias adaptadas para regular el AN, éste tiende a exacerbarse y a propiciar la psicopatología. La DE es una vía por la cual el AN influye en la psicopatología en general (Donahue et al., 2015; Tortella-Feliu et al., 2010). El AN y la DE son elementos transdiagnóstico responsables de un amplio número de disfunciones psicológicas (Barrett, Gross, Christensen y Benvenuto, 2001; Berking y Wupperman, 2012; Bradley et al., 2011; Powers et al., 2015), y los desórdenes alimentarios no son la excepción.

3.5. Desregulación emocional y psicopatología alimentaria

Son diversos los estudios que han demostrado que las dificultades en la regulación emocional son características de los desórdenes alimentarios. Se sabe que es la DE la variable predictora y la conducta alimentaria el desenlace (Douglas y Varnado-Sullivan, 2016; Hayaki, 2009; Pivarunas y Conner, 2015). Independientemente de tipo de trastorno alimentario que se presente, los individuos con algún diagnóstico de trastorno alimentario muestran más DE en comparación con quienes no los padecen (Brockmeyer et al., 2014; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2010; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier y Ehring, 2012), y con quienes presentan conductas alimentarias de riesgo (Lavender et al., 2015). Los hallazgos de los últimos años han

proporcionado solidez al postulado de que la DE es un constructo transdiagnóstico en el área de los trastornos alimentarios.

La explicación más aceptada sobre la relación entre conducta alimentaria y DE argumenta que las personas con trastorno alimentario experimentan niveles elevados de AN y no poseen mecanismos adecuados para manejarlo (DE) por lo cual es más probable que incurran en conductas alimentarias disfuncionales (dietas restrictivas, ejercicio excesivo, sobreingesta alimentaria, etc.) debido a que éstas funcionan como un reforzamiento negativo al aliviar el malestar emocional. Este efecto se ha corroborado en pacientes con ANer (Haynos y Fruzetti, 2011), con BN (Hayaki, 2009) y trastorno por atracones (Gianini et al., 2013; Whiteside et al., 2007).

Al estudiar las manifestaciones de la DE entre los distintos trastornos alimentarios se han observado algunas diferencias. Por ejemplo, en las personas con AN se encuentra afectada la capacidad para expresar las emociones, así como para reconocerlas en ellas mismas y en los demás, también existen periodos frecuentes de malestar emocional acompañados de escasa percepción de autoeficacia para manejarlos y baja sensibilidad a la recompensa (Haynos y Fruzetti, 2011; Treasure et al., 2012). También se ha observado que los individuos con ANer, incluso desde edades tempranas, presentan *incongruencia emocional*, que se refiere a experimentar emociones negativas en un contexto en el que la mayoría de las personas sin ANer provenientes de la misma cultura y con características similares reaccionarían con emociones positivas (Lang et al., 2016). La BN, por su parte, se caracteriza por presentar más supresión emocional e impulsividad (Lavender et al., 2015), y quienes padecen el trastorno por atracones manifiestan falta de aceptación de las emociones, claridad y conciencia emocional reducida, así como estrategias deficientes de solución de problemas (Brockmeyer et al., 2014).

Los estudios sobre la DE en la conducta alimentaria han llevado a implementar tratamientos dirigidos a la adquisición de herramientas positivas de regulación emocional. Se ha demostrado la

eficacia de la terapia dialéctico conductual, que contempla como diana del tratamiento la DE, en personas con ANer (Lynch et al., 2013), BN (Chen, Matthews, Allen, Kuo y Linehan, 2008) y trastorno por atracones (Telch, Agras y Linehan, 2001). Asimismo, esta misma terapia dirigida a la DE disminuyó el comer emocional en personas con obesidad (Roosen, Safer, Adler, Cebolla y van Strien, 2012).

Son pocos los estudios en adultos que no han tomado en cuenta las categorías diagnósticas tradicionales, cuyos resultados convergen al concluir que la DE es una variable importante dentro del espectro de la conducta alimentaria. En pacientes con obesidad, Baldofski et al. (2016) encontraron que la DE medió la relación entre los estereotipos negativos sobre el peso y dos conglomerados de síntomas: el comer emocional y el comer sin hambre. La DE también medió entre la vergüenza (como parte del AN) y tres desenlaces: el deseo de delgadez, los síntomas de BN y la insatisfacción corporal (Gupta, Zachary, Mancini, Cheavens y Lynch, 2008).

En el caso de los niños y los adolescentes también se ha confirmado que la DE es una variable que influye de forma relevante sobre los problemas alimentarios (Burns et al., 2012; Michopoulos et al., 2015; Moulton et al., 2015; Racine y Wildes, 2015; Ty y Francis, 2013). La DE, desde edades tempranas, precipita la CAD, la cual se utiliza gracias a su efecto de reforzador negativo al propiciar momentáneamente la disminución del malestar emocional, así como en los adultos (Mills et al., 2015).

La investigación longitudinal en adolescentes ha permitido corroborar que la DE es una variable que antecede a los síntomas de ANer y BN (McLaughlin et al., 2011). Los estudios longitudinales sobre la DE de los adolescentes con trastornos alimentarios también han hallado que las deficiencias en la conciencia emocional (dificultad para poner atención o reconocer las experiencias emocionales) se relacionan fuertemente con las cogniciones distorsionadas sobre el

peso, la figura y la comida. Mientras que los problemas de control de impulsos mantienen más asociación con las conductas de atracón y de purgas (Racine y Wildes, 2013).

Debido a la baja prevalencia de los trastornos alimentarios en la infancia y la adolescencia muchos investigadores han optado por diversas alternativas para conocer más acerca de la función de la DE en este campo. Una opción es el estudio de la conducta alimentaria de riesgo. Por ejemplo, Czaja, Rief y Hilbert, (2008) han encontrado que los niños que carecen de control al comer suelen presentar más DE que sus pares sin esta característica. Por otro lado, en adolescentes de población general Mills et al. (2015) hallaron que DE media entre el abuso y la negligencia emocional de la familia durante la infancia, y algunos indicadores de BN, entre ellos las conductas restrictivas.

Otra alternativa para indagar acerca de la DE y la conducta alimentaria en niños y adolescentes es el empleo de los diseños retrospectivos en población de adultos. Dentro de esta línea de investigación son varios los estudios que han confirmado el papel mediador de la DE entre diferentes sucesos adversos durante la infancia y la adolescencia, y los problemas alimentarios. En población general de mujeres la DE ha mediado la relación entre el abuso emocional infantil y la preocupación por el peso y la figura, y la dieta restrictiva (Burns et al., 2012), entre el apego disfuncional en la infancia y algunos problemas alimentarios (dietas restrictivas, indicadores de BN y preocupación por la comida; Ty y Francis, 2013), y entre el abuso recibido en la infancia y el núcleo de la psicopatología alimentaria propuesto por Fairburn y sus colaboradores en el 2003 (Moulton et al., 2015). En población clínica, a su vez, la DE medió entre diversas formas de abuso y el núcleo de la psicopatología alimentaria en mujeres con diagnóstico de ANer (Racine y Wildes, 2015), así como la relación entre los abusos y traumas sufridos en la infancia y el comer emocional, tanto en mujeres como en hombres con un trastorno alimentario (Michopoulos et al., 2015).

A partir de lo anterior se puede concluir que la DE es un constructo transdiagnóstico en el área de la conducta alimentaria (Burns et al., 2012; Michopoulos et al., 2015; Moulton et al., 2015;

Racine y Wildes, 2015; Treasure et al., 2012; Ty y Francis, 2013). Esta línea de investigación revela una explicación de la influencia de la regulación emocional sobre los problemas alimentarios congruente con la perspectiva del desarrollo psicológico. Durante la niñez la DE se exacerba a consecuencia de ambientes invalidantes en la familia, las prácticas parentales disfuncionales, la negligencia y el abuso emocional (Brown y Whiteside, 2008; Linehan, 1993; Repetti, Taylor y Seeman, 2003). Las conductas alimentarias disfuncionales surgen como uno de los múltiples desenlaces que puede haber y se realizan debido a que funcionan como un reforzamiento negativo al disminuir el malestar emocional momentáneamente, trayendo más resultados negativos a largo plazo (Mills et al., 2015).

Sin embargo, esta línea de investigación cuenta con limitaciones. Con respecto a los participantes de los estudios, algunas investigaciones se han centrado en las mujeres, por tratarse de la población que presenta más problemas alimentarios (Racine y Wildes, 2015). En otros trabajos se ha incluido tanto mujeres como hombres, pero han analizado los resultados conjuntamente (Michopoulos et al., 2015). Debido a que en edades tempranas los síntomas que tienen que ver con el ideal de la delgadez son más pronunciados en las mujeres (Grogan, 2008) sería pertinente realizar estudios empleando muestras con ambos sexos y analizar los resultados por separado.

Por otro lado, hay estudios que cuentan con sesgos importantes en sus conclusiones debido a errores de instrumentación. Tal es el caso del estudio de Kelly et al. (2016) en donde se evaluó la DE con instrumentos diseñados para medir ansiedad, depresión, agresión y problemas de atención. Sim y Zeman (2005) también incurrieron en este error tras formular conclusiones sobre la relación entre conducta alimentaria y DE, midiéndola con instrumentos para AN, conciencia emocional y afrontamiento. Estos errores metodológicos propician la génesis de conclusiones tentativas y

débiles, por lo que resulta necesario que estudios posteriores controlen este sesgo al emplear instrumentos que permitan medir la DE a partir de un modelo teórico sólido.

Finalmente, a pesar de que en algunos estudios se ha tomado en cuenta los síntomas de problemas alimentarios desde una perspectiva dimensional, las investigaciones en adultos se han basado principalmente en las categorías diagnósticas ANer, BN y trastorno por atracón. De esta manera se percibe el mismo problema que en el estudio del AN y los trastornos de la conducta alimentaria, es decir, los hallazgos se encuentran subsumidos a la conceptualización categórica, porque se limitan a relacionar alguna categoría diagnóstica con ciertas estrategias de regulación emocional. En el caso de los estudios retrospectivos también se observa esta limitación, además de que también se centran en las mujeres (Burns et al., 2012; Moulton et al., 2015; Racine y Wildes, 2015; Ty y Francis, 2013). Resultaría beneficioso estudiar el modelo dimensional de la psicopatología alimentaria con muestras de niños y adolescentes, mujeres y hombres, para obtener hallazgos fincados en el fenómeno presente y no de forma retrospectiva.

Capítulo 4. Validez y confiabilidad de la Escala de Desregulación Emocional, versión corta (EDS-Short), para preadolescentes y adolescentes

4.1. Planteamiento del problema

La línea de investigación de la DE ha mostrado que ésta es una variable transdiagnóstica subyacente a una gran variedad de problemas psicológicos (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2013; Campbell-Sills et al., 2014; Fowler et al., 2016; Hofmann y Barlow, 2014; Neacsiu, Eberle et al., 2014; Neacsiu y Tkachuck, 2016; Sauer-Zavala et al., 2012) y que desempeña un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología infantil y juvenil (Beauchaine, 2015; Bender et al., 2012; Berking y Wupperman, 2012). Los niños y adolescentes que no regulan adecuadamente sus emociones son propensos a presentar secuelas psicológicas negativas graves, a corto (Bender et al., 2015; Buckholdt et al., 2014; Han y Shaffer, 2013) y largo plazo (Herts et al., 2012; McLaughlin et al., 2011), entre las cuales destaca la psicopatología alimentaria (Kelly et al., 2016; Mills et al., 2015; Racine y Wildes, 2015). A partir de estas consecuencias adversas que conlleva la DE, se justifica la necesidad de conocer más acerca de las rutas por las cuales el manejo inadecuado de las emociones promueve las disfunciones psicológicas desde edades tempranas. La medición apropiada de la DE es un primer paso en esta encomienda.

Una escala diseñada para medir la DE como un extremo del continuo regulación-desregulación (normalidad-anormalidad) es la Escala de desregulación emocional (*Emotion Dysregulation Scale*, EDS; Bradley et al., 2011). Los antecedentes de este cuestionario se sustentan en la perspectiva dimensional de la psicopatología. Surgió la EDS como una adaptación del *Affect Regulation and Experience Q-sort* (Westen et al., 1997), así como de los indicadores de DE del *Shedler-Westen Assessment Procedure* de 200 ítems (SWAP-200; Westen y Shedler, 1999), instrumento creado para que el clínico, ya sea psicólogo o psiquiatra, registre indicadores de diversos desórdenes de la personalidad. Mediante análisis factorial exploratorio se ha concluido

que los ítems del SWAP-200 que miden específicamente DE conforman una sola dimensión, llamada DE, que se ha conceptualizado como una deficiencia en la habilidad para modular las emociones, por lo que éstas tienden a salirse de control, cambiar rápidamente, expresarse de forma muy intensa y sobrepasar, por ende, la capacidad de razonamiento y/o afrontamiento (Shedler y Westen, 2004). La existencia de esta dimensión se ha replicado en un segundo estudio con adultos (Westen et al., 2014) y en otro con adolescentes (Westen et al., 2005). Resultaría beneficioso corroborar el ajuste de la dimensión de DE usando AFC.

La versión corta en inglés de la EDS (EDS-short; Powers et al., 2015) ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. Posee una confiabilidad alfa de Cronbach elevada, superior a .90. También cuenta con evidencia de validez convergente al correlacionar positivamente con el AN medido con la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Tanto la DE como el AN representan factores comunes en el desarrollo y mantenimiento de los desórdenes emocionales desde edades tempranas (Chorpita, 2002; Tortella-Feliu et al., 2010). Si las personas no cuentan con estrategias adaptadas para regular el AN, éste tiende a exacerbarse y a predecir la psicopatología. El AN y la DE son elementos transdiagnósticos responsables de un amplio número de disfunciones psicológicas (Berking y Wupperman, 2012; Bradley et al., 2011; Donahue et al., 2014; Powers et al., 2015), lo cual explica la relación positiva entre estas dos variables.

A su vez, la validez convergente de la EDS-short también se ha probado tras correlacionar fuertemente con las subescalas de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz y Roemer, 2004), la medida de dificultades en la regulación emocional más usada a nivel internacional. Sería idóneo indagar sobre la validez convergente de la EDS-short al emplear otras medidas de estrategias disfuncionales de regulación emocional con el propósito de arrojar más luz sobre este tipo de validez. Tal es el caso de la supresión emocional que se ha mostrado como una estrategia

desadaptada que predice psicopatología y alteraciones fisiológicas debido a que no reduce la experiencia subjetiva negativa (Aldao et al., 2009; John y Gross, 2004).

La EDS-short también ha mostrado validez discriminante. Aunque pareciera que el AP es contrario al AN, se ha encontrado que estos dos constructos no se encuentran en extremos opuestos de un mismo continuo, sino que son dimensiones ortogonales (Chorpita, 2002; Watson y Clark, 1984). Si bien el AP mantiene una relación negativa con los desórdenes emocionales más frecuentes, como son la ansiedad y la depresión, ésta asociación es de menor intensidad en comparación con la que comparte el AN (Watson, Clark y Carey, 1988), por lo que se espera que la relación entre la DE y el AP sea débil. Esta asociación se ha observado al correlacionar la subescala de afecto positivo PANAS con la EDS-short (Powers et al., 2015).

Contrastando con los datos sobre su validez convergente y discriminante, así como su fiabilidad, destaca la dudosa validez de constructo de la EDS-short. No existe evidencia que corrobore si se trata de una sola dimensión tal y como lo han sugerido de forma preliminar Shedler y Westen (2004). La incertidumbre sobre el carácter unidimensional de la EDS-short incrementa debido a que sus autores originales (Powers et al., 2015) propusieron que ésta mide tres dominios de la DE (cognitivo, afectivo y de experiencia emocional), sin especificar ni definir de manera operacional qué ítems los conformarían, además de que tampoco han presentado evidencia sobre su estructura mediante AFC. Suponer que los indicadores de la EDS-short se agrupan en dimensiones que no poseen respaldo empírico representa un serio problema que se traduciría en conclusiones inexactas y/o carentes de validez. Es indispensable, entonces, indagar sobre la validez de constructo de la EDS-short pues, a pesar de que el autoinforme es una técnica ampliamente aceptada por su capacidad para acceder a diferentes cualidades de las emociones, su aplicación individual o colectiva y su carácter no intrusivo, algunos hallazgos dentro del estudio de la DE carecen de relevancia científica debido a la falta de validez de los instrumentos con los que se la

ha medido (Zeman, Cassano, Perry-Parrish y Stegall, 2006; Zeman, Klimes-Dougan, Cassano y Adrian, 2007).

La EDS-short se ha aplicado principalmente a población adulta, por lo que además sería de inmensa utilidad contar con una medida válida de DE para la población infantil y juvenil. La EDS-short (de 12 indicadores) resulta especialmente atractiva, pues facilitaría el estudio de la DE de niños y adolescentes mediante aplicaciones relativamente breves en comparación con las de otros instrumentos más extensos (Powers et al., 2015).

Por consiguiente, esta investigación tuvo como propósito principal conocer, por medio de tres estudios independientes, si la EDS-short es una escala válida para medir la DE de niños y adolescentes de la Ciudad de México. El primero fue un estudio piloto cuyo propósito fue adaptar la EDS-short para la población de niños y adolescentes de la Ciudad de México.

El segundo estudio se planteó cuatro propósitos en torno a la EDS-short: 1) conocer su confiabilidad, 2) someter a prueba el modelo de medida de una sola dimensión de la DE, 3) indagar sobre su validez convergente, 4) indagar acerca de su validez discriminante.

El tercer estudio pretendía explorar si se replicaban los hallazgos del estudio 2, por lo que sus propósitos fueron casi idénticos con excepción de que en este tercer estudio se incluyó una nueva subescala para añadir evidencia sobre la validez convergente de la EDS-short. Los propósitos fueron los siguientes: 1) conocer su confiabilidad, 2) someter a prueba el modelo de medida de una sola dimensión de la DE, 3) indagar sobre su validez convergente con la escala de AN (PANAS-C), 4) indagar acerca de su validez convergente con una subescala de supresión emocional.

En congruencia con los hallazgos de Bradley et al. (2011) y de Powers et al. (2015), se plantearon hipótesis que se describen con detalle en cada uno de los estudios correspondientes dentro de este capítulo. De forma general, como primera hipótesis se esperaba que la EDS-short mostrara buena consistencia interna. La segunda hipótesis postulaba que el modelo unidimensional

de la DE, vislumbrado inicialmente por Shedler y Westen (2004), mostraría un buen ajuste. Finalmente, la tercera y la cuarta hipótesis postulaban que la asociación entre la DE y el AN, y la asociación entre la DE y la supresión emocional, serían positivas y fuertes; mientras que la relación entre DE y AP sería negativa y débil, lo cual arrojaría evidencia en favor de la validez convergente y discriminante de la EDS-short, respectivamente.

4.2. Estudio 1. Piloto y adaptación de la EDS-short

4.2.1. Método

4.2.1.1. Participantes

Participaron 15 preadolescentes y 15 adolescentes de las entidades Cuauhtémoc, Iztapalapa, Nezahualcóyotl y Tlalpan, de la zona metropolitana de la Ciudad de México, quienes recibían educación básica, media y media superior. La edad osciló entre los 9 y 18 años.

4.2.1.2. Instrumento

Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Powers et al., 2015), adaptada a población de niños y adolescentes mexicanos para este estudio por Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (enviado). Se trata de un autoinforme que consta de 12 ítems para medir DE. Cada ítem representa una conducta que indica DE, el informante evalúa en qué medida el enunciado le describe y elige una respuesta de cinco posibles opciones (0, *Muy poco o nada*, a 4, *Mucho*); a mayor puntuación, mayor DE. La escala ha mostrado una confiabilidad alfa de Cronbach de .93-.95 en su versión original (Powers et al., 2015).

4.2.1.3. Procedimiento

Se estableció el contacto con los autores originales de la EDS-short, Beck Bradley (Bradley et al., 2011) y Abigail Powers (Powers et al., 2015), con la intención de solicitar su autorización para traducir y adaptar la escala. Una vez que se recibió respuesta por parte de ellos, quienes accedieron a facilitar el cuestionario y enviar una copia por correo electrónico, se realizó la traducción de la EDS-short del idioma original inglés al español por medio del procedimiento de traducción/re-traducción. Se aplicó la versión resultante a los participantes de forma individual en su domicilio, tras haber recibido el consentimiento de sus padres. La aplicación estuvo a cargo de psicólogos y estudiantes de psicología, con previo entrenamiento, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Al término de la aplicación se les preguntó a los participantes acerca de la comprensión de los ítems, las instrucciones y las opciones de respuesta. También se les pidió su opinión acerca del formato de presentación de la escala. Se modificaron los términos que causaron confusión teniendo cuidado de mantener cada ítem lo más parecido a la versión original. Asimismo, se añadió al formato de presentación de la escala imágenes de termómetros para facilitar la distinción entre las opciones de respuesta, a la vez que se redujo el número de opciones de respuesta de 7 a 5 para facilitar la comprensión a los participantes (ver apéndice).

4.3 Estudio 2. Confiabilidad, prueba del modelo de medida, validez convergente y validez discriminante

4.3.1. Propósito

Conocer si la Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short), es un instrumento confiable y válido para medir la DE de preadolescentes y adolescentes.

4.3.2. Preguntas de investigación

- a) ¿Será confiable la EDS-short?
- b) ¿Mostrará un buen ajuste el modelo de medida unidimensional de la EDS-short?
- c) ¿Contará con validez convergente la EDS-short?
- d) ¿Contará con validez discriminante la EDS-short?

4.3.3. Hipótesis

La principal hipótesis de este estudio postulaba que la EDS-short sería un instrumento válido y confiable para medir la DE de preadolescentes y adolescentes. Específicamente, se esperaba:

- a) Confiabilidad alfa de Cronbach superior a .80 (Nunnally, 1978).
- b) Que el modelo de una sola dimensión, DE, presente un buen ajuste acorde con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) y de Kline (2005).
- c) Asociación positiva y fuerte, según los criterios de Cohen (1992), entre la DE y el AN.
- d) Asociación negativa y débil, según los criterios de Cohen (1992), entre la DE y el AP.

4.3.4. Método

4.3.4.1. Participantes

La muestra se constituyó por 407 preadolescentes y adolescentes (219 mujeres y 188 hombres) de entre 9 y 18 años de edad ($M = 13.40$; $DE = 2.49$; Tabla 1), provenientes de 6 escuelas públicas y privadas de 4 entidades de la Ciudad de México (Tabla 2). De ellos, 136 recibían educación básica (65 mujeres y 71 hombres), 115 educación media (55 mujeres y 60 hombres) y 156 educación media superior (99 mujeres y 57 hombres). El muestreo fue intencional y el grupo escolar de adscripción constituyó la unidad de muestreo.

Tabla 1

Distribución de la muestra por sexo y edad (años)

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
Mujer	21	12	25	19	13	23	41	54	7	4	219
Hombre	18	10	30	24	9	25	34	26	8	4	188
Total	39	22	55	43	22	48	75	80	15	8	407

Tabla 2

Distribución de la muestra por sexo y características de la escuela

Clave de la escuela	Tipo	Ubicación	Turno	Mujer	Hombre	Total
Primaria 1	Púb	Huixquilucan	M	57	52	109
Primaria 2	Púb	Nezahualcóyotl	V	8	19	27
Secundaria 14	Púb	Gustavo A. Madero	M	32	27	59
Secundaria 15	Púb	Gustavo A. Madero	M	23	33	56
Preparatoria 27	Púb	Ecatepec	V	81	47	128
Preparatoria 28	Pri	Ecatepec	M	18	10	28
Total				219	188	407

Púb = pública; *Pri* = privada; *M* = Matutino; *V* = Vespertino.

4.3.4.2. Criterios de inclusión

Consentimiento informado del participante y de los directivos de las escuelas.

Tener entre 9 y 18 años de edad de acuerdo con los criterios de la OPS (2008), que ha considerado la preadolescencia como una fase que inicia a los 9 años y termina a los 12 (en mujeres) y 13 años (en hombres). La adolescencia, por su parte, concluye a los 18 años para ambos sexos.

4.3.4.3. *Criterios de exclusión*

Tener cualquier impedimento para responder los cuestionarios por cuenta propia, como no saber leer, no comprender instrucciones, entre otras (previa información de los profesores). En este estudio no se excluyó a ningún preadolescente o adolescente.

4.3.4.4. *Diseño y tipo de estudio*

Es un diseño no experimental debido a que no hubo manipulación de variables (Kerlinger y Lee, 2000). Se trata de un estudio instrumental en el cual se pretende adaptar un test y conocer sus propiedades psicométricas (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Montero y León, 2005).

4.3.4.5. *Instrumentos*

Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Contreras-Valdez et al., enviado), para niños y adolescentes, descrita en el estudio piloto.

Escala de afecto positivo y negativo para niños (PANAS-C; Laurent et al., 1999), adaptada a población de niños y adolescentes mexicanos por Hernández-Guzmán, Alcázar-Olán, Freyre, Contreras-Valdez y Bribiesca (enviado). Se trata de un autoinforme que consta de 15 ítems que miden AP y 15 que miden AN, para los cuales el niño o el adolescente evalúa qué tanto refleja o describe una palabra o frase un estado afectivo que haya experimentado en las dos semanas inmediatas previas (p.ej., *Alegre, Con energía, Enojado/a, Triste*) en una escala de cinco opciones (0, *Muy poco o nada*, a 4, *Mucho*); a mayor puntuación, mayor AP o AN. Esta escala ha mostrado

apropiada validez de constructo y confiabilidad test-retest (Hernández-Guzmán et al., enviado). En este estudio se encontró una confiabilidad alfa de Cronbach buena, de .87 para AP, y de .88 para AN (Nunnally, 1978). La escala completa aparece en el apéndice.

4.3.4.6. Definición conceptual de variables

Desregulación emocional: Deficiencia en la capacidad para regular o modular las emociones, por lo que éstas tienden a salirse de control, cambiar rápidamente, expresarse intensamente y sobrepasar la capacidad de razonamiento (Shedler y Westen, 2004).

Afecto positivo: Dimensión general de experiencias emocionales positivas asociada con una interacción agradable con el ambiente en la que la persona se siente entusiasta y alerta, con altos niveles de seguridad, energía y motivación (Clark y Watson, 1991; Watson y Clark, 1984).

Afecto negativo: Dimensión general de malestar subjetivo compuesta por una variedad de emociones adversas, como ira, tristeza, miedo, entre otras (Clark y Watson, 1991; Watson y Clark, 1984).

4.3.4.7. Definición operacional de variables

Desregulación emocional: La suma del puntaje de los ítems 1-12 de la EDS-short. A mayor puntaje, mayor DE.

Afecto positivo: La suma del puntaje de los ítems 1-15 de la subescala de AP. A mayor puntaje, mayor AP.

Afecto negativo: La suma del puntaje de los ítems 1-15 de la subescala de AN. A mayor puntaje, mayor AN.

4.3.4.8. Procedimiento

La recolección de datos se realizó de mayo a diciembre de 2014. Con la anuencia de las autoridades escolares correspondientes se logró el ingreso a los salones de clase. Se invitó a los estudiantes a que cumplimentaran los instrumentos de manera voluntaria y anónima. Una vez que accedieron a participar se les informó que podrían abandonar la tarea en el momento que así lo desearan sin ninguna repercusión. Ningún alumno se rehusó a participar, tampoco hubo alguno que abandonara el estudio. Se les proporcionó un lápiz con goma y la batería de instrumentos psicométricos. Estudiantes de Psicología de la facultad de Psicología de la UNAM previamente entrenados aplicaron la EDS-short, (junto con otros cuestionarios que formaron parte de una investigación más amplia; Hernández-Guzmán, 2016) en el salón de clases de cada grupo escolar en sesiones de 35 a 90 minutos aproximadamente, en una sola jornada por escuela. Cuando los participantes terminaban de responder los instrumentos, los aplicadores verificaban que no hubiese información faltante y, en caso de haberla, pedían a los estudiantes que finalizaran los cuestionarios.

Con respecto al procedimiento de aplicación, tanto de este estudio como de los que aparecen posteriormente, es necesario hacer dos aclaraciones, una sobre el muestreo y otra acerca del consentimiento informado de los padres. Cuando se trabaja con muestras grandes, como es el caso de la presente investigación, lo más recomendable es realizar un muestreo aleatorio con el propósito de garantizar la mayor variabilidad posible y que los datos puedan analizarse a la luz de la teoría estadística del límite central. Con la intención de obtener una muestra aleatoria y representativa de los niños y adolescentes de la ciudad de México se puede acudir a la Secretaría de Educación Pública y solicitar autorización para ingresar a algunas escuelas. Sin embargo, esto requiere de mucho tiempo de espera, por lo que en la mayoría de las ocasiones se prefiere acudir directamente a las escuelas a solicitar permiso para trabajar con los estudiantes.

En la investigación con niños y adolescentes existen diversas barreras para trabajar en las escuelas debido a que no todas permiten el acceso al trabajo con los alumnos si no se presenta autorización de la Secretaría de Educación Pública. Otra limitación es que algunos docentes consideran que brindar tiempo para realizar investigación representa una pérdida de tiempo de sus labores y no un beneficio para los alumnos (Meave y Lucio, 2008). Establecer un contacto adecuado y mantener buena comunicación con directivos y profesores permitió que en la presente investigación se obtuviera el acceso a diversas escuelas primarias, secundarias y preparatorias. Algunas de ellas participaron tanto en las primeras fases del proyecto como en fases posteriores, teniendo cuidado que un mismo alumno (o un mismo grupo) no repitiera su participación.

Por otro lado, se decidió no pedir consentimiento informado a los padres de los participantes debido a que se consideró que muchos estudiantes se perderían la oportunidad de entrar al estudio y, de esta forma, se reduciría el alcance de la evaluación de los síntomas de la población. Adicionalmente, debido a que los estudios que conformaron esta investigación requerían muestras grandes, solicitar consentimientos informados a los padres implicaría más tiempo del que se disponía. De igual forma, en relación con este tema, el artículo 8.05 del Manual de la *American Psychological Association* (2010) permite la exención del consentimiento informado de los padres sólo cuando hay razones suficientes para considerar que la investigación no provocará daño o perjuicio de ningún tipo y que involucrará sólo cuestionarios anónimos, como es el caso del presente trabajo.

4.3.4.9. Análisis de datos

Para obtener la confiabilidad de la EDS-short se calculó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Para analizar la validez se realizaron varios procedimientos, pero en esta

sección cabe hacer una aclaración con el propósito de evitar confusión con respecto al análisis de la validez de las escalas. El término validez se ha utilizado a lo largo de los años en Psicología para referirse a la propiedad que garantiza que una prueba cumple con los requisitos para medir con precisión aquella variable que pretende medir, es decir, para la que fue diseñada. En su determinación de ofrecer evidencia de validez de las pruebas, los psicólogos han trabajado en diferentes áreas, cuyo resultado ha traído la categorización del concepto validez. Dentro de las principales clases de validez destacan la validez predictiva, de contenido, relacionada con el criterio, empírica, estadística, concurrente, convergente, divergente, discriminante, entre otras. Sin embargo, en un sentido general, todas las formas de validez intervienen en la medición de los rasgos psicológicos (rasgos latentes) de interés y en su generalización científica, por lo cual diversos investigadores han concluido que todos los procedimientos de validación obedecen a uno subyacente conocido como validez de constructo (Anastasi y Urbina, 1998).

Desde los años 50 del siglo pasado se comenzó a hablar de validez de constructo a partir de los trabajos iniciales de Cronbach y Meelh (1955), centrados en el estudio de las propiedades de las pruebas psicológicas. Un constructo es una variable latente (no observable) que el científico construye a partir de sus observaciones y de su intuición. El constructo refleja un conjunto de hipótesis sobre la forma en que se relacionarían entre sí diversas conductas, tanto en estudios de diferencias individuales como producto de la manipulación experimental (Nunnally, 1978). La validez de constructo, entonces, está diseñada para medir la precisión con la que una prueba psicológica logra captar un rasgo teórico (o variable latente) por medio de una acumulación gradual de diversas fuentes de información (evidencias) para alcanzarla.

Se han empleado diferentes procedimientos diseñados para arrojar evidencia acerca de la validez de constructo. Anastasi y Urbina (1998) han señalado que los principales, y los más usados en la literatura de investigación de las pruebas psicológicas, son la validez convergente y la validez

discriminante. Si al correlacionar la prueba de interés con otras medidas ya validadas previamente se obtiene una relación en un sentido teórico congruente, se dice que la prueba cuenta con validez convergente. Esto quiere decir que el constructo a estudiar converge empíricamente con otro constructo con el que confluye en la teoría. La validez discriminante se obtiene tras no hallar una asociación empírica después de correlacionar dos constructos que teóricamente no mantienen una asociación importante. A pesar de que originalmente Campbell y Fiske (1959) utilizaron el término validez discriminante para referirse a este tipo de validez, a lo largo del tiempo también se ha usado este vocablo para describir la capacidad que posee una prueba de mostrar diferencias relevantes entre grupos de individuos en los cuales el rasgo de interés se presenta en distintos niveles (Nunnally, 1978). Además, los términos discriminante y divergente se han usado indistintamente provocando mayor confusión. Cabe aclarar que en el presente trabajo se pretendió analizar la validez de constructo de la EDS-short al realizar el AFC, y al estudiar la validez convergente y la validez discriminante en su sentido tradicional.

Para someter a prueba el ajuste del modelo de un solo factor (DE) se realizó un AFC con el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos (Satorra y Bentler, 1994) mediante el paquete lavaan, para el programa estadístico R 3.3.1 (Rosseel, 2012). El método tradicional para evaluar los modelos de ecuaciones estructurales es la bondad de ajuste obtenida por medio del estadístico χ^2 cuadrada, cuyos valores significativos indicarían que el modelo del estudio es diferente del modelo de la población de la matriz de covarianzas, es decir, un modelo no adecuado (Hu y Bentler, 1999). Sin embargo, la χ^2 cuadrada es un indicador poco confiable ya que es muy sensible al tamaño de la muestra. Ante esta limitación se ha propuesto el cálculo de la *ji cuadrada normada*, que consiste en dividir el estadístico χ^2 cuadrada entre sus grados de libertad. Valores menores o iguales que 3 serían apropiados. Dado que este procedimiento tampoco es una garantía

de la bondad de ajuste del modelo, se han desarrollado diferentes índices de ajuste para evaluarla (Kline, 2005).

Estos índices cuantifican el grado de ajuste del modelo a lo largo de un continuo. Se dividen en índices absolutos e incrementales. Un índice absoluto muestra qué tan bien un modelo reproduce los datos de la muestra en comparación con un modelo saturado, el cual representaría con exactitud la matriz de covarianzas de la población. Los índices incrementales, por su parte, miden la proporción en que un modelo se ajusta al compararlo con otro modelo restringido proveniente de una línea base, cuyas variables observables no mantienen ninguna relación (Hu y Bentler, 1999). Para evaluar los modelos de esta investigación se eligió el estadístico ji cuadrada normada, dos índices absolutos (la raíz del error medio cuadrático de aproximación *RMSEA*, por sus siglas en inglés; y la raíz cuadrática media residual *SRMR*, por su siglas en inglés) y dos índices incrementales (el índice de ajuste comparativo *CFI*, por sus siglas en inglés; y el índice de ajuste no normado *NNFI*, por sus siglas en inglés).

Hu y Bentler (1999) han propuesto que la probabilidad máxima de rechazar modelos que no son adecuados se alcanza cuando se toman los siguientes puntos de corte: $RMSEA \leq .05$, $SRMR \leq .06$, $CFI \geq .95$ y $NNFI \geq .95$. No obstante, si se incluye una combinación de índices en la evaluación del modelo, se puede concluir que éste presenta un buen ajuste cuando arroja los siguientes valores: $RMSEA \leq .06$, $SRMR \leq .08$, $CFI \geq .90$ y $NNFI \geq .90$. En la presente investigación se tomaron en cuenta estos puntos de corte, junto con la ji cuadrada normada ($\chi^2 / gl \leq 3$), para examinar el ajuste de todos los modelos propuestos en este estudio y en los estudios posteriores, tanto para los modelos de medida como para los modelos estructurales.

Con el propósito de conocer la validez discriminante y convergente de la Escala de Desregulación Emocional, versión corta, se examinó la correlación producto-momento de Pearson de la DE con las medidas de AP y AN, respectivamente. Se utilizó el programa estadístico SPSS

para Windows, versión 22 para realizar estos análisis. Posteriormente, para añadir más evidencia sobre la validez convergente y discriminante de la EDS-short se evaluó el ajuste de un modelo teórico conformado por las variables AN, AP y DE. En este modelo se plantearon dos relaciones: AP con DE (validez discriminante) y AN con DE (validez convergente). Para examinar el ajuste de este modelo se empleó el modelado de ecuaciones estructurales (Brown y Cudeck, 1993), con el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos (Satorra y Bentler, 1994), mediante el paquete lavaan para programa estadístico R 3.3.1 (Rosseel, 2012).

4.3.5. Resultados

4.3.5.1. Confiabilidad

La EDS-short mostró una confiabilidad alfa de Cronbach elevada de .90 (Nunnally, 1978).

4.3.5.2. Prueba del modelo de medida unidimensional

El modelo de medida de una sola dimensión, DE, presentó un buen ajuste de acuerdo con todos los índices evaluados: $\chi^2/ gl = 1.725$; RMSEA = .042, IC 90% [.030, .054]; SRMR = .035; CFI = .977; NNFI = .971. En la Tabla 3 se puede encontrar la mediana, la carga factorial, el error, la proporción de varianza explicada y la correlación ítem-total de cada ítem. El único factor del modelo de medida presentó una media de 18.03 y desviación estándar de 10.83. Las correlaciones ítem-total oscilaron entre .54 y .74.

Tabla 3

Estadísticos de los ítems de la Escala de desregulación emocional versión corta, EDS-short.

Ítem	Estudio 2 (n = 407)				
	Mdn	CF	E	R ²	r _{it}
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	2	.62**	.62	.38	.59
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo; simplemente me siento mal.	2	.61**	.63	.37	.58
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	1	.59**	.65	.35	.57
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	1	.58**	.67	.33	.54
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	1	.67**	.54	.45	.64
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	1	.70**	.50	.49	.67
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	1	.69**	.53	.47	.64
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	1	.79**	.38	.62	.74
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	1	.64**	.59	.41	.60
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	1	.65**	.57	.42	.62
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	1	.71**	.49	.51	.67
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	1	.63**	.60	.40	.60

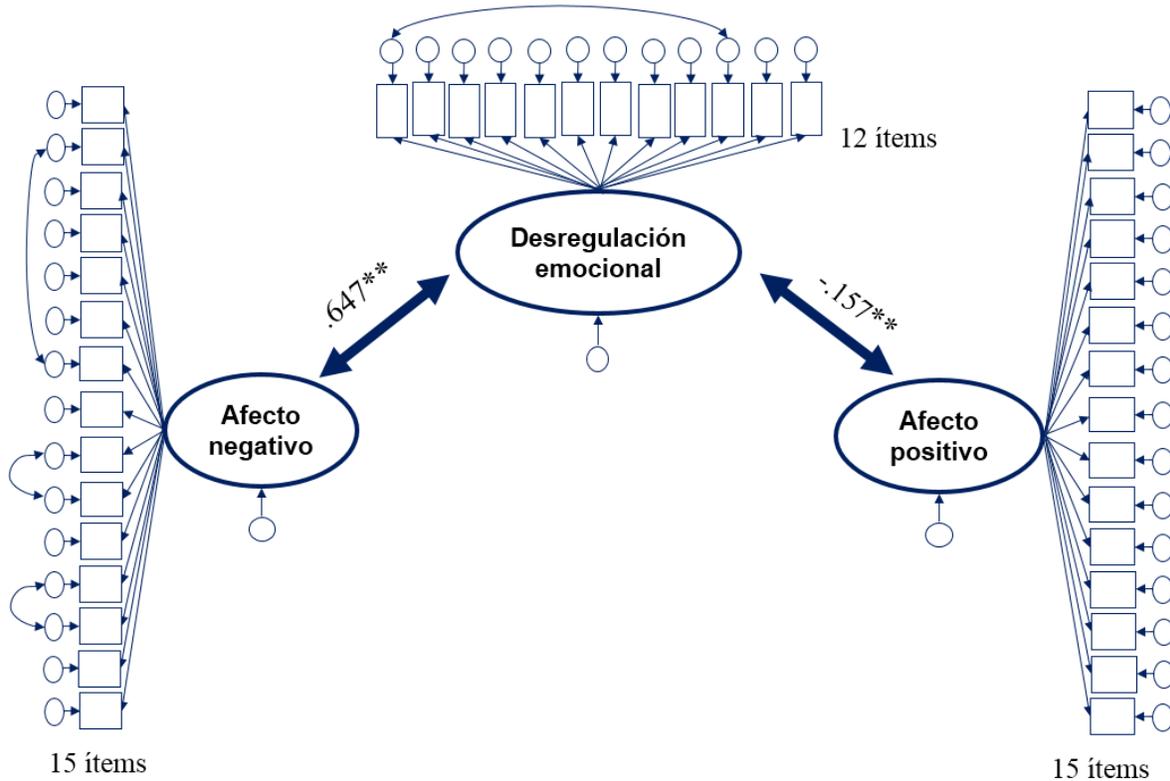
Mdn= Mediana; CF = carga factorial; E = error; R² = proporción de varianza explicada; r_{it}= correlación ítem-total.

4.3.5.3. Validez convergente y discriminante

El análisis de correlación de Pearson mostró que la relación entre la DE con el AN fue positiva y fuerte ($r = .570, p < .001$), mientras que la asociación entre la DE y el AP fue negativa, débil y no significativa ($r = -.086, p > .050$; Cohen, 1992).

Posteriormente, tras analizar con modelado estructural el modelo teórico de la relación entre la DE con las variables AN y AP, respectivamente, se obtuvieron tres índices de ajuste aceptables:

$\chi^2/ gl = 1.264$; RMSEA = .048, IC 90% [.045, .051]; SRMR = .067, y dos no aceptables: CFI = .862; NNFI = .856. El programa estadístico R sugirió agregar covarianzas de los términos de error debido a que algunos ítems presentaban altas correlaciones que se explican por traslapes teóricos sustanciales. En el caso de la subescala de AN se incorporaron tres modificaciones (*Furioso* y *Molesto*; *Espantado* y *Asustado*; *Temeroso* y *Con miedo*) y una en la EDS-short (*A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta[o]* y *Me es difícil calmarme cuando estoy molesta[o]*). En la figura 1 se muestra el modelo teórico final.



** $p < .01$

Figura 1. Modelo estructural de la relación de la DE con el AP y el AN.

El modelo teórico propuesto mostró adecuados índices de ajuste: $\chi^2/ gl = 1.267$; RMSEA = .039, IC 90% [.036, .043]; SRMR = .064; CFI = .910; NNFI = .900. Como se puede observar, la relación entre el AP y la DE fue muy débil (prácticamente nula; $r = -.157$; $p = .007$), mientras que la asociación entre el AN y la DE fue positiva y fuerte ($r = .647$; $p = .000$; Cohen, 1992).

4.5. Estudio 3. Confiabilidad, prueba del modelo de medida y validez convergente

4.5.1. Propósito

Conocer si se confirman los hallazgos sobre confiabilidad, estructura factorial y validez convergente de la EDS-short en una muestra independiente de preadolescentes y adolescentes.

4.5.2. Preguntas de investigación

- a) ¿Se confirmará el hallazgo de elevada confiabilidad de la EDS-short?
- b) ¿Se confirmará el resultado del buen ajuste del modelo de medida unidimensional de la EDS-short?
- c) ¿Se confirmará el resultado de validez convergente la EDS-short con la subescala de AN de la PANAS?
- d) ¿Mostrará validez convergente la EDS-short con una subescala de supresión emocional?

4.5.3. Hipótesis

La hipótesis general de este estudio postulaba que se confirmarían los hallazgos obtenidos en el estudio 2 sobre la confiabilidad, la estructura factorial y la validez convergente (tanto con la subescala de AN como con una subescala de supresión emocional) de la EDS-short.

Específicamente, se esperaba:

- a) Confiabilidad Alfa de Cronbach de la EDS-short superior a .80; Nunnally (1978).
- b) Que el modelo unidimensional de la EDS-short presentara un buen ajuste, de acuerdo con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999), y de Kline (2005).
- c) Asociación positiva y fuerte entre la DE y el AN, y entre la DE y la supresión emocional, de acuerdo con los criterios de Cohen (1992).

4.5.4. Método

4.5.4.1. Participantes

La muestra constó de 546 niños y adolescentes (314 mujeres y 232 hombres), de entre 9 y 18 años de edad ($M = 12.74$; $DE = 1.96$; Tabla 4), provenientes de 9 escuelas públicas y privadas de 6 entidades de la zona metropolitana de la Ciudad de México (Tabla 5). De los participantes, 186 recibían educación básica (107 mujeres y 79 hombres), 227 educación media (125 mujeres y 102 hombres) y 133 educación media superior (82 mujeres y 51 hombres). Se realizó un muestreo intencional y la unidad de muestreo fue el grupo escolar.

Tabla 4

Distribución de la muestra por sexo y edad (años)

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
Mujer	3	41	47	67	45	36	50	19	4	2	314
Hombre	2	32	36	52	32	27	27	16	6	2	232
Total	5	73	83	119	77	63	77	35	10	4	546

Tabla 5

Distribución de la muestra por sexo y características de la escuela

Clave de la escuela	Tipo	Ubicación	Turno	Mujer	Hombre	Total
Primaria 3	Pri	Iztapalapa	M	89	77	166
Primaria 4	Púb	Cuajimalpa	V	6	0	6
Primaria 5	Pri	Iztapalapa	M	8	1	9
Primaria 6	Púb	Iztapalapa	V	4	1	5
Secundaria 16	Pri	Iztacalco	M	0	6	6
Secundaria 17	Púb	Iztapalapa	M	6	4	10
Secundaria 18	Púb	Tlalnepantla	M	117	90	207
Secundaria 19	Púb	Iztapalapa	V	2	2	4
Preparatoria 29	Púb	Magdalena Contreras	M	46	30	76
Preparatoria 30	Púb	Magdalena Contreras	V	36	21	57
Total				314	232	546

Púb = pública; *Pri* = privada; *M* = Matutino; *V* = Vespertino.

4.5.4.2. Criterios de inclusión, criterios de exclusión, diseño y tipo de estudio

Los criterios de inclusión y de exclusión, así como el diseño y el tipo de estudio fueron idénticos a los del estudio 2.

4.5.4.3. Instrumentos

Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Contreras-Valdez et al., enviado), descrita en el estudio piloto.

Subescala de AN para niños y adolescentes (PANAS-C; Hernández-Guzmán et al., enviado), descrita en el estudio 2. En este estudio se encontró un alfa de Cronbach adecuado de .89 (Nunnally, 1978).

Subescala de supresión emocional (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ; Gross y John, 2003) adaptada a niños y adolescentes de la Ciudad de México por Hernández-Guzmán (2016). Se trata de una subescala de autoinforme compuesta por 4 ítems diseñados para medir la supresión emocional. El niño o el adolescente valora qué tanto refleja el ítem su conducta y elige una de 5 posibles opciones de respuesta (0, *Muy poco o nada*, a 4, *Mucho*); a mayor puntuación, mayor supresión emocional. En este estudio se encontró una confiabilidad alfa de Cronbach aceptable de .70 (Nunnally, 1978; ver apéndice).

4.5.4.4. Definición conceptual de variables

Las definiciones conceptuales de las variables DE y AN son las mismas que las descritas en el estudio 2.

Supresión emocional: Estrategia de regulación emocional que consiste en inhibir deliberadamente la conducta de expresión de la emoción.

4.5.4.5. Definición operacional de variables

Las definiciones operacionales de las variables DE y AN son similares a las descritas en el estudio 2.

Supresión emocional: El puntaje total de los ítems 1-4 de la subescala de supresión emocional. A mayor puntaje, mayor supresión emocional.

4.5.4.6. Procedimiento

La recolección de datos se realizó entre marzo y diciembre de 2015. El procedimiento fue similar al descrito en el estudio 2.

4.5.4.7. Análisis de datos

El análisis de la consistencia interna y la prueba del modelo de medida unidimensional se realizaron de forma idéntica que en el estudio 2. Con respecto a la validez convergente, con el programa SPSS versión 22 se calculó la correlación producto-momento de Pearson para relación entre el AN y la DE, por un lado, y entre la supresión emocional y la DE, por otro. Con el propósito de buscar más evidencia sobre la validez convergente de la EDS-short se evaluó el ajuste de un modelo teórico que contemplara la relación entre las variables DE y AN, y DE y supresión emocional. Aunque el estudio de la relación entre AN y supresión emocional no forma parte del propósito de esta investigación, esta relación también se incluyó en el modelo debido a que teóricamente dichos constructos mantienen una relación positiva (John y Gross, 2004). El ajuste del modelo se examinó con el modelado de ecuaciones estructurales (Brown y Cudeck, 1993) empleando el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos desarrollado por Satorra y Bentler (1988). Este análisis se hizo con el paquete lavaan para el programa estadístico R 3.3.1 (Rosseel, 2012).

4.5.5. Resultados

4.5.5.1. Consistencia interna

La EDS-short mostró una consistencia interna elevada, alfa de Cronbach de .89 (Nunnally, 1978).

4.5.5.2. Prueba del modelo de medida de una sola dimensión

El modelo de medida unidimensional mostró un buen ajuste de acuerdo con los cinco índices evaluados: $\chi^2 / gl = 2.989$; RMSEA = .060, IC 90% [.051, .070]; SRMR = .038; CFI = .951; NNFI = .940. El único factor del modelo mostró una media de 17.98 y desviación estándar de 11.00. Las correlaciones ítem-total oscilaron entre .47 y .69 (ver la Tabla 6).

4.5.5.2. Validez convergente

De acuerdo con los criterios de Cohen (1992) la correlación de Pearson entre la DE y el AN fue positiva y fuerte ($r = .702, p < .001$). La asociación entre la DE y la supresión emocional fue positiva y fuerte ($r = .500, p < .001$).

El modelo teórico de la DE, la supresión emocional y el AN mostró dos índices aceptables $\chi^2 / gl = 1.297$; SRMR = .068 y tres no aceptables RMSEA = .074, IC 90% [.071, .077]; CFI = .800; NNFI = .780. Tras revisar las recomendaciones del programa estadístico R se decidió agregar al modelo algunas covarianzas entre los términos de error debido al elevado traslapeo teórico entre los indicadores. En la subescala de AN se añadieron cinco (*Furioso y Molesto; Espantado y Asustado; Temeroso y Con miedo; Enojado y Molesto; Enojado y Furioso*) y en la EDS-short se agregó una (*A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta[o] y Me es difícil calmarme cuando estoy molesta[o]*).

Una vez añadidos estos cambios, se halló un buen ajuste del modelo (figura 2): $\chi^2/ gl = 1.281$; RMSEA = .046, IC 90% [.043, .050]; SRMR = .059; CFI = .923; NNFI = .916. De acuerdo con los criterios de Cohen (1992) la DE mostró una relación positiva y fuerte tanto con el AN ($r = .769$; $p < .001$) como con la supresión emocional ($r = .683$; $p < .001$).

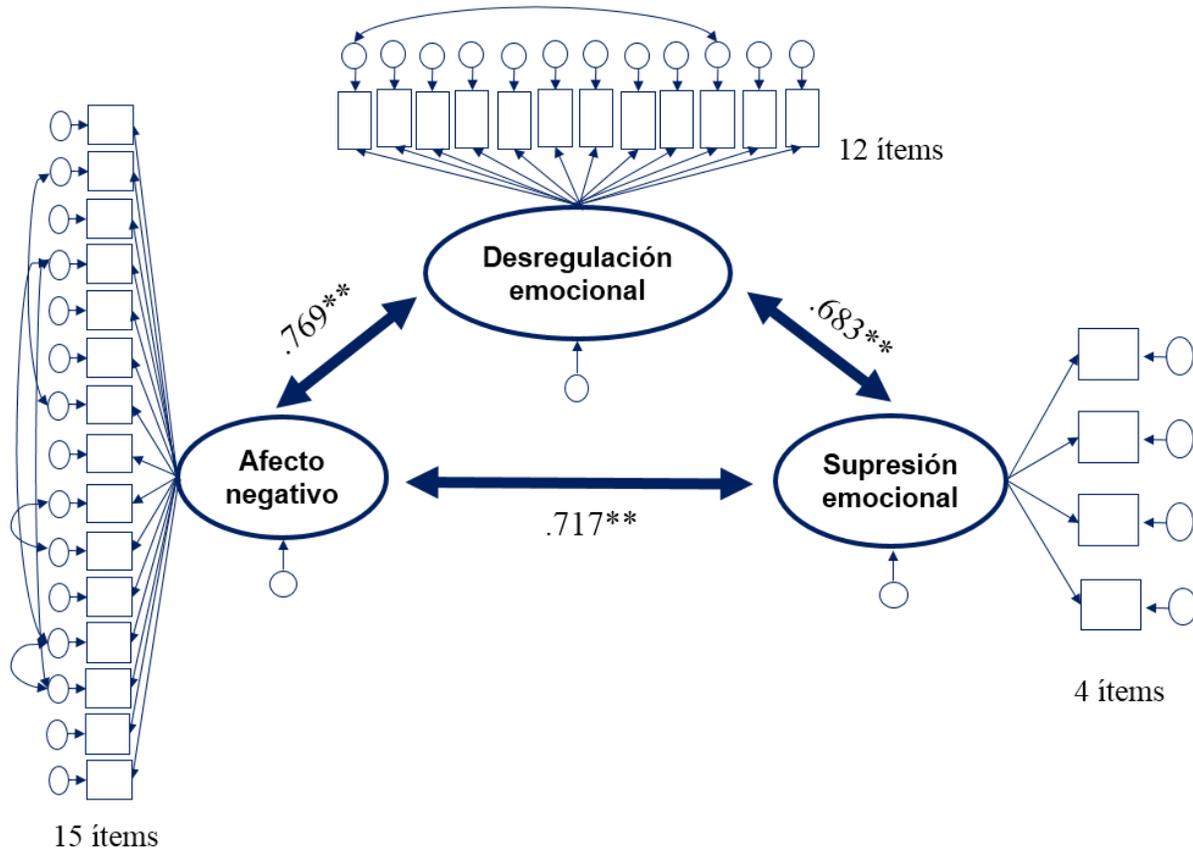
Tabla 6

Estadísticos de los ítems de la Escala de desregulación emocional, versión corta

Ítem	Estudio 3 (n = 546)				
	Mdn	CF	E	R ²	r _{it}
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	1	.62**	.62	.38	.58
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo; simplemente me siento mal.	1	.59**	.65	.35	.56
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	1	.64**	.58	.41	.61
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	1	.50**	.76	.24	.47
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	1	.65**	.58	.42	.61
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	2	.61**	.62	.37	.57
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	1	.68**	.53	.46	.64
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	1	.73**	.47	.53	.69
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	1	.68**	.53	.47	.64
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	1	.67**	.55	.45	.63
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	1	.65**	.57	.43	.62
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	1	.64**	.59	.41	.61

Mdn = Mediana; CF = carga factorial; E = error; R² = proporción de varianza explicada; r_{it} = correlación ítem-total.

****** $p < .01$



$^{**}p < .01$

Figura 2. Modelo hipotético de la relación entre la DE, el AN y la supresión emocional.

4.6. Discusión

Esta investigación se planteó conocer, mediante tres estudios independientes (un estudio piloto y dos estudios de confiabilidad y validez de constructo), si la EDS-short es una escala confiable y válida para medir la DE en preadolescentes y adolescentes. El estudio piloto tuvo como propósito adaptar la EDS-short para la población de preadolescentes y adolescentes de la Ciudad de México. En este estudio se realizaron los pasos necesarios para conformar la versión final de la escala de la que se sometería a prueba. Luego de la traducción de la escala, los cambios en los ítems fueron mínimos y se llegó a una versión de 12 ítems con un formato de respuesta de cinco opciones

(en contraste con la versión original de siete) e imágenes que facilitan las respuestas de los participantes.

El segundo estudio tuvo cuatro propósitos en torno a la confiabilidad y validez de la EDS-short: 1) conocer su confiabilidad, 2) someter a prueba el modelo unidimensional de la DE, 3) indagar acerca de su validez convergente, y 4) indagar sobre su validez discriminante. De acuerdo con la primera hipótesis la escala mostró una confiabilidad elevada tal y como lo hizo en el estudio original (Powers et al., 2015). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach es un índice de homogeneidad en los ítems que garantiza que la gran mayoría de la varianza de los ítems que conforman el test se debe al factor latente que subyace a él (Cronbach, 1951). La confiabilidad elevada de la EDS-short revela que los ítems miden con coherencia y de forma consistente la dimensión de DE.

Con respecto al segundo propósito, se encontró un buen ajuste del modelo de medida de una sola dimensión, tal y como se esperaba como hipótesis. Ésta es la primera investigación que somete a prueba la estructura factorial unidimensional de la EDS-short, por lo cual habría de considerársele pionera al sentar las bases de su validez de constructo. Los autores originales (Powers et al., 2015) habían propuesto que ésta mide tres dominios de la DE sin señalar las razones teóricas que justificarían dicha estructura ni los ítems que la conformarían. Además, sus propias conclusiones y la interpretación de sus resultados sugerían la existencia de una sola dimensión. La EDS-short surgió como una adaptación de otros instrumentos diseñados para medir la regulación del afecto (Westen et al., 1997) y el espectro de la personalidad (Westen y Shedler, 1999), dentro del cual se encontró que una estructura de doce dimensiones describía mejor sus indicadores en contraste con las categorías tipificadas tradicionales y los modelos clásicos de la personalidad (Shedler y Westen, 2004). La DE se mostró como una dimensión característica de los problemas

de personalidad, hallazgo que se ha replicado en una segunda validación del SWAP-200 con adultos (Westen et al., 2014) y en otro estudio con adolescentes (Westen et al., 2005).

Debido a la dudosa validez de constructo de la EDS-short era necesario someter a prueba si los ítems correspondían a la dimensión de DE vislumbrada por Shedler y Westen (2004) mediante el uso del SWAP-200, antecedente directo de la EDS. En esta investigación se encontró evidencia en favor de la unidimensionalidad de la EDS-short, hallazgo que puede explicarse debido a que el constructo DE es una dimensión que contempla indicadores de inestabilidad emocional, manejo de emociones negativas intensas, inestabilidad en el pensamiento bajo situaciones de estrés, entre otros (Westen et al., 2014). Esta dimensión de DE, medida con la EDS-short, representa un extremo del continuo regulación-desregulación y debería entenderse como una deficiencia en la habilidad para regular las emociones, por lo que éstas tienden a salirse de control (Shedler y Westen, 2004). No se la debería confundir con las consecuencias de no regular las emociones de manera eficaz (autolesiones, abuso de sustancias, conducta parasuicida, etc.; Neacsiu et al., 2014).

Como tercer propósito se estudió la asociación entre la DE y el AN. Se ha denominado *afecto medular* a los estados de placer y displacer, con cierto grado de excitación, que experimenta el ser humano. Es medular porque la valencia (positiva o negativa) y la excitación (elevada-leve), en conjunto, representan un elemento nuclear común en todos los estados psicológicos e influyen en la homeostasis de la persona (Barrett, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015). La dimensión del AN constituye la estructura del afecto en términos de desagrado, la cual todavía no conlleva alguna interpretación cognitiva (Watson y Clark, 1984; Watson et al., 1988). Congruente con los hallazgos de otros investigadores (Bradley et al., 2011; Donahue et al., 2014; Powers et al., 2015), en este estudio se corroboró la relación postulada en la hipótesis, a mayor DE, mayor AN. Esta relación puede explicarse debido a que ambos constructos son factores protagónicos dentro de la psicopatología del desarrollo desde edades tempranas, especialmente de los desórdenes

emocionales (Barlow et al., 2004, 2011). Se sabe que el AN es un factor supraordenado de estos problemas en la infancia y la adolescencia (Chorpita, 2002), y que las deficiencias en la regulación emocional median la relación entre el AN y los síntomas de ansiedad y depresión (Tortella-Feliu et al., 2010), por lo cual la relación entre la DE y el AN da cuenta de la validez convergente de la EDS-short.

Por último, la cuarta hipótesis postulaba que la DE se relacionaría de forma negativa y débil con el AP, tomando como base el hallazgo de Powers et al. (2015) en el estudio original de la EDS-short. Al analizar dicha relación con dos técnicas estadísticas distintas, la correlación de Pearson y el modelado estructural, se encontraron dos resultados que si bien no son idénticos, sí muestran congruencia teórica en términos de la validez divergente de la escala. Por medio del coeficiente de correlación de Pearson no se halló asociación entre la DE y el AP, mientras que con el modelado estructural se observó una relación negativa entre ambos constructos, pero ésta fue prácticamente nula.

Si bien el AP mantiene una relación inversa con los desórdenes emocionales más frecuentes, como son la ansiedad y la depresión, esta asociación es de menor intensidad en comparación con la que comparte el AN en población de adultos (Watson, Clark y Carey, 1988), y niños y adolescentes (Chorpita, 2002), por igual. Aunque pareciera que el AP es contrario al negativo, se ha encontrado que estos dos constructos no son extremos opuestos de un mismo continuo, sino dimensiones ortogonales (Watson y Clark, 1984; Watson, Clark y Tellegen, 1988), por lo cual una persona puede experimentar ambos de forma independiente. El AP es la estructura del afecto medular en términos de bienestar (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015). Si está elevado, la persona se siente entusiasta, activa, segura, alerta y feliz, y conserva una relación agradable con su ambiente, pero la ausencia del AP no necesariamente implica psicopatología

(Watson y Clark 1984), lo cual explica el hallazgo de este estudio y agrega evidencia sobre la validez discriminante de la EDS-short.

El propósito general del tercer estudio fue confirmar en una muestra independiente de preadolescentes y adolescentes los hallazgos de confiabilidad, estructura factorial de la EDS-short y validez convergente que se encontraron en el segundo estudio. Tal y como se esperaba en las hipótesis la EDS-short volvió a mostrar confiabilidad elevada, un buen ajuste de su modelo de medida unidimensional y validez convergente (con los constructos AN y supresión emocional).

El hecho de que estos resultados al estudiar la confiabilidad, el modelo de medida unidimensional y la validez convergente (evaluada con el coeficiente de Pearson y con el modelado estructural) se hayan replicado en una muestra independiente representa la aportación más valiosa de esta investigación. De acuerdo con Sidman (1960), además de ayudar a establecer la generalidad de un fenómeno, la réplica también demuestra que las variables extrañas no resultan lo suficientemente poderosas para impedir que un hallazgo se repita. Debido a que el ajuste del modelo de un factor fue satisfactorio y que la EDS-short mostró adecuada confiabilidad y validez convergente en dos estudios distintos, se añade solidez y validez externa a las conclusiones.

Por otra parte, para agregar más certidumbre con respecto a la validez convergente de la EDS-short en este tercer estudio se incluyó la subescala de supresión emocional. Se esperaba como hipótesis una asociación positiva entre la DE y la supresión emocional debido a que ésta se ha mostrado como una estrategia desadaptada de modulación de la respuesta emocional que predice la psicopatología. La supresión emocional funciona a corto plazo al reducir la expresión de la emoción, pero no la experiencia subjetiva, la cual tiende a incrementarse. Los intentos por suprimir pensamientos y emociones resultan en el incremento de la excitación fisiológica, principalmente la actividad cardiovascular y electrodérmica (John y Gross, 2004). Además, la supresión emocional impide la habituación a estímulos emocionales, por lo que las personas que suprimen desarrollan

alta sensibilidad a los síntomas de ansiedad y depresión (Aldao et al., 2009). En este estudio se encontró, mediante dos procedimientos estadísticos distintos, que es fuerte la relación a mayor supresión emocional, mayor DE, hallazgo que indica certeza en favor de la validez convergente de la EDS-short.

Otra aportación de esta investigación es el uso del AFC o para someter a prueba la estructura unidimensional de la EDS-short, debido a que previamente se había analizado su validez únicamente mediante el análisis factorial exploratorio (Powers et al., 2015). De acuerdo con Barlow et al. (2004), el AFC sirve para examinar los indicadores de un espectro sin tomar en cuenta los límites de categorías creadas arbitrariamente. La EDS-short posee también ventajas adicionales, tales como su confiabilidad adecuada (acorde con la que ofrece la escala original) y la facilidad con la que puede aplicarse en un periodo relativamente breve, en comparación con otros instrumentos que miden la DE compuestos por numerosos ítems (Gratz y Roemer, 2004).

De los resultados de esta investigación se desprenden varias recomendaciones para estudios futuros. Dado que la EDS-short no cuenta con puntos de corte es una tarea pendiente obtenerlos con la intención de posibilitar una mejor interpretación de los puntajes que obtienen los participantes, así como de facilitar la comparación entre ellos (Morales, 1975).

Además es necesario someter a prueba la validez de la EDS-short en niños y adolescentes de procedencia clínica, población a partir de la cual surgió originalmente la versión para adultos. Por otra parte, debido a que se cuenta ya con evidencia de que la DE media entre el AN y los síntomas internalizados de adultos (Hofmann, Sawyer, Fang y Asnaani, 2012) y adolescentes (Tortella-Feliu et al., 2010), sería de gran utilidad indagar si se cumple este efecto mediador de la DE entre el AN y diversos conglomerados de síntomas en población infantil, como es el caso de la conducta alimentaria. En esta línea de investigación el uso del modelado estructural representa una excelente opción para indagar acerca de dicho efecto. Eventualmente, un siguiente paso sería

someter a prueba la eficacia de tratamientos transdiagnósticos en edades tempranas que contemplen como diana de la intervención al AN y la DE, tal como se ha realizado ya con adultos (Barlow et al., 2013; Bullis et al., 2015; Fowler et al., 2016; Hofmann y Barlow, 2014; Neacsiu, Eberle et al., 2014). Dichos tratamientos resultan más apropiados en comparación con las intervenciones convencionales diseñadas para las categorías diagnósticas creadas a partir del modelo categórico de la psicopatología, las cuales muestran escasa validez de constructo (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011).

Esta investigación representa una aportación importante ya que contar una medida sistematizada, breve y de fácil aplicación, como la aquí presentada, abre la posibilidad a la realización de estudios que indaguen sobre las vías por las cuales la DE influye en la psicopatología de preadolescentes y adolescentes. La EDS-short se ha perfilado en esta investigación como una medida válida y útil, al poseer propiedades psicométricas adecuadas y un modelo de medida sólido para medir la DE infantil y juvenil.

Capítulo 5. Estudio 4: ¿La desregulación emocional media la relación entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional de preadolescentes y adolescentes?

5.1. Planteamiento del problema

El modelo categórico de la psicopatología constituye la explicación más difundida a nivel internacional de los problemas alimentarios. Esta concepción supone discontinuidad entre la normalidad y la psicopatología, la cual puede distinguirse por medio de categorías diagnósticas llamadas trastornos, cuya base se encuentra en la cuantificación de síntomas (Rutter, 2003). Sin embargo, la validez del modelo categórico se ha mostrado dudosa cuando se la ha sometido al escrutinio científico.

Son cinco los principales problemas que ha revelado la investigación de este modelo en el área de la conducta alimentaria: 1) Presencia de diagnósticos a pesar de que las personas no cumplen con los criterios clínicos (Nakai et al., 2013; Lee et al., 2001), 2) Ausencia de diagnósticos cuando hay sintomatología importante (Ackard et al., 2007; Goosens et al., 2007; Whiteside et al., 2007), 3) Creación de categorías residuales con alta prevalencia, como es el caso del EDNOS (Fairburn y Bohn, 2005, Fairburn et al., 2007, Fairburn y Cooper 2011), que eventualmente se dividió en UFED y OSFED (Allen et al., 2013; Castellini et al 2011; Keel et al., 2011; Machado et al., 2013; Ornstein et al., 2013; Thomas et al., 2015), 4) Migración de un diagnóstico a otro a lo largo del tiempo (Eddy et al., 2008; Fairburn et al., 2008; Fairburn y Cooper, 2011; Stice et al., 2013), y 5) Cobertura inadecuada, al existir conglomerados de síntomas que el sistema categórico no toma en cuenta para diagnosticar (Brownstone et al., 2013, Firzsimmons-Craft et al., 2014; Goosens et al., 2007; Whiteside et al.).

A partir de la literatura de investigación es posible observar las debilidades teóricas y empíricas del modelo categórico, el cual ha logrado ofrecer una explicación acertada del fenómeno de los problemas alimentarios, tanto para la práctica clínica como para la investigación (Fairburn

y Cooper, 2011). Se ha sugerido, por lo tanto, poner especial atención al estudio de las dimensiones básicas que conforman la psicopatología alimentaria (Fairburn et al., 2003). El enfoque dimensional concibe la conducta como un fenómeno continuo en cuyos extremos están la psicopatología y la funcionalidad. La psicopatología se estudia en términos del grado en que se presenta y, a partir de ello, se obtienen perfiles multifactoriales para comprender la magnitud de la sintomatología (Regier, 2012; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2012). Mediante el estudio de la dimensiones básicas de los problemas alimentarios se pierde poca información de este fenómeno (Amaya et al., 2010; Hammerle et al., 2016; Ortega-Luyando et al., 2015; Platas y Gómez-Peresmitré, 2013), disminuye la migración de un diagnóstico a otro (Wildes y Marcus, 2013) y se evita la multiplicación de categorías diagnósticas (Dunn et al., 2010; Eddy et al., 2010; Lavender et al., 2013).

La teoría del transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003) ha representado una explicación admisible de los problemas alimentarios debido al respaldo empírico que posee (Byrne et al., 2011; Dalle Grave et al., 2013; Draxler y Hiltunen, 2012; Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2013; Fairburn et al., 2015; Lampard et al., 2013; Poulsen et al., 2014; Thompson-Brenner et al., 2016). Sugiere la existencia de un núcleo central de la psicopatología alimentaria conformado por tres dimensiones básicas. En un primer nivel se encuentra la preocupación por el peso y la figura, la cual predice la dieta restrictiva y las conductas de atracón. Estas dimensiones de dieta y atracón son las conductas alimentarias de riesgo que se presentan con mayor prevalencia (Ortega-Luyando et al., 2015), por lo que en la presente investigación se ha decidido poner especial atención en ellas conceptuándolas como conducta alimentaria disfuncional (CAD).

Este núcleo de la psicopatología alimentaria recibe una influencia fuerte del componente afectivo. De los múltiples factores que subyacen a los problemas alimentarios, la intolerancia al AN constituye uno de los principales (Lampard et al., 2013). En la presente investigación se

resolvió conocer más acerca de la influencia de los problemas afectivos en la conducta alimentaria al incluir el AN y la DE, dos constructos transdiagnósticos responsables de predecir y mantener diversas formas de psicopatología (Bradley et al., 2011). Es abundante la investigación que documenta el impacto que reciben los problemas alimentarios por la vía del AN (Downey y Chang, 2007; Engel et al., 2013; Espeset et al., 2012; Goldschmith et al., 2014; Holmes et al., 2015; Peñas-Lledo et al., 2015; Stice, 2001; Stice et al., 1996; Stice et al., 2000; Stice et al., 2007; Stice et al., 2008; Wonderlich et al., 2015), así como de la DE (Brockmeyer et al., 2014; Douglas y Varnado-Sullivan, 2016; Harrison et al., 2010; Pivarunas y Conner, 2015; Svaldi et al., 2012). La explicación más contundente al respecto es que las personas con problema alimentarios poseen niveles elevados de AN y estrategias deficientes para regularlo adecuadamente, por lo que recurren a las conductas de dieta y atracón debido a que funcionan como reforzamiento negativo al disminuir los estados emocionales adversos (Agras y Telch 1998; Berg et al., 2013; Berg et al., 2015; Carrard et al., 2012; Danner et al., 2013; Dingemans et al., 2009; Engelberg et al., 2007; Giniani et al., 2013; Hayaki, 2009; Mills et al., 2015; Whiteside et al., 2007; Wonderlich et al., 2015).

En el estudio del desarrollo psicológico se ha hallado que desde la infancia temprana el individuo se expone a situaciones adversas y estados de incomodidad cargados de AN, como son las prácticas parentales disfuncionales como el rechazo y el castigo (Betts, Gullone y Allen, 2009; Gámez-Guadix, Straus, Carrobbles, Muñoz-Rivas y Almendros, 2010; Gracia, Lila y Musitu, 2005) o los ambientes negligentes y violentos (Linehan, 1993). Estos acontecimientos causan daños en los mecanismos cerebrales de respuesta al estrés, lo cual dificulta la regulación emocional apropiada, por lo que el AN tiene a exacerbarse (Reppetti et al., 2002). Además de estos sucesos de vida, otros factores también propician el incremento del AN, tales como las afecciones biológicas, el temperamento, y las vulnerabilidades psicológicas específicas y generales del individuo (Barlow et al., 2004). Si el niño o el adolescente experimenta niveles elevados de AN y

carece de estrategias adecuadas para regularlo, será propenso a diversos tipos de psicopatología (Donahue et al., 2015; Tortella-Felliu et al., 2010).

La investigación longitudinal ha encontrado que el AN y la DE son variables que predicen la aparición de los desórdenes alimentarios (McLaughlin, et al., 2011). Si se toma en cuenta los hallazgos de la línea de investigación de los problemas emocionales (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2013; Hofman y Barlow, 2014; Hofmann et al., 2012; Sauer-Zavala et al., 2012), en donde se ha encontrado que el AN, como una conceptualización de la valencia negativa del afecto medular, influye en la psicopatología por la vía de la DE, se puede vislumbrar que en un primer momento el individuo experimentaría AN, y si carece de habilidades para manejarlo adecuadamente (DE), podría presentar alteraciones en la conducta alimentaria. Al respecto, también se ha propuesto que existe un breve periodo en el cual los individuos tratan de regular sus emociones negativas antes de incurrir en conductas alimentarias disfuncionales, pero al no conseguirlo, recurren a la prácticas restrictivas o a la sobreingesta para modular el malestar emocional, por lo que el papel del AN en los problemas alimentarios no sería el mismo sin la DE (Aldao et al., 2009). Por lo anterior, la hipótesis de un posible efecto mediador de la DE entre el AN y la CAD merece la atención científica.

Hasta este punto se ha revisado que muchos de los estudios que han indagado sobre el AN, la DE y los problemas de la conducta alimentaria han establecido sus conclusiones a la luz de los sistemas de diagnósticos categóricos tradicionales. Debido a la escasa validez que han presentado las categorías, resulta necesario enfatizar el estudio de las dimensiones que constituyen una mejor descripción de la conducta alimentaria (Wildes y Marcus, 2012). Otro problema que resalta es que los estudios se han centrado en población de adultos y adolescentes, principalmente mujeres. A pesar de que en los últimos años se ha dirigido la atención al análisis de la conducta alimentaria de la población infantil (Brownstone et al., 2013; Flament et al., 2015), los estudios que existen acerca

de la influencia del AN y la DE en la niñez sobre los problemas alimentarios han empleado la metodología retrospectiva, la cual se encuentra sujeta a sesgos por medir las variables de estudio de forma indirecta, pues el individuo no informa sobre cómo percibe un fenómeno en el momento en el que lo vive, sino cómo recuerda que lo vivió (Burns et al., 2012; Michopoulos et al., 2015; Moulton et al., 2015; Ty y Francis, 2013). Convendría realizar estudios que analicen la interacción entre el AN, la DE y la CAD en el momento en que estas variables se presentan, directamente con la población de niños y adolescentes. De la misma manera, se ha ignorado la importancia de realizar investigación que permita observar los hallazgos en el contexto de la perspectiva del desarrollo psicológico al estudiar la transición de la preadolescencia a la adolescencia, lo cual resultaría beneficioso, ya que el incremento de los síntomas de la conducta alimentaria ocurre generalmente en este periodo.

Otra limitación es que existe una falta de consenso acerca de los modelos teóricos que subyacen a los instrumentos con los que se ha medido el AN y la DE, lo cual ha propiciado que se generen conclusiones dudosas. Es indispensable utilizar medidas que se deriven de modelos teóricos con validez que permitan captar de forma apropiada estos fenómenos psicológicos.

Desde una perspectiva de desarrollo la psicopatología se explica en términos de cadenas de experiencias ante circunstancias adversas que contribuyen a exacerbar la problemática de la persona (Cicchetti y Toth, 2015). Las serias dificultades que conlleva la realización de estudios que permitan inferir causalidad en este campo, han llevado a fincar la mayoría de las conclusiones en correlaciones y regresiones entre algún factor de riesgo y algún desenlace psicopatológico, lo que no significa causalidad. Ante esta limitación Rutter (2009) ha señalado que los investigadores interesados en los mecanismos de riesgo necesitan ampliar sus horizontes y extender sus estrategias de investigación para indagar las diferentes formas en que operan los antecedentes de los fenómenos psicológicos disfuncionales. No es aceptable el estudio únicamente de los factores de

riesgo de forma aislada. Más allá, es necesario indicar si los hallazgos correlacionales indican un efecto mediador y, si así lo señalan, se debe ir más lejos y entender los procesos que subyacen a dicha relación, así como examinar la posibilidad de que los efectos sólo operen en ciertos subgrupos vulnerables.

De acuerdo con Svaldi et al. (2012) la hipótesis de que las personas con problemas alimentarios regulan deficientemente los estados afectivos negativos es una tarea pendiente por indagar en poblaciones en las que es escasa la investigación al respecto, tal es el caso de los niños y adolescentes de población general, principalmente varones. Además es importante analizar los sexos por separado, ya que las mujeres generalmente presentan más síntomas que los hombres (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas y Velasco, 2017). Siguiendo las recomendaciones de Stice (2001) sería de gran utilidad para este campo realizar estudios que indaguen sobre la función de los mecanismos de regulación de las emociones en interacción con el AN y los problemas alimentarios en las fases tempranas del desarrollo. Queda al descubierto también que la investigación sobre la conducta alimentaria ha revelado hallazgos sobre el AN y la DE a partir de dos conglomerados principales de estudios. Por un lado, están los que se centran en la asociación del AN y los trastornos alimentarios, los cuales regularmente no toman en cuenta el papel transdiagnóstico del AN. En una línea paralela se encuentran los que han estudiado la DE dentro del área de los trastornos alimentarios. Si la evidencia apunta hacia el papel predictor del AN sobre la conducta alimentaria por medio de la DE, resulta necesario realizar estudios que permitan someter a prueba esta suposición.

Por lo anterior, el propósito de esta investigación es indagar si la DE actúa como mediador entre el AN y la CAD, tomando en cuenta las dimensiones de dieta y atracón, en preadolescentes y adolescentes, tanto mujeres como hombres.

5.1.1. Preguntas de investigación

¿Actúa como mediadora la DE entre el AN y la CAD de preadolescentes, mujeres y hombres?

¿Actúa como mediadora la DE entre el AN y la CAD de adolescentes, mujeres y hombres?

5.1.2. Hipótesis

La DE actuará como mediadora entre el AN y la CAD de las mujeres y los hombres preadolescentes.

La DE actuará como mediadora entre el AN y la CAD de las mujeres y los hombres adolescentes.

5.2. Método

5.2.1. Participantes

Participaron 530 preadolescentes (234 mujeres y 296 hombres) y 1593 adolescentes (834 mujeres y 759 hombres) de entre 9 y 18 años de edad. Para clasificar a los participantes en los respectivos grupos de edad se utilizaron los criterios propuestos por la OPS (2008; Tabla 7). Los participantes provenían de 32 escuelas (10 primarias, 10 secundarias y 12 preparatorias) públicas y privadas de 16 entidades de la zona metropolitana de la Ciudad de México (Tablas 8 y 9). De ellos, 455 recibían educación básica (234 mujeres y 221 hombres), 875 educación media (412 mujeres y 463 hombres) y 793 media superior (422 mujeres y 371 hombres). Se realizó un muestreo intencional en el que se consideró como unidad de muestreo al grupo escolar de adscripción.

Tabla 7

Distribución de la muestra por edad y sexo

Grupo de edad y sexo	Edad en años de acuerdo con la OPS (2008)	Participantes	Media y desviación estándar de la edad
Preadolescentes mujeres	9-11	234	$M = 10.30,$ $DE = 0.73$
Preadolescentes hombres	10-12	296	$M = 10.85,$ $DE = 1.04$
Adolescentes mujeres	12-18	834	$M = 14.75,$ $DE = 1.93$
Adolescentes hombres	13-18	759	$M = 15.07,$ $DE = 1.73$

5.2.2. Criterios de inclusión

Consentimiento informado del participante y de los directivos de las escuelas.

Cumplir con los criterios de edad propuestos por la OPS (2008).

5.2.3. Criterios de exclusión

Tener cualquier impedimento para responder los cuestionarios por cuenta propia, como no saber leer, no comprender instrucciones, entre otras (previa información de los profesores).

No cumplimentar al 100% la batería de instrumentos.

Tabla 8

Distribución de la muestra de niños por sexo y características de las escuelas

Clave de la escuela	Tipo	Ubicación	Turno	Mujer	Hombre	Total
Primaria 5	Pri	Iztapalapa	M	38	31	69
Primaria 6	Púb	Iztapalapa	V	2	11	13
Primaria 7	Púb	Cuajimalpa	M	18	11	29
Primaria 8	Púb	Cuajimalpa	M	22	19	41
Primaria 4	Púb	Cuajimalpa	V	19	17	36
Primaria 9	Pri	Iztapalapa	M	23	14	37
Primaria 10	Púb	Coyoacán	M	26	20	46
Primaria 11	Púb	Miguel Hidalgo	V	26	32	58
Primaria 12	Púb	Atizapán de Zaragoza	M	42	47	89
Primaria 13	Pri	Benito Juárez	M	18	19	37
Secundaria 20	Púb	Coyoacán	V	0	17	17
Secundaria 21	Púb	Coyoacán	V	0	13	13
Secundaria 17	Púb	Coyoacán	M	0	15	15
Secundaria 22	Púb	Chimalhuacán	M	0	18	18
Secundaria 19	Púb	Iztapalapa	V	0	12	12
Total				234	296	530

Púb = pública; *Pri* = privada; *M* = Matutino; *V* = Vespertino.

Tabla 9

Distribución de la muestra de adolescentes por sexo y características de las escuelas

Clave de la escuela	Tipo	Ubicación	Turno	Mujer	Hombre	Total
Secundaria 20	Púb	Coyoacán	V	84	51	135
Secundaria 21	Púb	Coyoacán	V	49	42	91
Secundaria 17	Púb	Coyoacán	M	141	128	269
Secundaria 19	Púb	Iztapalapa	V	38	21	59
Secundaria 23	Púb	Iztapalapa	M	3	70	73
Secundaria 24	Púb	Venustiano Carranza	V	7	9	16
Secundaria 16	Pri	Iztacalco	M	30	20	50
Secundaria 25	Pri	Gustavo A. Madero	M	6	13	19
Secundaria 26	Púb	Chimalhuacán	M	54	34	88
Preparatoria 31	Púb	Coyoacán	M	29	30	59
Preparatoria 32	Púb	Nezahualcóyotl	M	25	20	45
Preparatoria 33	Púb	Nezahualcóyotl	V	17	8	25
Preparatoria 34	Pri	Cuauhtémoc	M	7	9	16
Preparatoria 35	Púb	Ecatepec	V	29	25	54
Preparatoria 36	Púb	Xochimilco	M	78	37	115
Preparatoria 37	Pri	Tlalpan	M	7	4	11
Preparatoria 38	Púb	Gustavo A. Madero	V	39	22	61
Preparatoria 39	Púb	Chimalhuacán	M	10	11	21
Preparatoria 40	Púb	Chimalhuacán	V	21	29	50
Preparatoria 41	Púb	Iztapalapa	M	28	35	63
Preparatoria 42	Púb	Iztapalapa	V	21	14	35
Preparatoria 29	Púb	Magdalena Contreras	M	12	40	52
Preparatoria 30	Púb	Magdalena Contreras	V	73	62	135
Preparatoria 43	Pri	Iztacalco	M	18	15	33
Preparatoria 44	Púb	Coyoacán	V	8	10	18
Total				834	759	1593

Púb = pública; *Pri* = privada; *M* = Matutino; *V* = Vespertino.

5.2.4. Diseño y tipo de estudio

Es un diseño no experimental debido a que no hubo manipulación de variables (Kerlinger y Lee, 2000). Se trata de un estudio de mediación en el que se pretende conocer si el efecto de una

variable predictora (variable independiente), sobre una variable predicha (variable dependiente), se debe a una variable interviniente conocida como mediador (Holmbeck, 1997).

5.2.5. Instrumentos

Subescala de AN de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS-C; Hernández-Guzmán et al., enviado) para niños y adolescentes, descrita en los estudios 2 y 3. En este estudio la subescala de AN arrojó alfas de Cronbach adecuados de .88, .86, .90 y .89 (Nunnally, 1978) para preadolescentes mujeres y hombres, y adolescentes mujeres y hombres, respectivamente.

Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short; Contreras-Valdez et al., enviado), para preadolescentes y adolescentes, descrita en los estudios 1, 2 y 3. En este estudio la EDS-short presentó coeficientes alfa de Cronbach adecuados de .88, .87, .92 y .92 (Nunnally, 1978) para preadolescentes y adolescentes, mujeres y hombres, respectivamente.

Para medir las variables atracón y dieta restrictiva en preadolescentes mujeres y hombres se utilizaron las subescalas de Sobreingesta por compensación psicológica (16 ítems para mujeres, $\alpha = .84$; 14 ítems para varones, $\alpha = .89$) y Dieta crónica restringida (8 ítems para mujeres, $\alpha = .87$; 8 ítems para hombres, $\alpha = .73$), respectivamente, de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II, Platas y Gómez-Peresmitré, 2013). La EFRATA-II es una escala de autoinforme que contiene 31 ítems para mujeres y 32 para hombres diseñados para medir conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes mujeres y hombres de población mexicana con una escala de respuesta de 1, *Nunca*, a 5, *Siempre*.

Para medir las variables de estudio, dieta y atracón, en adolescentes mujeres y hombres se emplearon las subescalas de Conducta alimentaria compulsiva (14 ítems para mujeres, $\alpha = .90$; 9 ítems para hombres, $\alpha = .86$) y Dieta crónica y restringida (8 ítems para mujeres, $\alpha = .81$; 5 ítems para hombres, $\alpha = .80$ para hombres), respectivamente, de la Escala de Factores de Riesgo

Asociados con los Trastornos de la Alimentación (EFRATA; Gómez-Peresmitré, 2001). La EFRATA es un inventario de autoinforme que cuenta con 57 ítems para hombres y 54 para mujeres agrupados en distintos factores para medir conducta alimentaria de riesgo en adolescentes de uno y otro sexo de población mexicana. Cuenta con una escala de respuesta que va de 1, *Nunca* a 5, *Siempre*.

Para la presente investigación se seleccionaron algunos ítems de las subescalas de la EFRATA-II y de la EFRATA señaladas anteriormente, tanto para niños como para adolescentes, con base en dos criterios: 1) Que los ítems fueran idénticos para mujeres y para hombres de acuerdo con su grupo de edad, y 2) Que los ítems no implicaran un componente de AN, pues se ha señalado que ello representa un sesgo que debe controlarse con el propósito de no crear una correlación artificial entre el AN y los problemas alimentarios (Barker y Galambos, 2009).

Con la intención de lograr la equivalencia de los ítems para ambos sexos, en correspondencia con el primer criterio de inclusión, de la EFRATA II se eliminaron 5 ítems de la subescala de Sobreingesta por compensación psicológica, y uno de la subescala de Dieta crónica restringida. Por otra parte, de la EFRATA se eliminaron 5 ítems de la subescala de Conducta alimentaria compulsiva, y 2 de la subescala de Dieta crónica y restringida. De esta forma se obtuvo una versión equivalente para preadolescentes mujeres y hombres, por un lado, y para adolescentes mujeres y hombres, por otro.

Para evaluar si los ítems incluían un componente de AN, de acuerdo con el segundo criterio, se tomó en cuenta la definición de Clark y Watson (1991; ver estudios 1, 2 y 3). Se eliminaron 4 ítems de la subescala de Sobreingesta por compensación psicológica de la EFRATA II (*Siento que tengo más hambre cuando me enojo, Cuando estoy aburrida me da por comer, Creo que la comida me ayuda a quitar la tristeza, Siento que la comida me tranquiliza) y 2 ítems de la subescala de Dieta crónica y restringida (*Me avergüenza comer tanto, Me siento culpable cuando como*).*

Mientras que de la subescala de Sobreingesta por compensación psicológica de la EFRATA se eliminó un ítem (*Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer*).

Con el propósito de evaluar la validez de contenido de este procedimiento se envió la versión original (sin modificaciones) de las cuatro subescalas de la EFRATA II y la EFRATA a 10 doctorandos del Programa de Doctorado en Psicología de la UNAM. Se les pidió que indicaran si algunos de los ítems incluían un componente de AN, según la definición de Clark y Watson (1991). Las versiones de las cuatro subescalas resultantes del análisis de los doctorandos mostraron una correspondencia del 88% con las versiones finales producto del análisis del autor principal de la presente investigación, las cuales se muestran a continuación.

Subescala de Sobreingesta por Compensación Psicológica de la EFRATA-II, para medir conductas de atracón y sobreingesta de alimentos en preadolescentes. En el presente estudio se usaron 6 ítems que mostraron un alfa de Cronbach aceptable de .79 para mujeres y de .73 para varones (Nunnally, 1978).

Subescala de Dieta Crónica Restringida de la EFRATA-II, para medir conductas de dieta restrictiva en preadolescentes. Se emplearon 5 ítems, cuyo alfa de Cronbach fue aceptable de .79 para mujeres y de .74 para varones (Nunnally, 1978).

Subescala de Conducta Alimentaria Compulsiva de la EFRATA, para medir conductas de atracón y sobreingesta de alimentos en adolescentes. En el presente estudio se usaron 8 ítems que arrojaron un alfa de Cronbach adecuado de .88 para mujeres y de .85 para hombres (Nunnally, 1978).

Subescala de Dieta Crónica y Restringida de la EFRATA, para medir conductas de dieta restrictiva. Se emplearon 5 ítems, cuyo alfa de Cronbach fue adecuado de .80 para mujeres y aceptable de .72 para hombres (Nunnally, 1978).

Los ítems de la ERATA y EFRATA-II que se usaron en el presente estudio, para mujeres y hombres, se muestran en el apéndice.

5.2.6. Definición conceptual de variables

La definición conceptual de las variables AN y DE es la misma que se consideró en los estudios 1, 2 y 3.

Atracón: Episodios de sobreingesta alimentaria en los que la persona pierde el control sobre lo que come (Fairburn et al., 2003).

Dieta restrictiva: Intentos persistentes de restringir la ingesta de alimentos como medida de control de peso (Fairburn et al., 2003).

5.2.7. Procedimiento

Se acudió a las escuelas para solicitar la autorización de los directivos y explicarles el propósito de la investigación. Tras recibir este permiso se realizó la recolección de datos a cargo de estudiantes de Psicología previamente entrenados que cursaban licenciatura, especialidad o doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM. También participaron estudiantes de la licenciatura en Psicología de otras universidades que se adhirieron a este proyecto.

La capacitación a los aplicadores consistió en brindar información sobre el protocolo de investigación, estandarizar el proceso de recolección, contestar los autoinformes, aclarar términos confusos y establecer respuestas homogéneas a posibles preguntas de los participantes, realizar modelamiento frente a grupo, etc. También fue necesario que los aplicadores conocieran la clasificación de la edad propuesta por la OPS (2008) debido a que a cada participante se le administró una batería de instrumentos psicométricos diferente de acuerdo con su edad y sexo.

La aplicación se realizó de manera colectiva en los salones de clases de las escuelas a cargo de 1-5 aplicadores por grupo, en función del número de alumnos. Se pidió a los participantes que guardaran sus cosas durante la aplicación y se les proporcionó un lápiz con goma. Se les invitó a entrar al estudio aclarándoles que su participación era voluntaria y anónima. Se mencionó que ellos podrían abandonar el protocolo en el momento que lo desearan sin que ello implicara alguna repercusión y se garantizó la confidencialidad de la información. Cuando un estudiante terminaba de responder, los aplicadores revisaban que no hubiese datos faltantes y, en caso de haberlos, pedían al participante que finalizara la actividad. Durante la recolección de datos, un estudiante de preparatoria se negó a participar en el estudio, dos alumnas y un alumno de primaria no respondieron las baterías debido a que tenían dificultades para leer (previo aviso de sus profesores) y se eliminaron a 37 participantes debido a que no cumplieron los cuestionarios en su totalidad.

Cada aplicación tuvo una duración aproximada de 40 a 50 minutos y consistió en una sola sesión por grupo. Con el propósito de controlar los efectos de acarreo se contrabalanceó el orden de la presentación de los instrumentos (Macfie, Bratchell, Greenhof y Vallis, 1989). Por medio del azar se eligieron 6 diferentes baterías que contenían los instrumentos psicométricos en diferente jerarquía (tabla 10).

5.2.8. Análisis de datos

Con el programa estadístico SPSS versión 22 se calculó la correlación de Pearson entre las variables de estudio (AN, DE, dieta y atracón) para cada grupo de sexo y edad, respectivamente. Posteriormente, se realizó una prueba t para muestras independientes para conocer si existían diferencias en las variables de estudio entre preadolescentes mujeres y hombres, y entre adolescentes mujeres y hombres.

Tabla 10

Distribución de los cuestionarios para preadolescentes y adolescentes de acuerdo con el contrabalanceo

Versión	Orden	Niñas	Niños	Adolescentes	
				mujeres	hombres
1	P, E, EDS	50	64	205	172
2	P, EDS, E	40	55	129	114
3	E, EDS, P	29	36	96	110
4	E, P, EDS	26	37	93	92
5	EDS, P, E	78	90	211	188
6	EDS, E, P	11	14	100	83
		$\chi^2 =$ 69.13, gl = 5, $p < .001$	$\chi^2 =$ 70.52, gl = 5, $p < .001$	$\chi^2 = 108.82,$ gl = 5, $p < .001$	$\chi^2 =$ 74.02, gl = 5, $p < .001$

Nota: P = PANAS; E = EFRATA; EDS = EDS-short; χ^2 = ji cuadrada; gl = grados de libertad; p = significancia.

El efecto mediador de la DE entre el AN y la CAD se evaluó por medio del modelado de ecuaciones estructurales (Brown y Cudeck, 1993). Se empleó el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos (Satorra y Bentler, 1994). Este análisis se realizó por medio del paquete lavaan para el programa R, versión 3.3.1 (Rosseel, 2012). Se siguieron las recomendaciones de Holmbeck (1997) para estudiar el efecto mediador con modelado estructural.

Se sometió a prueba el ajuste del modelo de mediación para cada grupo de edad y sexo, de tal forma que se evaluaron 4 modelos estructurales: preadolescentes mujeres, preadolescentes hombres, adolescentes mujeres y adolescentes hombres. Se examinó el ajuste de cada modelo en términos de la ji cuadrada normada ($\chi^2 / gl \leq 3$), la raíz del error medio cuadrático de aproximación (RMSEA $\leq .06$), la raíz media cuadrática residual (SRMR ≥ 0.08), el índice de ajuste comparativo (CFI $\geq .90$) y el índice de ajuste no normado o índice de Tucker Lewis (NNFI $\geq .90$; Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005).

5.3. Resultados

5.3.1. Correlaciones entre variables

A continuación se presentan las tablas de correlaciones entre las variables de estudio para los cuatro grupos de sexo y edad (tablas 11, 12, 13 y 14). Todas las correlaciones fueron significativas y positivas, lo cual indicó, en términos generales, tres premisas: 1) a mayor AN, mayor DE, 2) A mayor dieta, mayor atracón, y 3) a mayores problemas emocionales (ya sea AN y/o DE), mayor CAD (ya sea dieta y/o atracón). Se observa que para todos los grupos la correlación entre AN y DE fue la más fuerte, con valores superiores a .61 en todos los casos. La magnitud de las demás correlaciones osciló entre valores bajos (.187) y moderados (.458; Cohen, 1992).

Tabla 11

Correlaciones entre las variables de estudio para mujeres preadolescentes

	Afecto negativo	Desregulación emocional	Dieta	Atracón
Afecto negativo	-			
Desregulación emocional	.689**	-		
Dieta	.288**	.337**	-	
Atracón	.166*	.351**	.315**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 12

Correlaciones entre las variables de estudio para hombres preadolescentes

	Afecto negativo	Desregulación emocional	Dieta	Atracón
Afecto negativo	-			
Desregulación emocional	.610**	-		
Dieta	.366**	.370**	-	
Atracón	.438**	.409**	.458**	-

** $p < .01$

Tabla 13

Correlaciones entre las variables de estudio para mujeres adolescentes

	Afecto negativo	Desregulación emocional	Dieta	Atracón
Afecto negativo	-			
Desregulación emocional	.692**	-		
Dieta	.307**	.336**	-	
Atracón	.341**	.360**	.187**	-

** $p < .01$

Tabla 14

Correlaciones entre las variables de estudio para hombres adolescentes

	Afecto negativo	Desregulación emocional	Dieta	Atracón
Afecto negativo	-			
Desregulación emocional	.636**	-		
Dieta	.197**	.206**	-	
Atracón	.303**	.322**	.242**	-

** $p < .01$

5.3.2. Comparación de las variables de estudio entre sexos y grupos de edad

Las tablas 15 y 16 muestran la comparación entre sexos respecto a los niveles de AN, DE, dieta y atracón. Las mujeres preadolescentes y adolescentes mostraron más AN y DE en comparación con sus pares varones. A su vez, las mujeres adolescentes presentaron más conductas de dieta que los hombres adolescentes. En el grupo de preadolescentes no hubo diferencias entre sexos con respecto a la dieta y al atracón, y en los adolescentes tampoco se encontraron diferencias en las conductas de atracón.

Tabla 15

Comparación entre mujeres y hombres preadolescentes con respecto a las variables de estudio

Variable	M de las mujeres (DE)	M de los hombres (DE)	t	Diferencia de medias
Afecto negativo	17.470 (12.467)	13.930 (10.306)	-3.493	3.540**
Desregulación emocional	16.950 (11.035)	14.490 (9.925)	-2.662	2.460**
Dieta	6.950 (2.678)	7.350 (2.660)	1.693	-0.400
Atracón	8.730 (3.678)	9.190 (3.618)	1.438	-0.460

** $p < .01$

Tabla 16

Comparación entre mujeres y hombres adolescentes con respecto a las variables de estudio

Variable	M de las mujeres (DE)	M de los hombres (DE)	t	Diferencia de medias
Afecto negativo	19.830 (12.559)	14.580 (10.877)	8.934	5.250**
Desregulación emocional	20.450 (12.150)	15.310 (11.032)	8.858	5.140**
Dieta	7.040 (3.270)	6.270 (2.364)	5.380	0.770**
Atracón	12.990 (5.983)	13.230 (5.510)	-.832	-0.240

** $p < .01$

5.3.3. Modelos estructurales de mediación de la desregulación emocional entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional

En la tabla 17 se muestran los índices de ajuste que presentaron los cuatro modelos de mediación. Como se puede observar, ninguno de los modelos estructurales de mediación mostró un buen ajuste de acuerdo con los índices empleados. Al respecto, el paquete lavaan para R 3.3.1 indicó que los términos de error de diez ítems de la escala de AN de la PANAS presentaban altas correlaciones, así como dos ítems de la EDS-short, por lo cual sugería integrarlas al modelo. Debido al fuerte traslapeo entre los ítems señalados por el programa, se agregaron al modelo 14 covarianzas de los términos de error de la subescala de AN de la PANAS (p. ej., *Asustado* y *Con miedo*; *Enojado* y *Furioso*; *Triste* y *Deprimido*; *Molesto* y *Enojado*, etc.) y una de la escala de DE (*A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta[o]* y *Me es difícil calmarme cuando estoy molesta[o]*). Todas estas correlaciones resultaron congruentes teóricamente, pues se deben al

elevado traslazo entre los indicadores. A continuaci3n se presentan los resultados del an3lisis de los modelos de mediaci3n una vez que se realizaron las modificaciones descritas.

Tabla 17

3ndices de ajuste de los modelos de mediaci3n de acuerdo con la edad y el sexo

Grupo	χ^2 / gl	RMSEA [IC 90%]	SRMR	CFI	NNFI
Preadolescentes mujeres	1.808	.059 [.054- .063]	.079	.781	.761
Preadolescentes hombres	1.495	.052 [.045- .058]	.066	.817	.805
Adolescentes mujeres	4.069	.069 [.067- .072]	.059	.827	.817
Adolescentes hombres	3.079	.052 [.050- .054]	.058	.835	.825

5.3.4. Modelo para mujeres preadolescentes

El modelo mostr3 un buen ajuste de acuerdo con los 3ndices evaluados: $\chi^2 / gl = 1.344$; RMSEA=.038, IC 90% [.032-.044]; SRMR=.070; CFI=.906 y NNFI = .901. En la figura 3 se puede observar el modelo de mediaci3n que se compone por dos efectos directos, el del AN sobre la DE y el de la DE sobre la CAD, ambos significativos, y un efecto indirecto del AN sobre la CAD. Este efecto indirecto explic3 el 62.40% de la varianza de la CAD, lo que corresponde a un efecto fuerte (Cohen, 1992).

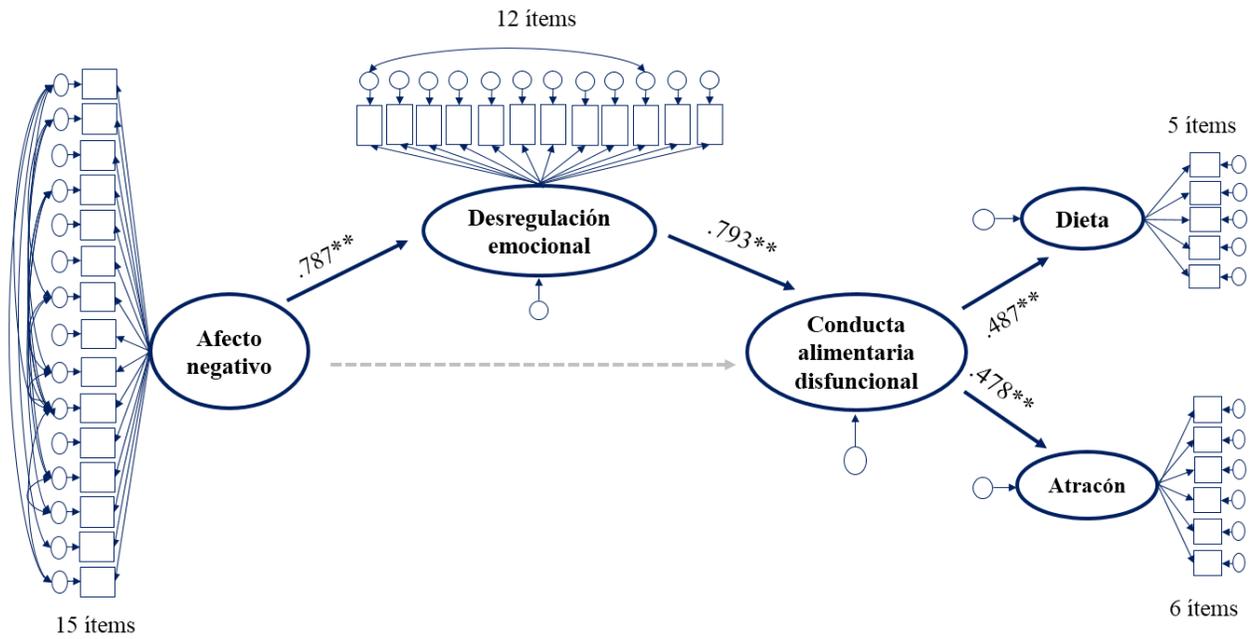


Figura 3. Modelo de mediación para mujeres preadolescentes

** $p < .01$

En la tabla 18 aparecen las cargas factoriales estandarizadas, las no estandarizadas y los errores estándar de cada ítem.

Tabla 18
Estadísticos de los ítems del modelo de mediación para preadolescentes mujeres

Ítem	CFE	CFNE	E
Afecto negativo			
1. Triste	.765**	1.000	
2. Espantado	.429**	0.539	.096
3. Con pena	.366**	0.488	.102
4. Enojado	.562**	0.830	.089
5. Inquieto	.419**	0.602	.099
6. Culpable	.536**	0.656	.093
7. Asustado	.398**	0.523	.106
8. Sin suerte	.548**	0.824	.115
9. Temeroso	.509**	0.661	.096
10. Con miedo	.510**	0.755	.110
11. Solo	.662**	0.995	.103
12. Furioso	.501**	0.743	.114

Ítem	CFE	CFNE	E
13. Molesto	.526**	0.723	.097
14. Deprimido	.758**	1.158	.084
15. Recuerdo con tristeza	.741**	1.243	.120
Desregulación emocional			
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	.483**	1.000	
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo, simplemente me siento mal.	.600**	1.309	.202
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	.608**	1.336	.208
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	.484**	0.992	.171
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	.623**	1.424	.234
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	.636**	1.424	.207
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	.640**	1.558	.223
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	.672**	1.445	.230
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	.679**	1.555	.231
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	.673**	1.618	.200
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	.632**	1.408	.221
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	.644**	1.412	.218
Dieta			
1. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.286*	1.000	
2. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	.636**	1.988	.764
3. Me la paso muriéndome de hambre.	.284*	0.849	.441
4. Me gusta sentir el estómago vacío.	.819**	2.363	.937
5. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	.634**	2.211	.901
Atracón			
1. Soy de las que se atiborran de comida.	.506**	1.000	
2. Siento que podría comer sin parar.	.773**	1.711	.483
3. Pienso constantemente en la comida.	.614**	1.447	.462
4. Siento que no controlo la forma de comer, la comida controla mi vida	.707**	1.481	.318
5. Como sin control.	.689**	1.353	.347
6. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, ni como, pero ceno mucho).	.473**	1.096	.374

Nota: CFE = carga factorial estandarizada; CFNE = carga factorial no estandarizada; E = error estándar.

** $p < .01$, * $p < .05$

5.3.5. Modelo para hombres preadolescentes

En la figura 4 aparece el modelo de mediación. Se puede observar que los dos efectos directos fueron significativos, por un lado, la influencia del AN sobre la DE y, por otro, el de la DE sobre la CAD. También hay un efecto indirecto de magnitud moderada del AN sobre la CAD, el cual explicó el 39.46% de la varianza (Cohen, 1992). El modelo hipotético mostró un buen ajuste de acuerdo con los índices hallados: $\chi^2/gl = 1.176$; RMSEA=.027, IC 90% [.019 - .034]; SRMR=.058; CFI=.934 y NNFI = .937. En la tabla 19 aparecen las cargas factoriales estandarizadas, las no estandarizadas y los errores estándar de cada ítem.

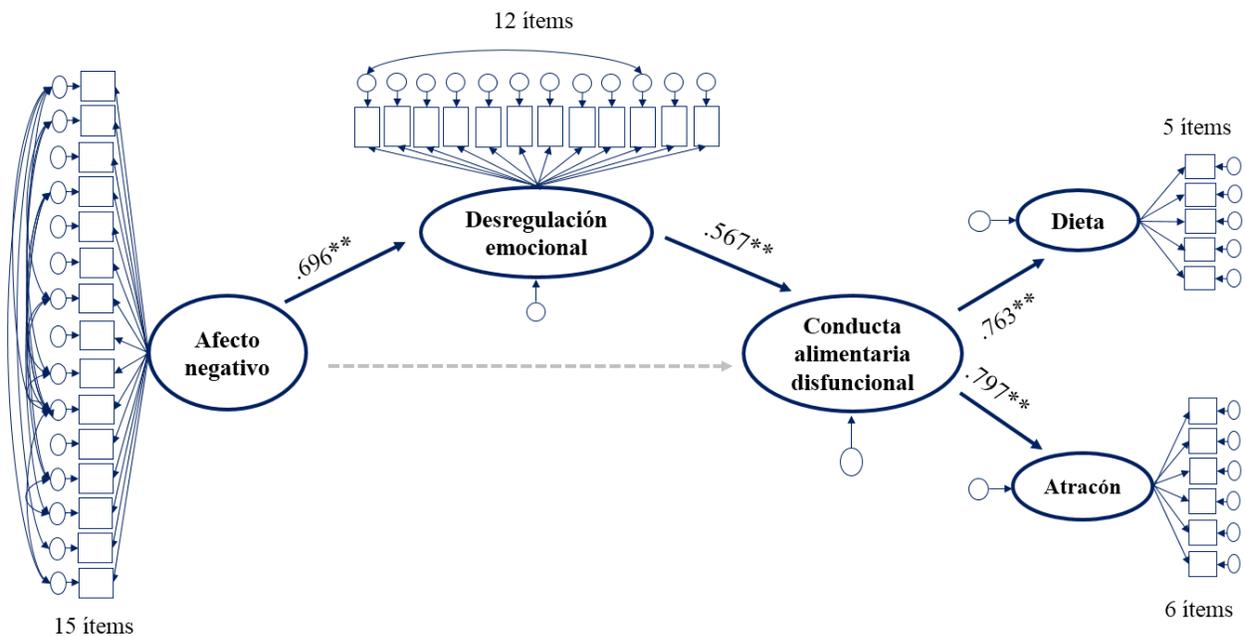


Figura 4. Modelo de mediación para hombres preadolescentes

** $p < .01$

Tabla 19

Estadísticos de los ítems del modelo de mediación para preadolescentes hombres

Ítem	CFE	CFNE	E
Afecto negativo			
1. Triste	.519 **	1.000	
2. Espantado	.378**	0.674	.147
3. Con pena	.392**	0.795	.175
4. Enojado	.513**	1.121	.256
5. Inquieto	.385**	0.869	.218
6. Culpable	.472**	0.755	.174
7. Asustado	.403**	0.662	.139
8. Sin suerte	.405**	0.933	.228
9. Temeroso	.588**	0.994	.176
10. Con miedo	.528**	0.845	.137
11. Solo	.558**	1.124	.232
12. Furioso	.566**	1.222	.296
13. Molesto	.502**	1.036	.250
14. Deprimido	.353**	1.120	.200
15. Recuerdo con tristeza	.573**	1.476	.246
Desregulación emocional			
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	.461**	1.000	
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo, simplemente me siento mal.	.567**	1.269	.241
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	.619**	1.364	.239
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	.438**	0.858	.196
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	.564**	1.130	.219
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	.610**	1.342	.257
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	.638**	1.534	.262
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	.659**	1.264	.230
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	.638**	1.353	.256
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	.647**	1.562	.236
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	.593**	1.376	.235
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	.634**	1.424	.261
Dieta			
1. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.261**	1.000	
2. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	.598*	1.977	.787
3. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	.532**	1.730	.558

	Ítem	CFE	CFNE	E
4.	Me la paso “muriéndome de hambre”.	.591**	1.738	.664
5.	Me gusta sentir el estómago vacío.	.391*	1.013	.485
Atracón				
1.	Pienso constantemente en la comida.	.489**	1.000	
2.	Siento que podría comer sin parar.	.531**	0.842	.176
3.	Soy de los que se atiborran de comida.	.606**	0.799	.180
4.	Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.	.637**	0.915	.167
5.	Como sin control.	.559**	0.651	.141
6.	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, ni como, pero ceno mucho).	.373**	0.493	.138

Nota: CFE = carga factorial estandarizada; CFNE= carga factorial no estandarizada; E = error estándar.

** $p < .01$, * $p < .05$

5.3.6. Modelo para mujeres adolescentes

Los índices del modelo de mediación fueron adecuados: $\chi^2/g.l = 2.232$; RMSEA=.038, IC 90% [.036 - .040]; SRMR=.049; CFI=.932 y NNFI = .928 (ver figura 5). Los dos efectos directos resultaron significativos, tanto el del AN hacia la DE, como el de la DE hacia la CAD. El ajuste adecuado del modelo en general prueba que hay un efecto indirecto de magnitud fuerte del AN sobre la CAD por medio de la DE, el cual explicó el 69.21% de la varianza (Cohen, 1992). En la tabla 20 aparecen las cargas factoriales estandarizadas, las no estandarizadas y los errores estándar de cada ítem.

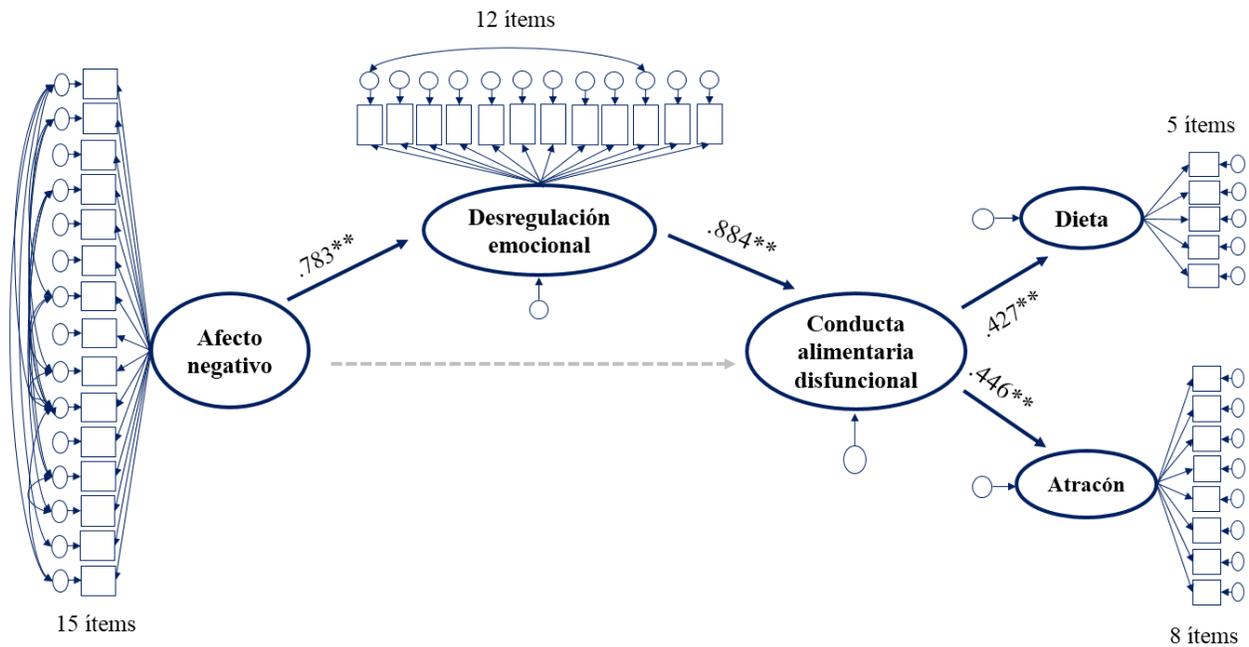


Figura 5. Modelo de mediación para mujeres adolescentes

** $p < .01$

Tabla 20

Estadísticos de los ítems del modelo de mediación para adolescentes mujeres

Ítem	CFE	CFNE	E
Afecto negativo			
1. Triste	.738**	1.000	
2. Espantado	.359**	0.422	.044
3. Con pena	.348**	0.476	.051
4. Enojado	.582**	0.810	.047
5. Inquieto	.346**	0.510	.057
6. Culpable	.598**	0.795	.054
7. Asustado	.441**	0.526	.049
8. Sin suerte	.541**	0.767	.056
9. Temeroso	.517**	0.639	.053
10. Con miedo	.542**	0.727	.053
11. Solo	.762**	1.198	.055
12. Furioso	.590**	0.878	.054
13. Molesto	.614**	0.910	.052
14. Deprimido	.816**	1.309	.051
15. Recuerdo con tristeza	.760**	1.274	.048

Ítem	CFE	CFNE	E
Desregulación emocional			
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	.600**	1.000	
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo, simplemente me siento mal.	.721**	1.294	.072
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	.709**	1.317	.076
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	.612**	1.045	.071
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	.715**	1.364	.084
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	.717**	1.227	.067
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	.782**	1.489	.083
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	.775**	1.334	.077
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	.790**	1.428	.081
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	.689**	1.264	.060
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	.662**	1.136	.068
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	.689**	1.211	.070
Dieta			
1. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.791**	1.000	
2. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.756**	1.084	.071
3. Siempre estoy a dieta, la rompo, la vuelvo a empezar.	.569**	0.843	.100
4. Me la paso “muriéndome de hambre, ya que constantemente hago dieta”.	.710**	0.661	.066
5. “Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.583**	0.536	.070
Atracón			
1. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.683**	1.000	
2. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.629**	0.945	.073
3. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.788**	1.234	.089
4. Mi problema es empezar a comer, pero cuando comienzo difícilmente puedo detenerme.	.750**	0.961	.079
5. No soy consciente de cuánto como.	.548**	0.970	.082
6. Siento que no puedo parar de comer.	.817**	1.082	.084
7. Como sin medida.	.780**	1.097	.080
8. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.631**	1.086	.086

Nota: CFE = carga factorial estandarizada; CFNE= carga factorial no estandarizada;

E = error estándar.

** $p < .01$

5.3.7. Modelo para hombres adolescentes

El modelo hipotético de mediación mostró un buen ajuste: $\chi^2 / gl = 1.739$; RMSEA=.031, IC 90% [.029 - .034]; SRMR=.048; CFI=.944 y NNFI = .939. Este modelo aparece en la figura 6, donde se observa que hubo un efecto directo significativo del AN sobre la DE. Hay otro efecto directo significativo de la DE sobre la CAD. Ambos efectos dan cuenta del efecto indirecto que existe del AN hacia la CAD por medio de la DE. Este efecto indirecto explicó el 39.71% de la varianza, por lo que refleja una magnitud moderada (Cohen, 1992). En la tabla 21 se pueden observar las cargas factoriales estandarizadas, las no estandarizadas y los errores estándar de cada ítem.

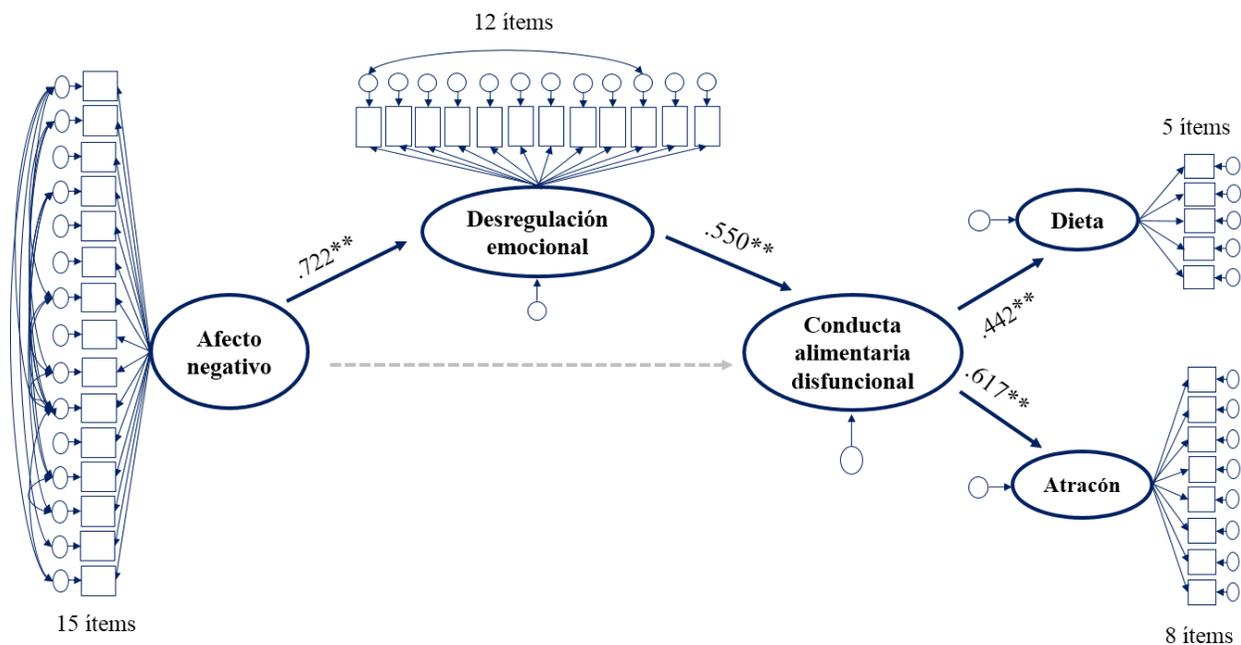


Figura 6. Modelo de mediación para hombres adolescentes

** $p < .01$

Tabla 21

Estadísticos de los ítems del modelo de mediación para adolescentes hombres

Ítem		CFE	CFNE	E
Afecto negativo				
1.	Triste	.735**	1.000	
2.	Espantado	.380**	0.418	.053
3.	Con pena	.385**	0.537	.061
4.	Enojado	.525**	0.781	.060
5.	Inquieto	.359**	0.564	.066
6.	Culpable	.527**	0.675	.062
7.	Asustado	.444**	0.495	.055
8.	Sin suerte	.546**	0.797	.067
9.	Temeroso	.531**	0.615	.055
10.	Con miedo	.526**	0.666	.063
11.	Solo	.699**	1.066	.060
12.	Furioso	.525**	0.761	.066
13.	Molesto	.562**	0.840	.066
14.	Deprimido	.814**	1.234	.055
15.	Recuerdo con tristeza	.737**	1.262	.063
Desregulación emocional				
1.	A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	.595**	1.000	
2.	Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo, simplemente me siento mal.	.666**	1.139	.076
3.	Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	.720**	1.273	.079
4.	Mis emociones me preocupan o agobian.	.564**	0.846	.077
5.	Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	.706**	1.189	.089
6.	Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	.662**	1.073	.076
7.	Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	.745**	1.345	.092
8.	Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	.797**	1.262	.081
9.	Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo(a).	.773**	1.263	.085
10.	Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	.661**	1.147	.064
11.	Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	.701**	1.175	.084
12.	Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	.668**	1.155	.082
Dieta				
1.	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.744**	1.000	
2.	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.717**	1.194	.147
3.	Siempre estoy a dieta, la rompo, la vuelvo a empezar.	.468**	0.702	.093

	Ítem	CFE	CFNE	E
4.	Me la paso “muriéndome de hambre, ya que constantemente hago dieta”.	.664**	0.673	.105
5.	“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.364**	0.285	.060
Atracón				
1.	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.552**	1.000	
2.	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.561**	1.074	.120
3.	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.720**	1.456	.135
4.	Mi problema es empezar a comer, pero cuando comienzo difícilmente puedo detenerme.	.707**	1.214	.110
5.	No soy consciente de cuánto como.	.578**	1.313	.131
6.	Siento que no puedo parar de comer.	.760**	1.255	.126
7.	Como sin medida.	.739**	1.370	.130
8.	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.621**	1.410	.152

Nota: CFE = carga factorial estandarizada; CFNE= carga factorial no estandarizada; E = error estándar.

** $p < .01$

5.4. Discusión

El propósito principal de este estudio fue indagar si se cumplía el efecto mediador de la DE entre el AN y la CAD, definida como conductas de dieta restrictiva y atracones, en preadolescentes y adolescentes, mujeres y hombres. El modelo hipotético de mediación constaba de tres efectos, dos directos y uno indirecto. El primer efecto directo era el de la influencia del AN sobre la DE el cual se planteó debido a que, de acuerdo con la perspectiva del desarrollo psicológico, el AN comienza a exacerbarse a partir de sucesos de vida adversos en la niñez, lo cual incrementa la DE (Cichetti y Toth, 2015; Reppetti et al., 2002).

El segundo efecto directo proponía que la DE afectaría la conducta alimentaria. Se planteó este efecto a partir de los hallazgos de diversos estudios que han sugerido que las personas con problemas alimentarios tienen más DE que sus pares sin estas afecciones (Brockmeyer et al., 2014; Harrison et al., 2010; Lavender et al., 2014; Svaldi et al., 2012). Asimismo, hay un gran acervo de

estudios que indican que la DE es una variable que influye en la conducta alimentaria de niños y adolescentes (Burns et al., 2012; Michopoulos et al., 2015; Moulton et al., 2015; Racine y Wildes, 2013; Ty y Francis, 2013) y, además, la DE media la relación entre los sucesos de vida adversos en la infancia y la CAD en la vida adulta (Michopoulos et al., 2015; Racine y Wildes, 2015; Ty y Francis, 2013).

Finalmente, la premisa de que el AN influiría en la CAD por la vía de la DE constituye el tercer efecto, el indirecto. Este efecto se planteó debido a que existe un periodo en el cual algunas personas intentan modular el AN, pero al no conseguirlo, recurren a las prácticas restrictivas o a la sobreingesta (Aldao et al., 2009). Los hallazgos de este estudio comprobaron la validez de estos efectos que en conjunto integran el modelo de mediación propuesto que, de acuerdo con las hipótesis planteadas, presentó un buen ajuste en los cuatro grupos de sexo y edad. A continuación se discute dicho modelo.

La mediación es un mecanismo que explica por qué un factor de riesgo influye sobre una variable dependiente o desenlace (Holmbeck, 1997; Kline, 2005; Rutter, 2009). En el presente estudio se encontró que la DE (variable mediadora) es la vía por la cual el AN (factor de riesgo) impacta en la CAD (desenlace) de preadolescentes y adolescentes, mujeres y hombres. Una posible explicación de este hallazgo se desprende de la teoría de la regulación del afecto, la cual sugiere que, en primera instancia, las personas experimentan AN e incurrir en conductas alimentarias de riesgo debido al papel de reforzamiento negativo que representa la disminución a corto plazo del malestar emocional (Gianini et al., 2013; Hayaki, 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Mills et al., 2015; Whiteside et al., 2007).

Aunque en un principio la teoría de la regulación del afecto se había estudiado sólo con población adulta, este reforzamiento negativo que aumenta la probabilidad de ocurrencia de la CAD se ha corroborado ya en la niñez y la adolescencia (Goldschmidt et al., 2011; Goosens et al.,

2007; Mills et al., 2015; Moulton et al., 2015; Pearson et al., 2015; Racine y Wildes, 2015). Con respecto a la dieta restrictiva y al atracón, variables de interés en el presente estudio, se ha encontrado que las personas muestran una ligera tendencia a recurrir a conductas de dieta restrictiva con el propósito de anticipar dichos estados emocionales negativos (evitación), mientras que el atracón se usa más para reducirlos cuando ya ocurrieron (escape; Luck, Waller, Meyer, Ussher y Lacely, 2006). Son varios los estudios que han coincidido en que la teoría de la regulación del afecto constituye la principal explicación de la influencia del AN en el componente emocional sobre la dieta restrictiva (Engel et al., 2013; Espeset et al., 2012) y los atracones (Bohon y Stice, 2012; Holmes et al., 2014; Stice, 2001; Stice et al., 1996).

Sin embargo, en el análisis empírico de la teoría de la regulación del afecto es común que los estudios consideren al AN y a la DE como un mismo constructo (Sim y Zeman, 2006). Actualmente sigue vigente el debate sobre la distinción entre los procesos de generación de las emociones y la regulación-desregulación de las mismas. Esta distinción ha resultado complicada en las neurociencias, pues en estudios con neuroimagen se ha observado que las instrucciones explícitas de regular la emoción activan regiones implicadas en el control cognitivo, como la corteza prefrontal dorsolateral, pero también inducen la actividad en la amígdala y la ínsula, que son regiones que se vinculan más con la generación de la emoción. Aunque también se ha observado que al pedirles a los participantes que se concentren en un estímulo para mantener o elevar la intensidad emocional se incrementa la actividad de la amígdala, pero ésta se reduce si se les indica que intenten decrementar la emoción (Ochsner y Gross, 2008).

En este mismo sentido, a partir de una revisión de literatura de investigación en diferentes áreas como el desarrollo, los procesos cognitivos y la interacción social, Gross, Shepes y Urry (2011), en congruencia con otros autores (Barret et al., 2014; Koole et al., 2009), han concluido que es pertinente esclarecer la distinción entre generación de las emociones y regulación

emocional. La primera surge cuando una situación importante para una persona la obliga a poner atención, lo cual da lugar a una respuesta multisistémica que influye en la reacción. La regulación de la emoción, por otro lado, se refiere a las múltiples formas en que el individuo influye en sus emociones, en cómo las expresa y las experimenta (Campbell-Sills et al., 2014). En ambos procesos se involucran metas, pero la regulación emocional se enfoca en modificar la generación de la emoción con el fin de cambiar la respuesta emocional en el momento actual o a futuro.

En el presente trabajo era necesario distinguir entre el AN y la DE. Si se toma en cuenta que el AN es una dimensión general de malestar subjetivo (Watson y Clark, 1984), mientras que la DE se refiere a una deficiencia en la capacidad para modular las emociones por lo cual éstas tienden a salirse de control, se concluye que es un error considerar estos constructos como iguales, o incluso situarlos en un mismo nivel cuando se les examina. Así pues, se decidió analizar por separado los constructos AN y DE, y considerar que, en el modelo de mediación propuesto, el AN debería aparecer como un antecedente (variable independiente) y, posteriormente, la DE, como variable mediadora entre éste y la CAD. Esta determinación se tomó de acuerdo con los hallazgos de Clark y Watson sobre el AN (1991), la teoría de la construcción psicológica del afecto (Barret, 2006, 2015; Ruseell, 2009, 2015) y los postulados de la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 1984; Cicchetti y Toth, 2015) que se describirán a continuación.

La ciencia de la psicopatología del desarrollo propone que éste no es un proceso categórico, sino constante, el cual obedece a un modelo no lineal de trayectorias múltiples desde que el individuo nace (Leve y Cicchetti, 2016; Overton y Lerner, 2012; Overton y Lerner, 2014). Es precisamente desde el nacimiento y antes de que ocurra cualquier proceso cognitivo cuando se experimenta el afecto medular, reacción primitiva ante cualquier estímulo que constituye un barómetro neuropsicológico de las relaciones del individuo con el ambiente y representa el factor común general de toda la experiencia afectiva. Es medular porque los objetos y eventos adquieren

un significado afectivo al influir en la homeostasis de la persona (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015).

Son dos las propiedades que posee el afecto medular, la primera incluye los estados de activación y no activación, y la segunda describe al placer y al displacer (Barret, 2006, 2015; Russell, 2009, 2015). Clark y Watson (1991) han conceptualizado a la valencia placentera y no placentera como AP y AN, dos dimensiones ortogonales que representan la experiencia emocional del ser humano. El AN comienza a incrementarse a consecuencia de diversos eventos desfavorables que ocurren en la infancia y adolescencia, algunos de ellos son las prácticas parentales disfuncionales (Betts et al., 2009) caracterizadas por rechazo (Gracia et al., 2005) y castigo físico (Gámez-Guadix et al., 2010), además de los propios problemas emocionales de los padres (Buckholdt, et al., 2104). Hay también evidencia que demuestra que el maltrato y los sucesos de vida adversos alteran el funcionamiento del hipocampo y el sistema neuroendócrino de respuesta al estrés (El-Sheikh, Harger y Whitson, 2001; Repetti et al., 2002). Los niños que han experimentado abuso físico y sexual, así como negligencia y maltrato emocional por parte de los padres presentan cantidades significativamente elevadas de cortisol (Cicchetti y Toth, 2015). Hallazgos recientes sobre epigenética han expuesto que estos niños maltratados presentan metilación diferencial en genes asociados con diversos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y hematológicas, así como problemas psiquiátricos (Cicchetti, Hetzel, Rogosch, Handley y Toth, 2016). Estas alteraciones, a su vez, conllevan repercusiones en la regulación de las emociones, por lo que el AN se incrementa cada vez más.

A la luz de esta perspectiva de la psicopatología del desarrollo, el AN es una reacción primaria que ocurre sin que el individuo cuente con habilidades para regularlo. Al principio son los cuidadores primarios, usualmente los padres, quienes dotan a sus hijos de estrategias de regulación emocional (Dennis, 2006). Conforme va pasando el tiempo los niños se van integrando a diferentes

contextos y ambientes que les permiten adquirir nuevas habilidades de regulación de emociones, así como poner en práctica aquellas que ya poseen. La DE es una variable que ha mediado la relación entre el AN y los problemas internalizados (Tortella-Feliu et al., 2010) y externalizados (Donahue et al., 2014), información que confluye con el efecto mediador de la DE entre el AN y la CAD que se encontró en este estudio.

Asimismo, el hallazgo principal de la presente investigación también converge con lo observado en diversos estudios retrospectivos que han examinado el efecto mediador (sin incluir al AN) de la DE entre una amplia gama de sucesos adversos en la niñez y la psicopatología alimentaria. Por ejemplo, en población de mujeres se ha corroborado que la DE media la relación entre el abuso emocional recibido en la infancia y la dieta restrictiva (Burns et al., 2012), así como entre los síntomas de BN (Ty y Francis, 2013) y el núcleo de la psicopatología alimentaria (Racine y Wildes, 2015). Michopoulos et al. (2015) incluyeron varones en su estudio y confirmaron la mediación de la DE entre el abuso y la negligencia por parte de la familia durante la infancia y el comer emocional en la adultez.

A pesar de que estos estudios retrospectivos no tomaron en cuenta el AN, a partir de la perspectiva de la psicopatología del desarrollo se percibe que las prácticas de crianza desadaptadas, como el abuso, la negligencia o el maltrato físico están repletas de AN. Los padres y cuidadores primarios lo propician en sus hijos, pues lo manifiestan y modelan ante éstos, por lo que su AN y su DE se exacerban (Bender et al., 2015; Buckholdt et al., 2014; Edwards et al., 2017). En el estudio de la DE durante la niñez y la adolescencia no se puede soslayar el papel del AN (Bradley et al., 2011), por lo que su inclusión en la presente investigación representa una aportación. El análisis de las variables de estudio, no de manera retrospectiva, sino en el momento presente y con población de preadolescentes y adolescentes del uno y el otro sexo, es una contribución adicional a esta línea de investigación.

También se observa correspondencia en los hallazgos de este estudio con los de Mills et al. (2015) quienes encontraron que la DE medió entre el maltrato emocional y los problemas alimentarios (dieta, síntomas de BN, preocupación por la comida, etc.) de adolescentes mujeres y hombres, por igual. Por su parte, Sim y Zeman (2005) hallaron que el AN y la regulación emocional mediaron parcialmente entre la insatisfacción corporal y la BN en mujeres adolescentes. En dicho estudio el AN y la regulación emocional ingresaron al modelo como variables mediadoras, en un mismo nivel, lo cual no corresponde con la literatura de investigación acerca de la psicopatología del desarrollo, que sitúa al AN como un componente que antecede a la DE. Además, estas autoras midieron el constructo DE con indicadores de conciencia emocional y afrontamiento de las emociones negativas, lo que compromete la validez de sus conclusiones.

A su vez, el efecto mediador que se encontró en el presente estudio es congruente con los hallazgos de Gupta et al. (2008), quienes encontraron en mujeres adultas de población general que la DE medió la relación entre la emoción vergüenza y tres conglomerados de síntomas: BN, deseo de delgadez e insatisfacción corporal. Sin embargo, las conclusiones de dicho estudio también son limitadas, ya que no se incluyó el constructo AN, sino únicamente la vergüenza, emoción que experimentan las personas con problemas alimentarios debido a las mismas conductas disfuncionales que realizan. Adicionalmente, el tamaño de la muestra fue pequeño ($n = 154$), ya que para evaluar un modelo de mediación con rigor se requieren por lo menos 200 participantes (Kline, 2005), criterio que sí se cumplió en el presente estudio.

Ésta es la primera investigación que analiza el efecto mediador de la DE en cuatro muestras diferentes de preadolescentes y adolescentes de ambos sexos. En el estudio de los problemas emocionales, así como de la conducta alimentaria, es importante analizar mujeres y hombres por separado ya que la forma en que expresan los síntomas es diferente. Se sabe que en edades tempranas las mujeres presentan más problemas emocionales que los hombres (Benjet et al., 2009).

También se conoce que ellas adoptan con mayor intensidad el deseo de poseer un cuerpo delgado (Grogan, 2008; Sim y Zeman, 2006), por lo que se involucran con más frecuencia en conductas de dieta restrictiva (Mills et al., 2015). En el caso de las conductas de atracón las diferencias por sexo son menos evidentes, los atracones se presentan en proporciones relativamente similares (Pineda-García et al., 2017).

Congruentes con esta información, los datos del presente estudio mostraron que las mujeres preadolescentes y adolescentes presentaron más AN y DE que los hombres. En el caso de los atracones no hubo diferencias entre sexos. Las mujeres también tuvieron más conductas de dieta restrictiva, pero esta diferencia sólo se observó en la adolescencia. Este incremento gradual de los síntomas de la preadolescencia a la adolescencia puede deberse a que esta última representa un periodo de mayor vulnerabilidad para las mujeres por diversas razones (Benjet et al., 2009), una de ellas es que se incrementa la insatisfacción corporal debido a los múltiples cambios físicos que experimentan (Grogan, 2008), lo que a su vez propicia un aumento significativo en las conductas de dieta restrictiva con el propósito de no subir de peso y conservar una imagen corporal delgada. El hallazgo principal del presente estudio sugiere que a pesar de estas diferencias en la intensidad de los síntomas entre sexos en preadolescentes y adolescentes, el modelo de mediación de la DE entre el AN y la CAD es válido para estos cuatro grupos.

Por otra parte, en el estudio de la conducta alimentaria frecuentemente se han empleado las categorías diagnósticas del DSM, que tienen sus bases en el modelo categórico de la psicopatología. Específicamente, al examinar los síntomas de la ANer y la BN es común que los estudios se centren en las mujeres debido a que ellas son las que regularmente cumplen con los criterios diagnósticos (Lavender et al., 2015; Racine y Wildes, 2013; Treasure et al., 2012), lo cual deja fuera de los protocolos de investigación a personas que sí padecen síntomas de dieta restrictiva y atracones, pero no rebasan los puntos de corte de las categorías tradicionales. Debido a los múltiples

problemas que surgen de este modelo categórico y a la escasa validez de dichos diagnósticos, en el presente estudio se prescindieron de ellos y se optó por analizar la CAD a partir de la perspectiva dimensional de la psicopatología (Fairburn y Cooper, 2011; Wildes y Marcus, 2013). Esto resultó más beneficioso puesto que permitió estudiar el amplio espectro de síntomas de dieta restrictiva y atracones sin reducirlo a categorías artificiales, en mujeres y hombres, preadolescentes y adolescentes.

El hallazgo del efecto mediador en los cuatro grupos de sexo y edad también puede interpretarse a la luz de la teoría del transdiagnóstico de los problemas alimentarios. Este paradigma surgió del trabajo de Fairburn et al. (2003) quienes encontraron que la preocupación excesiva por el peso y la figura corporal es un predictor de la dieta restrictiva y los atracones. A dichas dimensiones les llamaron núcleo de la psicopatología alimentaria, que está presente en las personas que reciben un diagnóstico de trastorno alimentario. Estos investigadores desarrollaron una intervención dirigida a disminuir los síntomas del núcleo de la psicopatología alimentaria, sin importar el diagnóstico tipificado, intervención conocida como tratamiento transdiagnóstico de los problemas alimentarios. La investigación experimental ha mostrado su eficacia en diversas poblaciones y culturas, posicionándola como la mejor alternativa de tratamiento para los desórdenes alimentarios (Byrne et al., 2011; Dalle Grave et al., 2013; Draxler y Hiltunen, 2012; Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2013; Thompson-Brenner et al., 2016).

Son cuatro los factores que Fairburn et al. (2003) identificaron como responsables del desarrollo del núcleo de la psicopatología alimentaria, la intolerancia al afecto es uno de ellos y se refiere a la incapacidad de afrontar adecuadamente algunos estados emocionales, principalmente negativos. Esta definición se traslapa considerablemente con la correspondiente a la DE. La investigación sobre la eficacia de los tratamientos también ha encontrado que la terapia dialéctico conductual, dirigida a la DE, ha disminuido los síntomas de ANer (Lynch et al., 2013), BN (Chen

et al., 2008) y trastorno por atracones (Telch et al., 2001). Por tratarse de un conjunto de reacciones en el que las personas no modulan adecuadamente sus emociones, la intolerancia al afecto representa una forma de DE, variable que en el presente estudio medió la relación entre el AN y la dieta restrictiva y los atracones, dimensiones que forman parte del núcleo de la psicopatología alimentaria.

El efecto mediador que se observó en este estudio, el cual se ha analizado en el campo de la conducta alimentaria, también es congruente con los hallazgos de una línea de investigación paralela sobre tratamientos transdiagnósticos. La teoría en la que se basa el tratamiento transdiagnóstico de los problemas alimentarios, la cual sugiere que las categorías tipificadas (o trastornos) son variaciones menores de síndromes subyacentes más amplios, se ha extrapolado a diferentes áreas. La más representativa es la de los desórdenes emocionales, en donde se ha encontrado que precisamente la DE media la relación entre el AN y los síntomas internalizados (Tortella-Feliu et al., 2010).

Barlow y sus colaboradores (2011) han desarrollado la línea de investigación sobre la eficacia del tratamiento transdiagnóstico para los problemas emocionales. Le han llamado *tratamiento unificado* porque el terapeuta dispone de un conjunto uniforme de procedimientos y principios terapéuticos que son efectivos para todo cúmulo de desórdenes emocionales, concebidos como espectros de síntomas y no como entidades discretas. El tratamiento unificado de los trastornos emocionales contempla al AN y la DE como objetivos para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2013; Hofman y Barlow, 2014; Hofmann et al., 2012; Sauer-Zavala et al., 2012).

Una fortaleza de la presente investigación se observa en el uso de instrumentos psicométricos contruidos exclusivamente para medir las variables de interés. La inconsistencia en las definiciones teóricas del AN y la DE ha propiciado que muchos estudios hayan llegado a

conclusiones sesgadas. En el caso del AN se utilizó la PANAS, adaptada para niños y adolescentes de población mexicana (Hernández-Guzmán et al., enviado). En diversos estudios se han utilizado medidas de depresión y ansiedad para captar el constructo AN (Agras y Telch, 1998; Brownstone et al., 2013; Chen et al., 2012; Goldschmidt et al., 2008; Ouwens et al., 2009). Si bien es cierto que el AN es un componente nuclear que comparten la depresión y la ansiedad, la dimensión del AN no es un conjunto de síntomas, sino un factor que representa la experiencia emocional negativa sin un proceso regulatorio manifiesto. Por otra parte, la depresión y la ansiedad no sólo poseen indicadores de AN, la depresión también se caracteriza por un componente de AP bajo, mientras que la ansiedad conlleva elevada hiperactivación fisiológica (Clark y Watson, 1991), por lo que no son constructos equivalentes.

Referente a la DE, también se han observado limitaciones en su medición. Se ha advertido que no se debe confundir la regulación emocional con las emociones (Barret, 2006), ni la DE con el AN (Bradley et al., 2011). Algunos estudios han formulado conclusiones sobre la DE tras medirla con instrumentos propios de la ansiedad, depresión, agresividad o problemas de atención (Kelly et al., 2016). Para evitar estos errores se validó la escala de DE, versión corta, EDS-short (véase estudio 1, 2 y 3; Contreras-Valdez et al., enviado). Esta escala permite medir la DE como un extremo del continuo regulación-desregulación, evitando así fallas metodológicas producto de confundirla con otros constructos como la autorregulación (Post et al., 2006), el afrontamiento (Sim y Zeman, 2005) e incluso con algunas manifestaciones psicopatológicas que surgen como un desenlace al no regular adecuadamente las emociones, como es el caso de las autolesiones o la conducta parasuicida (Linehan, 1993), la catastrofización (Berkin y Wupperman, 2012), la rumia (Aldao et al., 2009), entre otros.

También se percibe una fortaleza en cuanto a la medición de la conducta alimentaria. Para medir las conductas de dieta y atracción se utilizaron dos subescalas de la EFRATA (Gómez-

Peresmitré, 2001) y la EFRATA II (Platas y Gómez-Peresmitré, 2013), instrumentos adaptados para medir conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes y adolescentes mexicanos. Barker y Galambos (2009) han advertido que en el estudio de la relación entre la conducta alimentaria y el AN es necesario hacer un análisis riguroso de los ítems de los autoinformes porque éstos pueden incluir un contenido de AN debido al papel que éste desempeña en la conducta alimentaria y así propiciar un incremento artificial de la correlación entre ambos constructos. En la presente investigación se atendió dicha advertencia al excluir algunos ítems con estas características tras un procedimiento de validación de contenido. Es fundamental que estudios futuros controlen también este artefacto.

Por otra parte, resulta indispensable delimitar con precisión la dimensión de los problemas alimentarios que será objeto de estudio, ya que hay constructos como el llamado comer emocional en el cual el traslapo con el AN es inevitable (Arnold et al., 1995). De hecho, en los instrumentos diseñados para medir este constructo el individuo informa en qué grado experimenta deseo por comer cuando presenta diferentes emociones negativas. No obstante, el presente estudio se enfocó en las dimensiones de la dieta restrictiva y los atracones, en las cuales los ítems diseñados para medirlas no deben exhibir superposición con el AN (Barker y Galambos, 2009). El efecto mediador de la DE entre el AN y CAD que se encontró en esta investigación se encuentra libre de estos sesgos de instrumentación.

Como una limitación del presente estudio se considera el uso del autoinforme como el único método empleado para acceder a las variables de estudio. En este estudio se eligió el cuestionario de autoinforme debido a que representa un procedimiento sencillo y de fácil aplicación. Anteriormente se consideraba que la entrevista constituía el medio más apropiado para el estudio de los problemas alimentarios, pero ésta ha mostrado algunos inconvenientes, como la susceptibilidad ante las inconsistencias entre calificadores, la interpretación errónea que se les da

a algunas respuestas y, sobre todo, la disminución considerable en la percepción de anonimato por parte de los participantes. Keel, Crow, Davis y Mitchel (2002) han hallado que los beneficios del autoinforme son equiparables a los que brindan otras técnicas. Entre los más importantes destaca que los participantes tienden a revelar información importante a causa del carácter anónimo del cuestionario que les proporciona confianza y privacidad.

Sin embargo, en el empleo del autoinforme también se deben considerar sus limitaciones, por ejemplo, el sesgo por deseabilidad social, la cual se define como la exageración de las cualidades que a nivel social se consideran deseables, así como la minimización de aquellas consideradas como indeseables. Los individuos que muestran más deseabilidad social no informan que realizan conductas que regularmente la mayoría de la gente hace y, por el contrario, manifiestan que efectúan con mucha frecuencia lo que gran parte de la población omite (Baxter et al., 2004). La deseabilidad social es un factor que se encuentra presente en la investigación dentro del área de la conducta alimentaria. Por un lado, los padres pueden sentirse avergonzados sobre la cantidad de comida chatarra que ingieren sus hijos, por lo que tienden a informar cantidades menores de las que en realidad les compran (Di Noia, Weber Cullen y Monica, 2016; Radnitz y Todd, 2016). Por otro lado, en algunos casos los niños tienden a responder que comen alimentos saludables cuando no lo hacen, y que son escasas sus conductas alimentarias de riesgo cuando en verdad las presentan (Ainsworth et al., 2012).

En el estudio de las emociones en edades tempranas también existe el sesgo por deseabilidad social. Se ha observado una predisposición por parte de los niños hacia ver al aplicador de los instrumentos como una figura de autoridad, lo que incrementa las probabilidades de que mientan en sus respuestas (Zeman et al., 2007). Diversos estudios que han intentado controlar el efecto de la deseabilidad social la han medido, a su vez, con instrumentos de autoinforme, lo que resulta otra limitación que se debe subsanar (Hébert, 2016). Eliminar el sesgo de la deseabilidad

social representa un reto para futuras investigaciones que empleen la metodología del autoinforme para acceder a las variables de interés.

Adicionalmente, se ha señalado que el autoinforme no logra captar en su totalidad las conductas alimentarias de los preadolescentes y los adolescentes, porque en ocasiones éstos no tienen la suficiente capacidad de *insight* para percatarse sobre los motivos por los cuales dejan de comer o comen en exceso (Eddy et al., 2010). También se sabe que una característica de las personas que no regulan adecuadamente sus emociones es la deficiencia para reconocer con precisión qué emoción están sintiendo (Gratz y Roemer, 2004), por lo que el uso de otros métodos, además del autoinforme, permitiría llegar a conclusiones más acertadas en la línea de investigación de los problemas emocionales y la conducta alimentaria. Como alternativa ante estas dificultades se encuentra el uso de las tareas de rendimiento y arreglos experimentales para medir la regulación emocional de los adolescentes (Rivers et al., 2012), o el paradigma del regalo equivocado para los niños (Simonds, Kieras, Rueda y Rothbard, 2007). En el caso del AN se puede hacer uso de la resonancia magnética (Fernandes et al., 2017), así como del registro de indicadores fisiológicos como la presión y el flujo sanguíneo o la variabilidad de la frecuencia cardíaca (Sloan et al., 2017). También de la función gastrointestinal y el diámetro de la pupila, entre otros (Kleckner y Quigley, 2015).

Por otra parte, cabe señalar que en los últimos años se ha echado mano de las tecnologías digitales para mejorar los métodos de medición. Las personas utilizan cada vez más los teléfonos inteligentes, las tabletas, las aplicaciones digitales y la realidad virtual (Gómez-Peresmitré, León, et al., 2013). El uso de estas tecnologías ha logrado disminuir el tiempo de aplicación y de calificación de algunos instrumentos de medición que ya se encuentran en formato digital (Gómez-Peresmitré, Platas y Pineda, 2015). El papel de las nuevas tecnologías en el campo de la Psicometría

es una línea de investigación emergente que habrá de tomarse en cuenta en futuros estudios (Agras et al., 2017; Fairburn y Patel, 2017).

Dentro de las limitaciones de este estudio también se debe señalar que no se controlaron los efectos del IMC como covariable. En el estudio de los problemas alimentarios se ha sugerido atender esta recomendación debido a que el IMC es un fuerte predictor de la CAD, especialmente de la insatisfacción corporal, la sobreingesta y la dieta restrictiva (Tanofsky-Kraff et al., 2004). La advertencia de contemplar el IMC ha adquirido más fuerza, a su vez, a partir de diversos estudios que han encontrado que los niños y adolescentes con obesidad recurren con mayor frecuencia a los atracones con el propósito de regular el AN, en comparación con sus pares con peso normal (Goosens et al., 2007).

En el caso de la relación entre el IMC y los problemas afectivos en niños y adolescentes los resultados son inconsistentes. Un grupo de resultados apoya el supuesto de que los niños y adolescentes que poseen un IMC elevado no cumplen con el ideal corporal de delgadez, lo cual pudiera redundar en problemas afectivos como la ansiedad y la depresión (Allen et al., Byrne, Blair y Davis, 2006; Morgan et al., 2003; Rodgers et al., 2014; Rofey et al., 2009). En contraste, otro grupo de estudios no ha corroborado tal asociación (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011; Contreras-Valdez et al., 2016). En el análisis del IMC y el AN específicamente, Mitchell y Steele (2016) no hallaron relación en preadolescentes mujeres y hombres de población general. Estos estudios en conjunto han concluido que la influencia de factores protectores como la interacción con los pares o las prácticas parentales serían los responsables de atenuar el impacto del sobrepeso y la obesidad en la salud psicológica de niños y adolescentes.

Por otro lado, Kelly et al. (2016), así como Percinel, Ozbaran, Kose, Simsek y Darcán (2016), han aportado datos sobre la relación entre el IMC y la DE. Los niños y adolescentes con mayor IMC presentan menos habilidades para reconocer las emociones en los demás. Debido a los

resultados anteriores, controlar la influencia del IMC en el análisis de los mecanismos de regulación del AN y la CAD en edades tempranas representaría una gran aportación en esta línea de investigación.

En este mismo sentido, se ha señalado que en el estudio de los problemas alimentarios también se debe considerar la influencia de factores particulares de cada cultura, como el estatus social, los medios de comunicación, la publicidad y/o la industria de la moda y belleza. Estos factores influyen en gran medida en que los niños y adolescentes interioricen el ideal corporal de delgadez, variable predictora de la dieta restrictiva (Behar, 2010). Pero se han encontrado variaciones culturales que habrán de tomarse en cuenta, por ejemplo, todavía hay demasiadas personas en México que no consideran al sobrepeso y a la obesidad como problemas de salud, lo cual también propicia que los hallazgos sobre el IMC y las variables afectivas sean contradictorios (Brewis, 2003).

Otra información cultural relevante es que a principios de este siglo, en términos generales, los problemas alimentarios eran más frecuentes en países desarrollados y en personas de altos recursos económicos, especialmente la dieta restrictiva. No obstante, los fenómenos de transculturación, migración transnacional y modernización han propiciado el incremento de estos problemas en lugares que no son de alto desarrollo económico y en todo tipo de poblaciones (Gómez-Peresmitré y Acosta García, 2000). Los estudios transculturales son una alternativa que permite revelar conocimiento acerca de las diferencias entre países con respecto a la forma en que interactúan diversas variables socioculturales con la CAD (Acosta García y Gómez-Peresmitré, 2003; Munguía et al., 2016).

Otra recomendación para fortalecer la investigación en esta área en estudios ulteriores surge de los hallazgos que han permitido concluir que la atención es de suma importancia en la regulación-desregulación emocional (MacLeod y Grafton, 2014). La atención sostenida y selectiva,

mecanismos que mejoran las habilidades de autorregulación desde la infancia temprana (Johanson, Marciszco, Gredebäck, Nyström y Bohlin, 2015), están implicadas en la regulación emocional debido a que la capacidad de mantener la focalización en información positiva, así como de evitar la atención hacia información negativa, modifican la valencia afectiva con la que se percibe un estímulo y disminuyen la reactividad ante el malestar emocional (MacLeod y Grafton, 2014).

Además, las personas con problemas emocionales presentan sesgos atencionales, es decir, tienden a enfocarse en elementos negativos y soslayar los componentes positivos de diversos fenómenos. Al someter a prueba las técnicas de modificación de sesgos atencionales (ABM, por sus siglas en inglés) en personas con desórdenes emocionales se ha observado un incremento en las habilidades para manejar los pensamientos desadaptados, lo que repercute en la regulación emocional (Hsu et al., 2015; Sánchez y Vázquez, 2012). También se sabe que aquellos quienes poseen mejor atención tienen acceso a un repertorio más amplio de estrategias de autorregulación (MacLeod y Grafton, 2014).

Por otra parte, los procesos de atención activan estructuras cerebrales, como la corteza del cíngulo anterior y otras áreas prefrontales, las cuales están implicadas tanto en la regulación emocional como en diversas funciones ejecutivas (Perry, Swingler, Calkins y Bell, 2016). En las últimas décadas, los estudios que emplean técnicas de neuroimagen han propiciado el interés por investigar la relación entre la regulación emocional y las funciones ejecutivas, definidas como un conjunto de procesos cognitivos de orden superior. La regulación emocional requiere necesariamente de las funciones ejecutivas, por tratarse de una serie de procesos que comprenden la inhibición conductual, la planeación, la selección, la toma de decisiones, etc. Dado que esta línea de investigación es relativamente nueva, en un futuro convendría explorar más a fondo la DE a la luz de las afecciones en las funciones ejecutivas (Zelazo y Cunningham, 2007).

Como una limitación adicional es preciso señalar que en este estudio se empleó el modelado de ecuaciones estructurales que es una herramienta de suma utilidad para investigar la plausibilidad de modelos teóricos que dan cuenta de la interrelación entre un conjunto de variables (Hu y Bentler, 1999). Sin embargo, los datos se obtuvieron de forma transversal, por lo que los resultados de este estudio no poseen un carácter explicativo. Kline (2015) ha advertido que a menos de que existan bases teóricas fuertemente consolidadas, no puede existir una mediación en estudios de esta clase. En el presente trabajo se posicionó al AN como la variable independiente y la DE como mediadora dentro del modelo hipotético de acuerdo con la teoría de la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 1984) y del afecto medular (Barret, 2006, 2015; Russell, 2006, 2015). Los problemas alimentarios conformaron la variable dependiente tomando como base la teoría de la regulación del afecto, que sugiere que estos sirven como medio para manejar los estados afectivos displacenteros. No obstante, tal y como recomienda Kline, sería de gran utilidad que estudios futuros en este campo corroboren el efecto mediador de la DE entre el AN y la CAD a lo largo del tiempo y haciendo uso de tareas experimentales. De acuerdo con la perspectiva del desarrollo psicológico (Cicchetti, 1984), para que un factor de riesgo se considere como tal, es necesario que se demuestre que ocurre antes de la variable dependiente. Los hallazgos producto de la investigación longitudinal son precisamente los que han permitido corroborar que el AN (Holmes et al., 2014; Stice, 2001; Stice et al., 2000) y la DE (McLaughlin et al., 2011) son variables que aparecen antes que los problemas alimentarios. Los estudios longitudinales y experimentales ayudarían a fortalecer las conclusiones acerca de este efecto mediador a la luz del desarrollo psicológico.

Referencias

- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research, 61*, 89-96. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.11.012
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(8), 647-656. doi:10.1016/j.jaac.2016.05.012
- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 409-417. doi:10.1002/eat.20389
- Acosta García, M. V., & Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta: Una comparación transcultural entre España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(1), 9-21.
- Agras, W. S., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour Research, 88*, 26-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.004>
- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy, 29*, 491-503.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberg, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41.
- Ainsworth, B. E., Caspersen, C. J., Matthews, C. E., Mâsse, L. C., Baranowski, T., & Zhu, W. (2012). Recommendations to improve the accuracy of estimates of physical activity derived from self report. *Journal of Physical Activity & Health, 9* (Suppl. 1), S76-S84. doi:10.1123/jpah.9.s1.s76
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2009). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aldwin, C. M., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Taylor, A. (2011). Coping and self-regulation across the life span. In K. Fingerhman, C. Berg, J. Smith, & T. Antonucci, *Handbook of life-span development* (pp. 563-589). New York, NY: Springer publishing Company.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A stepy-tep treatment manual* (pp. 216-249). New York: The Guilford Press.

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Blair, E. M., & Davis, E. A. (2006). Why do some overweight children experience psychological problems? The role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*, 239-247.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability and Psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720-732. doi: 10.1037/a0034004
- Allen, K. L., McLean, N. J., & Byrne, S. M. (2012). Evaluation of a new measure of mood intolerance, the Tolerance of Mood States Scale (TOMS): Psychometric properties and associations with eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 13*, 326-334. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.005
- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican Eating Disorders Patients. *Eating and Weight Disorders, 9*, 243-248.
- Amaya, H., A., Álvarez, R., G. L., & Mancilla, D., J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1*, 76-89.
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed., texto revisado). Washington, DC, USA: autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Washington, DC, USA: autor.
- American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. Mexico, D.F.: El manual moderno.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Psychological testing* (7th edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Ansell, E., Grilo, C.M., & White M.A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 43–50. doi: 10.1002/eat.20897
- Aparicio-Llopis, E., Canals, J., & Arija, V. (2014). Dietary intake according to the course of symptoms of eating disorders in a school-based follow-up study of adolescents. *European Eating Disorders Review, 22*, 412-422. doi: 10.1002/erv.2316
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18*(1), 79-90.
- Baldofski, S., Rudolph, A., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Kaiser, S., ..., & Hilbert, A. (2016). Weight bias internalization, emotion dysregulation, and non-normative eating

- behaviors in prebariatric patients. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 180-185. doi: 10.1002/eat.22484
- Ballester, R., & Guirado, M. C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15(4), 556-562.
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2009). Exploring criterion confounding in the measurement of binge eating symptoms and negative affect. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 43-50. doi: 10.1007/s10862-008-9092-2
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. doi:10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Commer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
- Barlow, D. H. & Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 55-60.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York, NY, E.U.: Oxford University Press.
- Barret, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on psychological science*, 1(1), 28-58.
- Barret, L. F. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724. doi: 10.1080/02699930143000239
- Barrett, L. F. (2015). Ten common misconceptions about the psychological construction of emotion. En L. F. Barrett & J. A. Russell (Eds.). *The psychological construction of emotion* (p. 45-79). New York, USA: The Guilford Press.
- Barret, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Barret, L. F., Wilson-Mendenhall, C. D., & Barsalou, L. W. (2014). A psychological account of emotion regulation and dysregulation: The role of situated conceptualizations. En J. J. Gross (Ed). *Handbook of emotion regulation* (pp. 447-465). New York, USA: The Guilford Press.
- Baxter, S. D., Smith, A. F., Litaker, M. S., Baglio, M. L., Guinn, C. H., & Shaffer, N. M. (2004). Children's social desirability and dietary reports. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(2), 84-89.

- Beauchaine, T. P. (2015). Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 875-896. doi:10.1080/15374416.2015.1038827
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48, 319-334. doi: 10.4067/S0717-92272010000500007
- Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53, 284-288. doi:10.1016/j.paid.2012.03.027
- Bender, P. K., Sømhøvd, M., Pons, F., Reinholdt-Dunne, M. L., & Esbjørn, B. H. (2015). The impact of attachment security and emotion dysregulation on anxiety in children and adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 20, 189-204. doi:10.1080/13632752.2014.933510
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641-653. doi: 10.1002/eat.22401
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchel, J. E., & Wonderlich, S. A. (2013). Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 111-118. doi: 10.1037/a0029703
- Berkin, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges and future directions. *Current Opinion Psychiatry*, 25(2), 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Betts, J., Gullone, E., & Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as a potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 473-485. doi: 10.1348/0261S1008X314900
- Bohon, C., & Stice, E. (2012). Negative affect and neural response to palatable food intake in bulimia nervosa. *Appetite*, 58, 964-970. doi: 10.1016/j.appet.2012.02.051
- Bradley, B., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. J., & Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: Association with psychiatric symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(5), 685-691. doi: 10.4088/JCP.10m06409blu

- Brewis, A. (2003). Biocultural aspects of obesity in young Mexican schoolchildren. *American Journal of Human Biology*, *15*, 446-460. doi: 10.1002/ajhb.10161
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, *55*, 565-571.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen & J. S. Long. (Eds.). *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA, USA: Sage.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety Disorders*, *22*, 263-272.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(2), 179-192.
- Brownstone, L. M., Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Printz, K. S., Le Grange, D., Mitchell, J. E.,..., & Joiner, T. E. (2013). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 66-76. doi:10.1002/eat.22066
- Bryant-Waugh, R., & Nichols, D. (2011). Diagnosis and classification of disordered eating in childhood. En D. Le Grange & J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents. A clinical handbook* (pp. 107-125). New York, USA: The Guilford Press.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, *23*, 324-332. doi: 10.1007/s10826-013-9768-4
- Buckholdt, K. E., Weiss, N. H., Young, J., & Gratz, K. L. (2015). Exposure to violence, posttraumatic stress symptoms, and borderline personality pathology among adolescents in residential psychiatric treatment: The influence of emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*, 884-892. doi:10.1007/s10578-014-0528-5
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, *39*, 295-321. doi:10.1177/0145445514553094
- 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*, 32-39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005

- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 219-226. doi:10.1016/j.brat.2011.01.006
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, *56*, 81-105.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, *134*, 582-592. doi: 10.1542/peds.2014-0194
- Cambell-Sills, L., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393-412). New York, USA: The Guilford Press.
- Cárrard, I., Crépin, C., Ceschi, G., Golay, A., & Van der Linden, M. (2012). Relations between pure dietary and dietary-negative affect subtypes and impulsivity and reinforcement sensitivity in binge individuals. *Eating Behaviors*, *13*, 13-19. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.10.004
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 521-551.
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, *73*, 270-279. doi:10.1097/PSY.0b013e31820a1838
- Cebolla, A., Baños, R. M., Botella, C., Lurbe, E. y Torró, M. I. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*, 125-134. doi: 10.5944/rppc.vol16.num.2.2011.10356
- Chen, E. Y., McCloskey, M. S., & Keenan, K. E. (2009). Subtyping dietary restraint and negative affect in a longitudinal community sample of girls. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(3), 275-273. doi: 10.1002/eat.20661
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 505-512. doi: 10.1002/eat.20522
- Chen, J., Wang, Z., Guo, B., Arcelus, J., Zhang, H., Jia, X., ..., & Yang, M. (2012). *Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women*, *7*(10): e46878. doi: 10.1371/journal.pone.0046878
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(2), 177-190.

- Chorpita, B. F., Plummer, C. M. & Moffitt, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 299-310.
- Ciairano, S., Kliwer, W., Bonino, S. & Bosma, H. A. (2008). Parenting and adolescent well-being in two European countries. *Adolescence*, 43, 99-117.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 1-7.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2015). Child maltreatment. En M. E. Lamb & R. E. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology and developmental science* (pp. 513-563). New York, USA: John Wiley & Sons Inc.
- Cicchetti, D., Hetzel, S., Rogosch, F. A. Handley, E. D., & Toth, S. L. (2016). An investigation of child maltreatment and epigenetic mechanisms of mental and physical health risk. *Developmental and Psychopathology*, 1-13, doi: 10.1017/S0954579416000869
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of anormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for children development research. *Child Development*, 75, 317-333. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M-Á. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 24-31. doi: 10.1016/j.rmta.2016.04.001
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M-Á. (enviado). Validez de constructo de la escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-short), para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L. J. & Meelh, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological tests*, 52(4), 281-302.
- Crow, T., Cross, D., Powers, A., & Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1590-1598. doi:10.1016/j.chiabu.2014.05.015
- Czaja, J., Rief, W., & Hilbert, A. (2008). Emotion regulation and binge eating in children. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 356-362. doi: 10.1002/eat.20630

- Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zannetti, M. A., & Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors, 15*, 63-67. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.003
- Danner, U. N., Evers, C., Sternheim, L., van Meer, F., van Elburg, A. A., Geerets, T. A. M., ..., & de Ridder, D. T. D. (2013). Influence of negative affect on choice behavior in individuals with binge eating pathology. *Psychiatric Research, 207*, 100-106. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.016
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: The impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 15*, 340-349. doi:10.1002/erv.805
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy, 51*, R9-R12. doi:10.1016/j.brat.2012.09.008
- Diekhof, E. K., Geier, K., Falkai, P., & Gruber, O. (2011). Fear is only as deep as the mind allows. A coordinate-based meta-analysis of neuroimaging studies on the regulation of negative affect. *NeuroImage, 58*, 275-285. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.05.073
- Di Noia, J., Weber Cullen, K., & Monica, D. (2016). Social Desirability Trait Is Associated with Self-Reported Vegetable Intake among Women Enrolled in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116*, 1942-1950. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jand.2016.07.008>
- Dingemans, A. E., Martijn, C., Jansen, A. T. M., & van Furth, E. F. (2009). The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite, 52*, 51-57. doi: 10.1016/j.appet.2008.08.004
- Dennis, T. (2006). Emotional self-regulation in preschoolers: The interplay of child approach reactivity, parenting, and control capacities. *Developmental Psychology, 42*(1), 84-97.
- Donahue, J., Goranson, A. C., McClure, K. S., & Van Male, L. M. (2014). Emotion dysregulation, negative affect, and aggression: A moderated, multiple mediator analysis. *Personality and Individual Differences, 70*, 23-28. doi: 10.1016/j.paid.2014.06.009
- Douglas, V., & Varnado-Sullivan, P. (2016). Weight stigmatization, internalization, and eating disorder symptoms: The role of emotion dysregulation. *Stigma and Health, 1*(3), 166-175. doi: /10.1037/sah0000029
- Downey, C. A., & Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors, 8*, 497-503. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.02.002
- Draxler, H., & Hiltunen, A. (2012). A modification of enhanced behavioral therapy for anorexia nervosa: A case study. *Clinical Case Studies, 11*(33), 201-217. doi: 10.1177/1534650112443410

- De Young, K. P., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ..., & Le Grange, D. (2013). Moderators of post-binge eating negative emotion in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 323-328. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.012>
- Dunn, E. C., Geller, J., Brown, K. E., & Bates, M. E. (2010). Addressing the EDNOS issue and improving upon the utility of DSM-IV: Classifying eating disorders using symptoms profile. *European Eating Disorders Review, 18*, 271-280. doi: 10.1002/erv.1005
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáenz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica, 32*(1), 65-74.
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 245-250. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060951
- Eddy, K. T., Le Grange, D., Crosby, R. D., Hoste, R. R., Celio Doyle, A., Smyth, A., & Herzog, D. B. (2010). Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents: How does DSM-IV compare to empirically-derived categories? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 277-287.
- Edwards, E. S., Holzman, J. B., Burt, N. M., Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C., & Bridgett, D. J. (2017). Maternal emotion regulation strategies, internalizing problems and infant negative affect. *Journal of Applied Developmental Psychology, 48*, 59-68. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2016.12.001>
- El-Sheikh, M., Harger, J., & Whitson, S. M. (2001). Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. *Child Development, 72*, 1617-1636. doi: 10.1111/1467-8624.00369
- Elliot, C. A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L.B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M., & Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model loss of control in children and adolescents. *Behavior Research and Therapy, 48*(5), 424-428. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.012
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., ..., & Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 709-719. doi: 10.1037/a0034010
- Engelberg, M. J., Steiger, H., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndroms: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 531-536. doi: 10.1002/eat.20399
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*, 451-460. doi: 10.1002/erv.2183

- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ..., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *70*, 64-71. doi: 10.1016/j.brat.2015.04.010
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 691-701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 8-10. doi:10.1192/bjp.bp.110.083881
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O’Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1705-1715. doi:10.1016/j.brat.2007.01.010
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M.,..., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *166*, 311-319. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, R2-R8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating Disorders. A transdiagnostic protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 578-614). Nueva York, NY, E.U.: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Patel, V. (2017). The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour Research and Therapy*, *88*, 19-25. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.012>
- Fernandes, O., Portugal, L. C. L., Alves, R. C. S., Arruda-Sanchez, T., Rao, A., Volchan, E., ..., & Mourao-Miranda, J. (2017). Decoding negative affect personality trait from patterns of brain activation to threat stimuli. *Neuroimage*, *145*, 337-345. doi: 10.1016/j.neuroimage.2015.12.050
- Firzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, & Le Grange, D. (2014). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms, and self-esteem among treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *22*, 230-236. doi: 10.1002/erv.2297.

- Flament, M. F., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. N. T., Birmingham, M., & Goldfield, G. (2015). Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(5), 403-411.
- Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2016). Emotion dysregulation as a cross-cutting target for inpatient psychiatric intervention. *Journal of Affective Disorders, 206*, 224-231. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.043
- Franzoni, E., Monti, M., Pellicciari, A., Muratore, C., Verrotti, A., Garone, C., Ceccori, I., ..., & Gualandi, P. (2009). SAFA: A new measure to evaluate psychiatric symptoms detected in a sample of children and adolescents affected by eating disorders. Correlations with risks factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 5*, 207-214. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695231/>
- Frydenber, E. (2004). Coping competencies: What to teach and when. *Theory into Practice, 43*(1), 14-22. doi: 10.1207/s15430421tip4301_3
- Gámez, Guadiz, M., Strauss, M. A., Carrobles, J. A., Muñoz-Rivas, M. J., & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema, 22*, 529-536.
- Geise, C., Barzman, D., & Strakowski, S. (2014). Pediatric emotion dysregulation: biological and developmental evidence for a dimensional approach. *Psychiatric Quarterly, 85*, 383-389. doi: 10.1007/s11126-014-9300-z
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors, 14*, 309-313. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Goldschmidt, A. B., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2011). A laboratory-based study of mood and binge eating behavior in overweight children. *Eating Behaviors, 12*, 37-43. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.11.001
- Goldschmidt, A. B., Tanofsky-Kraff, M., Goosens, L., Eddy, K. T., Ringham, R., Yanovski, S. Z., ..., & Yanovski, J. A. (2008). Subtyping children and adolescents with loss of control eating by negative affect dietary restraint. *Behavior Research and Therapy, 46*, 777-787. doi:10.1016/j.brat.2008.03.004
- Goldschmidt, A. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Peterson, C. B., ..., & Mitchell, J. E. (2014). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 30-39. doi: 10.1037/a0034974
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Memorias de la Presentación de los 450 Años de la Universidad. México: UNAM.

- Gómez-Peresmitré, G., & Acosta García, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud, 11*(1), 35-58.
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta García, V., Gorischnik, R., Cuevas Renaud, C., Pineda García, G., Platas Acevedo, R. S., ..., & León Hernández, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 68-78*.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H., G., Moreno, E., L., Saloma, G., S. & Pineda, G., G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 18*(3), 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G., León, R., Platas, S., Lechuga, M., Cruz, D., & Hernández, A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4*, 23-30.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., & Oviedo, A. (2014). Modelos estructurales. Papel del afecto negativo como factor de riesgo en el desarrollo de conductas bulímicas en hombres. En G. Gómez-Peresmitré (Ed.), *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal* (pp. 122-133). México, D.F.: Fénix.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., & Pineda, G. (2015). A preliminary study of an online self-detection test. Risk in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*, 22-29.
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibañez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*(2), 289-304.
- González S., L., Lizano M., M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 16*(1), 117-126.
- Goosens, L., Braet, C., & Decaluwé, V. (2007). Loss of control over eating in obese youngsters. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1-9. doi:10.1016/j.brat.2006.01.006
- Gottlieb, G. (1991). Experiential canalization of behavioral development: Theory. *Developmental Psychology, 27*(1), 4-13.
- Gracia, E., Lila, M., & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental, 28*(2), 73-81.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. doi: 10.1007/s10862-008-9102-4

- Grilo, C. M. (2004). Subtyping female adolescent psychiatric inpatients with features of eating disorders along dietary restraint and negative affect dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 67-78. doi:10.1016/S0005-7967(03)00073-1
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Berman, R. M. (2001). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: A replication in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(1), 53-58. doi:10.1007/BF03339753
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Nueva York, USA: Routledge.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present and future. *Cognition and emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. doi: 10.1017.S0048577201393198
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. En D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health* (pp. 13-35). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25(5), 765-781. doi: 10.1080/02699931.2011.555753
- Gupta, S., Rosenthal, M. Z., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders*, 16, 405-417. doi: 10.1080/10640260802370572
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. (2011). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies Using Ecological Momentary Assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681. doi: 10.1037/a0023660
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P., Racine, S. E., Burt, S. A., Hu, J. Y., Boker, S., Neale, M., & Klump, K. L. (2014). Do Emotional Eating Urges Regulate Affect? Concurrent and Prospective Associations and Implications for Risk Models of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 874-877. doi: 10.1002/eat.22247

- Hammerle, F., Huss, M., Ernst, V., & Bürger, A. (2016). Thinking dimensional: Prevalence of DMS-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open*, *6*, e010843. doi:10.1136/bmjopen-2015-010843
- Han, Z. R., & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, *44*, 591-601. doi: 10.1007/s10578-012-0353-7
- Harrison, A.A., Sullivan, S.S., Tchanturia, K.K., & Treasure, J.J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, *40*, 1887-1897. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710000036>.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Eating Disorders*, *42*(6), 552-556. doi: 10.1002/eat.20646
- Haynos, A. F. & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation-evidence and treatment implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, *18*, 183-202. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x
- Hébert, J. R. (2016). Social desirability trait: Biases or driver of self-reported dietary intake? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *116*, 1895-1898. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jand.2016.08.007>
- Henderson, N. J. & Huon, G. F. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 77-87.
- Hernández-Guzmán, L. (2016). *Informe final de proyecto PAPIIT IN305814* [informe interno]. Facultad de Psicología y Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM.
- Hernández-Guzmán, L. (2012). Los tratamientos cognitivo conductuales de cara al DSM-V. En J. A. Obst Camerini (Ed.), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 153-167). Buenos Aires, Argentina: Catrec.
- Hernández-Guzmán, L., Alcázar-Olán, R., Freyre, M.-Á., Contreras-Valdez, J. A., & Bribiesca, C. (enviado). La Escala de Afecto Positivo y Negativo para niños y adolescentes. *Terapia Psicológica*.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, *28*(2), 111-120.
- Hernández, Guzmán, L., González-Montesinos, M., Bermúdez-Ornelas, G., Freyre, M.-Á., & Alcázar-Olán, R.- J. (2013). Parental practices scale for children. *Revista Colombiana de Psicología*, *22*, 151-161.

- Herts, K. L., McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2012). Emotion dysregulation as a mechanism linking stress exposure to adolescent aggressive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 1111-1122. doi:10.1007/s10802-012-9629-4
- Heywood, S. & McCabe, M. P. (2006). Negative affect as a mediator between body dissatisfaction and extreme weight loss and muscle gain behaviors. *Journal of Health Psychology*, *11*(6), 833-844. doi: 10.1177/1359105306069077
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, *51*, 510-513. doi:10.1037/a0037045
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *29*, 409-416. doi:10.1002/da.21888
- Hoiles, K. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, *13*, 123-126. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.11.007
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 599-619. doi: 10.1037//0022-006X.65.4.599
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., & Broadbent, J. (2014). Tests of an extension of the dual pathway model of bulimic symptoms to the state-based level. *Eating Behaviors*, *15*, 280-285. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.011>
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björngvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety. The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, *188*, 22-27. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.008
- Hu, L. y Bentler, P. M. (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.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D., & Bissada, H. (2015). Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: a test of the interpersonal model. *European Eating Disorders Review*, *23*, 133-138. doi: 10.1002/erv.2344
- Ivanova, I. V., Tasca, G., Proulx, G., & Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive Psychiatry*, *63*, 80-87. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.009>

- Jablensky, A. (2011). The disease entity in psychiatry: fact or fiction? *Epidemiological and Psychiatric Sciences*, *21*(3), 255-264. doi: 10.1017/S2045796012000339
- Johansson, M., Marciszco, C., Gredebäck, G., Nyström, P., & Bohlin, G. (2015). Sustained attention in infancy as a longitudinal predictor of self-regulatory functions. *Infant Behavior & Development*, *41*, 1-11. doi: 10.1016/j.infbeh.2015.07.001.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*(6), 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., Sandín, B., & Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *1*(1), 27-34.
- Kara, F. K., Lesser, J., Brandenburg, B., & Lesser, J. (2011). Addressing low self-esteem in adolescents with eating disorders. *Adolescent Psychiatry*, *1*(4), 286-295. doi: 10.2174/2210677411101040286
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders*, *44*, 553-560. doi:10.1002/eat.20892
- Keel, P. K., Crosby, R. D., Hildebrandt, T. B., Haedt-Matt, A. A., & Gravener, J. A. (2013). Evaluating new severity dimensions in the DSM-5 for bulimic syndromes using mixture modeling. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 108-118. doi:10.1002/eat.22050
- Keel, P. K., Crow, S., Davis, T. L., & Mitchel, J. E. (2002). Assessment of eating disorders. Comparison of interview and questionnaire data from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 1043-1047. doi:10.1016/S0022-3999(02)00491-9
- Kelly, N. R., Tanofski-Kraff, M., Vannucci, A., Ranzenhofer, L. M., Altschul, A. M., Schvey, N. A., ..., & Yanovski, J. A. (2016). Emotion dysregulation and loss-of-control eating in children and adolescents. *Health Psychology*, *35*(10), 1110-1119. doi: 10.1037/hea0000389.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of behavioral research*. Forth Worth, TX: Harcourt College Publishers.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Kline, R. B. (2015). The mediation myth. *Basic and Applied Social Psychology*, *37*(4), 202-213. doi: 10.1080/01973533.2015.1049349

- Kitsantas, A., Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College women with eating disorders: Self-regulation, life satisfaction and positive/negative affect. *The Journal of Psychology*, *137*(4), 381-395.
- Kleckner, I. R., & Quigley, K. N. (2015). An approach to mapping the neurophysiological state of the body to affective experience. My psychological constructionist perspective, with a focus on conscious affective experience. En L. F. Barrett & J. A. Russell (Eds.), *The psychological construction of emotion* (pp. 265-300). New York, USA: The Guilford Press.
- Koole, S. L., van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2009). The Self-Regulation of Emotion. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 22-40). New York, USA: The Guilford Press.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, *18*, 199-214.
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 485-499. doi:10.1016/S0005-7967(02)00016-5
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 491-493. doi:10.1037/0021-843X.114.4.491
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 142-186. doi: 10.1037/bul0000069.
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *21*, 99-107. doi:10.1002/erv.2214
- Lang, K., Larsson, E. E. C., Mavromara, L., Simic, M., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Diminished facial emotion expression and associated clinical characteristics in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *236*, 165-172. doi: 10.1016/j.psychres.2015.12.004
- Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: Longitudinal findings from project EAT. *Journal of the American Dietetic Association*, *109*(11), 1869-1877. doi: 10.1016/j.jada.2009.08.016
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., Joiner, T. E., Rudolph, K. D., Potter, K. I., Lambert, S., ..., & Gathright, T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment*, *11*, 326-338.
- Lavender, J. M., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2013). Dimensions in the eating disorders: Past, present, and future. Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions

into the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 404-407. doi:10.1002/eat.22121

Lavender, J. M., Utzinger, L. M., Cao, L., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Crosby, R. D. (2016). Reciprocal Associations Between Negative Affect, Binge Eating, and Purging in the Natural Environment in Women With Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(3), 381-386. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000135>

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 111-122. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.010

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ..., & Berg, K. C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *22*, 212-216. doi: 10.1002/erv.2288

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, USA: Springer

Lebo, M. A., & Nesselroade, J. (1978). Intraindividual differences dimensions of mood change during pregnancy identified in five P-technique factor analyses. *Journal of Research in Personality*, *12*(2), 205-224.

Lee, S., Lee, A. M., Ngai, E., Lee, D. T. S., & Wing, Y. K. (2001). Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 224-229. doi:10.1002/1098-108

Leve, L. D., & Cicchetti, D. (2016). Longitudinal transactional models of development and psychopathology. *Development and Psychopathology* *28*, 621-622. doi: 10.1017/S0954579416000201

Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*. Washington, USA: The Guilford Press.

Lucio G. M., E., Durán P., C., Barcelata E., B. E., & Romero G., E. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de afrontamiento para adolescentes: EA-A. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, *8*(1), 36-48.

Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2006). The role of scheme processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 717-732. doi: 10.1007/s10608-005-9635-8

Lynch, T. R., Gray, K. L. H., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, *13*:293. doi: 10.1186/1471-244X-13-293

- Macfie, H. J., Bratchell, N., Greenhof, K., & Vallis, L., V. (1989). Designs to balance the effect of order of presentation and first-order carry-over effects in hall tests. *Journal of Sensory Studies*, 4(2), 129-148. doi: 10.1111/j.1745-459X.1989.tb00463.x
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 60-65. doi:10.1002/eat.22040
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., & Ocampo, T-G., M. T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2), 86-91. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000200002>
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2008). Prognostic significance of two sub-categorization methods for the treatment of binge eating disorder: Negative affect and overevaluation predict, but do not moderate, specific outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 428-437. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.004
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 249-267. doi:10.1002/jhbs.20103
- McLaughlin, K. A. (2016). Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00, 1-22. doi: 10.1080/15374416.2015.1110823
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544-554. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003
- MacLeod, C., & Grafton, B. (2014). Regulation of emotion through modification of attention. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 508-528). New York, USA: The Guilford Press.
- Meave L., S., & Lucio G.-M., E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Meddis, R. (1972). Bipolar factors in mood adjective checklists. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 178-184.
- Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ..., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26(4) 1-16.

- Micali, N., Solmi, F., Horton, N. J., Crosby, R. D., Eddy, K. T., Calzo, J. P., ..., & Field, A. E. (2015). Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(8), 652-659. doi: 10.1016/j.jaac.2015.05.009.
- Mikolajewski, A. J., Allan, N. P., Hart, S. A., Lonigan, C. J., & Taylor, J. (2013). Negative affect shares genetic and environmental influences with symptoms of childhood internalizing and externalizing disorders. *Journal of Abnormal and Child Psychology, 41*, 411-423. doi: 10.1007/s10802-012-9681-0
- Miller, J. D., & Pilkonis, P. A. (2006). Neuroticism and affective instability: The same or different? *American Journal of Psychiatry, 163*, 839-845. doi: 10.1176/ajp.2006.163.5.839
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect, 39*, 156-166. doi:10.1016/j.chiabu.2014.05.011
- 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. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.036
- Mitchell, T. B., & Steele, R. G. (2016). The effect of body mass index, negative affect, and disordered eating on health-related quality of life in preadolescent youth. *Journal of Pediatric Psychology, 41*(7), 768-776. doi: 10.1093/jpepsy/jsv163
- Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(1), 115-127.
- Morales, M. L. (1975). *Psicometría aplicada*. Ciudad de México, México: Editorial Trillas.
- Moreno, G. M. A., & Ortiz, V. G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica, 27*(2), 181-190.
- Morgan, C. M., Yanovski, S. Z., Nguyen, T. T., McDuffie, J., Sebring, N. G., Jorge, M. R., ..., & Yanovski, J. A. (2003). Loss of control over eating, adiposity and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 430-441. doi: 10.1002/eat.10038
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect, 39*, 167-174. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.003
- Munguía, M., Mora, M., & Raich, R. M. (2016). Modelo estético, imagen corporal, autoestima y sintomatología de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas y españolas. *Psicología Conductual, 24*(2), 273-283.

- Nakai, Y., Nin, K., Teramukai, S., Taniguchi, A., Fukushima, M., & Wonderlich, S. A. (2013). Comparison of DSM-IV diagnostic criteria versus the broad categories for the diagnosis of eating disorders scheme in a Japanese sample. *Eating Behaviors, 14*, 330-335. doi: 10.1002/erv.2203
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills: an intervention for emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 491-508). New York, USA: The Guilford Press.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40-51. doi:10.1016/j.brat.2014.05.005
- Neacsiu, A. D., Tkachuck, M. A. (2016). Dialectical behavior therapy skills and emotion dysregulation in personality disorders and psychopathy: a community self-report study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 3*:6. doi: 10.1186/s40479-016-0041-5
- Nowlis, V., & Nowlis, H. H. (1956). The description and analysis of mood. *Annals of the New York Academy of Sciences, 65*, 345-355.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2 ed.)*. New York, USA: McGraw-Hill.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science, 17*(2), 153-158. doi: 10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x
- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A. & Singh, K. (2003). Anxiety and depression in children and adolescents: A factor-analytic examination of the tripartite model. *Journal of Child and Family Studies, 12*(2), 157-170. doi: 10.1023/A:1022806731527
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión* (nota descriptiva). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia*. USA: autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día mundial de la salud mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente [página web]*. Recuperado de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:diamundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, T., Forman, S., Jay, S., Fisher, M., Rome, E., & Walsh, T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 53*, 303-305. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.025

- Ortega-Luyando, M., Álvarez-Rayón, G., Garner, D. M., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz, M. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Sistemac review of disordered eating behaviors: Methodological considerations of epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 51-63. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>
- Ouwens, M A., van Strien, T., van Leeuwe, J. F. J., & van der Staak, C. P. F. (2009). The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52, 234-237. doi: 10.1016/j.appet.2008.07.010
- Overton, W. F., & Lerner, R. M. (2012). Relational developmental systems: A paradigm for developmental science in the postgenomic era. *Behavioral and Brain Sciences*, 35(5), 375-376. doi: 10.1017/S0140525X12001082
- Overton, W. F., & Lerner, R. M. (2014). Fundamental concepts and methods in developmental science. *Research in Human Development*, 11, 63-73. doi: 10.1080/15427609.2014.881086
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376-385. doi:10.1016/j.jad.2015.10.014
- Pearson, C. M., Zapolski, T. C. B., & Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *International Journal of Eating Disorder*, 48(2), 230-237. doi: 10.1002/eat.22277
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of Adolescent Health*, 39, 800-805. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.05.013
- Peñas-Lledó, E., Bulik, C. M., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Baker, J. H. (2015). Risk for self-reported anorexia or bulimia nervosa based on drive for thinness and negative affect clusters/dimensions during adolescence: A three-year prospective study of the TChAD cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6). doi:10.1002/eat.22431
- Percinel, I., Ozbaran, B., Kose, S., Simsek, D. G., & Darcan, S. (2016). Increased deficits in emotion recognition and regulation in children and adolescents with exogenous obesity. *The World Journal of Biological Psychiatry*. doi: 10.1080/15622975.2016.1265147.
- Perry, N. B., Swingler, M. M., Calkinis, S. D., & Bell, M. A. (2016). Neurophysiological correlates of attention behavior in early infancy: Implications for emotion regulation during early childhood. *Journal of Experimental Child Psychology*, 142, 245-261. doi: 10.1016/j.jecp.2015.08.007
- Peterson, C. B., Miller, K. B., Crow, S. J., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2005). Subtypes of Binge Eating Disorder Based on Psychiatric History. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 273-276. doi: 10.1002/eat.20174

- Platas, R. S., & Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (ERATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud, 23*(2), 251-259.
- Pineda-García, Gómez-Peresmitré, G. Platas, S., & Velasco, V. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk: Comparison between universities of Baja California and Mexico City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 8*, 49-55.
- Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating Behaviors, 19*, 9-14. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.06.007
- Post, Y., Boyer, W., & Brett, L. (2006). A historical examination of self-regulation: Helping children now and in the future. *Early Childhood and Education Journal, 34*(1), 5-14. doi: 10.1007/s10643-006-0107-x
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 171*, 109-116. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12121511
- 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. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.020
- Racine, S E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders, 46*(7), 713-720. doi: 10.1002/eat.22145
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders, 48*(1), 55-58. doi: 10.1002/eat.22364
- Radnitz, C., & Todd, L. E. (2016). Social desirability may explain why some caregivers of overweight children report less frequent high calorie food intake. *Eating Behaviors, 23*, 48-51. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.07.007
- Raykos, B. C., Byrne, S. M., & Watson, H. (2009). Confirmatory and exploratory factor analysis of the distress tolerance scale (DTS) in a clinical sample of eating disorders patients. *Eating Behaviors, 10*, 215-219. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.07.001
- Reed, G. M., Anaya, C., & Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 461-473.
- Regier, D. (2012). Merging categorical and dimensional diagnoses of mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*, 267-269. doi: 10.1017/S2045796012000340

- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*, 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Rivers, S. E., Brackett, M. A., Reyes, M. R., Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2012). Measuring emotional intelligence in early adolescence with the MSCEIT-YV: Psychometric properties and relationship with academic performance and psychosocial functioning. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *30*(4), 344-366. doi: 10.1177/0734282912449443
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & McLean, S. A. (2014). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*(5), 814-823. doi: 10.1007/s10964-013-0013-7
- Rofey, D., Kolko, R., Iosif, A.-M., Silk, J., Bost, J., Feng, W., ..., & Dahl, R. E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Childhood Psychiatry Human Development*, *40*, 517-526. doi:10.1007/s10578-009-0141-1.
- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutrición Hospitalaria*, *27*(4), 1141-1147. doi: :10.3305/nh.2012.27.4.5843
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*, 2. doi: 10.18637/jss.v048.i02
- Russell, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 345-356.
- Russell, J. A. (2009). Emotion, core affect, and psychological construction. *Cognition and Emotion*, *23*, 1259-1283. doi: 10.1080/02699930902809375
- Russell, J. A. (2015). My psychological constructionist perspective, with a focus on conscious affective experience. En L. F. Barrett & J. A. Russell (Eds.), *The psychological construction of emotion* (pp. 183-208). Nueva York, NY, E.U.: The Guilford Press.
- Rutter, M. (2003). Categories, dimensions, and the mental health of children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1008*, 11-21. doi:10.1196/annals.1301.002
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(1-2), 44-52. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01976.x
- Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de atención selectiva como un factor de mantenimiento y vulnerabilidad a la depresión: Una revisión crítica. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 103-117. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art10.pdf>

- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203. doi:10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178. doi:10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095
- 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.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557.
- Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México: OPS/OMS
- Seidel, M., Petermann, J., Diestel, S., Ritschel, F., Boehm, I., King, J. A., ..., & Ehrlich, S. (2016). A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1207-1216. doi: 10.1007/s00787-016-0844-3
- Seo, M-G., Barret, L. F., & Jin (2008). The structure of affect: History, theory and implications for emotion research in organizations. En N. M. Ashkanasy & C. L. Cooper (Eds.), *Research companions to emotion in organizations* (pp. 17-44). Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. Nueva York, NY, USA: Basic Books.
- Sim, L. & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 25(4), 478-496. doi: 10.1177/0272431605279838
- Sim, L. & Zeman, J. (2006). The contribution to emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 219-228. doi: 10.1007/s10964-005-9003-8

- Simmonds, J., Kieras, J. E., Rueda, M. R., & Rothbard, M. K. (2007). Effortful control, executive attention, and emotional regulation in 7-10-year-old children. *Cognitive Development, 22*, 474-488. doi:10.1016/j.cogdev.2007.08.009
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. New York, USA: Springer.
- Sloan, R. P., Schwarz, E., McKinley, P. S., Weinstein, M., Love, G., Ryff, C., ..., & Seeman, T. (2017). Vagally-mediated heart rate variability and indices of well being: Results of a nationally representative study. *Health Psychology, 36*(1), 73-81. doi: 10.1037/hea0000397
- Stansbury, K., & Gunnar, M. R. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2/3), 108-134.
- 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., Agras, W. S., Telch, C. F., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., & Wilson, T. (2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 11-27.
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggan, A., & Agras, W. S. (2000). Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 218-229.
- Stice, E., & Fairburn, C. G. (2003). Dietary and dietary-depressive subtypes of bulimia nervosa show differential symptom presentation, social impairment, comorbidity, and course of illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1090-1094. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.1090
- Stice, E., Marti, C. N., Fischer, K., Bohon, C. (2008). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: Further of reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1022-1033. doi: 10.1037/a0013887
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 445-457. doi: 10.1037/a0030679.
- Stice, E., Presnell, K., Gau, J., & Shaw, H. (2007). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 20-32. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.20
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J., & Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy, 27*, 531-549.

- Svaldi, J., Gripenstroh, 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. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Tanofsky-Kraff, Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M., & Yanovski, J. A. (2004). Eating-Disordered Behaviors, Body Fat, and Psychopathology in Overweight and Normal-Weight Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 53-61. doi:10.1016/j.brat.2006.01.006
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061-1065. doi: 10.1037//0022-006X.69.6.1061
- Tellegen, A. (1980). *The structure of mood states*. Unpublished manuscript, University of Minnesota.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, A. L. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science, 10*(4), 297-303.
- Thomas, J. J., Eddy, K. T., Murray, H. B., Tromp, M. D. P., Hartmann, A. S., Stone, M. T., ..., & Becker, A. E. (2015). The impact of the revised DSM-5 criteria on the relative distribution and inter-rater reliability of eating disorder diagnoses in a residential treatment setting. *Psychiatry Research, 229*, 517-523. doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.017
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M., & Barlow, D. H. (2016). Focused vs. broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized control trial. *International Journal of Eating Disorders, 49*(1), 36-49. doi: 10.1002/eat.22468
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders 24*, 686–693. doi: doi:10.1016/j.janxdis.2010.04.012
- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 20*, 431-438. doi: 10.1002/erv.2181
- Ty, M., & Francis, A. J. P. (2013). Insecure attachment and disordered eating in women: the mediating processes of social comparison and emotion dysregulation. *Eating Disorders, 21*, 154-174. doi: 10.1080/10640266.2013.761089
- Van Strien, T., Engels, R. C. M. E., van Leeuwe, J., & Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite, 45*, 205–213. doi: 10.1016/j.appet.2005.08.004

- Vázquez, A., R., López, A., X., Ocampo, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120.
- Waller, G. (2002). Psychology of binge eating. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 98–102). London: The Guilford Press.
- Walsh, B. T., & Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): An alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 754–764.
- Watson, D., & Clark, A. L. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 127-144.
- 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., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.
- Westen, D., Dutra, L., & Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *British Journal of Psychiatry*, 186, 227-238.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychopathology*, 65(3), 429-439.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II: I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D., Waller, N. G., Shedler, J., & Blagov, P. S. (2014). Dimensions of personality and personality pathology: factor structure of the Shedler-Westen assessment procedure-II (SWAP-II). *Journal of Personality Disorders*, 28(2), 281-318.
- Wertheim, E. H., Koerner, J., & Paxton, S. J. (2000). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*, 30(1), 69-81.

- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, *8*, 162-169. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.04.001
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 494-504. doi:10.1037/0021-843X.114.4.494
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 396-403. doi: 10.1002/eat.22091
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, S123-S129. doi:10.1002/eat.20436
- Wonderlich, J. A., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crow, S. J., Engerl, S. G., Le Grange, D., Mitchell, J. E., & Crosby, R. D. (2015). *International Journal of Eating Disorders*, *48*(3), 305-311. doi: 10.1002/eat.22352
- Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York, USA: The Guilford Press.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). *Emotion Regulation in Children and Adolescents*, *27*(2), 155-168. doi: 10.1097/00004703-200604000-00014
- Zeman, J., Klimes-Dougan, B., Cassano, M., & Adrian, M. (2007). Measurements issues in emotion research with children and adolescents. *Clinical Psychology Science and Practice*, *14*, 377-401. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00098.x
- Zevon, M. A., & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*(1), 111-122.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. In D. Cicchetti, *Developmental Psychology* (pp. 485-545). Hoboken, New Jersey, USA: John Wiley and Sons, Inc.

Apéndice

Escala de regulación emocional (ERQ)

Gross y John (2003). Adaptada a niños y adolescentes mexicanos por Hernández-Guzmán (2016).

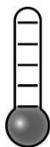
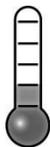
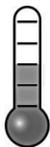
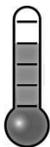
Nota para el lector de esta tesis: La escala ERQ se conforma por 10 ítems, pero en este trabajo sólo se utilizaron los cuatro ítems que conforman la subescala de supresión emocional, los cuales aparecen en cursivas.

Instrucciones: Nos gustaría que respondieras algunas preguntas relacionadas con tu vida emocional, en particular cómo controlas o cómo manejas y regulas tus emociones.

Recuerda que no éste no es un examen, no hay respuestas ni buenas ni malas. Contesta por favor de acuerdo con lo que tú sientes, piensas y haces.

Para cada una de las preguntas utiliza la siguiente escala de respuesta:

0 = muy poco o nada, 1 = un poco, 2 = regular, 3 = bastante y 4 = mucho.

Ítem	Muy poco o nada 	Un poco 	Regular 	Bastante 	Mucho 
<i>1. Trato de mantener ocultas mis emociones.</i>	0	1	2	3	4
<i>2. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.</i>	0	1	2	3	4
<i>3. Controlo mis emociones no expresándolas.</i>	0	1	2	3	4
<i>4. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.</i>	0	1	2	3	4

Escala de afecto positivo y negativo (PANAS-C)

Laurent et al., (1999). Adaptada a niños y adolescentes mexicanos por

Hernández-Guzmán, Alcázar-Olán, Freyre, Contreras-Valdez y Bribiesca (enviado).

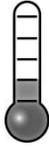
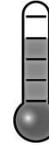
Nota para el lector de esta tesis: Los ítems que miden AN aparecen en cursivas, mientras que los que miden AP están subrayados. En la versión original de la escala no se hace esta distinción.

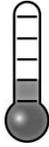
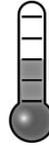
Instrucciones: En esta hoja encontrarás el nombre de diversos sentimientos y emociones. Con cada uno haz lo siguiente:

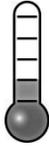
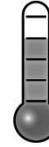
Primero: Lee el sentimiento o emoción.

Luego: Piensa cuánto lo has sentido durante las dos semanas pasadas (las más recientes).

Por último: Encierra en un círculo la respuesta que corresponda.

Sentimiento o emoción	Muy poco o nada 	Un poco 	Regular 	Bastante 	Mucho 
1. <u>Motivado(a), con ganas de hacer cosas</u>	0	1	2	3	4
2. <i>Triste</i>	0	1	2	3	4
3. <i>Espantado(a)</i>	0	1	2	3	4
4. <u>Alerta, bien despierto(a)</u>	0	1	2	3	4
5. <u>Emocionado(a)</u>	0	1	2	3	4
6. <i>Con pena</i>	0	1	2	3	4
7. <i>Enojado(a)</i>	0	1	2	3	4

Sentimiento o emoción	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
8. <u>Feliz</u>	0	1	2	3	4
9. <u>Decidido(a), firme</u>	0	1	2	3	4
10. <u>Inquieto(a)</u>	0	1	2	3	4
11. <u>Culpable</u>	0	1	2	3	4
12. <u>Con energía</u>	0	1	2	3	4
13. <u>Asustado(a)</u>	0	1	2	3	4
14. <u>Calzado(a)</u>	0	1	2	3	4
15. <u>Sin suerte</u>	0	1	2	3	4
16. <u>Temeroso(a)</u>	0	1	2	3	4
17. <u>Alegre</u>	0	1	2	3	4
18. <u>Solo (a)</u>	0	1	2	3	4
19. <u>Furioso(a)</u>	0	1	2	3	4
20. <u>Valiente</u>	0	1	2	3	4
21. <u>Molesto(a)</u>	0	1	2	3	4
22. <u>Conforme</u>	0	1	2	3	4
23. <u>Deprimido(a)</u>	0	1	2	3	4
24. <u>Atrevido(a)</u>	0	1	2	3	4

Sentimiento o emoción	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
25. <i>Recuerdo con tristeza</i>	0	1	2	3	4
26. <u>Animado(a)</u>	0	1	2	3	4
27. <i>Solo (a)</i>	0	1	2	3	4
28. <i>Furioso(a)</i>	0	1	2	3	4
29. <u>Valiente</u>	0	1	2	3	4
30. <i>Molesto(a)</i>	0	1	2	3	4

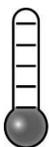
Escala de desregulación emocional, versión corta (EDS-Short)

Powers et al., (2015). Adaptada a niños y adolescentes mexicanos por

Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (enviado).

Califica por favor el grado en el que los siguientes enunciados te describen, donde

0= muy poco o nada, 1 = un poco, 2 = regular, 3 = bastante y 4 = mucho.

Enunciado	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	0	1	2	3	4
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo; simplemente me siento mal.	0	1	2	3	4
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	0	1	2	3	4
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	0	1	2	3	4

Enunciado	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
	0	1	2	3	4
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	0	1	2	3	4
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	0	1	2	3	4
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	0	1	2	3	4
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo.	0	1	2	3	4
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	0	1	2	3	4
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	0	1	2	3	4
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	0	1	2	3	4

**Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA-II),
versión para mujeres preadolescentes**

Platas y Gómez-Peresmitré (2013).

Nota para el lector de esta tesis: En este trabajo sólo se usaron algunos ítems de los 32 que contiene la versión para mujeres de la EFRATA-II. Los seis ítems que se seleccionaron para medir la conducta de atracón están subrayados, mientras que los cinco ítems con los que se midió la dieta restrictiva aparecen en cursivas.

Instrucciones: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

Ítems que miden dieta atracón	Opciones				
<u>1.- Soy de las que se atiborran de comida.</u>	1	2	3	4	5
<u>2.-Siento que podría comer sin parar.</u>	1	2	3	4	5
<u>3.-Pienso constantemente en la comida.</u>	1	2	3	4	5
<u>4.-Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.</u>	1	2	3	4	5
<u>5.-Como sin control.</u>	1	2	3	4	5

6.- <u>Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).</u>	1	2	3	4	5
Ítems que miden dieta restrictiva	Opciones				
<i>1.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.</i>	1	2	3	4	5
<i>2.-Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.</i>	1	2	3	4	5
<i>3.-Me la paso “muriéndome de hambre”.</i>	1	2	3	4	5
<i>4.-Me gusta sentir el estómago vacío.</i>	1	2	3	4	5
<i>5.-Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.</i>	1	2	3	4	5

**Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA-II),
versión para hombres preadolescentes**

Platas y Gómez-Peresmitré (2013).

Nota para el lector de esta tesis: En este trabajo sólo se usaron algunos ítems de los 31 que contiene la versión para hombres de la EFRATA-II. Los seis ítems que se seleccionaron para medir la conducta de atracón están subrayados, mientras que los cinco ítems con los que se midió la dieta restrictiva aparecen en cursivas.

Instrucciones: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

Ítems que miden atracón	Opciones				
<u>1.-Pienso constantemente en la comida.</u>	1	2	3	4	5
<u>2.-Siento que podría comer sin parar.</u>	1	2	3	4	5
<u>3.-Soy de los que se atiborran de comida.</u>	1	2	3	4	5
<u>4.-Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.</u>	1	2	3	4	5
<u>5.-Como sin control.</u>	1	2	3	4	5

6.-Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).	1	2	3	4	5
Ítems que miden dieta restrictiva	Opciones				
1.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	1	2	3	4	5
2.-Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	1	2	3	4	5
3.-Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	1	2	3	4	5
4.-Me la paso "muriéndome de hambre".	1	2	3	4	5
5.-Me gusta sentir el estómago vacío.	1	2	3	4	5

**Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA), versión
para mujeres adolescentes**

Gómez-Peresmitré (2001).

Nota para el lector de esta tesis: En este trabajo sólo se usaron algunos ítems de los 54 que contiene la versión para mujeres de la EFRATA. Los ocho ítems que se seleccionaron para medir la conducta de atracón están subrayados, mientras que los cinco ítems con los que se midió la dieta restrictiva aparecen en cursivas.

Instrucciones: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	Muy frecuentemente	Siempre

Ítems que miden atracón	Opciones				
<u>1.- Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.</u>	1	2	3	4	5
<u>2.- No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.</u>	1	2	3	4	5
<u>3.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control.</u>	1	2	3	4	5
<u>4.- Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.</u>	1	2	3	4	5

<u>5.- No soy consciente de cuánto como.</u>	1	2	3	4	5
<u>6.- Siento que no puedo parar de comer.</u>	1	2	3	4	5
<u>7.- Como sin medida.</u>	1	2	3	4	5
<u>8.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.</u>	1	2	3	4	5
Ítems que miden dieta restrictiva	Opciones				
<i>1.- Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.</i>	1	2	3	4	5
<i>2.- Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.</i>	1	2	3	4	5
<i>3.- Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.</i>	1	2	3	4	5
<i>4.- Me la paso “muriéndome de hambre”, ya que constantemente hago dietas.</i>	1	2	3	4	5
<i>5.- “Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas.</i>	1	2	3	4	5

**Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA), versión
para hombres adolescentes**

Gómez-Peresmitré (2001).

Nota para el lector de esta tesis: En este trabajo sólo se usaron algunos ítems de los 57 que contiene la versión para hombres de la EFRATA. Los ocho ítems que se seleccionaron para medir la conducta de atracón están subrayados, mientras que los cinco ítems con los que se midió la dieta restrictiva aparecen en cursivas.

Instrucciones: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	Muy frecuentemente	Siempre

Ítems que miden atracón	Opciones				
<u>1.- Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.</u>	1	2	3	4	5
<u>2.- No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.</u>	1	2	3	4	5
<u>3.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control.</u>	1	2	3	4	5
<u>4.- Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.</u>	1	2	3	4	5

<u>5.- No soy consciente de cuánto como.</u>	1	2	3	4	5
<u>6.- Siento que no puedo parar de comer.</u>	1	2	3	4	5
<u>7.- Como sin medida.</u>	1	2	3	4	5
<u>8.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.</u>	1	2	3	4	5
Ítems que miden dieta restrictiva	Opciones				
<i>1.- Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.</i>	1	2	3	4	5
<i>2.- Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.</i>	1	2	3	4	5
<i>3- Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.</i>	1	2	3	4	5
<i>4.- Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.</i>	1	2	3	4	5
<i>5.- “Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas.</i>	1	2	3	4	5