



Facultad de Estudios Superiores

IZTACALA

Categories or dimensions? Towards a transdiagnostic treatment of eating psychopathology

¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria

Laura Hernández-Guzmán, José Alfredo Contreras-Valdez, Miguel-Ángel Freyre

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Recibido: 9 de junio de 2018

Revisado: 29 de agosto de 2018

Aceptado: 7 de febrero de 2019

Autora de correspondencia: lher@unam.mx (L. Hernández-Guzmán)

Financiamiento: Esta investigación forma parte de la tesis doctoral del segundo autor, bajo la dirección de la primera. Fue posible gracias al financiamiento otorgado a la Dra. Laura Hernández-Guzmán, responsable de los proyectos UNAM-DGAPA-PAPIIT (Reg. IN305814 e IN304016).

Agradecimientos: Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada al Dr. José Alfredo Contreras-Valdez (No. 368202).

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

ABSTRACT

The purpose of this research was to contrast the categorical and dimensional approaches within the eating disorders area. Research on the eating problems categorical model reveals vast evidence against its validity: excessive comorbidity, inadequate coverage, diagnostic migration, residual categories, false positives and negatives, etc. The dimensional conceptualization of the eating psychopathology study would achieve more accurate findings by considering eating problems according to the degree in which they manifest, avoiding diagnostics based on arbitrary cut-off points and facilitating the analysis of eating psychopathology at early age, as well as following symptom evolution throughout development. Based on the dimensional model, transdiagnostic perspective has received empirical support, which endorses the use of the transdiagnostic treatment aimed to underlying psychological mechanisms, such as negative affect and emotional dysregulation.

Keywords: Dimensions; Transdiagnostic; Eating disorders; Diagnostic categories; Comorbidity.

RESUMEN El propósito de la presente investigación fue contrastar los enfoques categorial y dimensional dentro del área de los trastornos alimentarios. La investigación sobre el modelo categorial de los problemas alimentarios revela un amplio cúmulo de pruebas en contra de su validez, como comorbilidad excesiva, cobertura inadecuada, migración diagnóstica, categorías residuales, falsos positivos y negativos, etc. El estudio de la psicopatología alimentaria desde una concepción dimensional permitiría obtener hallazgos más precisos, al considerar a los problemas alimentarios según el grado en el que se presentan, evitar diagnósticos basados en puntos de corte arbitrarios, facilitar su análisis a edad temprana, así como seguir la evolución de los síntomas a lo largo del desarrollo. Apoyada en el modelo dimensional, la perspectiva transdiagnóstica ha recibido respaldo empírico que fundamenta su uso en el tratamiento de los mecanismos psicológicos subyacentes a las problemáticas alimentarias, como el afecto negativo y la desregulación emocional.

Palabras clave. Dimensiones; Transdiagnóstico; Trastornos alimentarios; Categorías diagnósticas; Comorbilidad.

Introducción

Clasificaciones categoriales en salud mental

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) es la principal guía en la que se basan la mayoría de las evaluaciones y tratamientos que psiquiatras y psicólogos emplean a nivel mundial. Obedece a un sistema de clasificación categorial que pretende el agrupamiento de signos y síntomas en categorías diagnósticas (CD) delimitadas para identificar trastornos específicos, cada uno con su propia etiología, curso y respuesta al tratamiento (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Las facilidades prácticas que tiene el DSM (APA, 1952) en el ámbito clínico institucional favorecen su uso, pues contar con diagnósticos delimitados ayuda a decidir entre aceptar o rechazar diversas opciones de tratamiento. Además, se presume que la nomenclatura de CD facilita la comunicación entre los profesionales de la salud y provee de información sobre el pronóstico y los factores asociados con cada condición (Lavender, Crosby y Wonderlich, 2013). Empero, el carácter práctico del uso de las CD deja de ser una ventaja y se torna en una limitación si se considera su dudosa validez de constructo. Conocer la historia de cómo se creó este manual abre un panorama que invita a reflexionar sobre su pertinencia.

La primera edición del DSM (APA, 1952) apareció en los años 50 del siglo pasado en Estados Unidos, para adoptar lineamientos parecidos a los que la Organización Mundial de la Salud (1948) estableciera para los trastornos mentales en la sexta edición de su *Clasificación internacional de las enfermedades*. En esa época la psiquiatría enfrentaba serios problemas, al grado de verse en peligro de desaparecer como área de la medicina. Algunos médicos criticaban su incapacidad para curar la enfermedad mental, ya que sus intervenciones obedecían a un enfoque explícitamente subjetivo, carente de evidencia empírica, apoyado en una explicación psicodinámica de la psicopatología (Hernández-Guzmán, 2012).

Además, debido a que los pacientes permanecían en tratamiento durante largos periodos, las compañías de seguros y el gobierno estadounidense también mostraron escepticismo sobre la legitimidad de la psiquiatría (Mayes y Horwitz, 2005), y ejercieron presión para que los psiquiatras establecieran puntos de corte que determinaran quiénes sí requerían de una intervención.

La penosa crisis por la que atravesaba la psiquiatría la orilló a buscar otra forma de abordar su objeto de estudio. Fue así como adoptó un modelo similar al de la medicina, con base en la taxonomía que Emil Kraepelin había propuesto desde inicios del siglo XX,

que conceptuaba los procesos psicopatológicos como condiciones exclusivas, con su propia etiología, características, tratamiento y pronóstico (Lahey, Krueger, Rathouz, Waldman y Zald, 2017). Así fue como surgió el DSM-II (APA, 1968) y posteriormente el DSM-III (APA, 1980), cuyo lanzamiento conllevó la proliferación de medicamentos y empresas farmacéuticas. Por consiguiente, aumentó significativamente el número de psiquiatras dedicados al diagnóstico y se fomentó la financiación por parte del gobierno para investigar sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos (Mayes y Horwitz, 2005). Con ello, la psiquiatría sufrió un cambio radical, al evolucionar de una ciencia en la que el diagnóstico desempeñaba un papel secundario, a otra en donde cumple una función esencial (Hernández-Guzmán, 2012).

Pese a los conflictos de interés y las decisiones arbitrarias que le dieron origen, el DSM, actualmente en su quinta edición (APA, 2013), continúa siendo una herramienta esencial de consulta en el mundo. Herramienta que, sin embargo, sigue ignorando los resultados de investigación, al tipificar las CD de acuerdo con el juicio clínico subjetivo y el consenso entre expertos (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). En las últimas décadas, la investigación ha demostrado que su uso conlleva más inconvenientes que beneficios, debido a la escasa validez de sus categorías (Jablensky, 2012; Kotov et al., 2017). Dificultad que comparten los trastornos tipificados, tales como la ansiedad y la depresión (Barlow et al., 2011; Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010), los trastornos disociativos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012), del control de impulsos (Widiger y Samuel, 2005), de la personalidad (Krueger, Watson y Barlow, 2005) y los psicóticos (Jablensky, 2012); por supuesto, los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no son la excepción. En este trabajo se contrastarán los enfoques categorial y dimensional dentro de esta área, para justificar el empleo del tratamiento transdiagnóstico dirigido a los mecanismos psicológicos subyacentes a los trastornos alimentarios.

Limitaciones del modelo categorial de los trastornos alimentarios

Una de las principales deficiencias del DSM ha sido el traslape sustancial entre los indicadores de diferentes

CD, lo que posibilita que las personas presenten dos o más trastornos al mismo tiempo. Como una solución conflictiva a esta problemática se creó el concepto de *comorbilidad*, el cual refiere a la más bien extraña posibilidad de que las personas reciban más de un diagnóstico a la vez. Sin embargo, ha representado más la regla que la excepción (Echeburúa et al., 2014), por lo que se optó por crear más categorías con la intención de distinguir con mayor precisión los diagnósticos, propiciando así un círculo vicioso que ha agravado el traslape entre éstas (Kotov et al., 2017; Widiger y Samuel, 2005). Al respecto, se advierte que en la quinta edición del DSM (APA, 2013) aparecen ocho CD de los trastornos alimentarios, cada una con subcategorías, lo que contrasta con la tercera edición del DSM-III (APA, 1980), que contaba únicamente con una categoría llamada anorexia nerviosa (AN) y una subcategoría, la bulimia, que posteriormente fue llamada bulimia nerviosa ([BN]; Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

Al problema de la comorbilidad se añadía el de los falsos positivos. Por ejemplo, en el DSM-IV (APA, 1994) uno de los criterios diagnósticos fundamentales de la AN era el miedo intenso a subir de peso y/o a engordar. Miedo que, de acuerdo con este manual, no se pierde al bajar de peso, sino que continúa aumentando. Sin embargo, se ha documentado que algunas personas con este diagnóstico no manifestaban preocupación por el peso ni dicho miedo irracional (Lee, Lee, Ngai, Lee y Wing, 2001; Nakai et al., 2013). Dado que estos estudios se realizaron con población oriental, hace falta mayor investigación que dé cuenta si este fenómeno ocurre también en otras poblaciones, no obstante, en el DSM-5 (APA, 2013) se mantiene vigente el criterio inicial, aunque precisando que es posible que algunos individuos no se percaten de su miedo a subir de peso. Aparente solución que resulta limitada, al partir de una inferencia sin sustento empírico.

Por otro lado, en cuanto a los falsos negativos, resulta notable el caso del trastorno por atracones, que hasta el DSM-5 (APA, 2013) se tipificó como un trastorno alimentario. Es común que existan personas que presentan atracones, pero que no cumplen con todos los indicadores para recibir un diagnóstico (Goossens, Braet y Decaluwé, 2007; Whiteside et al., 2007), lo cual se traduce en su exclusión de los tratamientos

hospitalarios y los protocolos de investigación (Kelly-Weeder, Willis, Mata, Sacco y Wolfe, 2019).

Como alternativa de solución ante el hecho de que algunas personas que presentaban síntomas de alta gravedad clínica no reunían los criterios para recibir un diagnóstico de trastorno alimentario, se creó la categoría residual EDNOS (por sus siglas en inglés) en el DSM-IV (APA, 1994). La creencia de que estos trastornos eran infrecuentes cambió, debido a los hallazgos que los situaron como los más comunes dentro de los trastornos alimentarios (Eddy et al., 2010; Fairburn et al., 2007). En el DSM-5 (APA, 2013) fue sustituida la CD de EDNOS por dos nuevas: 1. trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (UFED, por sus siglas en inglés), y 2. otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (OSFED, por sus siglas en inglés). Esta última incorporó más subcategorías que difieren superficialmente de las CD tradicionales. Por ejemplo, se puede diagnosticar *AN atípica* cuando se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que el peso de la persona se encuentra dentro o por encima de lo normal (APA, 2013). Cambios como éste en las diferentes ediciones del DSM evidencian la arbitrariedad con la que se le ha diseñado. Por tanto, el problema de la elevada prevalencia de EDNOS, con base en los criterios del DSM-IV (APA, 1994), es idéntico al que posteriormente ha presentado el OSFED (Forbush, Hagan, Kite et al., 2017). Adicionalmente, una consecuencia del incremento y la distinción forzada entre los síntomas de las CD, serían los esfuerzos por crear tratamientos diferentes dirigidos a cada uno de los nuevos diagnósticos (Echeburúa et al., 2014). Ante esta problemática, también se ha intentado disminuir sin éxito la prevalencia de los individuos que reciben el diagnóstico de las categorías residuales, alterando deliberadamente los indicadores de los diagnósticos de AN, BN y trastorno de atracones (Allen, Byrne, Oddy y Crosby, 2013; Castellini et al., 2011; Nakai et al., 2013; Stice, Marti y Rohde, 2013; Thomas et al., 2015), lo que compromete aún más la validez del diagnóstico.

Es usual que la modificación de los criterios propicie que algunas personas con un diagnóstico original de psicopatología alimentaria reciban otro después (Castellini et al., 2011). Al respecto, estudios longitudinales de pacientes con trastorno alimentario han

revelado que es común que aquellos que inician con un diagnóstico de AN cambien a BN, y viceversa; o bien, que personas tratadas por un diagnóstico de AN suelen reincidir con uno de BN (Stice et al., 2013). Si bien estas inconsistencias han dado origen a una explicación alterna, como lo es la posible existencia de un único síndrome que evoluciona a lo largo del tiempo (Fairburn y Cooper, 2011), resulta indispensable someterla a prueba.

Otra problemática a considerar es la omisión de algunos síntomas que han mostrado ser relevantes en la definición de la presencia de una psicopatología alimentaria. Por ejemplo, Forbush, Siew y Vitevitch (2016), mediante el análisis de redes, encontraron que las conductas de comprobación del cuerpo (*body checking*) representaban uno de los síntomas más importantes en personas con diagnóstico de AN, BN, trastorno de atracones y OSFED. Por otro lado, en distintas investigaciones se ha identificado la existencia de dos tipos de atracones: atracón objetivo y atracón subjetivo (Brownstone et al., 2013; Fitzsimmons-Craft et al., 2014). El DSM contempla el atracón objetivo, que incluye la ingestión desmedida de alimentos y la sensación de pérdida de control. Ignora, sin embargo, el atracón subjetivo, que es una clase de ingestión en la cual la persona experimenta sensación de falta de control, pero sin que la cantidad de comida sea *objetivamente abundante* (Brownstone et al., 2013; Fitzsimmons-Craft et al., 2014).

En general, al no ofrecer el modelo categorial una explicación válida de la psicopatología alimentaria (Fairburn y Cooper, 2011), se ve comprometido el diagnóstico y la investigación basada en él.

Perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria

Para comprender la concepción dimensional de la psicopatología es menester considerar el desarrollo del ser humano, el cual es un factor que explica los fenómenos psicológicos, de los que la psicopatología no es una excepción. En las décadas recientes se ha abandonado la concepción antigua de las teorías unilaterales y deterministas, dando paso a explicaciones multifactoriales y dinámicas del cambio hacia la *complejidad*, en las que se concibe al desarrollo como el tránsito hacia competencias cada vez más complejas

que se originan de la coacción entre diversos niveles de organización de la persona y el ambiente (Leve y Cicchetti, 2016).

La psicopatología del desarrollo es una disciplina científica que se basa en un enfoque de sistemas, explicando el desarrollo psicológico como el resultado de la acción de múltiples factores. Su principal objeto de estudio es la interacción entre el contexto biológico, social y psicológico, y su influencia en la evolución de la conducta, sea ésta normal o anormal. El marco teórico de este paradigma no propone que la psicopatología sea inherente al individuo, sino que es el desenlace al que conducen las experiencias de la persona, quien aporta su propia carga genética en cada transacción con el medio (Cicchetti, 1984). Por consiguiente, es posible que personas que han vivido condiciones disímiles a lo largo de su vida lleguen a un mismo resultado, mecanismo que se ha referido como *equifinalidad*; y, por el contrario, que personas que han compartido condiciones y transcurrido por rutas similares puedan arribar a desenlaces distintos, lo que se denomina *multifinalidad* (Gottlieb, 1991).

Por ende, el estudio de la psicopatología debe utilizar una metodología amplia y compleja, así como prestar especial atención al curso del desarrollo. Resulta así inapropiado establecer decisiones de acuerdo con un modelo de presencia-ausencia de síntomas identificados en un momento específico del ciclo vital, tal como lo prescribe el modelo categorial de la psicopatología (Echeburúa et al., 2014). Situación que ha llevado a distintos autores a proponer que la *explicación dimensional* refleja con mayor precisión la forma en que se manifiesta la psicopatología (Castellini et al., 2011; Kotov et al., 2017; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2013).

Dentro del campo de la psicología, una dimensión es el conjunto de factores –y sus magnitudes– que sirven para definir un proceso psicológico (Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcázar-Olán, 2011). Desde la perspectiva dimensional, la psicopatología, así como el funcionamiento humano en general, se estudian en función del grado en el que se presentan dentro de un continuo. Las dimensiones psicológicas se refieren a los procesos biológicos y conductuales detrás del ser humano, tales como las funciones ejecutivas, la motivación o la percepción,

para las cuales se reconoce la continuidad entre la anormalidad y la normalidad, y se usan datos empíricos para cuantificarlas y distinguirlas. Esta postura contrasta con la pretensión de definir un límite preciso entre la normalidad y la psicopatología mediante el conteo de síntomas, hasta alcanzar un punto de corte arbitrario para otorgar un diagnóstico (Widiger y Samuel, 2005).

El reconocimiento de los procesos básicos que explican el funcionamiento de la persona permite al modelo dimensional aportar un perfil multidimensional para comprender y cuantificar la magnitud de las disfunciones psicológicas y su evolución a lo largo del ciclo de la vida. De este modo, se pierde poca información y es posible tomar decisiones informadas a partir de la evidencia (Krueger et al., 2005). Dado que se requiere identificar y medir las variaciones individuales, se evalúa a cada persona en términos de todas las dimensiones relevantes, lo que evita la pérdida de información (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Existe acuerdo sobre la fortaleza de la explicación dimensional, pues se basa en la investigación que ha aportado evidencias sobre el comportamiento de los conglomerados de manifestaciones psicopatológicas, como el de los problemas interiorizados (Barlow et al., 2011), los de personalidad (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann y Linehan, 2014; Shedler y Westen, 2004) o los alimentarios (Forbush et al., 2018; Wildes y Marcus, 2013), entre otros.

En el caso de la psicopatología alimentaria, múltiples estudios han apuntado hacia síntomas que se manifiestan a lo largo del llamado *espectro* psicopatológico, con diferentes grados de intensidad, tales como la insatisfacción corporal (Amaya, Alvarez y Mancilla, 2010; Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre, 2016), el atracón (Gómez-Peresmitré et al., 2013; Melioli et al., 2016), el deseo de adelgazar (Mancilla-Díaz et al., 2010), la dieta restrictiva o la preocupación por la comida (Linardon, 2018; Melioli et al., 2016; Moulton, Newman, Power, Swanson y Day, 2015), entre otras.

Al subestimar la evolución de la psicopatología y el concurrente recrudecimiento de los síntomas a lo largo del desarrollo, el modelo categorial difícilmente ha reflejado los problemas alimentarios en edades tempranas, cuando el número de síntomas es aún

incipiente. Esto a pesar de que la sintomatología alimentaria es bastante común en niños (Bryant-Waugh y Nicholls, 2011) y adolescentes (Allen et al., 2013), una gran mayoría de menores no alcanza el criterio diagnóstico, lo que se refleja en una estimación de la prevalencia de trastornos alimentarios menor a 5% en la población general mundial (Campbell y Peebles, 2014).

Tampoco representa un problema para el modelo dimensional la “migración de los diagnósticos” después de un tiempo. Por ejemplo, como ya antes se mencionó, es común que un individuo con diagnóstico de AN de tipo atracones/purgas migre a uno de BN, como consecuencia del aumento de peso. Situación que desde el modelo categorial supone una etiología y un tratamiento diferentes; en cambio, desde una perspectiva dimensional, la inclusión de la variable IMC captaría las variaciones menores dentro de un continuo (Keel, Crosby, Hildebrandt, Haedt-Matt y Gravener, 2013). Por otra parte, por enfocarse en la gravedad de los síntomas dentro de un conjunto de características esenciales, la perspectiva dimensional mitiga la artificial necesidad de crear nuevas CD (Lavender et al., 2013).

La adopción de elementos comunes subsumidos en la psicopatología alimentaria, como la preocupación por el peso y la figura o las conductas de atracón y purga, se ha visto que aporta un análisis más preciso. Eddy et al. (2010), en una muestra de niños y adolescentes con diversos diagnósticos de trastorno alimentario formulados con base en el DSM-IV-TR (APA, 2000), identificaron que los síntomas se agruparon naturalmente en tres conglomerados: 1. conductas de atracón y purga, 2. ejercicio excesivo y pensamientos desmesurados sobre el peso y la comida, y 3. cogniciones y conductas de baja intensidad sobre el peso y la comida. Por su parte, Forbush, Hagan, Kite et al. (2017), con modelado exploratorio de ecuaciones estructurales, encontraron evidencia en favor de un modelo de dos síndromes generales: uno de la conducta de atracón y otro de fobia hacia el peso corporal.

Por tanto, el reconocimiento de las ventajas que ofrece la concepción dimensional tiene repercusiones no solo en la comprensión y la explicación de la psicopatología, sino también en su tratamiento.

Transdiagnóstico

Al centrar el enfoque en lo que comparten las manifestaciones psicopatológicas, más que en lo que las distingue, la perspectiva dimensional se divorcia de la noción de un tratamiento propio para cada trastorno tipificado. Surge así la propuesta del tratamiento transdiagnóstico como alternativa, misma que se ha trabajado extensamente dentro del campo de la psicopatología y los problemas afectivos. Los hallazgos de investigación acerca de la forma en que en la realidad se aglutinan algunos grupos de síntomas han apuntado hacia procesos comunes y medulares subyacentes a amplios conglomerados de síntomas pertenecientes a diferentes CD (Forbush, Hagan, Kite et al., 2017; National Institute of Mental Health, NIMH, s.f.).

Puesto que el tratamiento transdiagnóstico es un concepto relativamente joven, su definición no se encuentra exenta de confusión y conflicto. En la palabra *transdiagnóstico*, el término *diagnóstico* simplemente comunica la eficacia de un mismo tratamiento dirigido a procesos básicos que comparten sintomatologías clasificadas bajo diferentes diagnósticos. Sin embargo, hay quienes supeditan la investigación sobre la naturaleza transdiagnóstica del tratamiento a las definiciones específicas de los trastornos tipificados, cuya credibilidad, como se ha venido expresando, es frágil. Cuthbert e Insel (2013) han advertido sobre las serias dificultades que acarrea utilizar los trastornos tipificados como si fueran un *estándar de oro* para realizar investigación de calidad que pueda dilucidar la naturaleza de la psicopatología. Estos autores han manifestado la necesidad de diseñar investigación que prescinda de las CD, para que quede libre de los sesgos y los conflictos que conllevan.

En el caso de la psicopatología alimentaria, Fairburn, Cooper y Shafran (2003) han sido pioneros en encarar las barreras impuestas por la categorización mediante una propuesta transdiagnóstica seminal. Su teoría del transdiagnóstico ha sugerido una dimensión de psicopatología alimentaria central compuesta por indicadores de preocupación excesiva por el peso, por la figura corporal y por comer, el cual está presente en todos los problemas alimentarios. A su vez, estos autores señalan que son cuatro elementos más generales los responsables del mantenimiento del mantenimiento de la psicopatología

alimentaria central, siendo: 1) perfeccionismo severo, 2) baja autoestima, 3) dificultades en el afrontamiento de emociones o intolerancia a los estados de ánimo, y 4) dificultades interpersonales, principalmente en la familia. Por tanto, la ocurrencia de uno o más de estos factores incrementaría la probabilidad de desarrollar la psicopatología alimentaria.

Al compararla con otras intervenciones (Abras, Fitzsimmons-Craft y Wilfley, 2017; Dalle Grave, Calugi, Doll y Fairburn, 2013; Fairburn et al., 2015; Poulsen et al., 2014) y sometido a prueba en estudios con adultos y adolescentes con distintos trastornos alimentarios (Byrne, Fursland, Allen y Watson, 2011; Dalle Grave, Calugi, Sartirana y Fairburn, 2015; Fairburn et al., 2009, 2013; Thompson-Brenner et al., 2016), se ha comprobado la eficacia –a corto y largo plazo– tanto del tratamiento focalizado en la psicopatología alimentaria central, como del dirigido a los cuatro elementos antes descritos, lo que corrobora indirectamente la pertinencia de los factores comunes sugeridos. Sin embargo, cabe advertir que estos no cuentan aún con el suficiente apoyo empírico que demuestre su naturaleza modular.

Los escasos estudios que directamente han probado el modelo propuesto por Fairburn et al. (2003) han arrojado resultados contradictorios respecto a la fortaleza de las relaciones entre las variables. Por ejemplo, Dakanalis, Timko, Clerici, Zanetti y Riva (2014) encontraron, en hombres de población general, que los cuatro elementos influyen en la preocupación excesiva por el peso y la figura, pero que únicamente la intolerancia al estado de ánimo predice directamente a la dieta restrictiva. Hoiles, Egan y Kane (2012), en mujeres de población general, hallaron evidencia en favor del efecto mediador de la preocupación por la comida, el peso y la figura, entre los cuatro elementos y la dieta restrictiva. Sin embargo, en pacientes con trastorno alimentario (94% mujeres), Lampard, Tasca, Balfour y Bissada (2013) observaron que solo dos efectos fueron significativos para todos los diagnósticos: el de la baja autoestima sobre el núcleo de la psicopatología alimentaria, y el de la intolerancia al estado de ánimo sobre la conducta de sobreingesta. Asimismo, en un estudio longitudinal de mujeres con trastorno alimentario, Tabri et al. (2015) encontraron que la preocupación excesiva por el peso y la figura mantuvo

una relación recíproca con las conductas compensatorias y de control del peso corporal.

No existe un acuerdo sobre cómo definir los factores comunes o los procesos medulares subyacentes, los que serían la esencia y meta del tratamiento. Hay autores que utilizan el término *transdiagnóstico* como aquél que se dirige a toda clase de variables presuntamente comunes a diversos grupos de síntomas. De tal manera que el número de términos empleados para nombrar factores supuestamente medulares ha aumentado desproporcionadamente, conforme se hace más popular este enfoque. Así, surge una lista heterogénea de constructos caracterizados como transdiagnósticos; por ejemplo, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo, el control de la ira, las intrusiones mentales, entre otros (para más información sobre estos factores, véase la revisión de González, Cernuda, Alonso, Beltrán y Aparicio, 2018).

Aunado a la proliferación de procesos medulares dudosos, existe también incertidumbre acerca de su alcance. ¿Qué tanto debe abarcar un proceso para poder llamarlo modular? Mansell, Harvey, Watkins y Shafran (2009) han distinguido cuatro modalidades de inclusión. En primer lugar aquellos procesos básicos que participan en una gama amplia de sintomatologías; la segunda modalidad incluye procesos que se limitan a un solo conglomerado de síntomas; la tercera abarca explicaciones basadas en algunos síntomas; y, finalmente, la cuarta involucra explicaciones universales de un solo proceso. Sin embargo, solo resolverá este problema la investigación sólida que sienta las bases de lo que deba considerarse un proceso modular.

Como respuesta a ello, Aldao (2012) diseñó procedimientos estadísticos para calcular si la forma y la función de uno o más procesos propuestos como medulares son invariantes entre trastornos mentales tipificados. Sin embargo, un inconveniente de esto es que sus investigaciones descansan precisamente en la comparación entre las propias CD, las que –como se ha venido fundamentando– carecen de validez, son arbitrarias e inestables entre las ediciones sucesivas de los manuales de clasificación.

Una iniciativa importante es la del NIMH de Estados Unidos (s.f.), que ha desarrollado y definido el

proyecto llamado RDoC (*Research Domain Criteria*), a raíz de las graves debilidades de los sistemas diagnósticos que, basados en la observación clínica, ignoran los resultados de la investigación actual sobre la explicación dimensional y los procesos genéticos, neurobiológicos, conductuales, ambientales y experienciales que subyacen al funcionamiento humano (Sonuga-Barke, 2014). El objetivo primordial de dicho proyecto es establecer un nuevo modelo de investigación que permita comprender la naturaleza de la enfermedad mental tomando en cuenta diferentes dimensiones psicológicas y biológicas. Por tanto, este proyecto se pronuncia abiertamente en favor de fortalecer la validez de los constructos psicológicos, los cuales se agrupan en dominios de orden superior que describen el comportamiento.

El proyecto RDoC (NIMH, s.f.) reconoce la importancia de dichos procesos, de modo que cuando fallan, confluyen en diversas manifestaciones psicopatológicas. De esta manera identifica seis dominios o sistemas, que son los siguientes: (1) de valencia negativa, responsables de las respuestas ante las situaciones o los contextos adversos; (2) de valencia positiva, responsables de las respuestas ante las situaciones o los contextos motivacionales favorables; (3) cognitivos, desde la atención hasta el lenguaje; (4) de procesos sociales, aquellos que median las respuestas en los escenarios interpersonales, incluyendo la percepción y la interpretación de las acciones de otros; (5) de excitación/regulación, responsables de activar los sistemas neuronales en adecuación a los diversos contextos, así como de proporcionar regulación homeostática a los sistemas, como es el equilibrio de la energía; y (6) sensoriomotores, responsables de la ejecución y control de las conductas motoras, y de su refinamiento mediante el aprendizaje y el desarrollo. Aprovechando el conocimiento actual en neurociencia y ciencia conductual, el proyecto RDoC ofrece la posibilidad de replantear la psicopatología desde la perspectiva dimensional. Asimismo, propone la necesidad de investigar a mayor detalle su relación con la psicopatología.

Aunque actualmente el alcance del proyecto RDoC se limita a la investigación financiada por el NIMH (s.f.), se espera que su influencia repercuta también en la evaluación de la psicopatología, su tratamiento

y su prevención. Apertura hacia una explicación más amplia de la psicopatología que permite definir con mayor exactitud al tratamiento transdiagnóstico, entendiéndolo como aquél dirigido a los mecanismos y procesos biológicos y conductuales que explican las manifestaciones psicopatológicas, independientemente de las CD. De acuerdo con Cuthbert (2014), una meta importante de dicho proyecto es impulsar la investigación para validar las dimensiones neurobiológicas y comportamentales para el trabajo clínico, e informar sobre la manera en que se puede concebir e implementar este enfoque en las prácticas evaluativas futuras.

Afecto negativo y disregulación emocional: Dimensiones medulares que subyacen a los problemas alimentarios

En una revisión de la literatura, Wildes y Marcus (2013) han propuesto el estudio de diversos grupos de modelos cuyas líneas de investigación se perciben prometedoras desde la perspectiva dimensional de la psicopatología alimentaria. En el primer grupo de modelos se describen las principales dimensiones de los problemas alimentarios: la insatisfacción corporal, el deseo de adelgazar, la preocupación por el peso y la figura, etc. El segundo grupo incluye algunos conglomerados de síntomas en los que se han agrupado, de forma libre, las personas con psicopatología alimentaria, entre los que destaca uno al que se le ha llamado *dieta-afecto negativo*, que engloba individuos con indicadores de dieta restrictiva y altos niveles de afecto negativo. Un tercer conjunto de modelos es el que conceptúa las manifestaciones de la conducta alimentaria como consecuencia de disfunciones neurobiológicas, tales como los daños en los sistemas neurológicos responsables de la regulación de las emociones, o las alteraciones en la corteza cingulada anterior y en los neurotransmisores que provocan la impulsividad y la compulsión.

Dichos grupos de modelos se fundamentan en estudios que han coincidido en plantear la superioridad de la perspectiva dimensional sobre la categorial (Forbush et al., 2018; Glazer et al., 2019; Wildes y Marcus, 2013). En trabajos más recientes se ha confirmado que los síntomas de la psicopatología alimentaria pueden agruparse en una dimensión de orden superior,

llamada problemas interiorizados, en interacción con un conjunto de síntomas característicos de la depresión y la ansiedad (Forbush, Hagan, Kite et al., 2017; Mitchell, Wolf, Reardon y Miller, 2014). Dimensión en la que están implicados dos mecanismos psicológicos ampliamente estudiados: el afecto negativo y la desregulación emocional. Estos dos mecanismos básicos presentan una similitud sustancial con el constructo que Fairburn et al. (2003) llamaron *intolerancia al estado de ánimo*, el cual definieron como la incapacidad para afrontar apropiadamente algunos estados emocionales, y principalmente los negativos.

Aunque Fairburn et al. (2003) no lo mencionan explícitamente en su teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, la intolerancia al estado de ánimo representaría una forma de desregulación ante estados emocionales negativos. Diversos estudios han demostrado que tanto el afecto negativo como la desregulación emocional son responsables del desarrollo y mantenimiento de una gran variedad de disfunciones psicológicas (Barlow et al., 2011; Bullis et al., 2015; Donahue, Goranson, McClure y Van Male, 2014; Fowler et al., 2016; Neacsiu et al., 2014). Por tanto, no extraña la existencia de un importante esfuerzo investigativo que ha implicado como predictores de la psicopatología alimentaria tanto al afecto negativo (Berg et al., 2015; Forbush, Hagan, Salk y Wildes, 2017; Holmes, Fuller-Tyszkiewicz, Skouteris y Broadbent, 2014; Ivanova et al., 2015; Lavender et al., 2016) como a la desregulación emocional (Brockmeyer et al., 2014; Douglas y Varnado-Sullivan, 2016; Lavender et al., 2015; Moulton et al., 2015; Racine y Wildes, 2015; Ruscitti, Rufino, Goodwin y Wagner, 2016), conceptualizada esta última como una deficiencia en la regulación de las emociones (Shedler y Westen, 2004). El afecto negativo (estados generales de desagrado) y el afecto positivo (estados emocionales de placer y bienestar) son los mecanismos esenciales del afecto medular que, de acuerdo con Barrett (2015), es la dimensión que desempeña el papel más importante en la formación de las emociones. El afecto negativo está presente en muchas de las experiencias cotidianas de una persona, y únicamente le representa un problema si ésta no sabe cómo regularlo. Las estrategias adaptativas para regular las emociones permiten la reducción y el manejo adecuado del afecto negativo

(Barlow et al., 2011; Bullis et al., 2015; Sauer-Zavala et al., 2012).

Ambos mecanismos han recibido especial atención indagatoria en el espectro de los problemas afectivos, hallándose que precisamente la desregulación emocional actúa como factor mediador en la relación entre el afecto negativo y los síntomas interiorizados (Tortella-Feliu, Balle y Sesé, 2010). El reconocimiento de que el afecto negativo y la desregulación emocional subyacen a diversos conglomerados de manifestaciones psicopatológicas, como los síntomas de depresión y de ansiedad o los problemas de personalidad (Barlow et al., 2011; Bullis et al., 2015; Donahue et al., 2014; Fowler et al., 2016; Neacsiu et al., 2014), deja al descubierto la relevancia de indagar sobre su posible papel medular en el estudio de la psicopatología alimentaria.

Un estudio previo del equipo de investigación que aquí suscribe (Contreras, 2017), mediante modelado estructural, reveló que la desregulación emocional actúa como factor mediador entre el afecto negativo y los síntomas tanto de dieta restrictiva como de atracones. Este hallazgo se observó en 530 preadolescentes de 9 a 12 años de edad (234 mujeres y 296 hombres), y en 1593 adolescentes de 13 a 18 años (834 mujeres y 759 hombres), provenientes del Valle de México, lo cual motiva a profundizar en esta línea de investigación, debido a que se trata de poblaciones en las que la expresión de los síntomas es aún leve. En el caso de los adultos, hay estudios transversales y longitudinales que apoyan la hipótesis del papel transdiagnóstico del afecto negativo y la desregulación emocional dentro la psicopatología alimentaria (Bodel et al., 2019; Mañlorquí-Bagué et al., 2016).

Conclusión

El debate acerca de qué enfoque es mejor para el estudio de la psicopatología, si el categorial o el dimensional, podría cesar fácilmente si se reconociera la trascendencia de la advertencia de Lavender et al. (2013) sobre la necesidad de que cualquier clasificación o paradigma que se utilice cumpla con la condición imprescindible de contar con un respaldo empírico sólido. Sin embargo, será difícil revertir

intereses económicos y prácticas muy arraigadas que han permanecido refractarias a la evidencia ofrecida desde diversas líneas de investigación. Prescindir de las CD y abordar la psicopatología alimentaria desde una perspectiva dimensional supondría una contribución importante al estudio de los problemas alimentarios, cuya explicación se encuentra aún bajo el dominio del modelo categorial.

La posible confirmación del papel medular, no solo del afecto negativo y de la regulación emocional, sino de otros mecanismos básicos en la psicopatología alimentaria, abrirá nuevos derroteros para la investigación sobre su prevención y tratamiento. En la medida que esta hipótesis adquiera solidez, será necesario diseñar algoritmos para la planeación de tratamientos transdiagnósticos dirigidos a dichos mecanismos y someter a prueba su eficacia mediante ensayos clínicos aleatorizados.

Referencias

- Agras, W. S., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Wilfley, D. E. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.004>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 261-277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H. y Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 720-732. <https://doi.org/10.1037/a0034004>
- Amaya, A., Alvarez, G. y Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 76-89.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª. ed., texto rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. et al. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barrett, L. F. (2015). Ten common misconceptions about the psychological construction theories of emotion. En L. F. Barrett y J. A. Russell (Eds.), *The psychological construction of emotion* (pp. 45-79). Nueva York: Guilford Press.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A. et al. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 641-653. <https://doi.org/10.1002/eat.22401>
- Bodel, L. P., Pearson, C. M., Smith, K. E., Cao, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B. et al. (2019). Longitudinal associations between emotion regulation skills, negative affect, and eating disorder symptoms in a clinical sample of individuals with binge eating. *Eating Behaviors*, 32, 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.005>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. et al. (2015). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Brownstone, L. M., Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Printz, K. S., Le Grange, D., Mitchell, J. E. et al. (2013). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 66-76. <https://doi.org/10.1002/eat.22066>
- Bryant-Waugh, R. y Nicholls, D. (2011). Diagnosis and classification of disordered eating in childhood. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 107-125). Nueva York: Guilford Press.

- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39, 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L. y Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>
- Campbell, K. y Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134, 582-592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C. et al. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 270-279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7. <https://doi.org/10.2307/1129830>
- Contreras, J. A. (2017). ¿La desregulación emocional media entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en preadolescentes y adolescentes? [Tesis doctoral]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://132.248.9.195/ptd2017/agosto/407522321/Index.html>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. Á. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13, 28-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Cuthbert, B. N. e Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zanetti, M. A. y Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.003>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A. y Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51, 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M. y Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>
- Donahue, J. J., Goranson, A. C., McClure, K. S. y Van Male, L. M. (2014). Emotion dysregulation, negative affect, and aggression: A moderated, multiple mediator analysis. *Personality and Individual Differences*, 70, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.009>
- Douglas, V. y Varnado-Sullivan, P. (2016). Weight stigmatization, internalization, and eating disorder symptoms: The role of emotion dysregulation. *Stigma and Health*, 1, 166-175. <https://doi.org/10.1037/sah0000029>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Eddy, K. T., Le Grange, D., Crosby, R. D., Rienecke H., R., Doyle, A. C., Smyth, A. et al. (2010). Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents: How does DSM-IV-TR compare to empirically-derived categories? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.10.012>
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R. et al. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A. y Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-1715. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M. et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L. y Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive

- behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pitsesky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, C. E. et al. (2014). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms, and self-esteem among treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22, 230-236. <https://doi.org/10.1002/erv.2297>
- Forbush, K. T., Chen, P. Y., Haga, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R. et al. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 710-721. <https://doi.org/10.1002/eat.22891>
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K. y Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 40-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Salk, R. H. y Wildes, J. E. (2017). Concurrent and prognostic utility of subtyping anorexia nervosa along dietary and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 228-237. <https://doi.org/10.1037/ccp0000164>
- Forbush, K. T., Siew, C. S. Q. y Vitevitch, M. S. (2016). Application of network analysis to identify interactive systems of eating disorder psychopathology. *Psychological Medicine*, 46, 2667-2677. <https://doi.org/10.1017/S003329171600012X>
- Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M. y Frueh, B. C. (2016). Emotion dysregulation as a cross-cutting target for inpatient psychiatric intervention. *Journal of Affective Disorders*, 206, 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.043>
- Glazer, K. B., Sonnevile, K. R., Micali, N., Swanson, S. A., Crosby, R., Horton, N. J. et al. (2019). The course of eating disorders involving bingeing and purging among adolescent girls: Prevalence, stability, and transitions. *Journal of Adolescent Health*, 64, 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.023>
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda G., Platas, S. R. et al. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 68-78. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2013.2.246>
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000100008>
- Goossens, L., Braet, C. y Decaluwé, V. (2007). Loss of control over eating in obese youngsters. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.006>
- Gottlieb, G. (1991). Experiential canalization of behavioral development: Theory. *Developmental Psychology*, 27, 4-13. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.1.4>
- Hernández-Guzmán, L. (2012). Los tratamientos cognitivo conductuales de cara al DSM-V. En J. A. Obst (Ed.), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 153-167). Buenos Aires: Catrec.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 111-120.
- Hoiles, K. J., Egan, S. J. y Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13, 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.007>
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H. y Broadbent, J. (2014). Tests of an extension of the dual pathway model of bulimic symptoms to the state-based level. *Eating Behaviors*, 15, 280-285. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.011>
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D. et al. (2015). Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: A test of the interpersonal model. *European Eating Disorders Review*, 23, 133-138. <https://doi.org/10.1002/erv.2344>
- Jablensky, A. (2012). The disease entity in psychiatry: Fact or fiction? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 255-264. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000339>
- Keel, P. K., Crosby, R. D., Hildebrandt, T. B., Haedt-Matt, A. A. y Gravener, J. A. (2013). Evaluating new severity dimensions in the DSM-5 for bulimic syndromes using mixture modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 108-118. <https://doi.org/10.1002/eat.22050>

- Kelly-Weeder, S., Willis, D. G., Mata, L., Sacco, B. y Wolfe, B. E. (2019). Binge eating and loss control in college-age women. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, e-pub. <https://doi.org/10.1177/1078390319829814>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. et al. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F., Watson, D. y Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.491>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D. y Zald, D. H. (2017). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143, 142-186. <https://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 99-107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Lavender, J. M., Crosby, R. D. y Wonderlich, S. A. (2013). Dimensions in the eating disorders: Past, present, and future. Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 404-407. <https://doi.org/10.1002/eat.22121>
- Lavender, J. M., Utzinger, L. M., Gao, L., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E. et al. (2016). Reciprocal associations between negative affect, binge eating, and purging in the natural environment in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 381-386. <https://doi.org/10.1037/abn0000135>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lee, S., Lee, A. M., Ngai, E., Lee, D. T. S. y Wing, Y. K. (2001). Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 224-229. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2<224::AID-EAT1012>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<224::AID-EAT1012>3.0.CO;2-R)
- Leve, L. D., y Cicchetti, D. (2016). Longitudinal transactional models of development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 28, 621-622. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000201>
- Linardon, J. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: Implications for mechanisms of therapeutic change. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 107-125. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1427785>
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R. et al. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26, 53-61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X. et al. (2010). Influencias socio-culturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 36-47. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2010.1.5>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mayes, R. y Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Melioli, T., Bauer, S., Franko, D. L., Moessner, M., Ozer, F., Chabrol, H. et al. (2016). Reducing eating disorder symptoms and risk factors using the internet: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 19-31. <https://doi.org/10.1002/eat.22477>
- Mitchell, K. S., Wolf, E. J., Reardon, A. F. y Miller, M. W. (2014). Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 860-869. <https://doi.org/10.1002/eat.22300>
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. y Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
- Nakai, Y., Nin, K., Teramukai, S., Taniguchi, A., Fukushima, M. y Wonderlich, S. A. (2013). Comparison of DSM-IV diagnostic criteria versus the broad categories for the diagnosis of eating disorders scheme in a Japanese sample. *Eating Behaviors*, 14, 330-335. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.002>
- National Institute of Mental Health. (s.f.). *Research Domain Criteria (RDoC)*. Disponible en <https://www.nimh.nih.gov>

- gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/index.shtml
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T. y Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Clasificación internacional de las enfermedades* (6a. ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. et al. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109-116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>
- Racine, S. E. y Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 55-58. <https://doi.org/10.1002/eat.22364>
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N. y Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0037-1>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>
- Shedler, J. y Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1743>
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). 'What's up, (R)DoC?': Can identifying core dimensions of early functioning help us understand, and then reduce, developmental risk for mental disorders? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 849-851. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12293>
- Stice, E., Marti, C. N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445-457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Tabri, N., Murray, H. B., Thomas, J. J., Franko, D. L., Herzog, D. B. y Eddy, K. T. (2015). Overvaluation of body shape/weight and engagement in non-compensatory weight-control behaviors in eating disorders: Is there a reciprocal relationship? *Psychological Medicine*, 45, 2951-2958. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000896>
- Thomas, J. J., Eddy, K. T., Murray, H. B., Tromp, M. D. P., Hartmann, A. S., Stone, M. T. et al. (2015). The impact of revised DSM-5 criteria on the relative distribution and inter-rater reliability of eating disorder diagnoses in a residential treatment setting. *Psychiatry Research*, 229, 517-523. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.017>
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M. et al. (2016). Focused vs. broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 36-49. <https://doi.org/10.1002/eat.22468>
- Tortella-Feliu, M., Balle, M. y Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 686-693. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.012>
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2015.2.354>
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Wildes, J. E. y Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 396-403. <https://doi.org/10.1002/eat.22091>