

Eva Saldaña¹
Yolanda Quiles²
Nuria Martín¹
M^a del Pilar Salorio¹

La ira como factor comórbido a los problemas interpersonales y de desajuste emocional en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria

¹Hospital Reina Sofía de Murcia

²Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante

Los objetivos de este trabajo fueron analizar el nivel general de ira que presentan las pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en relación a un grupo normativo; analizar las diferencias en el control de la ira en función del diagnóstico; explorar la relación entre las dimensiones de la ira y escalas específicas del EDI-3 (desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo); y con el Índice de Masa Corporal (IMC).

Metodología. Participaron 58 mujeres diagnosticadas de un TCA, que eran atendidas en régimen de hospitalización en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. La edad media fue de 25,68 años ($dt=7,00$). Un 27,58% estaban diagnosticadas de ANR; un 15,51% de ANP. Un 41,37% de BN, y el 15,51% restante de un TCANE. Para la evaluación del TCA se empleó el Inventario EDI-3 y para el estudio de la ira se aplicó el Inventario STAXI-2.

Resultados. Los análisis mostraron que los niveles generales de ira de estas pacientes eran más elevados que los de la población normativa con la que se comparó. Las pacientes diagnosticadas de ANR presentaban puntuaciones significativamente superiores que las pacientes diagnosticadas de BN en la escala control interno de la ira. Las escalas desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo presentaron correlaciones significativas con diferentes dimensiones de la ira. No se encontró una relación significativa entre IMC e ira.

Conclusiones. Estos resultados manifiestan la importancia de incluir en cualquier abordaje terapéutico de los TCA el manejo de la ira.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), Ira, Desajuste emocional, Déficit interpersonal, Baja autoestima, Ascetismo

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(5):228-33

Correspondencia:

Yolanda Quiles Marcos
Dpto. Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)

Anger as comorbid factor for interpersonal problems and emotional dysregulation in patients with eating disorders

This work was undertaken to analyze general levels of anger in patients with eating disorders (ED) compared to a normative group, diagnosis-dependent differences in expressing anger, and the relation between anger dimensions and specific items of the *Eating Disorder Inventory*, third revision (EDI-3) (emotional dysregulation, interpersonal deficit, low self-esteem, and asceticism) and body mass index (BMI).

Methods. The study participants were 58 women with a diagnosis of ED hospitalized at the Reina Sofía General University Hospital in Murcia. The women had a mean age of 25.68 ($SD=7.00$) years. The distribution of ED diagnoses was 27.58% anorexia nervosa with food restriction (AN-R), 15.51% anorexia nervosa with purging (AN-P), 41.37% bulimia nervosa (BN), and 15.51% eating disorder not otherwise specified (EDNOS). ED was evaluated using the EDI-3 and anger was assessed with the *State-Trait Anxiety Inventory-2* (STAXI-2).

Results. The general anger levels of the patients with ED were higher than those of the normative group compared. Patients diagnosed of AN-R had significantly higher scores than patients diagnosed of BN on the internal control of anger scale. The emotional dysregulation, interpersonal deficit, low self-esteem, and asceticism scales correlated significantly with different anger dimensions. No significant relation was found between body mass index (BMI) and anger.

Conclusions. These results show the importance of including anger management in any therapeutic approach to EDs.

Keywords: Eating disorders (ED), Anger, Emotional dysregulation, Interpersonal deficit, Low self-esteem, Asceticism

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están compuestos por un conjunto de cuadros sintomáticos entre los que podemos diferenciar según el manual diagnóstico DSM-IV-TR la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el TCA no especificado (TCANE). Estas alteraciones de la alimentación se caracterizan por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, en el caso de la AN; y por la existencia de episodios de voracidad recurrente seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como el vómito o el uso de laxantes, en el caso de la BN. Ambos trastornos comparten la alteración de la percepción de la forma y peso corporales. En los TCANE se incluyen aquellos cuadros clínicos similares a la anorexia y la bulimia, pero donde falta algún criterio para poder considerar el síndrome como completo.

Estos trastornos presentan una elevada comorbilidad, lo cual dificulta aún más su recuperación, pues junto a estas alteraciones de la alimentación se desarrollan otros problemas psicológicos, físicos y sociales. Entre ellos podemos señalar la elevada comorbilidad de los TCA con el consumo de alcohol, abuso de drogas, intentos de suicidio, así como con trastornos de la personalidad^{1,2}. Diversos autores señalan que los pacientes diagnosticados de un TCA presentan una baja autoestima acompañada de una sensación de inutilidad y sentimientos de minusvalía e inseguridad que dificultan su adaptación y el manejo de las relaciones con los otros, además de severos déficits de autonomía e iniciativa³⁻⁵. Presentan en su mayoría síntomas de alexitimia, pudiendo influir la misma en la gravedad del cuadro sintomatológico⁶. También muestran grandes déficits en conducta asertiva lo que dificulta sus relaciones de pareja, familiares, sociales y laborales⁷, así como las dificultades para percibir apoyo social⁸. Estas dificultades y el grave desajuste emocional e interpersonal que presentan pueden desembocar en explosiones de ira contra los otros o contra ellas mismas⁹.

Los estudios que tratan de analizar el modo de expresión de ira en las pacientes con un TCA presentan resultados que suelen apuntar hacia una diferenciación clara entre los pacientes con AN tipo Restrictivo, las cuales suelen expresar la ira interiorizándola, es decir, poniendo el foco de la misma en ellas mismas¹⁰; mientras que las pacientes con AN tipo Purgativo y BN suelen expresar sus sentimientos de ira hacia el exterior por medio de los atracones y provocación recurrente del vómito¹¹⁻¹³. Una excepción a estos resultados la encontramos en el estudio de Fassino, Abbate, Pireo, Leombruni y Giacomo (2001)¹⁴, en que se analizaron las diferencias en estos grupos de pacientes en cuanto a la expresión de ira, variables de personalidad y diagnóstico de TCA. Los resultados mostraron que mientras que las pacientes diagnosticadas de BN presentaban altas puntuaciones en el rasgo de ira, evaluado mediante el STAXI-II; las pacientes con AN (tanto Restrictivas como Purgativas) no mostraban

unos índices mayores que el grupo control. No obstante, para explicar estos resultados los propios autores señalaron que este hallazgo podría deberse a que el grupo de pacientes con AN podían expresar su ira dando respuestas contradictorias en los cuestionarios. Otro resultado interesante es el aportado en el estudio de Harrison, Genders, Davies, Treasure y Tchanturia (2010)¹⁵ en el cual se correlacionó el Índice de Masa Corporal (IMC) con la expresión de la ira, indicando que mantiene una relación positiva con la expresión externa (dirigida a los otros) y negativa con la expresión interna (dirigida a sí mismas). La expresión interna de la ira ha sido relacionada en la literatura con el ascetismo, asociado con aspectos más espirituales y de autosacrificio. En el estudio de Fassino et al.¹⁶ (2006) el ascetismo presentó relaciones significativas con los niveles de ira, agresividad, impulsos autodestructivos, mayor frecuencia de conductas purgativas, así como otras facetas de personalidad como perfeccionismo y miedo a la madurez.

La revisión de la literatura pone de manifiesto la necesidad de realizar más estudios con el fin de aclarar el papel de la ira en estos trastornos para poder diseñar intervenciones eficaces en el abordaje de estos problemas. Por ello los objetivos de este trabajo fueron: a) analizar el nivel general de ira que presentan dichas pacientes en relación a un grupo normativo; b) analizar las diferencias en el control de la ira en función del diagnóstico; c) explorar la relación entre las dimensiones de la ira y las escalas específicas del EDI-3 (desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo); d) por último, estudiar la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las dimensiones de ira.

Las hipótesis de nuestro trabajo fueron:

- Si la ira es una característica de los TCA, entonces las pacientes presentarán puntuaciones superiores en las diferentes dimensiones de la ira en relación al grupo normativo con el que se las compara.
- Si la ira es diferente en función del diagnóstico de TCA entonces las pacientes con ANR presentaran puntuaciones medias significativamente superiores en el control interno de la ira que las pacientes con BN.
- Si el deterioro físico de las pacientes se relaciona con el nivel de ira experimentado, entonces el IMC presentará relaciones negativas significativas con las dimensiones de la ira.

METODOLOGÍA

Participantes

En el presente estudio participaron 58 mujeres diagnosticadas de TCA durante su hospitalización en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital General Universitario

Reina Sofía de Murcia. El rango de edad osciló entre los 18 y los 42 años ($M=25,68$; $dt=7,00$), la edad de inicio del problema osciló entre los 12 y los 24 años ($M=15,81$; $dt=2,21$). Un 27,58% estaban diagnosticadas de ANR; un 15,51% recibieron el diagnóstico de ANP. Un 41,37% fueron diagnosticadas de BN, y el 15,51% restante fueron diagnosticadas de un TCANE.

La duración del problema oscilaba entre aquellas que tan sólo presentaban el trastorno desde hacía un año, hasta aquellas cuya evolución se remontaba a 28 años, la duración media era de 9,86 años ($dt=6,92$).

Respecto al IMC, un 36,20% de las pacientes presentaba desnutrición severa, un 20,68% desnutrición grave, un 25,86% desnutrición moderada y un 17,24% tenían un IMC normal.

En cuanto a las características sociodemográficas, y respecto al "nivel educativo" el 17,24% ($N=10$) tenía estudios de ESO, el 50% ($N=29$) había estudiado Bachillerato, el 29,31% ($N=17$) poseía estudios universitarios, y un 3,44% ($N=2$) formación profesional. En cuanto a la situación socio-laboral, un 25,86% ($N=15$) trabajaba, un 31,03% ($N=18$) se encontraban en situación de desempleo, un 39,65% ($N=23$) estudiaba en el momento del ingreso, mientras que tan solo un 3,44% ($N=2$) se encontraban en otra situación.

Instrumentos

Estado y Rasgo de Ira: para valorar la expresión de la ira aplicamos el STAXI-II, *Inventario de Expresión de Ira*, versión española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberg (2001)¹⁶. Este autoinforme evalúa los distintos componentes de la Ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como estado y rasgo. Se compone 49 ítems, divididos en 6 escalas (estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de la ira, expresión interna de la ira, control externo de la ira y control interno de la ira) y 5 subescalas (sentimientos, expresión física, expresión verbal, temperamento de ira, y reacción de ira). Estas subescalas están divididas conformando, las tres primeras la escala *estado de ira* y las dos restantes la escala *rasgo de ira*.

Los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas son aceptables, oscilando entre 0,67 y 0,89.

Trastorno de la conducta alimentaria y variables relacionadas: para la valoración del tipo de TCA que presentaba cada paciente se utilizó el inventario EDI-3¹⁷. Esta prueba está compuesta por 91 ítems, agrupados en tres escalas de riesgo específicas de los TCA (*Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal*) y nueve escalas psicológicas generales. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste

psicológico general). De acuerdo con los objetivos de este trabajo, se han utilizado las escalas *desconfianza interpersonal, desajuste emocional, baja autoestima y ascetismo*. Este instrumento presenta elevados índices de consistencia interna oscilando entre 0,75 y 0,95.

Procedimiento

Se contactó con los responsables de la Unidad de TCA del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y se les explicaron los objetivos de la investigación. En el estudio participaron las pacientes que recibían tratamiento en régimen de ingreso hospitalario en la Unidad de TCA, mujeres, mayores de 18 años y diagnosticadas de un TCA. Se excluyó a los varones, menores de edad, pacientes con trastorno de personalidad grave, aquellos pacientes con sintomatología orgánica y aquellos que no cumplieran criterios de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.

Se solicitó consentimiento informado antes de ser evaluadas, esta evaluación se realizó durante su ingreso hospitalario por profesionales cualificados.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 19). Se realizaron análisis descriptivos de las variables de estudio. Para el estudio de las diferencias en ira en función del diagnóstico se empleó como prueba no paramétrica el estadístico Kruskal-Wallis. Para el análisis de las correlaciones entre las variables se utilizó el índice de correlación de Spearman.

RESULTADOS

Descripción de la ira y diferencias en función del diagnóstico

Cuando se compararon las puntuaciones del grupo de pacientes con los baremos de población normal que proporciona el cuestionario, observamos que las pacientes obtuvieron puntuaciones más elevadas en las dimensiones *temperamento de ira* ($M=11,50$; $dt=4,13$), en *reacción de ira* ($M=13,98$; $dt=4,63$), en *expresión externa de la ira* ($M=13,36$; $dt=4,36$) y en *expresión interna de la ira* ($M=14,60$; $dt=4,30$).

Las escalas *control externo de la ira* ($M=13,65$; $dt=4,66$) y *control interno de la ira* ($M=11,89$; $dt=4,68$) presentaron puntuaciones por debajo de los valores medios de la población normativa.

En cuanto al *estado de ira*, tanto en esta dimensión, como en las otras subescalas que lo componen, el grupo

Tabla 1 Descripción de la ira en el grupo total de pacientes y datos normativos

	Media Pacientes	Rango	Desviación Típica Pacientes	Media Población Normativa	Desviación Típica Población Normativa
Temperamento	11,50	0-19	4,13	9,11	2,95
Reacción	13,98	0-22	4,63	12,84	3,28
Expresión externa	13,36	0-21	4,36	12,67	3,34
Expresión interna	14,60	0-24	4,30	12,30	3,71
Control externo de ira	13,65	0-24	4,66	14,69	4,52
Control interno de ira	11,89	0-24	4,68	13,29	4,22
Estado de ira	3,01	0-4	0,88	18,12	5,00
Sentimiento de ira	3,12	0-4	0,88	6,67	2,68
Expresión física	3,39	0-4	0,95	5,26	0,93
Expresión verbal	3,10	0-4	0,91	6,20	2,08

de pacientes obtuvo puntuaciones inferiores a la población normativa con la que se les comparó (ver tabla 1).

Respecto a las diferencias en función del diagnóstico en las distintas subescalas de la ira, sólo se encontraron diferencias significativas en la escala de *control interno de la ira*, en la que los pacientes con ANR ($M=14,56$; $dt=3,93$) presentaron puntuaciones medias superiores a los pacientes con BN ($M=10,58$; $dt=4,53$) ($k=0,027$; $p<0,05$). No se observaron diferencias entre los demás diagnósticos.

Relación entre las variables

Se analizó la relación entre las escalas del cuestionario de ira y las escalas de baja autoestima, desajuste emocional, déficit interpersonal y ascetismo del EDI-3. EL *desajuste emocional* presentó relaciones con casi todas las dimensiones de la ira. Las correlaciones más elevadas se obtuvieron con las escalas *temperamento de ira* ($r=0,492$; $p<0,01$), *expresión externa de la ira* ($r=0,459$; $p<0,01$), *expresión interna de la ira* ($r=0,281$; $p<0,05$), *control externo de la ira* ($r=-0,356$; $p<0,01$), *estado de ira* ($r=-0,409$; $p<0,01$), *sentimiento de ira* ($r=-0,344$; $p<0,01$), *expresión física de la ira* ($r=-0,336$; $p<0,05$) y *expresión verbal* ($r=-0,452$; $p<0,01$).

La *desconfianza interpersonal* también se relacionó con diferentes dimensiones de la ira. Las correlaciones más elevadas las presentó con las dimensiones *expresión externa de la ira* ($r=0,342$; $p<0,05$), *expresión interna de la ira* ($r=0,342$; $p<0,01$), *control externo de la ira* ($r=-0,464$; $p<0,01$), *estado de ira* ($r=-0,313$; $p<0,05$), *expresión física de la ira* ($r=-0,314$; $p<0,05$) y *expresión verbal de la ira* ($r=-0,429$; $p<0,01$).

La escala *ascetismo* se relacionó con diferentes dimensiones de la ira, siendo las más elevadas las correlaciones con las escalas *temperamento de ira* ($r=0,365$; $p<0,01$), *expresión*

externa de la ira ($r=0,407$; $p<0,01$), *expresión interna de la ira* ($r=0,439$; $p<0,01$) y *expresión verbal de la ira* ($r=-0,302$; $p<0,05$).

La escala *baja autoestima* también se relacionó con diferentes dimensiones de la ira, siendo las correlaciones más elevadas las mostradas con las escalas *temperamento de ira* ($r=0,369$; $p<0,01$) y *expresión interna de la ira* ($r=0,421$; $p<0,01$).

En la tabla 2 se presentan los índices de correlación obtenidos entre las escalas del EDI-3 y el STAXI-II.

Relación IMC y niveles de ira

En cuanto a la relación entre el IMC y el nivel de ira no se encontraron correlaciones significativas (ver tabla 2).

DISCUSION

El presente estudio trata de dar respuesta a una serie de interrogantes planteados tras la revisión de la literatura que estudia la relación entre los TCA y rasgos emocionales, principalmente la ira. Para ello se analizó el nivel general de ira que presentan dichas pacientes en relación a un grupo normativo, y se esperaba encontrar que las pacientes presentaran puntuaciones superiores en las diferentes dimensiones de la ira en relación al grupo normativo con el que se las comparaba. Esta hipótesis quedó confirmada para las subescalas que conforman el constructo *rasgo de ira* (temperamento y reacción), así como para las escalas de expresión interna y expresión externa de la ira. Las escalas de control de la ira, tanto interna como externa se situaron por debajo de la media poblacional. Este hecho podría explicarse se tienen en cuenta los resultados de los estudios

Tabla 2 Correlaciones entre escalas STAXI-2 y EDI-3

	Autoestima	Desconfianza interpersonal	Desajuste emocional	Ascetismo
Temperamento de ira	0,369**	0,256	0,492**	0,365**
Reacción de ira	0,227	0,106	0,186	0,266*
Expresión externa de ira	0,294*	0,331*	0,459**	0,407**
Expresión interna de ira	0,421**	0,342**	0,281*	0,439**
Control externo de ira	-0,215	-0,464**	-0,356**	-0,292*
Control interno de ira	-0,250	-0,294*	-0,152	-0,172
Estado de ira	-0,224	-0,313*	-0,409**	-0,190
Sentimiento de ira	-0,220	-0,233	-0,344**	-0,166
Expresión física de ira	-0,263*	-0,314*	-0,336*	-0,191
Expresión verbal	-0,288*	-0,429**	-0,452**	-0,302*
IMC	0,167	0,051	0,184	0,085

*p<0,05 **p<0,01

que muestran que estas pacientes presentan ataques de ira frecuentes debido a su escaso autocontrol⁹. Por el contrario la escala general de *estado de ira*, así como las subescalas que la componen (sentimiento, expresión física y expresión verbal) se situaron por debajo de los de los valores medios poblacionales. Este resultado, si bien podría ser explicado por la situación de hospitalización en la que se realizó la evaluación, la cual podría disminuir los niveles de estado de ira debido a la medicación, el control de las rutinas diarias o las relaciones interpersonales reducidas en estos contextos¹⁹.

Posteriormente se analizaron las diferencias en la expresión de la ira en función del diagnóstico. Los resultados permitieron confirmar nuestra segunda hipótesis, ya que las pacientes con ANR presentaron mayores puntuaciones que las pacientes con BN en la dimensión control interno de la ira. Este dato concuerda con la literatura revisada^{10,13}. Este hecho es relevante de cara a la planificación del posible tratamiento, pues un mal manejo de la ira, dirigiéndola hacia sí mismas da lugar a conductas autolesivas que pueden dificultar aun más la recuperación del trastorno²⁰.

Además se estudió la relación entre las dimensiones de la ira y las escalas específicas del EDI-3 con las que se esperaba que mantuviese relación en base a la literatura revisada. Estas subescalas fueron desconfianza interpersonal, desajuste emocional, ascetismo y autoestima. Los resultados mostraron que todas las escalas presentaban correlaciones significativas con diferentes dimensiones de la ira. Así, la *desconfianza interpersonal* presentó relación con siete dimensiones de la ira. Las dificultades interpersonales pueden llevar a estas pacientes a un aislamiento que dificulta la búsqueda de ayuda y favorece la cronificación del trastorno. Además este hecho puede estar relacionado con el *desajuste*

emocional. Esta escala presentó relaciones positivas con las dimensiones temperamento de ira y con la expresión interna y externa de ira; y negativas con las dimensiones control externo de la ira, estado de ira, sentimiento de ira y expresión física y verbal de ira. Diversos autores han señalado que este desajuste puede desembocar en sentimientos de inutilidad, alexitimia e incluso depresión.

La *baja autoestima* también presentó relaciones significativas positivas con temperamento de ira y expresión interna y la externa de ira; y negativas con la expresión física y verbal de la ira. Considerando estos resultados, un posible aspecto a seguir investigando podría ser si la mejora en los niveles de ira produce incrementos en la autoestima de los pacientes diagnosticados de TCA, pudiendo dar un giro a los planteamientos de tratamiento aplicados hasta el momento actual.

La escala de *ascetismo* presentó relaciones positivas con temperamento de ira, reacción de ira y la expresión externa e interna de la ira; y negativas con control externo de ira y la expresión verbal de ira, las mismas que encontramos recogidas en la literatura^{16,21}. El estudio de este constructo podría ayudar a dirigir el tratamiento hacia el control de estas creencias de pureza y virtuosidad, tratando de disminuir la frecuencia de conductas purgativas, pues se ha demostrado que altas puntuaciones en esta escala y su asociación con la ira mantiene relaciones negativas con una mejora de la patología tras seis meses de tratamiento multimodal²².

Por último, se exploró la relación entre el IMC y los niveles de ira alcanzados, sin embargo los resultados no permitieron confirmar nuestra tercera hipótesis en la que se esperaba encontrar que el IMC presentara relaciones negativas significativas con la ira. Estos resultados no están en la línea

de la literatura previa que señala que un menor IMC mantiene una relación positiva con la expresión externa (dirigida a los otros) y negativa con la expresión interna (dirigida a sí mismas)¹⁵. Tampoco apoya las hipótesis biologicistas que señalan que un bajo IMC puede provocar daños a nivel cerebral, específicamente, una hipoperfusión prefrontal medial, lo cual lleva a una menor flexibilidad cognitiva, impulsividad, ira, dificultad en la resolución de problemas, perseveración y dificultad para el cambio de criterio²³.

Los resultados de este trabajo aportan evidencia en torno a las dificultades que presentan estas pacientes en el manejo de la ira. Apoya la necesidad de incluir en el tratamiento de estas pacientes el abordaje de la ira, no sólo desde un punto de vista farmacológico, como se ha venido realizando hasta la fecha, sino también incluyendo el trabajo con otras facetas psicológicas como el desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo. Este abordaje podría realizarse con técnicas clásicas de respiración y relajación, detención de pensamiento, tiempo fuera o ensayo mental de situaciones disparadoras de la ira; así como con nuevas técnicas de terapia centrada en la emoción y en las soluciones.

A la hora de interpretar estos resultados debemos tener en cuenta que el estudio presenta una serie de *limitaciones*, como son el tratarse de un estudio de diseño transversal en el que se han tomado medidas de la variable ira en una sola ocasión, sin tener en cuenta la posible evolución que pueden presentar las pacientes con el paso del tratamiento y no permite establecer relaciones causales. Por ello se propone el diseño de estudios longitudinales que permitan conocer la evolución de las dimensiones de la ira en estos pacientes. La muestra fue obtenida de manera íntegra de un solo centro, en este caso el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Este hecho puede limitar los datos a la población que este centro recibe, sin tener en cuenta aquellas otras pacientes que son tratadas en otros centros o que no son admitidas en ningún programa de rehabilitación nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

- Echeburúa E, Maraón I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*. 2001;9:513-25.
- Varela-Casal P, Maldonado MJ, Ferre F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(1):12-9.
- Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Can J Psychiat*. 1981;26:212-7.
- González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C, Venegas M. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*. 2002;11:91-116.
- Levine P. Loneliness and eating disorders. *J Psychol*. 2012;146:245-57.
- Meroño F, Font M, Pérez-Salomero M, Toro J. Alexithymia ratings in anorexia nervosa. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1998;4:225-30.
- Behar A, Manzo G, Casanova Z. Trastornos de la conducta alimentaria y Asertividad. *Revista Médica de Chile*. 2006;134:312-9.
- Quiles Y, Terol C. Evaluación de las dimensiones del apoyo social en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Span J Psychol*. 2009;12:226-35.
- Fava M, Rappe M, West J, Herzog B. Anger attacks in eating disorders. *Psychiat Res*. 1995;56:205-12.
- Brytek-Matera A. Anorexia nervosa among French adolescent females in relation to self-esteem, coping strategies, anger expression and anger control. *Arch Psychiat Pshycother*. 2007;4:53-7.
- Ahren-Moonga J, Holmgren S, Korring L, Klienteberg B. Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders. *Europ Eat Disorder Rev*. 2008;16:268-75.
- Krug I, Bulik M, Vall-Llovera N, Granero R, Agüera Z, Villarejo C, et al. Anger expression in eating disorders: Clinical, Psychopathological and personality correlates. *Psychiat Res*. 2008;161:195-205.
- Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Preti A. Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders. *Comp Psychiat*. 2008;49:364-73.
- Fassino S, Abbate G, Amianto F, Leombruni P, Garzaro L, Rovera G. Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *Europ Psychiat*. 2001;16:466-73.
- Harrison A, Genders R, Davies H, Treasure J, Tchanturia K. Experimental measurement of the regulation of anger and aggression in women with anorexia nervosa. *Clinic Psychol Psychother*. 2010;18:445-52.
- Fassino S, Peiró A, Gramaglia C, Abbate G, Gandione M, Giacomo G, et al. Clinical, psychological, and personality correlates of ascetism in anorexia nervosa: form saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcul Psychiat*. 2006;4:600-14.
- Miguel-Tobal J, Casado I, Cano-Vindel A, Spielberger D. Versión Española del STAXI-2. Madrid: TEA Ediciones, 2001.
- Garner M. EDI-3. Inventario de los trastornos de conducta alimentaria. Madrid: TEA Ediciones, 2001.
- Salorio P, Soler F, García M, Martínez M, Pagán G, López I. Ira e impulsividad en los trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio preliminar. Comunicación presentada en Interpsiquis. 11º Congreso virtual de psiquiatría, 2010.
- Salorio P, Martínez C, Martí J, Oñate C, López I, Pagán G. Valoración de la ira en los trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio con el test de Rorschach. Interpsiquis. Comunicación presentada en 10º Congreso virtual de psiquiatría, 2009.
- López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor M. Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(Supl 3):3-118.
- Fassino S, Abbate G, Pireo A, Leombruni P, Giacomo G. Anger and personality in eating disorders. *J Psychosom Res*. 2001;51:757-64.
- Oltra J, Espert, Rojo L. Neuropsicología y anorexia nervosa. Hallazgos cognitivos y radiológicos. *Neurología*. 2011. doi:10.1016/j.nrl.2011.08.003.