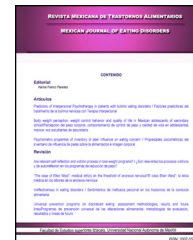




REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder



Maritza Rodríguez Guarín^{a,b,*}, Juanita Gempeler Rueda^a, Natalia Mayor Arias^a, Camila Patiño Sarmiento^a, Lyda Lozano Cortés^a y Verónica Pérez Muñoz^a

^a *Equilibrio: Programa integral para trastornos de alimentación, afectivos y de ansiedad, Bogotá, Colombia*

^b *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

Recibido el 11 de octubre de 2016; revisado el 6 de diciembre de 2016; aceptado el 9 de enero de 2017

Disponible en Internet el 8 de febrero de 2017

KEYWORDS

Emotion regulation;
Eating disorders;
Dialectical behavioral
therapy;
Group therapy;
Qualitative

Abstract The aim of this article was to explore and analyze the relationship between emotions, feelings and moods, with eating behavior and other behaviors in patients with eating disorders (ED). A total of 43 women aged among 14 to 45 years ($M=19.8$, $SD=6.8$), 19 were diagnosed with anorexia nervosa, 22 with bulimia nervosa and two with binge eating disorder. All participants attended to an ambulatory intensive program. Based on a qualitative methodology, it was analyzed the content of a dialectical behavior therapy group session. Before negative emotions it was observed that patients—regardless of the ED diagnostic—preferentially use suppression strategies rather than re-appraisal. Specifically, patients with anorexia nervosa tend to face negative emotions based on the expression of restrictive symptoms while bulimic ones tend to binge and/or purge. It was notorious the difficulty of all patients to name and discriminate emotions or associate them with maladaptive behaviors. ED treatment requires therapeutic techniques aimed to strength tolerance when discomfort is induced by negative emotions, but also promoting re-appraisal of these emotions.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maritzarodriguez@programaequilibrio.org (M. Rodríguez Guarín).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PALABRAS CLAVE

Regulación de emociones;
Trastornos alimentarios;
Terapia conductual dialéctica;
Terapia grupal;
Cualitativo

Disregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario

Resumen El objetivo de este estudio fue explorar y analizar la relación entre emociones, sentimientos y estados de ánimo con el comportamiento, principalmente el alimentario, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Participaron 43 mujeres, de entre 14 y 45 años de edad ($M=19.8$, $DE=6.8$), 19 con el diagnóstico de anorexia nerviosa, 22 con bulimia nerviosa, y dos con trastorno por atracón. Todas asistían a un programa ambulatorio intensivo. Con base en una metodología cualitativa, se analizaron los contenidos de una sesión de terapia grupal conductual dialéctica. Frente a emociones negativas, se observó que estas pacientes —independientemente del tipo de TCA— usan preferentemente estrategias de supresión más que de reinterpretación. Específicamente, las pacientes con anorexia nerviosa suelen afrontar las emociones negativas con base en la expresión de síntomas restrictivos; mientras que aquellas con síntomas bulímicos, lo realizan a través de atracones y/o purgas. Fue notoria la dificultad de todas las pacientes para nombrar y discriminar sus emociones, o asociarlas con sus comportamientos maladaptativos. El tratamiento de los TCA requiere del uso de técnicas terapéuticas enfocadas a fortalecer en estas pacientes la tolerancia al malestar inducido por emociones negativas, pero que además promuevan la reinterpretación de estas.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

De acuerdo con [Werner y Gross \(2010\)](#), la regulación de emociones es un conjunto de procesos que utiliza el individuo para decrecer, mantener o incrementar uno o más aspectos de la emoción. Estos procesos pueden ser automáticos o requerir de un esfuerzo del individuo; pueden ser ejercidos por la misma persona (intrínsecos), o ejercidos por otra persona desde afuera (extrínsecos), como ocurre con la función reguladora que ejerce la madre cuando calma a su hijo. Los procesos regulatorios de las emociones le permiten al individuo ejercer influencia en cuáles emociones tiene, cuándo las tiene, cómo las experimenta, y cómo las expresa ([Dan-Glauser y Gross, 2013](#)).

Las estrategias para regular las emociones pueden modificar de manera diferencial los tres componentes básicos de la emoción: la respuesta fisiológica, la experiencia o el comportamiento; de modo que dichas estrategias alterarán la coherencia entre esos tres canales de respuesta. Pueden ser estrategias de supresión (regulación a la baja), si el individuo intenta reducir —de alguna manera— uno o varios de los componentes de su respuesta emocional, o si su uso conduce a la evitación, la negación, la disociación, la rumiación o al aislamiento; o bien, estrategias de reinterpretación, a través de las cuales la persona logra identificar y reconocer sus malestares, de modo que los puede interpretar, contextualizar y manejar de una forma adaptativa. Por el contrario, la persona acepta su emoción cuando la experimenta sin tratar de cambiarla, controlarla o evitarla ([Dan-Glauser y Gross, 2011, 2013](#)).

[Gratz y Roemer \(2004\)](#) han señalado que la conciencia que tenga el individuo acerca de sus estados emocionales es clave para su regulación. A algunas personas se les dificulta identificar y rotular sus emociones, y particularmente cuando la valencia de estas es negativa. Pero además de

su reconocimiento, se requiere que el sujeto ejerza algún grado de aceptación y tolerancia ante las emociones negativas, en lugar de ignorarlas, evitarlas o escapar de ellas. En tanto que una regulación pobre de las emociones puede generar diversas consecuencias, entre ellas, un pobre control de impulsos.

De esta forma, las dificultades en el reconocimiento y la expresión de las emociones, mismas que subyacen a la disregulación emocional, son aspectos clave en la psicopatología de los trastornos del afecto, de la ansiedad, del trastorno por déficit de atención, del trastorno límite de la personalidad, del trastorno por estrés postraumático, de la dependencia a sustancias, y también de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En estas psicopatologías las fallas en la regulación de emociones ocurren principalmente en los procesos de regulación intrínseca y, dada la excesiva emocionalidad negativa, los pacientes suelen apelar a mecanismos de regulación a la baja, es decir, a estrategias de supresión ([Campbell-Sills y Barlow, 2007](#); [Iancu, Cohen, Yehuda y Kotler, 2006](#); [Inzlicht, Bartholow y Hirsh, 2015](#); [Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011](#)).

En los pacientes con TCA los procesos anómalos en la regulación emocional se reflejan en la expresión de las emociones y la presencia de sesgos atencionales. Estudios dirigidos a evaluar la cognición social en pacientes con anorexia nerviosa (AN) han revelado que, en comparación con controles sanos, estas pacientes presentan un desempeño deficiente en las tareas de reconocimiento y de funcionamiento emocional, con un sesgo atencional respecto a aquellos rostros que expresan cólera, el que no se presenta ante rostros *neutrales*. Por tanto, la depresión y los sesgos atencionales parecen predecir la existencia de dificultades en la regulación de emociones entre estas pacientes ([Adenzato, Todisco y Ardito, 2012](#); [Harrison,](#)

Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2010), sin embargo, aún no es claro si esto es un marcador de rasgo o de estado, dependiendo este de la inanición.

Por su parte, Joos et al. (2012) también reportan alteraciones en la percepción emocional de la rabia, tanto en pacientes con TCA como en aquellos otros con depresión mayor, pero sin encontrar diferencias de acuerdo con el tipo de TCA. La expresión verbal atenuada, mayormente presente en pacientes con AN que con bulimia nerviosa (BN), y la tendencia a utilizar menos palabras positivas al describir las emociones experimentadas contrastan con lo observado en controles sanos (Tchanturia, Marin, Harrison y Hambrook, 2015). Los pacientes con TCA estudiados por Davies, Swan, Schmidt y Tchanturia (2012) utilizaban estrategias de supresión para regular sus emociones, mientras que los controles sanos utilizaban estrategias de reinterpretación.

Se ha planteado que en personas con AN, cuanto más duraderas en el tiempo sean las dificultades en la regulación de emociones, y más persistentes después de la recuperación de peso, mayor su papel en la predisposición a la enfermedad y en el mantenimiento de los síntomas (Lavender et al., 2015). Estos autores, en su revisión acerca de las dimensiones de la regulación emocional en individuos con TCA, señalan que en las pacientes con AN y BN se observan deficiencias tanto en el uso de estrategias flexibles y adaptativas frente a fuentes de malestar emocional, como en la habilidad para inhibir comportamientos impulsivos (e.g., atracón, purga, autolesión, abuso de sustancias) y mantener el comportamiento orientado en la meta propuesta. Igualmente, la conciencia, la claridad y la aceptación del estado emocional, así como la voluntad de experimentar y de tolerar la experiencia de sufrimiento emocional, son deficitarias en las pacientes con TCA. Por ende, la dimensión de conciencia y claridad de las emociones se señala como uno de los blancos de la intervención en estos pacientes. Lavender et al. también describen que, en aquellos pacientes que practican atracones, los mecanismos de regulación implícita (i.e., aquellos que ocurren por fuera del control consciente) muestran una asociación muy fuerte con dicho comportamiento alimentario; no obstante, los mecanismos de regulación explícita también se aprecian afectados. Igualmente, la disregulación emocional ha sido estudiada en individuos con sobreconsumo de comida o alimentación emocional, obteniendo hallazgos similares (Gianini, White y Masheb, 2013; Robinson, Safer, Austin y Etkin, 2015). Además, se ha examinado el papel de ciertas cogniciones relacionadas con comida, sin embargo no está claro si la ingesta de ciertos tipos de alimentos constituye una estrategia maladaptativa de regulación de emociones negativas, o bien, si la emoción negativa es resultado de comer alimentos «censurados» (Hayaki, 2009).

Por otra parte, la presencia más o menos marcada de disregulación emocional también puede incidir en la severidad y el pronóstico del TCA (Rowell, MacDonald y Carter, 2016). Por ejemplo, Racine y Wildes (2015) estudiaron prospectivamente a 191 pacientes con AN hasta un año después de su egreso del tratamiento, y encontraron que la disregulación emocional predice el cambio en la severidad de los síntomas de AN. Así, las pacientes altamente disreguladas presentaron síntomas más severos que se mantuvieron en el tiempo, mientras que aquellas poco disreguladas tuvieron trayectorias más favorables de la enfermedad; situación que aplicó

tanto para los casos con AN restrictiva, como para aquellos otros con atracones y purgas.

Desde el punto de vista de la intervención terapéutica sobre la disregulación emocional, la terapia conductual dialéctica (TCD), enfoque derivado de la terapia cognoscitivo-conductual, y desarrollada originalmente por Marsha Linehan (1993) para el manejo del trastorno límite de la personalidad, ha sido ampliamente utilizada. La dialéctica de aceptación y cambio es una de las características principales de este tipo de psicoterapia, y el entrenamiento en habilidades para la regulación de emociones y la tolerancia a los malestares es uno de los módulos de trabajo. Módulo que, bajo un formato grupal, ha sido integrado exitosamente al tratamiento multimodal de pacientes con TCA (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde y Arntz, 2016).

De todo lo anteriormente planteado se deduce que aunque la disregulación emocional no es una característica exclusiva de los TCA, su identificación y abordaje constituye uno de los grandes retos terapéuticos, dado su papel en las recaídas o en el mantenimiento y cronificación de los síntomas alimentarios. Por tanto, con el propósito de profundizar en el conocimiento de los mecanismos de disregulación emocional y su relación con los síntomas alimentarios, en el presente trabajo se describen y analizan los contenidos de sesiones de TCD grupal de pacientes con TCA, explorando las relaciones de emociones, sentimientos y estados de ánimo con el comportamiento alimentario y otros comportamientos asociados.

Método

Participantes

Como criterios de inclusión al estudio se tomaron los considerados para el ingreso al Programa Ambulatorio Intensivo para TCA (PAI-TCA), siendo los siguientes: 1) pacientes de ambos sexos; 2) mayores de 14 años; 3) con AN, BN, trastorno por atracón (TPA), o cuadros incompletos de AN o BN, y 4) con persistencia de síntomas claves del TCA a pesar del tratamiento ambulatorio o egreso de una hospitalización total, o con comorbilidades del espectro afectivo, ansioso e impulsivo. Por el contrario, fueron excluidos aquellos pacientes con riesgo vital por razones médicas o psiquiátricas, considerando: índice de masa corporal < 13, hemodinámicamente inestables, o con comorbilidades psiquiátricas mayores que implicaran riesgo de suicidio (e.g., psicosis), o abuso/dependencia de sustancias con consumo activo.

De esta forma, en el presente estudio participaron 43 mujeres de entre 14 y 45 años de edad ($M = 19.8$, $DE = 6.8$), todas con el diagnóstico de TCA; específicamente: 22 con AN, 19 con BN y dos con TPA. El tiempo de cronicidad de los síntomas alimentarios al ingreso a tratamiento osciló entre 8 meses y 20 años. Las características generales de las participantes se exponen en la [tabla 1](#). Cabe mencionar que la no inclusión de varones respondió a que durante el periodo que abarcó la investigación, que fue de junio de 2011 a marzo de 2012, no asistieron hombres al PAI-TCA. Además, debido a que se usó una metodología cualitativa, que buscaba la comprensión de un fenómeno, el muestreo no fue probabilístico

Tabla 1 Caracterización de las participantes (N = 43)

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
14-18 años	24	55.8
19-23 años	10	23.3
24-28 años	5	11.6
29-45 años	4	9.3
Estado civil		
Soltera	40	93.0
Casada	2	4.7
Divorciada/separada	1	2.3
Tipo de TCA		
Anorexia nerviosa-Restrictiva	17	39.5
Anorexia nerviosa-Purgativa	5	11.6
Bulimia nerviosa	19	44.2
Trastorno por atracón	2	4.7
Cronicidad del TCA		
Menos de 1 año	16	37.2
1-2 años	18	41.9
3-5 años	5	11.6
Más de 5 años	4	9.3
Trastorno de personalidad		
Trastorno límite	7	16.3
Trastorno evitativo	4	9.3
Trastorno obsesivo-compulsivo	13	30.2
Trastorno histriónico	8	18.6
Otras comorbilidades actuales		
Trastorno depresivo mayor	13	30.23
Trastorno bipolar	5	11.62
Trastorno obsesivo-compulsivo	14	32.56
Abuso/dependencia de sustancias	4	9.30
Fobia social	3	6.98
Trastorno por estrés postraumático	3	6.98

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

sino intencional, por conveniencia, de casos típicos de AN, BN y TPA como los que asisten a un programa especializado para tratamiento. Finalmente, se tuvo en cuenta la saturación en los contenidos de las respuestas para considerar que la muestra estudiada era suficiente para la discusión teórica.

Consideraciones éticas

Todas las participantes y sus representantes legales (padres o tutores) firmaron un consentimiento informado específico para el estudio, ajustado a la Resolución N.º 8430/1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para investigación con seres humanos, que lo clasifica como investigación sin riesgo. En el documento se explicaban los objetivos y los procedimientos, garantizando la protección de la identidad de las participantes durante la publicación de los resultados en revistas científicas y su presentación en eventos científicos. El comité de ética e investigación de la Institución aprobó su conducción.

Procedimiento

Acerca de la intervención

El PAI-TCA es de enfoque multimodal y multidisciplinario. Todos los pacientes recibieron: psicoterapia individual (bajo un enfoque cognoscitivo-conductual, pero psicodinámicamente orientada), con un formato de dos sesiones semanales, cada una con duración de una hora; y terapia grupal, esta bajo distintos enfoques (e.g., cognoscitivo-conductual, conductual dialéctica, expresiva, artística, enfocada en el manejo de la distorsión de la imagen corporal, habilidades sociales y conciencia plena), con un formato de una sesión semanal de una hora de duración. No obstante, para el presente trabajo se tomaron únicamente los contenidos de una sesión específica del grupo de TCD, dirigida a explorar la conexión entre diversos estados emocionales y el comportamiento alimentario. Adicionalmente, el tratamiento incluyó almuerzos y refrigerios terapéuticos para buscar la rehabilitación nutricional, manejo psicofarmacológico de comorbilidades (según el caso) y psicoeducación familiar.

Recolección y análisis de datos

Las unidades de observación y análisis fueron pacientes asistentes al PAI-TCA del Programa Equilibrio, quienes participaron en sesiones grupales de TCD. Durante el periodo de estudio se condujeron seis grupos, de los que se retomó una sesión de cada uno, con una hora de duración, y con un promedio de siete asistentes. Ningún paciente participó en esta sesión más de una vez.

La sesión que se tomó como campo de observación para el presente estudio fue adaptada del capítulo de regulación emocional del manual *The dialectical behavioral therapy skills workbook for bulimia*, de [Astrachan-Fletcher y Maslar \(2009\)](#). De acuerdo con el protocolo de la sesión elegida, el terapeuta a cargo expuso a las participantes una introducción acerca de la asociación frecuente de los malestares o estados emocionales con la forma de comer y otros comportamientos. Después les solicitó a las participantes que diligenciaran una hoja de trabajo, explicándoles cómo hacerlo, con base en ejemplos concretos. Dicha hoja de trabajo consta de un listado de emociones, estados de ánimo y sentimientos —tanto negativos como positivos— que las pacientes debían asociar con su comportamiento alimentario y con alguna actividad, u otro tipo de comportamiento, si este existiera (véase [fig. 1](#)). Se explicó a las pacientes que podrían encontrar respuestas parecidas, o incluso repetidas, frente a los diferentes tipos de estados emocionales.

Cada asistente diligenció sus respuestas de manera individual, y luego de 15 min, el terapeuta proponía la discusión de las respuestas, alentando a las participantes a compartirlas con el grupo, identificando y discutiendo puntos en común y diferencias. Mientras tanto, durante la sesión, un coterapeuta realizaba las correspondientes anotaciones de campo, registrando comentarios e interacciones entre los participantes, así como otros elementos relevantes que pudieran surgir. Al final de cada sesión, el terapeuta principal y el coterapeuta comentaron sus apreciaciones.

Para el análisis de las respuestas de las pacientes en las hojas de trabajo, se organizó una matriz de contenidos, en la que se transcribieron manualmente los fragmentos

Emoción, humor o sentimiento	Comida o tipo de alimento	Actividad
Malhumorada		
Irritable		
Enojada/Furiosa		
Celosa		
Sentirse sola		
Triste		
Desalentada		
Aburrida		
Decepcionada		
Confundida		
Frustrada		
Avergonzada		
Ansiosa		
Nerviosa		
Asustada		
Excitada		
Feliz		
Relajada		
Aliviada		
Esperanzada		
Confiada		

Figura 1 Formato de la hoja de trabajo utilizada en la sesión grupal de terapia conductual dialéctica.

de respuesta correspondientes a las categorías de análisis consideradas desde el diseño, que eran: estrategias de regulación emocional y patrones o prototipos de respuesta. Frente a los cuatro tipos básicos de emociones (rabia, tristeza, ansiedad y alegría), así como sus respectivos matices, se codificaron los diferentes prototipos de estrategias de regulación emocional. Los códigos para asignar unidades de significado a la información descriptiva, obtenida de las respuestas y las discusiones con el grupo de participantes, fueron: evitación, aislamiento, disociación, rumiación, reforzamiento de la recompensa, otros comportamientos disfuncionales (e.g., abuso de sustancias, conductas de autolesión), y reevaluación de la emoción, los mismos que fueron «pegados» a los fragmentos de texto correspondientes. Esta tarea se realizó manualmente.

Además, en aras de mejorar la validez interna, se usó triangulación de datos, confrontando los hallazgos con los reportados por las pacientes en las sesiones de terapia individual cognoscitivo-conductual, buscando concordancias o discrepancias entre los contenidos. Y dado que el equipo tratante era multidisciplinario, también se realizó triangulación entre investigadores-terapeutas; es decir, se recopiló la información del equipo terapéutico en su totalidad, y no solamente de los encargados de las sesiones grupales de TCD.

Resultados

En todas las participantes, independientemente del tipo de TCA, se encontraron patrones de respuesta similares ante

los estados emocionales o anímicos relacionados con la rabia (e.g., estar malhumorada, irritable, brava/enojada, furiosa, celosa, exaltada), con la tristeza (e.g., sentirse sola, triste, desalentada, aburrida, confundida, decepcionada, avergonzada, frustrada), con la ansiedad (e.g., sentirse ansiosa, nerviosa, asustada), o con la alegría (e.g., feliz, relajada, aliviada, esperanzada, excitada). De las respuestas de las participantes se dedujo la movilización de mecanismos como la evitación, el aislamiento o la disociación del estado emocional negativo, la rumiación del malestar; o bien, comportamientos como el abuso de sustancias o la autolesión, que se consideran estrategias de supresión de la emoción o del malestar emocional. Por el contrario, frente a emociones positivas, se identificó el reforzamiento de la recompensa. Las estrategias de reevaluación o reinterpretación de la experiencia emocional también fueron analizadas, sin embargo estas fueron mucho menos frecuentes, siendo la huida de la emoción o del malestar el patrón de respuesta más relevante.

Frente a emociones negativas sobresalieron las estrategias de supresión, como la evitación, el aislamiento, la rumiación o la disociación del estado emocional negativo, las que pueden presentarse de forma simple o «en bloque», junto con el empeoramiento del síntoma alimentario. Por ejemplo: «No como nada... me encierro, lloro» (restricción, aislamiento y evitación); «No como nada, hago ejercicio» (restricción, evitación); «Me encierro y duermo» (aislamiento y evitación); «Hago un atracón con dulces o chocolates, y vomito» (síntoma bulímico, disociación y evitación); «Si me siento confundida o triste, como mucho o salgo de compras» (síntoma alimentario, disociación y

evitación de la emoción). Otro patrón de respuesta observado fue la rumiación del malestar: «No como nada... lloro y trato de controlar todo lo que hice mal»; «No como nada... pienso que no merezco nada»; «Me autorreprocho»; o «No como nada... no puedo parar de pensar, ni de moverme de un lado a otro» (restricción, rumiación obsesiva que acrecienta el malestar, en vez de modularlo). Y finalmente, se identificó un prototipo de respuesta al malestar con base en comportamientos como el abuso de sustancias y la autolesión (sin intencionalidad suicida), como conductas reforzadoras de los mecanismos de supresión arriba señalados: «No como nada, pero vomito y me corto para aliviarme»; «No como nada... lloro, fumo marihuana y me duermo»; «Me encierro y me corto... así cambio un dolor por otro más físico».

En respuesta al malestar emocional, en las pacientes con AN, el comportamiento predominante fue la restricción de comida, de compañía y de actividades, o el comportamiento de autolesión; mientras que en los subtipos bulímicos de la AN, lo fueron el atracón y el vómito inducido, el abuso de sustancias y las conductas de autolesión (ver [tabla 2](#)). Por el contrario, frente a estados emocionales positivos, el patrón de respuesta observado fue el refuerzo de la recompensa. Así, las pacientes con AN predominantemente reportaron comportamientos y actividades reforzadoras de la sensación de bienestar, como son: hacer ejercicio, comer sanamente, salir de compras, compartir con amigos. Por ejemplo: «No como nada y hago actividades tranquilas»; «Hago más deporte»; «Fumo y estoy con amigos»; «Salgo de compras»; «Como comida saludable». En contraste, las pacientes con BN o TPA refuerzan la recompensa, pero buscando comer —a manera de *premio*— justamente los alimentos censurados, o refuerzan el bienestar saliendo de fiesta y emborrachándose: «Me como una hamburguesa doble y muchas papitas fritas»; «Me premio a mí misma saliendo a comer a un restaurante gourmet»; «Tomo jugo de naranja y huevos en el club con el abuelo»; «Como chocolate o algo rico»; «Salgo de fiesta y me emborracho» (ver [tabla 3](#)).

Las estrategias de regulación emocional adaptativas como la reevaluación del malestar y su modulación, previa aceptación y tolerancia, estuvieron escasamente presentes entre las participantes. Dos pacientes reportaron la búsqueda de acompañamiento o la realización de actividades adaptativas. Por ejemplo: «Chateo con amigos»; «... si estoy triste o aburrida, pinto, cocino y veo tele».

Discusión

La disregulación emocional, así como la dificultad para identificar o expresar emociones negativas o malestares, fueron evidentes en las respuestas de las participantes, y frecuentemente asociadas a comportamientos alimentarios disfuncionales u otras conductas maladaptativas. De manera coincidente con lo reportado en otros estudios ([Davies et al., 2012](#); [Hayaki, 2009](#); [Norwood et al., 2011](#); [Rodríguez et al., 2007](#); [Werner y Gross, 2010](#)), en todas las pacientes, independientemente del tipo de TCA, se observó la tendencia a usar preferentemente estrategias de supresión más que de reinterpretación frente a emociones negativas.

En función del tipo de TCA, las pacientes con AN reportaron que frente a estados emocionales como la rabia, la

tristeza o la ansiedad, optan por no comer nada y movilizan patrones de respuesta como la evitación de situaciones asociadas, el aislamiento o la disociación, la rumiación o el abuso de sustancias y comportamientos de autolesión; por el contrario, frente a estados emocionales como la alegría, estas pacientes manifiestan que suelen recompensarse comiendo algo «saludable» o haciendo ejercicio. Con lo que respecta a las pacientes con BN o TPA, frente a emociones negativas, presentan patrones de respuesta similares a los presentes en las pacientes con AN, ya que movilizan las mismas estrategias de supresión, pero en vez de dejar de comer, las primeras tienden a realizar atracones, vomitar, abusar de sustancias o autolesionarse. Aparece la comida como consuelo, apaciguador o método para desviar el foco de la preocupación o el dolor emocional hacia algo objetivable y percibido como controlable. Además, la rumiación obsesiva del malestar, el autorreproche o la presión para hacer «algo perfecto que repare», tampoco permite un afrontamiento adecuado ni el alivio, sino que acrecienta el sufrimiento, en la medida que se vive como un autocastigo. Con lo que respecta a las emociones positivas, las pacientes con BN o TPA también se recompensan con comida, pero apetitosa o altamente calórica, aunque posteriormente aparezcan la angustia, la culpa y los comportamientos de purga o de autolesión.

En las pacientes con TCA, la tendencia a usar la comida como respuesta a emociones positivas fue notoria. Sin embargo, mientras que aquellas con AN se premian comiendo «algo saludable», las que presentan atracones lo hacen comiendo alimentos apetitosos y altamente calóricos. Por tanto, la vivencia de «merecimiento» se transforma rápidamente en culpa y autorreproche y, en ocasiones, en vómitos autoinducidos, trayendo de regreso el sufrimiento y el malestar emocional.

Contrastando con los hallazgos de [Wildes, Marcus, Bright y Marin \(2012\)](#), en su estudio con 22 mujeres con AN en fase aguda, quienes reportaron experimentar pérdida de control frente a la comida o urgencia de hacer un atracón cuando enfrentaban emociones negativas; sin embargo, estos autores no reportan diferencias en función del subtipo de AN. Por el contrario, en el presente estudio, la tendencia a experimentar comportamientos purgativos (e.g., atracones, vómitos) o impulsivos (e.g., cortarse, abusar de sustancias) fue más evidente en las pacientes con BN, TPA o AN purgativa que en aquellas con AN restrictiva. Además, frente a emociones negativas, la conducta más reportada por las pacientes con AN fue la tendencia a restringir no solo la ingesta, sino la actividad. Por ejemplo: «No como nada...»; «Me encierro...»; «Me aíso... no hago nada».

En general, en las pacientes estudiadas se encontró una expresión verbal pobre, que fue más evidente en las pacientes con AN que en aquellas con BN, así como una tendencia a utilizar menos palabras positivas al enunciar las emociones experimentadas; esto tal como lo han descrito algunos autores ([Davies et al., 2012](#); [Tchanturia et al., 2015](#)). Sobre-salieron las respuestas repetitivas, casi estereotipadas, frente a malestares emocionales diversos, y fue notoria la dificultad para discriminar los matices de las emociones, lo que se reflejaba en algunas de las preguntas que las pacientes externaron; por ejemplo: «¿Cuál es la diferencia entre estar irritable y furiosa?» o «¿Cuál es la diferencia entre estar sola y sentirme triste?». Por tanto, el comportamiento

Tabla 2 Estrategias de regulación emocional presentes en pacientes con anorexia nerviosa

Tipo de emoción	Patrón de respuesta	Comportamiento alimentario, cogniciones o actividades
<i>Rabia</i>	Evitación	«No como nada. . . me callo, me encierro, lloro y busco a mi mamá»
Malhumorada	Aislamiento	
Irritable	Disociación	«No como nada, hago ejercicio»
Brava/enojada		«Como controladamente, solo algo saludable»
Furiosa		«Rayo papeles»
Celosa		«Me encierro y duermo»
Exaltada	Rumiación	«No como nada. . . lloro y trato de controlar todo lo que hice mal»
		«No como nada. . . pienso que no merezco nada»
		«Me autorreprocho»
	Abuso de sustancias	«No como nada, pero vomito y me corto para aliviarme»
	Autolesión	«No como nada. . . lloro, fumo marihuana y me duermo»
<i>Tristeza</i>	Evitación	«Si me siento confundida o triste, no como nada. . . salgo de compras»
Sentirse sola	Aislamiento	
Triste	Disociación	«Si me siento sola, no como nada. . . busco amigos»
Desalentada	Reevaluación	«Solo como comida sana»
Aburrida		«Salgo a caminar para pensar en otra cosa»
Confundida		«Duermo»
Decepcionada		«Chateo con amigos»
Avergonzada		«Si estoy triste o aburrida. . . pinto, cocino y veo tele»
Frustrada	Rumiación	«No como nada. . . no descanso hasta que no lo hago todo perfecto»
		«No como nada. . . me culpo por lo que está pasando»
	Abuso de sustancias	«Si me siento triste, no como nada. . . tengo que salir de fiesta a emborracharme»
	Autolesión	«No como nada. . . me corto»
<i>Ansiedad</i>	Evitación	«No como nada. . . tengo que salir o emborracharme»
Ansiosa/nerviosa	Aislamiento	«No como nada. . . me corto»
Asustada	Disociación	
	Rumiación	«No como nada. . . no puedo parar de pensar, ni de moverme de un lado a otro»
	Abuso de sustancias	«No como nada. . . fumo sin parar»
	Autolesión	«Me encierro y me corto. . . así cambio un dolor por otro más físico»
<i>Alegría</i>	Recompensa	«No como nada y hago actividades tranquilas»
Feliz		«Hago más deporte»
Relajada		«Fumo y estoy con amigos»
Aliviada		«Salgo de compras»
Esperanzada		«Como comida saludable»
Excitada		

ritualizado no solo se aprecia en la forma de comer, sino también en la forma de lidiar con los malestares emocionales.

Los hallazgos de este estudio apoyan el modelo de AN que describe la inhibición emocional como un factor de mantenimiento de la enfermedad. En línea con lo planteado por [Norwood et al. \(2011\)](#), las respuestas de las pacientes revelan la tendencia a centrar las emociones negativas en sí mismas, de una manera agresiva, sugiriendo esto dificultades en el procesamiento emocional. Frente a emociones negativas, e incluso algunas positivas, las pacientes con AN tienden a percibir riesgo, por lo que usan la evitación y el aislamiento o la disociación para reducir la posibilidad de exponerse a la emoción y perder el control. Pero, al mismo tiempo, reducen las posibilidades de exposición tanto a la comida como a situaciones positivas. Adicionalmente,

intentan modificar la situación mediante el uso de señales de seguridad; por ejemplo, limitarse a consumir solamente productos dietéticos o alimentos considerados «seguros» o «saludables». De esta manera, usan el control de forma maladaptativa. Asimismo, en las pacientes con AN, similar a lo reportado por [Racine y Wildes \(2013\)](#), se observó que las dificultades en la conciencia de las emociones estuvieron relacionadas con cogniciones del TCA (e.g., «No como nada»; «... me atraganto de chocolates y dulces...»).

Por otra parte, en las pacientes con TCA, la regulación emocional deficiente también se observa asociada con actos de autolesión no suicida. Dichos comportamientos de autoinjuria se emplean como una estrategia maladaptativa para lidiar con aquellas emociones negativas que resultan intolerables para las pacientes. Estudios que han empleado

Tabla 3 Estrategias de regulación emocional presentes en pacientes con bulimia nerviosa o con trastorno por atracón

Tipo de emoción	Patrón de respuesta	Comportamiento alimentario, cogniciones o actividades
<i>Rabia</i>	Evitación	«Me callo y me encierro... entonces hago un atracón, vomito y fumo mucho»
Malhumorada	Aislamiento	
Irritable	Disociación	«Como paquetes [frituras] o dulces... busco distraerme jugando en la computadora o viendo TV»
Brava/enojada		«Hago un atracón y vomito»
Furiosa	Rumiación	«Me atraganto de dulces o chocolates... no puedo dejar de pensar en lo malo que me pasó»
Celosa		«Hago un atracón y pienso en hacerme daño»
Exaltada	Abuso de sustancias	«Luego de comer mucho, me halo el cabello y me muerdo los labios»
	Autolesión	«Me callo y lloro, luego salgo de fiesta y me emborracho... y me drogo»
<i>Tristeza</i>	Evitación	«Hago un atracón con dulces o chocolates... y vomito»
Sentirse sola	Aislamiento	«Si me siento confundida o triste, como mucho o salgo de compras»
Triste	Disociación	
Desalentada	Abuso de sustancias	«Si me siento triste, tengo que salir de fiesta a emborracharme o consumir drogas... hacer algo excesivo»
Aburrida	Autolesión	
Confundida		
Decepcionada		
Avergonzada		
Frustrada		
<i>Ansiedad</i>	Evitación	«Me distraigo viendo TV... o juegos electrónicos, mientras como papas fritas o dulces»
Ansiosa/nerviosa	Aislamiento	
Asustada	Disociación	«Hago un atracón, vomito, como chicle y fumo»
	Abuso de sustancias	«Hago un atracón, y luego vomito y me corto»
	Autolesión	
<i>Alegría</i>	Recompensa	«Me como una hamburguesa doble y muchas papitas fritas»
Feliz		«Me premio a mí misma, saliendo a comer a un restaurante gourmet»
Relajada		«Tomo jugo de naranja y huevos en el club... con el abuelo»
Aliviada		«Como chocolate o algo rico»
Esperanzada		
Excitada		«Salgo de fiesta y me emborracho»

metodologías cuantitativas o cualitativas, como es el análisis del contenido de entrevistas a profundidad en pacientes con TCA, han explorado la asociación temporal entre las emociones negativas y el acto de la autolesión (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppen y Vandereycken, 2010; Muehlenkamp et al., 2009; Rodríguez y Guerrero, 2005; Rodríguez et al., 2007). Los hallazgos coinciden en describir, antes del acto de autoinjurias, la preexistencia de emociones negativas fuertes que resultan intolerables para la paciente, quien busca en la autolesión una forma de alivio o, por lo menos, de intercambio de un malestar por otro que pueda controlar a voluntad. Y aunque después del acto de autolesión se observa un incremento transitorio en emociones positivas, las negativas persisten.

En concordancia con lo descrito por Campbell-Sills y Barlow (2007) en pacientes con trastornos del ánimo y ansiedad, las pacientes con TCA tienden a movilizar estrategias maladaptativas similares. Al respecto, los hallazgos del presente estudio sugieren las siguientes formas:

Selección de situaciones. La paciente apela a la evitación de situaciones asociadas con emociones negativas; por ejemplo, aquellas en las que tendría que comer, o bien,

recurre al aislamiento social. Sin embargo, la paciente no solo reduce la posibilidad de exponerse a comer, sino que también disminuye las posibilidades de exposición a situaciones positivas.

Modificación de situaciones. Uso de señales o de mecanismos de seguridad; por ejemplo, limitarse a consumir solamente productos dietéticos o alimentos considerados «seguros o saludables».

Despliegue de estrategias atencionales maladaptativas. Tratar de controlar pensamientos no deseados o asociados con emociones con valencia negativa (e.g., ansiedad, rabia, tristeza), usando la distracción, la disociación o, por el contrario, la rumiación obsesiva, la que se expresa en preocupaciones extremas por la imagen corporal, el peso y las dietas.

Racionalización. Algunas pacientes con TCA usan este mecanismo para justificar sus dietas extremas, mientras que otras somatizan sus temores con síntomas digestivos, justificando así la restricción o las purgas. Asimismo, la comida y el peso también se usan como una forma de explicar y racionalizar, o justificar, el malestar a posteriori: «Estoy mal porque estoy gorda».

Abuso de sustancias. Esta es una estrategia maladaptativa que en las pacientes con TCA no es infrecuente. Las pacientes con AN más comúnmente consumen derivados anfetamínicos o cocaína, mientras que aquellas con subtipos bulímicos consumen más alcohol y cannabis (Rodríguez, 2009). En cualquier caso, el uso de sustancias se convierte en otra forma de escape ante el malestar emocional.

Durante las sesiones grupales, la expresión de contenidos por parte de las participantes fue abundante, y facilitada por los otros miembros del grupo. Además, una de las herramientas terapéuticas más útiles de la TCD en la regulación de emociones es la promoción de la reinterpretación cognitiva, ya que uno de los retos que las pacientes enfrentan cuando experimentan estados emocionales negativos es la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de más eventos negativos, así como de las consecuencias adversas derivadas de estos. De tal manera que si la paciente es alentada a afrontar y a no evitar las situaciones que anticipatoriamente cree que le pueden generar malestar, tendrá la oportunidad de corregir estas distorsiones al implementar mecanismos adaptativos en el manejo de las situaciones difíciles y, por el contrario, si continúa rumiando el malestar, amplificándolo a través de los síntomas alimentarios, las autolesiones o el abuso de sustancias, la cadena de malestares emocionales inevitablemente aumentará.

En el presente estudio no se exploraron diferencias de acuerdo con: edad, sexo, cronicidad de la enfermedad, tiempo de tratamiento o presencia de comorbilidades, ello debido principalmente a que el ingreso al PAI-TCA incluye una amplia gama de pacientes, tal como se explicó en los criterios de inclusión y exclusión; esto aunado a que los grupos son abiertos, es decir, participan los pacientes que van llegando. Así, en un mismo grupo pueden coincidir pacientes con síntomas muy agudos con otros que llevan un proceso terapéutico más largo y han logrado una mejoría en síntomas claves. Por tanto, aunque los grupos terapéuticos son los mismos para todos los casos, es de llamar la atención que las respuestas obtenidas no difirieron cualitativamente entre pacientes. Sin embargo, tal como han señalado Lavender et al. (2015), las personas con AN exhiben deficiencias en el reconocimiento y tolerancia de los malestares emocionales, esto tanto en la fase aguda como después de la recuperación de peso, lo cual llevó a estos autores a plantear que la disregulación emocional puede ser un factor predisponente, aunque no específico, y/o un rasgo que persiste. Las pacientes con BN y aquellas otras con AN de tipo purgativo presentan estas deficiencias, con una alta tendencia a huir del malestar a través de la conducta impulsiva.

Nuestros hallazgos confirman la necesidad de utilizar técnicas de TCD en estas pacientes emocionalmente disreguladas (Bankoff, Karpel, Forbes y Pantalone, 2012; Clyne, Latner, Gleaves y Blampied, 2010; Safer, Robinson y Jo, 2010). Adicionalmente, el formato de intervención grupal promueve la visibilidad de los patrones de comportamiento disfuncionales de unas pacientes frente a las otras, haciéndolos más claros y evidentes. De modo que, durante las sesiones, la similitud en las respuestas facilitó la participación entre las pacientes.

No obstante, fue notoria la dificultad de las pacientes para comportar y discriminar las emociones o asociarlas con los comportamientos maladaptativos. Las emociones negativas fueron percibidas como intolerables y sin fin, por lo

que «había que huir rápidamente de ellas». En general, en las pacientes con TCA, la comida, el vómito autoinducido, el abuso de sustancias o los comportamientos de autolesión parecen operar como distractores o supresores de la emoción. Específicamente, las pacientes con AN suelen afrontar la rabia, los sentimientos de soledad, la tristeza, la frustración o la ansiedad con síntomas restrictivos, mientras que aquellas con síntomas bulímicos hacen atracones y/o purgas. En ambos tipos de TCA pueden presentarse comportamientos de autolesión y/o abuso de sustancias. Aunque este comportamiento predominó en los subtipos bulímicos, de modo que el atracón o la restricción representan vías de escape respecto a los malestares internos, ya sea de manera consciente o disociativa.

Por tanto, se concluye que en pacientes con TCA la disregulación emocional puede operar tanto como un facilitador como un perpetuador de la sintomatología alimentaria, por lo que es preciso abordarla terapéuticamente. Al respecto, las técnicas de la TCD han demostrado ser útiles, ya sea bajo un formato individual o grupal. Sería deseable el incluir varones en futuras investigaciones, en aras de explorar si existen coincidencias o diferencias por sexo en el uso de las estrategias de regulación emocional y, en función de ello, hacer los ajustes pertinentes a la intervención.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Adenzato, M., Todisco, P. y Ardito, R. B. (2012). *Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning*. *Plos One*, 7(8), e44414.
- Astrachan-Fletcher, E. y Maslar, M. (2009). *Emotion regulation: Learning to coexist with your emotions*. In *The dialectical behavioral therapy skills workbook for bulimia*. pp. 77–110. Oakland: New Harbinger Publications.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. F. y Pantalone, D. W. (2012). *A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders, eating disorders*. *Journal of Treatment & Prevention*, 20(3), 196–215.
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualization and treatments of anxiety and mood disorders*. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). Nueva York: Guilford Press.

- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Kuppen, P. y Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: Which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386–392.
- Clyne, C., Latner, J. D., Gleaves, D. H. y Blampied, N. M. (2010). Treatment of emotional dysregulation in full syndrome and subthreshold binge eating disorder. *Eating Disorders*, 18(5), 408–424.
- Dan-Glauser, E. S. y Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. *Psychophysiology*, 48(9), 1309–1322.
- Dan-Glauser, E. S. y Gross, J. J. (2013). Emotion regulation and emotion coherence: Evidence for strategy-specific effects. *Emotion*, 13(5), 832–842.
- Davies, H., Swan, N., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European of Eating Disorders Review*, 20(6), 476–483.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. y Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, e1373.
- Gianini, L. M., White, M. A. y Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309–313.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation and difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887–1897.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 552–556.
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B. y Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 189–193.
- Inzlicht, M., Bartholow, B. D. y Hirsh, J. B. (2015). Emotional foundations of cognitive control. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(3), 126–132.
- Joos, A. B., Gille, M., Hartmann, A., Unterbrink, T., Wetzler-Burmeister, E., Scheidt, C., et al. (2012). Emotional perception in patients with eating disorders in comparison with depressed patients. *European of Eating Disorders Review*, 20(6), 468–475.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. y 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.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A. y Obiols, J. E. (2011). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57(3), 743–748.
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., et al. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research Therapy*, 47(1), 83–87.
- Norwood, S. J., Bowker, A., Bucholz, A., Henderson, K. A., Goldfield, G. y Flament, M. F. (2011). Self-silencing and anger regulation as predictors of disordered eating among adolescent females. *Eating Behaviors*, 12(2), 112–118.
- Racine, S. E. y 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.
- Racine, S. E. y Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 785–795.
- Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L. y Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18, 186–191.
- Rodríguez, M. (2009). Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: Una triada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 420–432.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A. y Lie-mann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: Análisis de narrativas en mujeres con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237–254.
- Rodríguez, M. y Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 343–354.
- Rowsell, M., MacDonald, D. E. y Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 4, e17.
- Safer, D. L., Robinson, A. H. y Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106–120.
- Tchanturia, K., Marin, M. A., Harrison, A. y Hambrook, D. (2015). Why study positive emotions in the context of eating disorders? *Current Psychiatry Reports*, 17(1), e537.
- Werner, K. y Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. En A. M. Kring y D. S. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). Nueva York: Guilford Press.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C. y Marin, M. A. (2012). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: An experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 876–882.