



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Elena Trigo López, María Contreras Chicote.

etrigol@gmail.com

Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, emociones, regulación emocional, tratamiento.

RESUMEN

Las dificultades de regulación emocional son un fenómeno transdiagnóstico a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); sin embargo no es un problema específico de los TCA, sino común con otras patologías. Los pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) presentan dificultades de reconocimiento emocional, que se agravan con la progresión del cuadro; mayor uso de estrategias disfuncionales de regulación emocional (RE), supresión y evitación emocional. La génesis de los problemas de RE se sitúa en la infancia, en la relación con los principales cuidadores. Los tratamientos para la AN que no incluyen variables emocionales presentan una alta tasa de recaídas. Los nuevos tratamientos incluyen estrategias de RE.

ABSTRACT

Emotional regulation difficulties are a transdiagnostic phenomenon at the eating disorders (ED), however it is not an specific problema of the ED, but common with other diseases. Patients with Anorexia Nervosa (AN) have difficulties in emotional recognition, aggravated by illness progression; They use more dysfunctional emotion regulation strategies (ER), emotional suppression and emotional avoidance. The genesis of ER problems lies in childhood, in the relationship with primary caregivers. AN treatments that do not include emotional variables have a high rate of relapse. New treatments include ER strategies.

INTRODUCCIÓN

Desde la primera conferencia sobre TCA en los años 70, hasta nuestros días la investigación dentro de los TCA ha ido en aumento. Estos trastornos suscitan un amplio interés tanto en los investigadores como en la población en general, dado que es un problema relativamente nuevo, grave y cada vez mayor en nuestra sociedad (Moreno et al., 2012; Portela de Santana, da Costa, Mora, y Raich, 2012). La AN afecta al 0,3- 1% de la

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

población, en su mayoría mujeres (con una proporción varón/mujer desde 1:3 hasta 1:8 según los estudios (ver tabla 1). La adolescencia es la etapa de inicio más habitual, con un pico en torno a los 12 años según Bryant-Waugh y Lask (2002) (tal y como se cita en Díaz, 2012); sin embargo la edad de inicio es cada vez precoz, con consecuencias por consiguiente más irreversibles y desgraciadamente más mortíferas (Díaz, 2012). En los últimos años se está produciendo un aumento de la incidencia de la AN en población masculina y en mujeres mayores de 40 años (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007). La tasa de mortalidad bruta por esta enfermedad es del 5,6% por cada 10 años de enfermedad, según (Hoek, y Van Hoeken, 2003). Por tanto tiene unas tasas de morbilidad tan altas como las observadas en cualquier trastorno mental y su padecimiento se asocia con un deterioro funcional significativo (baja calidad de vida) y un elevado riesgo para la vida (Lynch et al., 2013; Portela de Santana et al., 2012). Según afirman Mitchel y Crow (2006) y en base a los datos mencionados, la AN produce una importante discapacidad psicosocial en las personas afectadas y conflictos en el núcleo familiar significativos (Díaz, 2012), así como complicaciones médicas y un aumento del riesgo de muerte o suicidio. Al tener en consideración la gravedad del cuadro y lo que sus costes suponen a nivel sanitario y social el interés y la relevancia del tema aumentan.

A raíz de la amplia difusión que ha tenido el modelo cognitivo conductual desde los años 60 el estudio de las emociones ha sido limitado en todos los ámbitos, y por supuesto, dentro de los TCA y específicamente en la AN. El estudio de los pensamientos y conductas de los pacientes con AN está, por el contrario, muy evolucionado. Holland (2003) señala que la investigación centrada en las emociones ha sido un área descuidada tanto por teóricos como por investigadores, hasta el inicio del nuevo milenio. Por todo ello rescata la relevancia de una mayor comprensión de esta patología desde su, hasta hace poco, principal punto ciego, el papel del ámbito emocional en su génesis, mantenimiento, desarrollo y tratamiento.

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 1

Prevalencia vital de la AN

Estudio	Tipo de población	Prevalencia vital de la AN	Diferencias por sexo (Hombres/ Mujeres)
Garfinkel, Lin, Goering, Speeg, Goldbloom y Kennedy, 1996	Población general de EEUU y Canadá	0,5-0,6%	1:5
Bijil, Ravelli, y van Zessen, 1998	Población general de Holanda	1%	-
European Study of the epidemiology of mental disorders, 2000	Adultos Europeos (6 países europeos, España entre ellos)	0,40%	1:3- 1:8
Pérez-Gaspar, Gual, Irala-Estévez, Martínez Gonzalez, Lahortiga y Cervera, 2000	Mujeres navarras de 12-21 años	0,3%	-
Nobakht y Dezhkam, 2000	Mujeres iraníes de 15-18 años	0,9%	-
Gual et al., 2002	Mujeres de 12-21 años	0,3%	-
Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003	Mujeres madrileñas de 15-18 años	0,6%	-
Hoek y Van Hoeken, 2003	Media de la prevalencia en mujeres europeas y americanas	0,3%	-
National Comorbidity survey replication, 2001-2003	Adultos de EEUU	0,6%	1:3
Favaro, Ferrara y Santonastaso, 2004	Población general europea	0,30%	-

Nota: AN = Anorexia nerviosa

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Los estudios recientes comienzan a formular un papel más claro para la emoción dentro de la psicopatología (Mennin y Farach, 2007). En el mundo de las patologías alimentarias, es desde hace aproximadamente 15 años, cuando se ha comenzado a reconocer que los problemas emocionales se encuentran en el núcleo de los TCA, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la enfermedad (Harrison, Sullivan, Tchanturia, y Treasure, 2009; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2010; Lavender et al., 2015; Ohmann et al., 2013). Se abre una nueva perspectiva que considera los problemas en el procesamiento emocional como centrales en las dificultades de la AN y que valora el papel que juegan los síntomas de los TCA como medio para regular las emociones dolorosas (Fox, 2009). Por tanto, una parte de la investigación actual en cuanto a los TCA y la AN se centra en resolver el papel que juegan las dificultades de identificación y regulación emocional en la vulnerabilidad y mantenimiento de estas enfermedades (Calvo et al., 2013). A este respecto, haciendo referencia a las dificultades de identificación emocional, se plantea hasta qué punto los pacientes con AN presentan dichas dificultades y qué dicen al respecto los estudios más recientes. Otras cuestiones de interés son delimitar si las dificultades de RE son propias de los TCA (o la AN en particular) o si son un factor inespecífico, que se produce también en otros trastornos. En esta misma línea, en el supuesto de que los problemas de regulación emocional sean comunes a distintas patologías, sería interesante discernir qué dificultades de regulación emocional pueden ser específicas de la AN frente a otros trastornos. Por último cuál es el origen de los problemas de RE en la AN.

Otra variable relevante al tema es la importancia de desarrollar tratamientos más adecuados para la AN. Los tratamientos actuales de tipo cognitivo conductual para dicho trastorno tienen una tasa de mejora del 70%, el 30% restante son pacientes crónicos. Dentro del 70% de pacientes que mejoran, el 20% presenta todavía una elevada tasa de recaídas, por mantenimiento de síntomas de alta vulnerabilidad (Calvo et al., 2013) como déficits de tipo emocional, que resultan resistentes al cambio con este tipo de tratamientos (Ohmann et al., 2013).

El propósito de esta revisión es examinar el estado de la cuestión respecto a una conceptualización de los TCA, en concreto la AN, como trastorno relacionado con problemas de regulación emocional y qué déficits concretos presentan dichos pacientes; lo que posibilita apostar por nuevos planteamientos terapéuticos, que incluyan a las emociones como variables relevantes. El interés por la regulación emocional en la AN pretende por tanto, enfatizar y rescatar la importancia de aplicar otro tipo de tratamientos, centrados más en los déficits del mundo emocional del paciente, frente a los actuales y tan extendidos modelos de terapia de conducta exentos de emociones. El objetivo es descubrir esta otra vía de tratamiento que tal vez pueda reducir las elevadas cifras de recurrencia de la AN.

Se comienza explicando lo que se entiende por AN y RE. La AN es un TCA de origen multicausal (en su génesis influyen variables de tipo biológico, psicológico, familiar y

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

sociocultural) que afecta al 1% de la población (Ohmann et al., 2013), en su mayoría mujeres jóvenes (Torres et al., 2011). En base a su definición del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), es conceptualizada como una restricción en la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física. La persona con anorexia (incluso estando en situación de bajo peso) tiene miedo intenso a ganar peso o convertirse en obsesa, lo que le lleva a repetir comportamientos que impiden ese aumento. Las personas con anorexia sobrevaloran la influencia del peso en su autoevaluación o niegan persistentemente la gravedad objetiva que supone su bajo peso. Existen dos subtipos de anorexia, que se definen por la forma en la que han provocado predominantemente la pérdida de peso en los últimos tres meses; subtipo restrictivo y subtipo con atracones y purgas. El primero se caracteriza por producir la pérdida de peso mediante dietas, ayuno y/o ejercicio físico excesivo. Sin embargo, el segundo subtipo se caracteriza, como su nombre indica, por episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diurético o enemas, con el fin de perder peso).

La regulación emocional se entiende como el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones (mitigan, intensifican o mantienen una emoción dada) ya sea consciente o inconscientemente, con el fin de dar una respuesta adecuada al medio (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer et al., 2010; Fiore, Ruggiero y Sassaroli, 2014). Gross (2013) lo define como los esfuerzos personales por influir en la experiencia y expresión de las emociones. Se conceptualizan distintas estrategias de regulación emocional en base al modelo de Aldao et al., (2010) (evitación, aceptación, reevaluación, solución de problemas, rumiación o supresión), algunas de las cuales son consideradas más adaptativas (aceptación, reevaluación y la solución de problemas) y otras más disfuncionales para el sujeto (evitación, supresión y rumiación); la pregunta que responderá el artículo es cuáles son las estrategias más usadas por los pacientes con AN. Gross (2013) postula que la regulación de las emociones es primordial tanto para nuestro bienestar físico como para nuestra salud mental. Dentro de los TCA el concepto de regulación emocional hace referencia al uso de conductas propias de los mismos (restricción alimentaria, ejercicio físico excesivo, purgas) como estrategias de regulación emocional disfuncionales; usar conductas propias de la AN como método de afrontamiento, distanciamiento o supresión emocional (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud y Holte, 2012).

MÉTODO

La estrategia de búsqueda en la que se basa esta revisión se ha centrado en el uso de cuatro bases de datos: Medline, PubMed, PsycInfo y Psicodoc.

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

El criterio de búsqueda tuvo como objeto el acceso a trabajos empíricos y de revisión de los últimos 5 años aproximadamente, para lo que se utilizaron diversos filtros. Por otro lado, también se usaron como recurso las referencias bibliográficas de los estudios revisados y los artículos propuestos a través de las sugerencias del buscador, algunos de los cuales no eran tan recientes en el tiempo, pero han aportado valiosa información.

Como descriptores se han utilizado las siguientes palabras clave: *Anorexia nervosa*, *Eating disorders*, *Emotion*, *Emotional dysregulation*, *Emotion Regulation*, *Treatment*. Usando todos los términos en inglés, dado el mayor número de resultados en este idioma y la escasez de los mismos en español. Del total de trabajos seleccionados inicialmente, varios fueron desechados por centrarse en aspectos neurobiológicos o en el papel específico de los abusos en la infancia (temas que considero que requieren un estudio exhaustivo a parte y que trasciende los objetivos de esta revisión).

RESULTADOS

Tras un análisis de la investigación actual en cuanto a RE y AN, con fines descriptivos, se ha optado por organizar la información del modo más lógico posible. En primer lugar, atendiendo a la fase inicial de la RE, el primer apartado se centra en el rol del reconocimiento de las emociones, tanto propias como ajenas y el papel de la alexitimia como constructo relacionado con la ausencia de reconocimiento emocional. A continuación, ya dentro de la RE propiamente dicha, se describen los hallazgos sobre la relación específica entre cada una de las emociones básicas y la AN. Seguidamente se abre la controversia sobre la especificidad o inespecificidad de los problemas de regulación emocional en los TCA y AN frente al resto de patologías posibles. Inmediatamente después se habla de los dos mecanismos de RE más consistentemente hallados en la AN y su lógica funcional: Evitación emocional y supresión emocional. A continuación, retrocediendo en el tiempo, se atienden diversas hipótesis planteadas sobre la génesis de las dificultades de regulación emocional en los TCA. Y finalmente se mencionan las propuestas de tratamiento más acordes con la perspectiva emocional planteada. La Tabla 2 esquematiza las principales aportaciones de los trabajos revisados.

RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Partiendo de que el primer paso para regular adecuadamente las emociones es identificarlas, Mayer, Caruso y Salovey (1999) (tal y como se cita en Harrison et al., 2009) describen el reconocimiento de emociones como la habilidad para percibir emociones con exactitud en las caras, la música o en los diseños. En el estudio de Harrison et al., (2009) con pacientes con AN, mediante el uso de la escala Reading the Mind in the Eyes (RME), hallaron en estos pacientes dificultades para reconocer emociones en los otros, siendo su nivel de ejecución similar al de pacientes con autismo. Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl,

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

y Schmidt, (2015) también encuentran evidencia de poca conciencia emocional en las personas con AN. En este punto los resultados son contradictorios, ya que el estudio de Pradas, Pastor, Moya, Touriño, y Llandrich, (2012) utilizando el mismo instrumento, escala RME, hallan que los pacientes con AN no tiene dificultades relevantes para detectar emociones complejas. En la reciente revisión de Lavender et al. (2015) se encuentra más apoyo y se postula la dificultad para reconocer emociones en los otros y en cierto modo, ampliando la perspectiva, encuentran también dificultades para reconocer o ser conscientes de sus propias emociones, lo cual relacionan con el concepto de alexitimia.

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 2

Resumen de los principales estudios revisados y aportaciones

Autores y año	Artículo	Aportación principal
Aldao et al., 2010.	Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review	Relación entre seis estrategias de RE (aceptación, evitación, supresión, reevaluación, solución de problemas y rumiación) y los TCA. Papel especial de la supresión y evitación emocional en los TCA.
Brockmeyer et al., 2012b.	Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa.	La pérdida de peso en la AN favorece la reducción de las dificultades de RE.
Brockmeyer et al., 2014.	Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders.	Visión transdiagnóstica de las dificultades de RE en el espectro de los TCA.
Calvo et al., 2013.	Emotional processing in adult vs adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory.	Las dificultades de RE en AN están moduladas por la edad y gravedad del trastorno. Alexitimia en AN. Necesidad de aplicar nuevos tratamientos que incluyan técnicas para fomentar el reconocimiento, la aceptación emocional y la RE.
Espeset et al., 2012.	The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa	Cómo manejan los pacientes con AN las emociones negativas. Papel de la evitación, inhibición o supresión de cada emoción.
Fox, 2009.	A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective.	Procesamiento emocional en la AN. Relación entre AN y cada emoción básica. Origen de las dificultades de RE en ambientes con exceso o déficit de emociones.
Fox y Power, 2009	Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model.	Origen de las dificultades de RE en pacientes con TCA. Modelo SPAARS-ED. Alexitimia y TCA.
Fox et al., 2013.	Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa.	El papel de la supresión de la ira en la AN.
Harrison et al., 2009.	Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa.	Dificultades en el reconocimiento emocional y la RE en pacientes mujeres con AN. Alexitimia en pacientes con AN.
Power y Dagleish, 2015	Cognition and emotion: From order to disorder.	Modelo SPAARS Papel de las relaciones tempranas con los cuidadores principales Alexitimia en AN circunscrita a condición de bajo peso corporal

Nota: AN= anorexia nerviosa, RE=regulación emocional, TCA = trastorno de la conducta alimentaria.

EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA

La alexitimia hace referencia a la dificultad para identificar y describir las propias emociones (Fox y Power 2009). La relación entre TCA y alexitimia está muy apoyada (Harrison et al., 2009), específicamente en la AN, donde son muchos los estudios que así lo avalan, como indican Carano et al., (2006). Sin embargo se han identificado dos líneas prácticamente contrarias a la hora de definir el papel de la alexitimia en la AN: Por un lado están las investigaciones y autores que postulan su rol clave en la patología alimentaria que nos compete. Por otro, los autores que niegan este tipo de dificultades en los pacientes con anorexia, salvo tal vez, en momentos puntuales, y no como causa, sino como consecuencia del cuadro. Dentro del primer grupo están los trabajos de Caglar-Nazal et al., (2014) que encuentran una elevada prevalencia de alexitimia en los pacientes con AN frente a los grupos control sanos o con cualquier otro diagnóstico de TCA diferente. En el grupo de los autores que circunscriben las dificultades alexitímicas a circunstancias concretas o fases de trastorno, está el estudio de Power y Dalgleish (2015), que constata dificultades para sentir e identificar emociones en pacientes anoréxicos, pero únicamente cuando se encontraban en situación de bajo peso corporal. Lo cual apoya la idea de dificultades de tipo alexitímico asociadas a un mayor compromiso de la función cognitiva, más que una dificultad propia o específica de la AN. En esta segunda línea se sitúa también el trabajo de Fox (2009) que desecha la noción monolítica de la alexitimia a través de su estudio, donde sus pacientes son capaces identificar y hablar de sus emociones, aunque temen expresarlas por miedo al rechazo y con el fin de proteger sus relaciones interpersonales. Calvo et al. (2013) hallan dificultades alexitímicas en las pacientes con AN, que se agravan con los años de evolución de la enfermedad e interpretan este empeoramiento del déficit en la conciencia de las emociones durante el trastorno, desde una hipótesis de tipo bidireccional, donde se intervienen mutuamente las dificultades emocionales y la AN. Llegando a plantear que el déficit para percibir las propias emociones podría ser un factor asociado al inicio del cuadro y el aumento de éstos déficits durante la enfermedad, un factor que mantiene o cronifica la AN.

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES BÁSICAS: IRA, TRISTEZA, ASCO, MIEDO Y ALEGRÍA

La RE trabaja con emociones. Las emociones juegan un papel importante en el desarrollo, curso y tratamiento de los individuos con TCA (Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier, y Ehring, 2012). Las personas con TCA y AN experimentan dificultades en la regulación de sus emociones ya que no parecen capaces de usar estrategias de regulación emocional adaptativas (Harrison et al. 2010; Svaldi et al., 2012). Existen evidencias de diferentes relaciones específicas, entre cada una de las emociones básicas y la AN (Espeset et al., 2012; Fox y Power, 2009). Se han hallado dos líneas de investigación complementarias a este respecto. En primer lugar están quienes sugieren que las conductas patológicas de comer resultan de una regulación emocional desadaptada ante emociones particularmente dolorosas (Danner, Sternheim, y Evers, 2014; Lavender et al., 2015; Wildes, Marcus, Cheng, McCabe, y Gaskill, 2014). Partiendo por tanto del hecho de que los pacientes anoréxicos se enrolan en conductas de comer restrictivo, purgas,

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

excesiva actividad física o chequeo corporal, como medio para evitar o regular sus emociones negativas (Espeset et al., 2012; Fox y Power, 2009). Son muchos los estudios en esta línea afirmando el rol que juegan los síntomas de la AN a la hora de evitar concretamente las emociones negativas. En segundo lugar están los estudios, inferiores en número, que relacionan la AN también con la regulación de emociones positivas (Fox y Power, 2009). Del primer tipo de estudios se va a hablar ahora emoción por emoción.

La ira: Emoción negativa considerada como la más tóxica y avergonzante por los individuos con AN, que por tanto, inhiben su expresión. La emoción de ira se ha demostrado desencadenante del aumento de las conductas anoréxicas (dieta, ejercicio físico extremo, atracones y muy especialmente vómitos). La investigación actual considera que sentir ira y no saber expresarla de un modo adecuado, es lo que activa dichas conductas en pacientes con AN. La creencia que subyace a la no expresión de dicha emoción es que su expresión es dañina tanto para quien la expresa como para el otro. Su inhibición se produce principalmente en contextos interpersonales, donde temen que provoque su rechazo (Fox, 2009). Sin embargo, la lucha de los pacientes con AN por suprimir su ira en situaciones interpersonales les pasa factura, y les lleva a elevados niveles de ira descontrolada hacia sí mismos, que emerge en forma de estricto autocontrol y ejercicio extenuante (Espeset et al., 2012). Por tanto suprimirían la ira para proteger sus relaciones interpersonales. Fox et al. (2013) demostraron como los pacientes con AN parten de niveles más elevados de ira que los controles y cómo la inducción de la misma en este grupo produce un aumento significativo, frente al grupo control, aunque no debido únicamente al hecho de tener AN (Figura 1). La inducción de ira produce en el grupo de sujetos con AN un aumento de su nivel de aversión/asco (Figura 2), así como un aumento significativo de la estimación que hacen de su tamaño corporal (Figura 3).

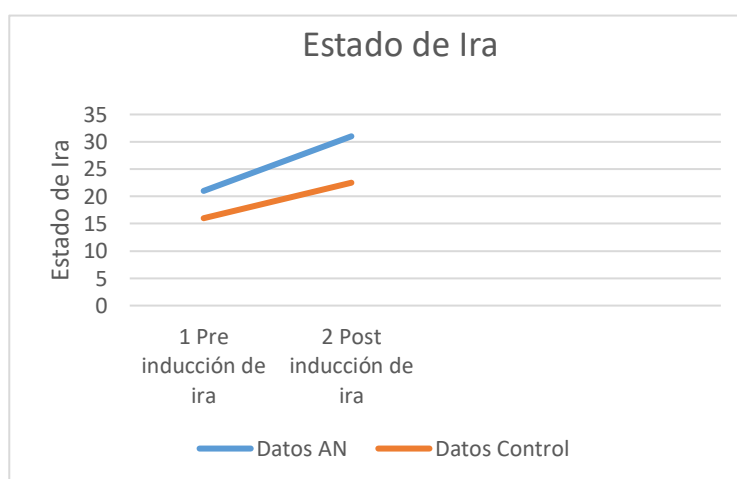


Figura 1. Puntuaciones medias de cada grupo de participantes (AN y control) en la escala de estado de ira (STAXI) antes y después de la inducción de ira. Fuente: Fox, J. R., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., y Power, M. J. (2013). Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 319-333.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

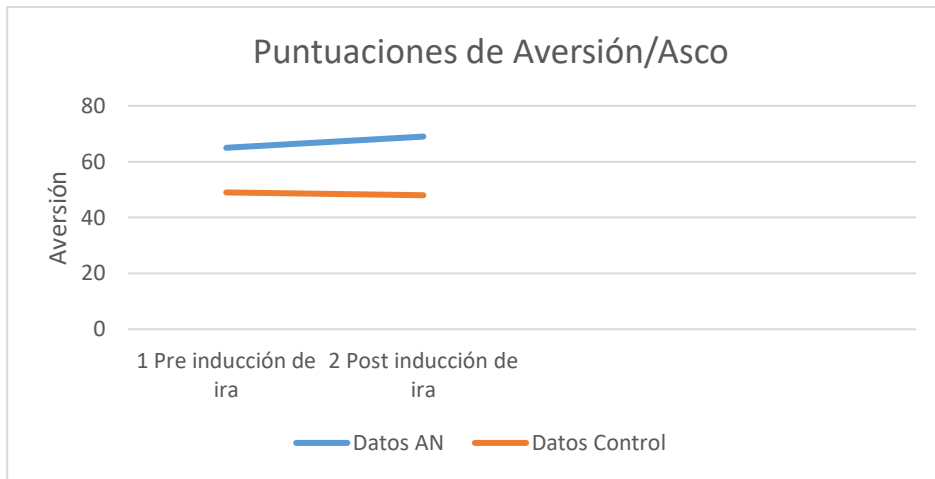


Figura 2. Puntuaciones medias de cada grupo de participantes (control y AN) en la escala de sensibilidad al asco/aversión (DS-R) antes y después de la inducción de ira.

Fuente: Fox, J. R., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., y Power, M. J. (2013). Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 319-333.

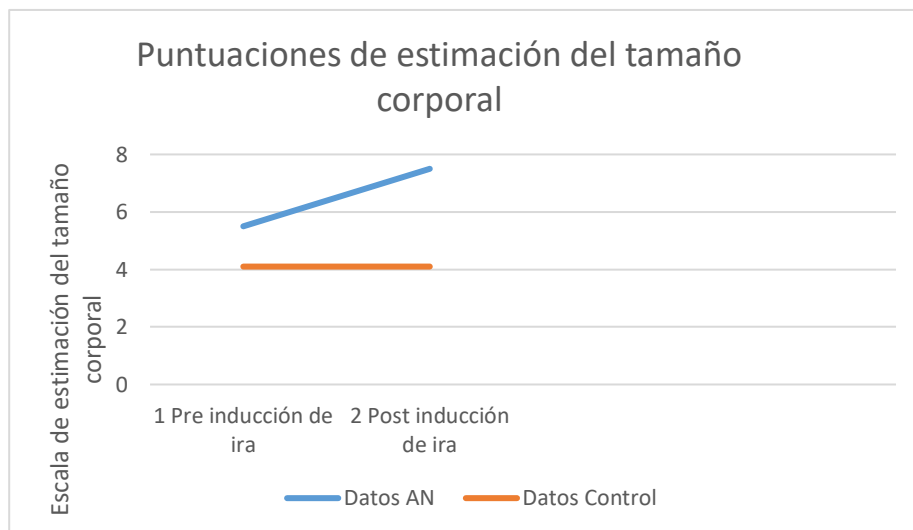


Figura 3. Puntuaciones medias de cada grupo de participantes (AN y control) en la escala de estimación del tamaño corporal (silueta de la forma corporal), antes y después de la inducción de la ira.

Fuente: Fox, J. R., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., y Power, M. J. (2013). Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 319-333.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tristeza: Emoción negativa considerada tóxica y avergonzante, aunque en menor medida que la ira, por los pacientes con AN. La creencia dominante que subyace a su no expresión fue la de que mostrar tristeza supone "debilidad" y por tanto podría provocar el rechazo de los otros significativos. Otros estudios hablan de la relación entre depresión y TCA, considerando a la depresión tanto como factor causante como posible consecuencia de la AN (Fox y Power, 2009). Hay autores que la relacionan con la insatisfacción corporal y consideran que los pacientes con AN manejan esta emoción con dietas y purgas (Espeset et al., 2012).

Por tanto, hay diferencias en las creencias que subyacen a la no expresión de las emociones de ira o tristeza. Aunque a nivel más profundo hay un factor común: las personas con anorexia frecuentemente no se consideran a sí mismos con derecho de ser seres humanos "emocionales"; O creen que ese ser "emocionales" puede provocar el rechazo de los otros significativos (Fox, 2009). ¿Qué consecuencia tiene la inhibición de ambas emociones en los pacientes con AN? Se traduce en elevados niveles de disgusto e ira hacia sí mismos y sus cuerpos, elevada insatisfacción corporal, que se suprime y compensa con las conductas de comer restrictivo y la realización de purgas (Fox, 2009). Todo lo cual es consistente con la línea de investigación de Fox y Power (2009) que plantea que el disgusto consigo mismo tiene un rol central en el mantenimiento de los TCA y puede ser usado para suprimir emociones más egodistónicas como la tristeza, la ira o el miedo.

La emoción de asco: Descrito por Davey (2006) (tal y como se cita en Fox y Power, 2009) como un tipo de respuesta de rechazo que se caracteriza por una expresión facial característica y un deseo de distanciarse del objeto que lo provoca, una manifestación física es la náusea leve. En la AN se asocia con insatisfacción corporal y con miedo en segundo lugar, ocurriendo como consecuencia del TCA, relacionado con el miedo a estar disgustados consigo mismos, con sus cuerpos o con la comida (Fox y Power, 2009). Se postula que la emoción de asco esta sobreaprendida y es automática en los pacientes con TCA, que la utilizan para enmascarar otras emociones más dolorosas (tristeza, ira y miedo) que no quieren expresar o sentir. A su vez se considera que el asco juega un papel en la comorbilidad entre los TCA, insatisfacción corporal y depresión. (Fox y Power, 2009). Los pacientes con AN anulan esta emoción evitando las situaciones que impliquen comida o estén focalizadas en el cuerpo (Espeset, et al., 2012).

Para entender el complejo mundo emocional de los pacientes se recurrió al estudio de emociones que se producen emparejadas. Se encontró relación entre la emoción de ira y la emoción de asco o aversión, especialmente dirigido hacia el cuerpo. Todo ello se explica, entendiendo que existe una jerarquía emocional en estos pacientes, según la cual el asco es una emoción mucho menos tóxica que la ira y por tanto se usa para suprimir la emoción más egodistónica, la ira (Fox y Power, 2009)

Hay muchos más estudios para el rol de las emociones negativas, mencionado hasta ahora, pero las emociones básicas positivas como la alegría, también juegan su papel en los TCA, de hecho el trastorno puede facilitar la experiencia de dichas emociones según Overton, Selway,

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Strongman y Houston (2008) (tal como se cita en Fox y Power, 2009). Estos autores relacionan la alegría con el orgullo y explican cómo los TCA inician como un medio para ganar aceptación y evitar el rechazo y las emociones dolorosas, lo que da lugar a cierto orgullo. Dicha emoción, el orgullo que sienten, se internaliza y se convierte en una fuente de satisfacción con uno mismo. Termina por usarse para defenderse de las emociones más dolorosas (por ejemplo la vergüenza) y de los pensamientos que estaban allí antes del inicio del TCA (Gross y Gilbert, 2002).

Miedo: Es una emoción característica de la AN, incluso es un requisito para su diagnóstico según el DSM, y a pesar de ello poco estudiada en los TCA. Se la relaciona especialmente con el miedo a volverse obeso y miedo a la comida y muchos autores lo consideran un tipo de ansiedad (Waller et al., 2003). Varios estudios han hallado comorbilidad entre ansiedad y TCA. Muchos de los comportamientos que caracterizan a los TCA (chequeo corporal, atracones, restricción, purgas) pueden entenderse como conductas seguras para reducir niveles elevados e inmediatos de ansiedad (Espeset et al., 2012). Esta relación se ha explicado por la asociación entre miedo y asco, ambas emociones tienen la función de distanciar del objeto temido. El miedo a volverse gordo en pacientes anoréxicos puede entenderse como asco. La ansiedad que sienten los pacientes con AN mientras comen está conectada con la creencia de que van a engordar mientras comen (Harrison et al., 2009).

ESPECIFICIDAD VS INESPECIFICIDAD DE LOS PROBLEMAS DE RE

La evidencia preliminar, tal y como se ha explicado hasta ahora, indica que los individuos con TCA tienen dificultades de regulación emocional. El grupo de pacientes con TCA reporta niveles significativamente más altos de intensidad emocional, menor aceptación de emociones, menor conciencia y claridad emocional y más problemas de regulación emocional, así como menor uso de estrategias de regulación emocional funcionales y mayor uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales comparados con grupos de control sanos (Brockmeyer et al., 2012b). Frente a esta realidad hay que tener en cuenta que el uso de estrategias de RE adaptativas o funcionales (aceptación, reevaluación y solución de problemas) se relaciona con mejor salud, mejora de las relaciones sociales y mayor rendimiento académico-laboral, todo lo cual supone un descenso de la psicopatología en general. El uso de estrategias de RE desadaptadas es más perjudicial que la ausencia de una estrategia de regulación emocional adaptativa concreta (Aldao et al., 2010).

Tal como se ha explicado en el apartado anterior, Cooper (2005) postula que las conductas de TCA se utilizan para regular el afecto, llegando a funcionar como estrategias de tipo evitativo (Schmidt y Treasure, 2006) e inhibitorias (Bekker y Spoor, 2008) de la experiencia emocional. Apoyando esta idea Lavender et al., (2015) explican cómo las conductas propias de los desórdenes alimenticios funcionan como métodos de RE disfuncionales para manejar estados emocionales negativos. Los datos apoyan estas hipótesis y replican resultados anteriores (Harrison et al., 2009): la severidad de la patología alimentaria correlaciona significativamente

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

con casi todos los índices de dificultades de RE. Partimos por tanto de que los déficits de RE son factores centrales en el desarrollo y mantenimiento de la AN (Brockmeyer et al., 2014; Fox y Power, 2009; Haynos, Roberto y Attia, 2015; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2012; Speset, et al., 2012) la cuestión que se plantea en este apartado es si los problemas de RE son algo específico de la AN o los TCA o sin embargo son un factor común con otras patologías, un factor de vulnerabilidad psicopatológico más general.

Los problemas de RE se han hecho patentes en todos los subtipos de TCA, habiendo autores como Brockmeyer et al. (2014) que postulan los problemas de regulación emocional como un factor transdiagnóstico común a la categoría de TCA, donde aparecen muchas más dificultades que en los sujetos controles sanos. En la misma cara de la moneda hay autores como Aldao et al., (2010) que consideran que las estrategias de regulación emocional desadaptativas (rumiación, evitación y supresión) se asocian con mayor psicopatología en general. Por lo que para ellos, los problemas de regulación emocional no son exclusivos de los TCA sino que se observan también en otras patologías (trastorno límite de personalidad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos relacionados con las sustancias, etc.). Las dificultades de regulación emocional no se relacionan con una categoría diagnóstica particular, sino que parecen ser un factor de riesgo o mantenimiento transdiagnóstico de una red psicopatológica más amplia (Brockmeyer et al., 2012b). Desde un punto de vista transdiagnóstico las dificultades en la comprensión, aceptación y regulación emocional se presentan como un factor que subyace a la psicopatología en general. Los distintos trastornos difieren con respecto al tipo particular de estrategia disfuncional utilizado para hacer frente a un nivel excesivo de emociones negativas. En la bulimia nerviosa el afecto negativo se regula con conductas alimenticias patológicas como los atracones y vómitos; en la AN el ejercicio excesivo y las dietas servirían como estrategia de regulatoria emocional; en el trastorno depresivo mayor ha sido recogido un uso excesivo de estrategias cognitivas disfuncionales como la rumiación para regular sus emociones; los pacientes con TLP usan típicamente las autolesiones como estrategia disfuncional para regular las emociones (Brockmeyer et al., 2012a; Svaldi et al., 2012).

Otra propuesta interesante en la misma línea que las anteriores: Las dificultades de regulación emocional juegan un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de varios trastornos mentales como la depresión y AN. Sin embargo, los pacientes con depresión reportan mayores dificultades de regulación emocional respecto a la atenuación y modulación de las emociones en comparación con los pacientes anoréxicos (Brockmeyer et al., 2012a). De modo que no sólo las dificultades de regulación emocional se consideran comunes con otros trastornos sino que hay trastornos (en este caso la depresión) donde las dificultades de regulación emocional son todavía mayores que en la AN. A este respecto se ha hallado divergencia con otros autores, que postulan dificultades de regulación emocional similares en cuantía en diversos cuadros: Svaldi et al., (2012) encuentran que los individuos con AN tienen más dificultades de regulación emocional

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

que los controles sanos, pero tantas como los pacientes con trastornos del afecto, ansiedad o desórdenes de personalidad.

ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Diferentes modelos sobre TCA proponen que las estrategias de RE individuales pueden ser tanto factores protectores como de riesgo frente a la psicopatología. Tomando como referencia el estudio de Aldao et al., (2010) sobre la relación entre seis estrategias de RE (aceptación, evitación, solución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión) y AN, se han encontrado dos estrategias que se relacionan negativamente con dicho trastorno (supresión emocional y evitación emocional). Se describen a continuación dichas estrategias y su funcionamiento en la AN.

Evitación emocional

Estrategia de regulación emocional que guarda mayor relación con los TCA y la AN en particular (Aldao et al., 2010). Hace referencia al uso de conductas anoréxicas para evitar ser conscientes o desfocalizarse de las propias reacciones emocionales, ya que no las aceptan, pues las valoran como "malas" o "erróneas" (Harrison et al., 2009). Guarda relación con el primer apartado de esta revisión, ausencia de reconocimiento emocional. Implica que los pacientes con AN sustituyen sus complejos sentimientos o incluso las situaciones que puedan provocarlos (comer, relaciones interpersonales, situaciones centradas en el cuerpo) por su focalización corporal, en el peso y en la comida (Espeset et al., 2012). Todo lo cual encaja con la afirmación de Calvo et al., (2013) según la cual las pacientes con AN comparten el rechazo a sentir emociones negativas.

Es bien sabido que en algunas personas las emociones negativas aumentan la conducta de ingesta alimenticia. Sin embargo no tiene por qué ser la emoción en sí misma la causante del cambio en la conducta alimenticia, podría ser también la forma en que se modula o se regula dicha emoción. Por tanto también el modo en que las emociones son reguladas afecta a la conducta alimentaria (Evers, Stok, y de Ridder, 2010). En este sentido, la evitación emocional comienza a ser reconocida como un constructo importante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, concretamente de la AN (Fox, 2009), con un tamaño del efecto medio y una relación compleja mediada por una elevada sensibilidad a la recompensa (Aldao et al., 2010). La evitación emocional es saliente en los individuos con AN, para los que se avalan niveles de evitación emocional similares o superiores a los reportados por individuos con trastorno de personalidad evitativo, fobia social y controles. Ejemplos concretos de ello provienen del estudio de Fox y Power (2009) que postula que algunos síntomas de TCA actúan como estrategias de regulación emocional: La restricción alimentaria se usa como estrategia para la evitación primaria de la angustia asociada con emociones negativas, mientras que los atracones son una estrategia de evitación secundaria de la angustia asociada a disparadores de emociones negativas.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Los pacientes con AN buscan evitar no solo emociones negativas sino también las emociones positivas, en el mismo grado. Los pacientes con AN ven como un aspecto positivo de su trastorno el poder evitar las emociones, sin distinguir en función su valencia afectiva. Frente a esto, es posible especular que el deseo de evitar las emociones positivas sea un factor importante en el desarrollo de su TCA. Lo cual es consistente con las descripciones de esta población como individuos con rasgos de personalidad constreñidos, conformistas e inhibidos (Wildes, Ringham y Marcus, 2010). Según el estudio de Lampard, Byrne, McLean y Fursland, (2011) es precisamente la evitación del afecto positivo, pero no del negativo, lo que diferencia a los pacientes con TCA, de aquellos que no lo son.

Los estudios cualitativos demuestran que los pacientes con TCA informan de su capacidad de evitar o manejar sus emociones como un aspecto positivo de su trastorno (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999), un beneficio secundario que les otorga el cuadro. En la AN, la restricción alimenticia, la pérdida de peso y el ejercicio excesivo han sido considerados como un escape frente a la excitación emocional aversiva; en este caso las conductas restrictivas de ingesta actúan como un evitador primario de la emoción (Haynos et al., 2015b). Lo que nos permite especular sobre un beneficio claro que puede estar manteniendo AN, el refuerzo negativo que supone evitar esas emociones que resultan desagradables y el refuerzo positivo (en forma de atención) que obtienen al utilizar las conductas propias del cuadro como estrategias de regulación emocional.

Supresión emocional

Es otra estrategia de regulación emocional considerada disfuncional y consistentemente asociada con la AN (Aldao et al., 2010). En dicho trastorno hace referencia al uso de los comportamientos propios del TCA (restringir la ingesta calórica o practicar ejercicio en exceso) para modular la intensidad de las emociones o bloquear las reacciones emocionales, o en definitiva canalizar las emociones difíciles (Espeset et al., 2012). Varios autores apoyan esta idea: uso de síntomas de TCA para bloquear o suprimir emociones (Brockmeyer et al., 2012b). Un apoyo relevante a este respecto es que el inicio de la sintomatología anoréxica o restrictiva coincide en diversos casos con elevada supresión emocional (Fox, 2009). Los recientes resultados del meta-análisis de Oldershaw et al. (2015) hallan un gran y significativo deseo de los pacientes con AN por suprimir sus emociones.

La investigación ha demostrado que los individuos con TCA están inclinados a usar estrategias de regulación emocional desadaptativas, en particular la supresión emocional, y cuanto más las usan más severos son sus síntomas (Aldao et al., 2010; Harrisson et al., 2010). Es más, el nivel de supresión emocional en los individuos con TCA correlaciona con el grado de depresión (Svaldi et al., 2012), frecuente síntoma comórbido y agravante de la condición anoréxica. Una teoría interesante relaciona la AN con la supresión automática de ciertas emociones. Lo que evidencia la posible relación, que opera fuera de la conciencia, entre ciertos estados emocionales y lo síntomas de TCA (Fox, 2009).

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Queda constatado que las personas con TCA tienen dificultades con ciertos estados emocionales. En el apartado de emociones básicas ya se ha hablado de la supresión emocional de la ira, tan común en estos pacientes. Los pacientes con AN suprimen la ira mucho más que los controles, y la supresión de las emociones negativas predice la insatisfacción corporal propia de este trastorno. Los pacientes a lo largo de los distintos subtipos de TCA tienden a suprimir emociones, sin embargo es el subgrupo de TCA con menor índice de masa corporal, los pacientes con AN, los que presentan las puntuaciones más elevadas en supresión emocional (Danner et al., 2014). Los datos apoyan como los TCA son usados para suprimir emociones. De hecho es notable que las personas con bajo peso (AN) tienen dificultades para identificar y sentir emociones. Esto se explica según Fox (2009), porque la restricción alimentaria puede suprimir las emociones dolorosas, pero va más allá y suprime todas las emociones, dejando a la persona sin sentimientos. Línea acorde con Brockmeyer et al., (2012b) que explica que el bajo peso sirve como conducta disfuncional para regular emociones dolorosas en la AN.

GÉNESIS DE LOS PROBLEMAS DE RE EN LA AN

Se ha hipotetizado sobre diversos orígenes plausibles para los problemas de regulación emocional. Pero, ¿dónde y cuándo aprendemos a regularnos emocionalmente? Es un proceso de aprendizaje continuo que se produce desde la infancia, y donde los principales modelos de los que partimos son nuestros padres y cuidadores más cercanos. (Eisenberg, Spinrad, y Eggum, 2010) encontraron que las respuestas de los padres a las emociones de los niños tienen un efecto poderoso en la habilidad de los niños para percibir, expresar y regular sus propias emociones. Hecho del que ya había hablado con anterioridad Linehan (1993) al referirse al papel de los "ambientes invalidantes" en la infancia.

Fox (2009) propone dos orígenes completamente opuestos para las dificultades en la regulación emocional: la génesis en ambientes que generan emociones abrumadoras (por ejemplo elevada ira, dificulta el posterior manejo de la misma) o por el contrario, el origen en ambientes tempranos carentes de emociones, lo que lleva a un déficit en el desarrollo de habilidades para el manejo de las mismas. Por tanto dos ambientes contrarios, historia temprana de emoción abrumadora o pobreza emocional, podrían dar lugar a la misma patología emocional según las investigaciones de éste autor. Sin embargo, existe alguna diferencia, en aquellos pacientes que crecieron donde la ira era la emoción más saliente, parece haber muchos más problemas con las emociones, especialmente con la ira y se asocia a mayor frecuencia de atracones y vómitos. Desde Linehan (1993) se ha hablado mucho lo perjudicial que puede ser que los padres y cuidadores utilicen estrategias activas para negar la experiencia emocional de sus niños. Lo que resulta especialmente dañino en el desarrollo infantil y se ha denominada invalidación emocional. Dicho constructo provoca niños con dificultades para manejar sus emociones, con demasiadas emociones (ira y tristeza sobretodo), pero a los que no les enseñaron las estrategias adecuadas para su manejo y expresión. Lo que recuerda el papel de la empatía del cuidador en relación con

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

la sintonización temprana con los estados emocionales propios y de los otros (Valiente et al., 2004). Gran consenso sobre la importancia de la validación emocional durante el proceso de desarrollo. La invalidación emocional provoca dificultades de regulación emocional en la etapa adulta (Fox y Power, 2009): si desde niño un adulto niega explícitamente tu experiencia emocional repetidamente, sacarás la conclusión de que lo que sientes es equivocado y lo rechazarás.

Para definir en qué consiste la invalidación emocional se utilizará el modelo de Power y Dalgleish (2015): SPAARS, diseñado en el campo de las emociones normales pero que da la clave para entender el posible origen de la anorexia. Lo interesante de este modelo es que propone que la gente puede tener distinta relación con sus propias emociones, en función de sus historias de aprendizaje. Las experiencias vitales tempranas son claves para comprender como una persona se relaciona y gestiona sus emociones, elemento crítico rescatado por las teorías del apego. Cuando los niños experimentan eventos e interacciones que les hacen ver sus emociones como malas o erróneas, se separan de ellas y las convierten en egodistónicas. A través de este proceso, sus emociones se vuelven extrañas y aterradoras. El estudio de Fox (2009) confirma dicha teoría, ya que como se ha mencionado en otro apartado, sus participantes eran capaces de identificar sus emociones pero les asustaba expresarlas por el miedo a las posibles consecuencias interpersonales negativas. Por tanto destaca el papel central de la invalidación emocional en la génesis de las dificultades regulatorias con las emociones en la AN, pero no en exclusiva, sino también en otros trastornos.

Corstorphine (2006) propuso otro modelo para explicar la génesis de los problemas regulatorios emocionales: Un modelo cognitivo afectivo basado en la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993). Lo principal de esta teoría es que parte, como partía Linehan, de que los individuos aprenden en su infancia que ciertas emociones no son toleradas por sus cuidadores. Las personas que están destinada a desarrollar un TCA en un futuro crecen asimilando que ciertas emociones no son "aceptables" o son "peligrosas". Los atracones, las purgas y la restricción alimentaria son usados para distanciarse o evitar que tenga lugar una emoción "peligrosa". La supresión de una emoción primaria se relacionada con la emergencia posterior de una emoción secundaria, por ejemplo: Sentir ira por una traición (emoción primaria), y suprimirla, genera culpa (emoción secundaria) en el sujeto simplemente por el hecho de haber experimentado una emoción "peligrosa", la ira. Según esta propuesta es la emoción secundaria la que causa la mayor parte del distrés presente en los TCA.

Como se puede observar, tanto el modelo SPAARS (Power y Dalgleish, 2015) como el de Corstorphine (2006) ponen el acento en las experiencias tempranas con los cuidadores principales, lo que lleva a otro factor relevante en la génesis de la disregulación emocional: Los patrones de apego. Las relaciones tempranas de apego moldean el desarrollo de habilidades de regulación y tolerancia al afecto negativo (Fox y Power, 2009). Hay un gran cuerpo de investigación que sugiere problemas de apego en los individuos con TCA y sobre todo en la AN.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Desde los orígenes del concepto de apego con Bowlby (1969) (tal y como se cita en Fox y Power, 2009), el estudio de las relaciones entre los principales cuidadores y el niño ha sido un tema clave. Bruch (1979) retomó su importancia y su rol crucial en los TCA. Cooper (2005) en la misma línea argumenta que una perturbación en la relación niño-cuidador, donde las respuestas del cuidador no son consonantes con el estado interno del niño, dan lugar a déficits en la autoconciencia y el autoconcepto, lo que da lugar a la inhabilidad para distinguir el hambre y la saciedad de otras necesidades o del disconfort. Estos déficits no se hacen visibles hasta la adolescencia, momento en que aumenta el estrés del individuo.

Lineham (citado en Fox y Power, 2009) propone y explica el papel de otro factor en la génesis de las dificultades regulatorias de tipo emocional: el abuso infantil. Se considera que provoca problemas en el desarrollo de la identidad y afecta a la regulación emocional, de modo que predispone al sujeto a recurrir a estrategias distractoras de afrontamiento, como los atracones y el comer restrictivo. Por tanto, según Linehan (1993) el abuso infantil daría lugar a un déficit en la regulación emocional, y éste daría lugar a los diversos TCA, entre ellos la AN.

IMPLICACIONES FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA AN

Los estudios citados hasta ahora indican que las dificultades de regulación emocional juegan un papel importante en la AN. Se debe tener claro que la AN no se gesta únicamente como consecuencia del deseo de delgadez, sino que se produce en personas con dificultades para reconocer y expresar sus emociones y que desconocen las consecuencias positivas a nivel físico y mental de dichas estrategias. Parece lógico, por tanto, tener en cuenta estas variables en el tratamiento, donde va a resultar esencial introducir técnicas que faciliten el reconocimiento, la aceptación y la regulación emocional (Calvo et al., 2013).

Los tratamientos tradicionales de corte cognitivo conductual que se aplican a la AN, ignoran el componente emocional del trastorno y tienden a ser muy estrictos y represivos, basándose casi exclusivamente en la vigilancia y el control permanente. Suelen producir resultados positivos a corto plazo (aumento de peso, eliminación de vómitos) basados en la vigilancia y atención continua a las conductas de los pacientes. Sin embargo dicho estricto régimen no se puede mantener en el tiempo y ante su retirada se producen las recaídas, que tienen como efecto colateral alimentar el temor de los pacientes a que el tratamiento sólo produzca resultados temporales y no estables en el tiempo (Calvo et al., 2013). Basar el tratamiento únicamente en la alimentación y restauración del peso dejará a los pacientes con AN sin su principal estrategia de regulación emocional y en caso de que no se les enseñe ninguna otra que la sustituya, producirá importantes resistencias al tratamiento en los pacientes. Todo lo cual plantea, ante la limitada eficacia de los tratamientos tradicionales de corte cognitivo conductual en la AN (Haynos et al., 2015), la necesidad de educar y entrenar a los pacientes en otras formas de regulación emocional más adecuadas desde el comienzo del tratamiento (Brockmeyer et al., 2012b). En la misma línea, la investigación de Haynos et al., (2015b) demuestra que los tratamientos

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

tradicionales de la AN para pacientes en régimen de internamiento hospitalario, basados en la vigilancia y control antes referidos, no producen mejoras en las habilidades de regulación emocional. Frente a este panorama Vanderlinden (2008) (tal y como se cita en Moreno et al., 2012) propone tratar la AN sin dar excesivo peso a las cogniciones y prestando más atención a las familias y entornos sociales del pacientes, pero sobre todo, centrándose en la experiencia emocional y el significado personal de las experiencias vitales del paciente, que constituyen la base de sus cogniciones y conductas.

El papel de la emoción en la AN y las críticas a los tratamientos cognitivo-conductuales basados en la vigilancia y el control en dicho trastorno, suponen otro apoyo empírico de la necesidad de tratar dicha patología incluyendo técnicas que modifiquen y mejoren las capacidades y estrategias de regulación emocional disponibles en el repertorio habitual de estos pacientes. Autores como Harrison et al., (2009), Lavender et al., (2015) siguen esta línea, mostrando que las personas con AN presentan un reconocimiento de emociones en los demás con un nivel semejante al de personas con autismo. Ante este panorama plantean la necesidad de desarrollar tratamientos que incluyan psicoeducación emocional (sobre la importancia y utilidad de las emociones, para aumentar la conciencia y aceptación de las mismas y reducir las reacciones emocionales secundarias) e intervenciones de tipo didáctico especialmente enfocadas a hacer las emociones de uno más aceptables, como se ha hecho en el TLP. Haynos et al., (2015a) por su parte, consideran que los tratamientos centrados en la mejora de las habilidades de regulación emocional podría ser beneficioso al menos para algunos de los pacientes con AN. Calvo et al. (2013) consideran indispensable aplicar intervenciones específicas a la AN, que incluyan el entrenamiento en reconocer el significado de las emociones y reconsiderarlo, tanto para el tratamiento como para la prevención. Incluir técnicas emocionales en el tratamiento, además de las técnicas para las distorsiones cognitivas, las alteraciones de la imagen corporal, las relaciones interpersonales y familiares y la reinserción en el ámbito socio laboral, es para ellos la clave que permitirá mantener los resultados del tratamiento a largo plazo.

Por todos estos motivos se están desarrollando nuevos modelos de tratamiento que tienen en cuenta la relevancia de los problemas de regulación emocional en estos y otros pacientes con dificultades semejantes. Desde finales y comienzos del nuevo milenio, diversos autores plantean la posibilidad de aplicar nuevos enfoques de tratamiento que permitan reducir la elevada tasa de recaídas en la AN, interviniendo directamente sobre los déficits emocionales mencionados hasta ahora. Surge la esperanza de aumentar los niveles de eficacia de los tratamientos disponibles, mediante el uso de éstas intervenciones específicas dirigidas a la regulación del afecto (Calvo et al., 2013; Danner et al., 2014; Ohmann et al., 2013). Siguiendo este razonamiento, Cooper (2005) rescata la relevancia de la dimensión cognitivo-afectiva en los TCA; dimensión que ha de tenerse también en cuenta a la hora de abordar el tratamiento. Sin olvidar, que una buena regulación emocional se asocia con buena salud, mejores relaciones y

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

mayor rendimiento académico-laboral (Aldao et al., 2010) y las ventajas que todo ello supondría para reducir los costes psicosociales de la enfermedad.

Dentro de los acercamientos terapéuticos que incorporan alguna forma de entrenamiento en regulación emocional se encuentran: la terapia centrada en la emoción (Greenberg, 2002), terapia de aceptación basada en el mindfulness (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Roemer, Orsillo, y Salters-Pedneault, 2008; Segal, Williams, y Teasdale, 2002), y la terapia de regulación emocional (Mennin y Fresco, 2009) (tal y como se citan en Aldao et al., 2010). Por otro lado se han propuesto también distintos módulos de tratamiento que incluyen las dificultades de regulación emocional: la TCC-E (terapia cognitivo conductual extendida) (Fairburn et al., 2009); la Terapia cognitivo-conductual Emocional (CEBT) y la TCAE (terapia conductual de aceptación emocional) de Wildes y Marcus, (2011); (Brockmeyer et al., 2014; Danner et al., 2014). No faltan los autores que rescatan tratamientos que se han aplicado con éxito a otras patologías con problemas de regulación emocional (TLP) o una adaptación de los mismos: Proponen intervenciones que utilicen la terapia dialéctica conductual de Lineham (1993) o la terapia basada en la mentalización de Fonagy y Bateman (2004) (Lynch et al., 2013; Pradas et al., 2012).

La TCC-E se considera una versión mejorada de la terapia cognitivo-conductual, que incorpora la intolerancia a los estados de ánimo (Danner et al., 2014). La CEBT es también una terapia cognitivo conductual diferente, que apunta específicamente a las dificultades de regulación emocional y cuyo propósito es permitir a los pacientes con TCA una mejor comprensión tanto de su expresión, como de su experiencia de las emociones, siendo el objetivo que reconozcan exitosamente sus emociones y por consiguiente sean capaces de desafiarlas (Danner et al., 2014). La terapia conductual de aceptación emocional (TCAE) es una intervención psicoterapéutica protocolizada, de 24 sesiones, ambulatoria. Se basa en los principios de las terapias de tercera generación y se apoya en un modelo que enfatiza el papel de los síntomas anoréxicos como facilitadores de la evitación emocional. Dicho modelo combina intervenciones conductuales estándar para el manejo clínico de la AN con estrategias basadas en la evidencia (monitorización del peso y prescripción de comidas nutricionalmente equilibradas) con técnicas dirigidas a aumentar la conciencia de la emoción, disminuir la evitación emocional y alentar la reanudación de actividades y relaciones externas al trastorno de alimentación. Esta terapia fue asociada a mejoras significativas en el peso, síntomas de los TCA y evitación emocional y aumento de la calidad de vida de los pacientes; que se mantienen más de seis meses de seguimiento (Brockmeyer et al., 2012b; Wildes et al., 2014)

DISCUSIÓN

Las investigaciones analizadas señalan las dificultades de regulación emocional juegan un papel importante en la AN, aunque no exclusivamente en este trastorno o en las patologías de tipo alimentario, sino también en otros cuadros (Svaldi et al., 2012). Por tanto se pueden considerar los problemas de regulación emocional como un posible marcador psicopatológico, que en

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

función de la vulnerabilidad individual (genética y ambiental) de cada uno, llevará al desarrollo de una patología alimentaria u otro tipo de trastornos. Es decir, habrá casos en los que individuos con problemas de regulación emocional desarrollarán depresión mayor y no AN, por ejemplo (Brockmeyer et al., 2014). Desde este prisma los TCA, entre ellos el motivo de este estudio la AN, son una manifestación más, entre tantas otras, de dificultades de base en la regulación emocional y por lo tanto esto ha de tenerse en cuenta en su tratamiento (Calvo et al., 2013). Pero otra de las opciones a investigar es si estos problemas de regulación emocional son previos a la AN, depresión mayor, etc., o consecuencia de estas patologías. Concretando estos problemas de regulación emocional: las dificultades para identificar emociones en estos pacientes todavía no son evidentes, habiendo autores que hallan este tipo de problemas (Harrison et al., 2009; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015) y otros (Pradas et al., 2012) que ni tan siquiera encuentran problemas con las emociones más complejas. La revisión más reciente analizada al respecto señala la existencia de dificultades para reconocer o ser conscientes de sus propias emociones en los pacientes con AN (Lavender et al., 2015). Respecto al concepto de alexitimia parece que hay mayor consenso, sin embargo la controversia se sitúa en discernir si la alexitimia es un rasgo estable en dichos pacientes como indican Caglar-Nazal et al. (2014) y Fox (2009) o un estado puntual consecuencia de la enfermedad (inanición, bajo peso, compromiso de la función ejecutiva...) (Power y Dalgleish, 2015).

Se ha descrito el papel que desempeña la AN como estrategia para regular el afecto tanto negativo como positivo. Respecto al manejo de las emociones básicas en la AN, destaca el papel de la inhibición o supresión de la ira, consistentemente señalado como desencadenante de conductas anoréxicas (dietas, ejercicio, purgas). La relación sería la siguiente: se produce en el paciente con AN la emoción de ira, seguido de un intento de inhibición/supresión de la misma, lo cual produce un aumento de la emoción de ira y disgusto dirigida hacia sí mismo y su cuerpo (con sobreestimación de su tamaño) e insatisfacción corporal, que el paciente trata de calmar con un aumento del autocontrol, dietas y ejercicio intenso.

Las estrategias de regulación emocional más consistentemente asociadas con la AN son la supresión y la evitación emocional (Aldao et al., 2010). Ambas estrategias resultan disfuncionales y se relacionan con el miedo de estos pacientes a sentir emociones negativas o positivas (en algunos casos). Las dos estrategias pretenden, una impedir la expresión de las emociones difíciles o temidas y la otra bloquear la reacción emocional, también temida, pero ya iniciada. Que los pacientes consideren sus emociones como erróneas o malas y crean que pueden provocar el rechazo interpersonal si las expresan explica esta necesidad de escape/huida de las mismas (Fox y Power, 2009). Los sujetos control no mantienen esta relación con sus emociones. Si buscamos el origen de estos déficits y esta forma de interpretar y huir de las emociones, así como de los problemas de regulación emocional en general tendremos que centrarnos en las experiencias vitales tempranas con padres y cuidadores y las respuestas de éstos ante las emociones de los niños (Eisenberg et al., 2010). Se describen dos modelos centrados en esta

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

idea: SPAARS (Power y Dangleish, 2015) y el de Corstorphine (2006). La invalidación emocional es un factor perjudicial clave frente a una adecuada sintonización temprana con las emociones del niño (Cooper, 2005). Hay que destacar también el papel del apego temprano y el abuso infantil (Fox y Power, 2009).

Los tratamientos tradicionales de la AN que no tienen en cuenta las variables de tipo emocional del trastorno se basan en un exceso de vigilancia y control, que produce resultados a corto plazo y una elevada tasa de recaídas a la larga (Calvo et al., 2013). Además privan al paciente de su principal mecanismo de regulación y no le ensañan ningún otro a cambio (Brockmeyer et al., 2012b). Se plantea la necesidad de aplicar tratamientos que tengan en cuenta el componente emocional de la AN y permitan así unos resultados más a largo plazo así como mejoras en la calidad de vida de estos pacientes (Lavender et al., 2015): terapias como la TCC-E, la CEBT y la TCAE.

Limitaciones

Esta revisión tiene sus limitaciones con origen en las restricciones de los estudios analizados y en la propia metodología de la misma, pues partimos de una revisión no sistemática de la literatura.

A nivel más general una de las limitaciones a la hora de investigar el mundo emocional de los pacientes con AN tiene que ver con el uso de metodologías basadas casi únicamente en autoinformes o en entrevistas semiestructuradas, medidas por tanto subjetivas y además unidas a los problemas que se presentan en este cuadro para describir, diferenciar y comunicar sus emociones. Hay pocos estudios de laboratorio controlados al respecto.

Respecto a las limitaciones de las muestras, en ocasiones han sido demasiado pequeñas o formadas únicamente por mujeres, reduciendo así la generalizabilidad de los resultados a la población con AN y a la población de varones con esta patología.

Las investigaciones sobre alexitimia en la AN han sido muy criticadas ya que la mayor parte de ellas se basan casi exclusivamente en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), lo que reduce de forma significativa la validez de los resultados. La investigación sobre el papel de las emociones básicas en la AN tiene problemas conceptuales por unir tristeza y depresión, alegría y orgullo, como si de una misma emoción se trataran.

Otra limitación importante son las propuestas explicativas poco exhaustivas que contemplan un número limitado de factores o no tienen en cuenta el papel de otras variables que pueden estar influyendo o mediando los problemas de regulación emocional. Tampoco está claro si dichos problemas emocionales son previos o consecuencia de la enfermedad. Son necesarios por tanto más estudios prospectivos que permitan discernir si los problemas de regulación emocional son un factor que predispone hacia los TCA, o es una consecuencia de los mismos.

Los modelos explicativos de los déficits emocionales, tanto el modelo SPAARS (Power y Dalgleish, 2015) como la propuesta de Corstorphine (2006) resultan muy interesante pero tienen una limitación, el no haber sido probado a través de la investigación y carecer de una teoría completa

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

de procesamiento emocional dentro de los trastornos alimentarios. Ninguno de los dos modelos explica porque los TCA ocurren ni porque una chica escoge comer para manejar sus emociones en vez de cualquier otro método (abuso de sustancias...).

Por otro lado se han considerado las estrategias de regulación emocional como adaptadas e inadaptadas sin tener en cuenta el contexto o la situación específica en que se utilizan. Es más adaptado ser capaz de utilizar distintas estrategias de regulación emocional según la situación, que usar siempre la misma estrategia por muy "adaptada" que sea. Aplicar la solución de problemas cuando no hay ningún problema que solucionar, no parece muy adecuado.

CONCLUSIONES

Las dificultades de RE son centrales en el inicio, curso y tratamiento de la AN, así como en otros trastornos (depresión mayor, TLP, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos relacionados con sustancias...). Es necesario seguir investigando el papel de la alexitimia para llegar a un mayor consenso sobre su papel en la AN. La emoción que tiene un papel más saliente en la AN es la ira, la cual se relaciona directamente con la insatisfacción corporal, que provoca el aumento de conductas anoréxicas (especialmente atracones y purgas) en estos pacientes. Considerar las reacciones emocionales, en base a la historia particular de aprendizaje de cada uno, como malas o erróneas, afectará a la relación mantenida con dichas emociones, y provocará intentos de evitación o supresión de las mismas (mediante la focalización en el TCA) antes o nada más surgir. Crecer en ambientes cargados de emoción al igual que su contrario (crecer en ambientes carentes de expresión emocional), genera problemas con su futuro manejo en el adulto. Puede resultar ventajoso y positivo tratar la AN desde nuevas perspectivas que amplíen la visión del cuadro más allá de sus síntomas más visibles (comida y peso) y trabajen los déficits emocionales del paciente. Son necesarios más estudios para valorar la eficacia de estos nuevos modelos de tratamiento, que prometen una mayor reducción de la vulnerabilidad de los pacientes, con lo que permitirían a su vez un descenso de los costes psicosociales de la enfermedad y una disminución de las tasas de recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
2. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., y Haro, J. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 47-54.
3. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

4. Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 61, 425-435.
5. Bekker, M. H., y Spoor, S. T. (2008). Emotional inhibition, health, gender, and eating disorders: The role of (over) sensitivity to others. In *Emotion Regulation*(pp. 170-183). Springer US.
6. Bijl, R. V., Ravelli, A., y Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(12), 587-59.
7. Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2012a). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 200(2), 550-553.
8. Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2012b). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 496-501.
9. Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565-571.
10. Bruch, H. (1979). The golden cage: The enigma of anorexia nervosa.
11. Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., y Micali, N. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92.
12. Calvo, S. R., Gallego, M. L., Solórzano, O. G., Kassem, G. S., Morales, M. C., Codesal, J. R., y Blanco, F. A. (2013). [Emotional processing in adult vs adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory]. *Nutricion hospitalaria*, 29(4), 941-952.
13. Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., y Cotellessa, C. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340.
14. Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461.
15. Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 511-531.
16. Danner, U. N., Sternheim, L., y Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub) types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry research*, 215(3), 727-732.
17. Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., y Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 476-483.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

18. Díaz, M. I., (2012). Anorexia y bulimia. En M. Á. Vallejo, *Manual de terapia de conducta* (pp. 406-484) Madrid: Dykinson.
19. Eisenberg, N., Spinrad, T. L., y Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology*, 6, 495.
20. Espeset, E., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F., y Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451-460.
21. Evers, C., Stok, F. M., y de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
22. Fox, J. R., y Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
23. Fox, J. R., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., y Power, M. J. (2013). Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 319-333.
24. Fox, J. R. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 276-302.
25. Fiore, F., Ruggiero, G. M., y Sassaroli, S. (2014). Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in psychiatry*, 5.
26. Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R., y Muñoz, P. (2003). Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Madrid: Instituto de Salud Pública*.
27. Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., y Woodside, D. B. (1996). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 168(4), 500-506.
28. Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
29. Goss, K., y Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. *Body shame: Conceptualisation, research and treatment*, 219-255.
30. Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J. D., y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 261-273.
31. Haynos, A. F., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., y Le Grange, D. (2015a). Initial test of an emotional avoidance model of restriction in anorexia nervosa using ecological momentary assessment. *Journal of psychiatric research*, 68, 134-139.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

32. Haynos, A. F., Roberto, C. A., y Attia, E. (2015b). Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*.
33. Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348-356.
34. 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.
35. Holland, S. J. (2003). Avoidance of emotion as an obstacle to progress. *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*, 116-131.
36. Hoek, H. W., y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
37. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
38. Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., y Fursland, A. (2011). Avoidance of affect in the eating disorders. *Eating behaviors*, 12(1), 90-93.
39. 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.
40. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
41. Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., 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(1), 293.
42. Lulé, D., Schulze, U. M., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A. K., y Uttner, I. (2014). Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 209-216.
43. Moreno, L. R., Domingo, J. P., Burguet, L. C., Leal, F. V., Marsá, M. D., Rojo-Bofill, L., y Aldana, L. L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo xxi. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197-204.
44. Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
45. Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438-443.

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

46. Nobakht, M., y Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 265-271.
47. Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 502-509.
48. Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., y Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*.
49. Ohmann, S., Popow, C., Wurzer, M., Karwautz, A., Sackl-Pammer, P., y Schuch, B. (2013). Emotional aspects of anorexia nervosa: results of prospective naturalistic cognitive behavioral group therapy. *neuropsychiatrie*, 27(3), 119-128.
50. Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114(13), 481-486.
51. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
52. Power, M., & Dalgleish, T. (2015). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Psychology press.
53. Pradas, C. M., Pastor, J. B. N., Moya, E. M. A., Touriño, A. G., y Llandrich, J. O. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International journal of clinical and health psychology*, 12(2), 189-202.
54. 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.
55. Schmidt, U., y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
56. Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., y Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, 197(1), 103-111.
57. Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., y Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(2), 100-111.
58. Treasure, J. (2012). Emotion in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 429-430.
59. Valiente, C., Eisenberg, N., Shepard, S. A., Fabes, R. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., y Spinrad, T. L. (2004). The relations of mothers' negative expressivity to children's experience

DIABULIMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

and expression of negative emotion. *Journal of applied developmental psychology*, 25(2), 215-235.

60. Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., y Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 118-124.
61. Wildes, J. E., y Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 421-427.
62. Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B., y Gaskill, J. A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 870-873.
63. Wildes, J. E., Ringham, R. M., y Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398-404.