



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Romero García, Manuel; Pérez Moreno, Juan José; Salazar Gámez, Almudena; Ayala Gambín, José Antonio; Amuedo Rincón, María de; Devesa del Valle, Sara. La emoción de ira en las personas con trastorno de la conducta alimentaria. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0804.php>>

**LA EMOCIÓN DE IRA EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA**

**AUTORES**

Manuel Romero García<sup>1</sup>; Juan José Pérez Moreno; Almudena Salazar Gámez;  
José Antonio Ayala Gambín; María de Amuedo Rincón; Sara Devesa del Valle.

1. Investigador principal. Enfermero Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

**DIRECCIÓN**

[manuelromerogar@gmail.com](mailto:manuelromerogar@gmail.com)

## RESUMEN

Actualmente no existe mucha información en la literatura sobre el papel que desempeña la emoción de ira en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

En los últimos años han aparecido modelos que relacionan la génesis de este trastorno con una dificultad en la expresión de la ira. No obstante, hoy en día los datos al respecto son escasos y a veces contradictorios, sobre todo a la hora de establecer asociaciones entre la dificultad en la expresión de dicha emoción y el tipo de conducta alimentaria disfuncional, es decir entre las de tipo restrictivo y bulímico.

El objetivo del presente estudio es describir las características de la expresión de la ira en las personas con TCA en comparación con la población general, así como determinar posibles asociaciones entre la dificultad en su expresión y la gravedad de las conductas restrictivas y bulímicas.

Para ello se ha diseñado un estudio descriptivo, transversal, formado por un grupo de 80 mujeres con TCA en seguimiento por seis Unidades de Salud Mental Comunitaria y un grupo control con similar número de mujeres sin patología psiquiátrica de la misma edad, nivel educativo y área geográfica.

En un primer momento se compararán las puntuaciones de ira medidas a través del cuestionario STAXI-2 en ambos grupos, posteriormente se analizará la asociación entre la expresión interna de ira en las personas con TCA y la gravedad de las conductas de tipo restrictivo por un lado y las de tipo bulímico por otro.

## PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa; Trastornos de la conducta alimentaria; Ira (Términos Mesh)

## 1. INTRODUCCIÓN

La ira es una emoción básica con valencia afectiva negativa que se asocia continuamente con cuadros psicopatológicos. La enfermera de salud mental, en su quehacer diario, se haya continuamente observando y gestionando las diversas formas en las que esta se expresa en sus pacientes.

Mucho se sabe de ella en numerosos trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia paranoide, etc. ya que se suelen asociar las formas más disfuncionales de su expresión con dichas entidades nosológicas, sobre todo, en los momentos de crisis o de descompensación psicopatológica <sup>(1)</sup>.

Sin embargo, es menos conocido el papel que desempeña la ira en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además, los resultados de las investigaciones al respecto son escasos y en muchos casos contradictorios <sup>(2,3)</sup>. Por lo que resulta conveniente seguir indagando sobre las peculiaridades de la expresión de esta emoción en estos trastornos. Por este motivo y por los que más adelante detallaremos, nos hemos planteado en este estudio explorar las diferentes formas de la expresión de ira en los trastornos alimentarios.

Los TCA corresponden a una serie de entidades en las que existe como factor común alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación. Estos han adquirido una gran relevancia sociosanitaria en las últimas décadas, sobre todo en el mundo occidental, debido a la gravedad y complejidad que suponen tanto en la esfera mental como orgánica. Estos trastornos presentan una etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a mujeres adolescentes jóvenes. Los datos sobre incidencia y prevalencia de los TCA son heterogéneos. En España hay datos que arrojan una prevalencia del 4,1% al 6,41%. Siendo del 0,14% al 0,9% para la anorexia nerviosa (AN), del 0,41% al 2,9% para la bulimia nerviosa (BN) y del 2,76% al 5,3% para otros trastornos alimentarios no especificados <sup>(4)</sup>. Estos trastornos suponen una importante pérdida para la calidad de vida de los pacientes que la padecen y para su entorno social, además de una gran carga económica para el sistema sanitario,

donde están implicados múltiples disciplinas profesionales para el cuidados de estos pacientes, entre ellas la enfermería de salud mental <sup>(5)</sup>.

Por otro lado, una parte fundamental del trabajo que realizan las enfermeras, sea cual sea el ámbito donde se dispensan los cuidados, es el manejo de las emociones de las personas a las que asisten. Cualquier desviación del estado óptimo de salud suele conllevar un riesgo de fragilidad emocional añadido, así como dicha alteración emocional puede contribuir a una desviación del estado óptimo de salud de la persona. Así pues, como respuestas humanas que son, es esta una dimensión crucial del trabajo enfermero al que se debe prestar especial atención. Esto cobra más relevancia, si cabe, si nos trasladamos al ámbito de la salud mental, ya que como se ha dicho anteriormente, son varias las patologías que cursan con alteración o inestabilidad de la esfera emocional.

Son muchos los profesionales de la salud mental que trabajan en la gestión de las emociones, entre ellos, la enfermera especialista en salud mental. No obstante, esto no está libre de voces discordantes que critican la falta de formación de la enfermera en este aspecto <sup>(6,7)</sup>. Es por ello, que una de las tareas a las que debe hacer frente el colectivo, es el fomento de la formación y la investigación sobre las emociones en general, y en concreto, para el tema que nos atañe, de la emoción de ira en particular.

Además, si nos centramos en el tema que nos ocupa – la expresión de ira en los trastornos de la conducta alimentaria - la no muy extensa bibliografía que hace referencia a este asunto, es aún más escasa si nos referimos a las bases de datos científicas de enfermería.

Por todo esto, este estudio, gestionado en su totalidad por enfermeras especialistas en salud mental, pretende iniciar una tendencia e incentivar la investigación en este ámbito tan necesario para el desempeño de la práctica enfermera basada en la evidencia.

## 2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La ira, así como las formas de expresión de esta (explícita o dirigida hacia uno mismo) parecen ser algunas de las emociones que mayores repercusiones negativas tienen para la salud de las personas <sup>(8)</sup>. La literatura demuestra que

esta puede actuar como un importante factor de riesgo de varias enfermedades, como las enfermedades coronarias <sup>(9-11)</sup>, o la diabetes <sup>(10)</sup>, incluso parece que puede estar implicada en el aumento del número de accidentes de tráfico <sup>(12)</sup>. Pero, ¿Qué papel juega esta emoción en los TCA?

En los últimos años los TCA se han asociado a dificultades en la regulación de las emociones de forma general y particularmente de la emoción de ira <sup>(2)</sup>, pudiendo contribuir dicho déficit al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos <sup>(13)</sup>. Han surgido algunas teorías que defienden que los trastornos alimentarios son una estrategia de regulación del afecto y, por lo tanto, deben ser considerados como una consecuencia de las dificultades afectivas o emocionales <sup>(14)</sup>.

Si hacemos referencia a las teorías cognitivas de los trastornos de la alimentación, según Cooper <sup>(15)</sup>, la segunda generación de estas teorías postula que la dimensión cognición-afecto tiene una importancia central en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos.

En el modelo desarrollado sobre la bulimia nerviosa Cooper, Wells y Todd <sup>(16)</sup> explican cómo los síntomas relacionados con la alimentación servían para que las personas con bulimia aliviaran las creencias dolorosas y el afecto negativo. Según este modelo, los acontecimientos externos activan creencias negativas que elicitán, como consecuencia, emociones negativas, que serán las que den lugar a la sintomatología bulímica (por ejemplo, a los atracones) para aliviar el malestar subjetivo causado por la emoción negativa. No obstante, esta creencia de que el atracón aliviará el malestar también irá acompañado por otras creencias negativas como por ejemplo: “me hará engordar”, creándose una disonancia cognitiva, cuyo mecanismo para reducirla llevará a que la persona piense que le es imposible controlar la ingesta compulsiva.

En la misma línea del modelo anterior Waller, Kennerley Ohanian <sup>(17)</sup> proponen una teoría cognitiva de los trastornos alimentarios basada en la teoría del esquema <sup>(18)</sup>. Según esta, los pacientes con TCA tienen “esquemas patológicos”, es decir, un conjunto de creencias y emociones sobre sí mismos, los demás y el mundo centrados en la desconfianza en sí mismos, inutilidad, fracaso, abandono y soledad en mayor medida que el resto. Por ello estos

autores proponen un modelo cognitivo de regulación del afecto, proponiendo las conductas restrictivas como una estrategia para prevenir la aparición de angustia asociada con estas emociones y esquemas negativos, mientras los atracones se utilizarían como una estrategia para aliviar la angustia ya provocada por estos esquemas y emociones negativas.

Otro modelo cognitivo es el de Corstorphine <sup>(19)</sup>, que propone que las mujeres que desarrollan TCA son personas que han aprendido en su infancia que ciertas emociones o rasgos individuales no son “aceptables” o son “peligrosos”. Y por lo tanto, en consonancia con los modelos anteriores, los episodios de atracones, purgas o restricción, etc. serán utilizados para prevenir o aliviar estas emociones no aceptadas. Sin embargo, este autor afirma que no es la emoción primaria la causante directa de la sintomatología alimentaria (por ejemplo, la ira suprimida ante un fracaso o una traición) sino una emoción secundaria (por ejemplo, la culpa) que desarrolla la persona por no haber expresado la ira y que, además, será la causante de la angustia que acompaña a estos trastornos.

Existen, además de los anteriores, otros modelos que se centran más específicamente en los afectos negativos de los trastornos alimentarios y su asociación con la depresión, como por ejemplo, el de Terapia Cognitivo-Afectiva Integrada (ICAT) de Wonderlich, Mitchell, Peterson y Crow <sup>(20)</sup> basado en una discrepancia entre el “yo ideal” y el “yo percibido” que crea emociones negativas de manera similar a como lo haría la depresión.

Un modelo más moderno e integrador es el propuesto por Fox y Power <sup>(14)</sup> llamado modelo SPAARS aplicado a los TCA. En este se argumenta que ciertas emociones pueden acoplarse y trabajar juntas, ya sea de manera facilitadora o inhibidora, lo que explicaría las relaciones observadas entre las emociones de ira y el asco o entre la ira y la tristeza principalmente, además de la comorbilidad entre los trastornos alimentarios y otros trastornos afectivos como la depresión.

En la mayoría de estos modelos encaja la hipótesis cultural, que relaciona la consideración occidental tradicional de la ira, como una emoción masculina, no aceptable o mal vista en las mujeres, lo que da lugar a una represión mayor de

su expresión en el sexo femenino. Esto estaría en consonancia con las diferencias por sexos en la prevalencia de trastornos alimentarios, mucho mayor en las mujeres.

No obstante, estos modelos cognitivo-afectivos no dejan de tener ciertas limitaciones. Por ejemplo, no terminan de explicar por qué las creencias y emociones negativas conducen a síntomas relacionados con la alimentación y no a otros mecanismos como al consumo de sustancias tóxicas, las conductas autolesivas, etc.

En la línea de las teorías expuestas anteriormente se han obtenido resultados que dan pie o refuerzan estos modelos:

Por ejemplo, Fox y From <sup>(21)</sup> analizaron el efecto contributivo de las emociones básicas (ira, tristeza, asco, miedo y alegría) en los patrones de alimentación desordenada encontrando una fuerte correlación entre los TCA y las cuatro emociones negativas, pero en el análisis de regresión, solo la ira y la tristeza se quedaron como importantes contribuyentes de los trastornos alimentarios.

En este sentido, Manuel y Wade <sup>(22)</sup> encontraron que las mujeres con anorexia nerviosa tenían significativamente mayores problemas con la regulación emocional, sobre todo, con la gestión de la tristeza y una mayor propensión a la ira, así como un sesgo en la memoria afectiva de carácter negativo. Concluyendo también, que la asociación de estas variables con la anorexia puede indicar un mayor factor de riesgo para la depresión.

En otro estudio sobre regulación emocional centrado en el acoplamiento o conexión entre las emociones de ira y asco, y su asociación con los síntomas alimentarios disfuncionales, Fox et al. <sup>(23)</sup> encontraron que las personas con anorexia nerviosa presentaban, de manera significativa, mayor disfuncionalidad interna para regular estas emociones. Además existía una asociación entre esta disfuncionalidad y la sobreestimación del tamaño corporal.

Espeset et al. <sup>(13)</sup> también exploró la gestión de las emociones aversivas de tristeza, ira, miedo y asco en pacientes con anorexia nerviosa y cómo se vinculan estas experiencias a sus comportamientos alimenticios disfuncionales. Encontró que los participantes en su estudio tendían a inhibir la expresión de la

tristeza e ira en situaciones interpersonales y obtuvieron altos niveles de ira hacia sí mismos, auto-repugnancia y miedo a engordar. Estas emociones negativas se gestionaban mediante comportamientos específicos del trastorno alimentario, como por ejemplo la ira se evitaba por medio de la restricción de la comida y las conductas purgativas, y liberada a través del auto-control anoréxico, las autolesiones y el ejercicio físico. Estos autores concluyen que el conocimiento sobre las relaciones entre las emociones negativas y el comportamiento alimentario patológico puede ser una adición importante a los programas de tratamiento para los TCA.

Otros estudios también han obtenido mayores niveles generales de ira <sup>(24-26)</sup> o de conductas derivadas de la misma <sup>(27)</sup>, en las personas con TCA que en el resto de la población en general.

Por ejemplo, Krug et al. <sup>(25)</sup> en un estudio reciente encontraron que las mujeres con trastornos de la alimentación obtenían puntuaciones medias más altas que los controles en todas las escalas del cuestionario de ira STAXI-2, excepto para la escalas de control de la ira, tanto externo como interno.

De igual forma Fox y Harrison <sup>(26)</sup> utilizando el mismo instrumento de medida de la ira que los anteriores autores, mostraron que los sujetos con bulimia presentaban puntuaciones más altas en la subescala Estado de Ira que los controles tras ser inducidas a un estado de enfado, así como mayor supresión de la ira. También existía un aumento de la sensibilidad al asco, resultados que se repetirían en estudios posteriores del mismo autor <sup>(23)</sup> y que serían explicados a través del modelo SPAARS <sup>(14)</sup>. Parece pues, que ambas emociones guardan bastante relación en estos trastornos.

Waller et al. <sup>(28)</sup> también encontraron mayores puntuaciones de ira estado y de supresión de esta emoción en los pacientes con TCA que en un grupo control formado por jóvenes universitarios, especialmente en asociación con los síntomas bulímicos. Es decir, las personas con trastornos alimentarios experimentaban más ira pero eran menos propensas a expresarlas que los controles. A la luz de los resultados de un estudio posterior <sup>(17)</sup> dirigido por el mismo autor se sostuvo que los atracones actuaban como una conducta de evitación o expresión de la ira.



Zalar, Weber y Serneć <sup>(27)</sup> sin embargo, encontraron mayores niveles de impulsividad y agresividad en pacientes con anorexia y bulimia que en los controles, con algunas pequeñas diferencias con respecto a su forma de expresión, que reflejan una posible mayor agresividad abierta en la bulímica y mayor agresividad encubierta en las personas con anorexia.

En la línea de este último estudio, Miotto et al. <sup>(3)</sup> al comparar a pacientes con bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y jóvenes sanas de escuelas de secundaria de Italia, encontraron mayor propensión a la ira en las pacientes con bulimia nerviosa, así como mayores dificultades para expresar la ira y la agresividad hacia el exterior en las personas con anorexia.

Con estos autores coinciden Geller et al. <sup>(29)</sup> quienes demostraron mayores niveles de supresión de ira en personas con anorexia restrictiva al compararlos con otros pacientes psiquiátricos y con controles sanos. Además, asociaron estos resultados a una tendencia de los participantes con anorexia a poner las necesidades de terceros antes que las propias y a evitar la confrontación o el conflicto a través de la supresión de la emoción de ira.

Esta dificultad para expresar la ira es también coincidente con los resultados del estudio de Claes et al. <sup>(30)</sup>, quienes encontraron una importante discrepancia entre la expresión facial de la ira y los resultados de un cuestionario autoadministrado en pacientes con TCA. Los cuestionarios indicaban mucha más ira al inicio de una actividad de la que luego expresaron a nivel facial durante la misma. Estos autores añaden que esta discrepancia entre el autoinforme y la expresión emocional no verbal puede dar lugar a problemas en la comunicación y en el funcionamiento social.

No obstante, estas dificultades a la hora de expresar la ira en las pacientes diagnosticadas de anorexia no concuerda del todo con los resultados encontrados por Harrison et al. <sup>(2)</sup> al examinar la regulación emocional de la ira y la agresividad en pacientes con anorexia ante situaciones sociales frustrantes. Estos autores encontraron que estas respondían en mayor medida centrando dichas emociones en otras personas y en menor medida en la búsqueda de soluciones que el grupo control. Según concluyen, no se trata de

una dificultad en expresar la ira hacia el exterior en las personas con anorexia, sino en la forma, más bien disfuncional de expresarla.

La anorexia y la bulimia nerviosa se han relacionado también con rasgos concretos de la personalidad. Por ejemplo, Fassino et al. <sup>(24)</sup> sugieren que los pacientes con trastornos alimentarios pueden tener una inadecuada expresión de la ira debido a un déficit en las habilidades sociales y en la tolerancia de la frustración. Además, la anorexia se ha asociado a una mayor necesidad de aprobación, perfeccionismo, auto-trascendencia, ira-estado, desconfianza interpersonal y a rasgos de inseguridad social en comparación con personas sanas <sup>(31)</sup>. La bulimia también se ha asociado a rasgos obsesivos y/o perfeccionistas, además de al neuroticismo y a la impulsividad. Este último rasgo parece ser clave y estar bastante correlacionado con los niveles de ira, así como con las conductas de atracón y purga posterior <sup>(32)</sup>.

En este sentido, Amianto et al. <sup>(33)</sup> estudiaron la correlación de la ira con los síntomas bulímicos y analizaron el poder de la mediación de la ira entre la personalidad y la psicopatología alimentaria. A la luz de sus resultados se observa que los síntomas bulímicos están relacionados con el rasgo de ira reactiva. Tanto la ira-rasgo como la expresión externa de esta se correlacionaban plenamente con los atracones y la impulsividad en la bulimia nerviosa. Mientras tanto, la expresión de ira hacia dentro se correlacionaba parcialmente con la tendencia a la evitación de daños y con los rasgos de inseguridad y desconfianza interpersonal en sujetos con bulimia. Estos patrones parecen ser específicos de la bulimia nerviosa cuando se comparan con los controles sanos.

En este sentido, Krug et al. <sup>(25)</sup> en concordancia con otros estudios <sup>(34,35)</sup> solo pudieron encontrar puntuaciones significativamente más elevadas de ira hacia dentro en los pacientes con sintomatología bulímica relacionadas con el uso de laxantes, pero no para los atracones, vómitos y el uso de diuréticos. No obstante, encontraron varias relaciones significativas entre la expresión general de ira y algunos rasgos de la personalidad como la evitación del daño y la dependencia de la recompensa.

Dentro de la amplia variedad de estímulos y situaciones que pueden llevar a las personas a sentirse airadas están las injusticias, la vulneración de sus derechos o la ofensa <sup>(1)</sup>. Dentro de esta última podríamos incluir las burlas sobre sobrepeso que sufren los niños y adolescentes por parte de sus iguales. Varios estudios <sup>(36,37)</sup> han encontrado una fuerte correlación de estas burlas con actitudes y comportamientos anormales en la alimentación en el sexo femenino debido a la motivación para la delgadez que parecen desencadenar. Estos datos concuerdan también con los encontrados en sujetos con sobrepeso y obesidad.

Iliceto et al. <sup>(38)</sup>, por ejemplo, encontraron que las personas obesas tienen una tendencia a dirigir los sentimientos de ira hacia dentro, reprimiendo su expresión, mayor que la norma en ambos sexos. Lo que coincidiría con los resultados encontrados en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa.

Zeeck et al. <sup>(39)</sup> en un estudio sobre la relación entre la forma de comer y las emociones básicas, que compara un grupo de obesos, otro de comedores compulsivos y otro de controles con peso normal, destacan la emoción de ira como la emoción que más frecuentemente precede a un episodio de atracón en los dos primeros grupos.

Resultados que concuerdan con los de Edman et al. <sup>(40)</sup>, quienes obtienen una correlación positiva entre los niveles de ira y las conductas alimentarias desordenadas en jóvenes obesos.

De igual forma, Midei y Matthews <sup>(41)</sup> determinan una asociación positiva entre la obesidad central y los rasgos emocionales negativos, especialmente en los referentes a la emoción de ira.

Por último, haciendo referencia a otras dificultades a nivel emocional que parecen presentar las personas con TCA, creemos que es importante nombrar algunos estudios recogidos en la literatura científica que han encontrado importantes dificultades a la hora de reconocer expresiones emocionales, sobre todo faciales <sup>(42-45)</sup>. Además, parece que entre ellas, la ira es una de las emociones básicas para las que existe mayor dificultad en el reconocimiento

(42,45), pero no solo en la de otras personas, sino también en la de uno mismo (46). Zucker, sin embargo, destaca la tristeza por encima de la ira (43,44).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo general:

Describir las características de la expresión de la emoción de ira en las personas con trastorno de la conducta alimentaria en comparación con la población general, así como determinar posibles asociaciones entre la dificultad en la expresión de dicha emoción y la gravedad de las conductas alimentarias disfuncionales.

#### 3.2. Objetivos específicos:

Analizar en cada una de sus dimensiones la emoción de ira de las personas con trastornos de la conducta alimentaria y los controles sanos.

Determinar si existe asociación entre las dificultades en la expresión de ira (expresión interna de ira) y la gravedad de las conductas restrictivas y bulímicas.

### 4. HIPÓTESIS

Tras la revisión de la literatura expuesta anteriormente, queda reflejada la posible existencia de niveles más elevados de ira en general en las personas con trastornos alimentarios que en la población sana, así como diferencias a la hora de expresarla. Sin embargo, no queda claro si las dificultades en la expresión de ira están relacionadas con las conductas restrictivas, con las de corte bulímico o con ambas. Por lo tanto, según lo establecido anteriormente y de forma coherente con los objetivos establecidos, partimos de las siguientes hipótesis:

Las personas con trastorno de la conducta alimentaria presentarán puntuaciones más elevadas en todas las facetas de la emoción de ira, excepto para el control de la misma, que sus pares sanos.

Mayores puntuaciones en conductas de tipo restrictivas estarían relacionadas con una mayor dificultad en la expresión de la ira, en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

La dificultad de la expresión de la ira está condicionada a la gravedad de las conductas bulímicas.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1. Diseño

Se trata de un estudio observacional, con un diseño descriptivo transversal, que trata de comparar una serie de variables en dos poblaciones (pacientes con TCA y personas sin enfermedad mental) mostrando una estructura dividida en dos grupos, pero sin establecer relaciones causa-efecto entre ellas.

Para el segundo y tercer objetivo se utiliza un diseño caso-caso (pacientes con TCA únicamente) para determinar la correlación entre la variable expresión interna de ira y las referentes a las conductas restrictivas y bulímicas.

### 5.2. Sujetos

#### 5.2.1. Población y muestra

La población objeto de estudio la componen las pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios de la CIE-10 en seguimiento por las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) del Hospital Virgen del Rocío.

El grupo control estará formado por personas sin patología psiquiátrica de la misma edad, nivel educativo y área geográfica. Ambos grupos deberán cumplir los siguientes criterios de selección para ser incluidos en el estudio.

#### 5.2.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Estar diagnosticado de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios de la CIE-10.

Estar en seguimiento por cualquiera de las USMC pertenecientes a la UGC de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío.

No haberse encontrado en el último mes en descompensación psicopatológica u orgánica aguda, es decir, no haber estado ingresado en los últimos treinta días en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental y/o Servicio de Endocrinología.

Ser mujer.

Ser mayor de 18 años.

Comprender los objetivos del estudio y haber firmado previamente el documento de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

No haber contestado al 100% de los ítems que componen el cuestionario STAXI- 2

Presencia de tachaduras u anomalías en el mismo que no dejen clara la respuesta por parte del sujeto.

Sufrir una descompensación a nivel psicopatológico u orgánico que requiera hospitalización en los 15 días siguientes a la recogida de datos.

### 5.2.3. Tamaño muestral

Se pretende utilizar como muestra para el estudio el 100% de la población de referencia, es decir, a todas las pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria en seguimiento por las 6 USMC de la UGC de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío, más un número equivalente de personas sanas. Por lo tanto la muestra total estará compuesta por 160 sujetos, de los cuales 80 serán personas con trastornos de la conducta alimentaria y el mismo número corresponderán a controles sanos.

### 5.2.4. Procedimiento de selección de la muestra

Los sujetos con TCA serán seleccionados mediante muestreo consecutivo, es decir, se les ofrecerá su inclusión en el estudio a medida que vayan acudiendo

a la USMC a consulta por cualquiera de los especialistas hasta completar el tamaño muestral prefijado.

Al tratarse de la población total de pacientes con TCA en seguimiento por las USMC y al estar las citas establecidas por el responsable administrativo o un profesional externo al estudio, asumimos que dicha muestra quedará libre de sesgos y será representativa de la población de referencia.

El procedimiento de inclusión del grupo control se realizará mediante emparejamiento (matching) seleccionando para cada sujeto del grupo de enfermos un control de la misma edad, nivel educativo y área geográfica. Para descartar la presencia de patología psiquiátrica en los controles se le administrará el cuestionario GHQ-28 excluyendo a los sujetos con una puntuación superior a 7 en dicha prueba.

Todos los participantes tendrán que dar su consentimiento por escrito, previamente a su inclusión, como se detallará más adelante.

### 5.3. Variables

Las variables que se medirán atendiendo a los objetivos del estudio se describen a continuación:

**Estado de Ira (Ira-estado):** Mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en el que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado. Corresponde a una de las escalas del cuestionario STAXI-2, con 15 ítems, que se mide mediante una escala tipo Likert de 4 puntos de anclaje que va desde “No, en absoluto” (punto 1) hasta “Mucho” (punto 4). El rango puede oscilar desde un mínimo de 15 puntos a un máximo de 60

**Rasgo de Ira (Ira-rasgo):** Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Se corresponde con otra escala del cuestionario STAXI-2, con 10 ítems. También se mide mediante escala Likert de 4 puntos que va desde “Casi nunca” (punto 1) a “Casi siempre” (punto 4). El rango oscila desde 10 a 40 puntos.

**Expresión Externa de Ira (Ira hacia fuera):** Mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas

agresivas físicas. Equivale a otra escala del cuestionario STAXI-2, con 6 ítems. Se mide exactamente igual a la anterior. Con un rango que va desde 6 a 24 puntos.

Expresión Interna de Ira (Ira hacia dentro): Mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados, es decir, son suprimidos. Corresponde a otra de las seis escalas del STAXI-2, con 6 ítems. Se mide como las anteriores, y su rasgo de puntuación puede oscilar entre 6 y 24 puntos.

Control Externo de Ira: Mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos de entorno. Como las anteriores corresponde a otra escala del STAXI-2, presentando 6 ítems, midiéndose de la misma forma, y con un rasgo que oscila entre los 6 y 24 puntos.

Control Interno de Ira: Mide la frecuencia con la que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas. Corresponde a la última escala del instrumento STAXI-2. Con 6 ítems también, y se mide exactamente igual que la anterior.

Índice de expresión de Ira: Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira y Control Interno de Ira. Formada por las sumas de sus ítems. Se calcula a través de la diferencia de la suma de las puntuaciones de las escalas de Expresión menos las de Control y sumándole 36. Su rango oscila entre 0 y 72 puntos.  $[EIE = (E.Ext + E.Int) - (C.Ext + C.Int) + 36]$

Gravedad de las conductas restrictivas: hace referencia a actitudes de restricción y control hacia la alimentación más propia de la AN. Se medirá a través de las puntuaciones en la subescala "Dieta y preocupación por la comida" del cuestionario EAT-40 compuesto por 25 ítems del instrumento. Medidos cada uno a través de una escala Likert de 6 puntos que va desde "siempre" (1 punto) hasta "nunca" (6 puntos).



Gravedad de las conductas bulímicas: hace referencia a conductas propias de la BN como ingesta compulsiva, vómitos, uso de laxantes, etc. Se corresponderá con las puntuaciones totales del cuestionario BULIT.

Conducta de atracones: hace referencia a la ingesta compulsiva e incontrolada de grandes cantidades de comidas en un escaso lapso de tiempo, es propio de la BN. Se medirá a través de una de las subescalas del cuestionario BULIT compuesta por 14 ítems de este, medidos a través de escalas Likert de 5 puntos.

Conducta de vómitos: hace referencia a una de las conductas de purga más típicas de la BN que suelen darse posteriores al episodio de atracón. La gravedad de esta conducta equivaldrá a las puntuaciones en otra de las subescalas del cuestionario BULIT compuesta por 5 ítems.

Frecuencia de uso de laxantes: se mide a través de un ítem de la escala BULIT mediante escala Likert de 5 puntos cuyos valores son (1) Una vez al día o más, (2) De tres a seis veces a la semana, (3) Una o dos veces a la semana, (4) Dos o tres veces al mes, y (5) Una vez al mes o menos.

Frecuencia de uso de diuréticos: se mide a través de otro ítem del BULIT, con escala Likert de 5 puntos, con valores exactamente igual al anterior.

También se tendrán en cuenta las siguientes variables sociodemográfica que caracterizarán a la población de estudio: edad, sexo, estado civil (soltero, casado, separado, divorciado o viudo) y nivel de estudios (primarios, secundarios o de grado medio, bachillerato o estudios superiores)

#### 5.4. Escalas de medida

##### Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2)

El State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) original fue diseñado por Spielberg en 1988 <sup>(47)</sup> y posteriormente revisado en 1999 por el mismo autor (STAXI-2) <sup>(48)</sup>. Es uno de los instrumentos de medida de la ira más utilizados. El original constaba de 44 ítems y ocho subescalas que valoran cada faceta de la expresión de ira. El STAXI-2 Español <sup>(49)</sup> es la adaptación española del STAXI-2. Consta de 49 ítems, seis escalas, cinco subescalas y un índice de expresión

de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira, manteniendo la misma estructura que el STAXI-2: Estado de Ira (Ira-estado) que consta de 15 ítems Rasgo de Ira (Ira-rasgo) con 10 ítems, Expresión externa de Ira (Ira hacia fuera) con 6 ítems, Expresión interna de Ira (Ira hacia dentro) con 6 ítems, Control Externo de Ira con 6 ítems y Control Interno de Ira con 6 ítems. A su vez, la escala de Estado de Ira se divide en tres subescalas permitiendo evaluar tres componentes distintos de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física. Y la escala de Rasgo de Ira se divide a su vez en dos subescalas de 5 ítems cada una: Temperamento de Ira y Reacción de Ira. Los sujetos se califican a sí mismo en una escala Likert de 4 puntos, que indican o bien la intensidad de sus sentimientos de ira en un tiempo determinado o la frecuencia con la que experimentan, expresan, reprimen o controlan esos sentimientos. La escala está dividida en tres partes. En los 15 ítems correspondientes a la escala de Estado de Ira (Parte 1) califican la intensidad de ira que sienten “en ese momento” desde “No, en absoluto” (punto 1) hasta “Mucho” (punto 4). En los 10 ítems de la escala de Rasgo de Ira (parte 2), así como en los restantes 24 ítems de las escalas de Expresión y Control de la Ira (Parte 3) expresan como se sienten “normalmente” desde “Casi nunca” (punto 1) a “Casi siempre” (punto 4) En diferentes versiones y muestras, se ha confirmado la validez y fiabilidad del cuestionario <sup>(49-51)</sup>.

#### Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

El General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) es un cuestionario de autoinforme de 28 ítems readaptado por Goldberg en 1981<sup>(52)</sup> a partir del GHQ original diseñado por el mismo autor en 1972, que constaba de 93 ítems, para detectar individuos con alta probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico en el ámbito clínico no especializado en psiquiatría. Su nueva versión consta de cuatro subescalas con 7 ítems cada una: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión severa). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, que se califican con 0-0-1-1. El paciente debe subrayar la respuesta elegida según su situación en las últimas semanas. El punto de corte se sitúa en 5/6 (no caso, caso). En nuestro país está validado el instrumento por varios autores <sup>(53, 54)</sup> siendo la más conocida la

versión de Lobo de 1986 <sup>(55)</sup> que arroja una sensibilidad del 76,9% y una especificidad del 90,2%.

#### Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-40)

El cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-40) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979 <sup>(56)</sup> como un instrumento válido y fiable para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Está compuesto por 40 ítems que se miden a través de una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación va de 0 a 120. Obtiene para un punto de corte de 30 puntos o más entre un grupo de afectadas con anorexia nerviosa y un grupo control, una sensibilidad del 100% una especificidad del 84,7%. En este estudio se utilizará la versión española, adaptada y validada a nuestro medio por Castro, et al. en 1991 <sup>(57)</sup> proponiéndose un punto de corte de 20 para alcanzar una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69,2% <sup>(58)</sup>. A diferencia de la versión original que propone siete subescalas, la versión española ha demostrado solo tres en el análisis factorial: “Dieta y preocupación por la comida”, “Presión social percibida y malestar con la alimentación” y “Trastornos psicobiológicos”.

#### Test de bulimia (BULIT)

Esta escala de medida fue diseñada por Smith y Thelen en 1984 <sup>(59)</sup> con el objetivo de detectar personas con bulimia nerviosa, resultando un instrumento válido y fiable. Es capaz de distinguir a personas con bulimia frente a personas sin problemas de TCA, personas con bulimia frente a personas con otros TCA, y a subgrupos de bulimia basados en criterios específicos. Consta de 32 ítems (más cuatro ítems de carácter informativo relativos a abuso de laxantes y uso de diuréticos, así como sobre amenorrea) que se distribuyen en cinco dimensiones (atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimentación y fluctuación en el peso). Cada ítem se puntúa mediante una escala de Likert de 5 puntos y un rango que oscila entre 32 y 160 puntos de menor a mayor gravedad de los síntomas, permitiendo obtener las puntuaciones de cada dimensión por separado. La versión española adaptada



## 5.6. Aspectos éticos

El proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (1964) y revisados posteriormente en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) Edimburgo (2000), Washington (2002) y Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todas las personas que conforman la muestra y respetando en todo momento los principios bioéticos. El proyecto será presentado para su autorización por el Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) Para ello, todos los sujetos deberán haber firmado el documento de consentimiento informado después de haber entendido las peculiaridades del estudio, habiendo sido informado detalladamente de manera verbal y por escrito previamente.

## 5.7. Análisis estadístico

El análisis de datos se realizará a través del paquete estadístico SPSS versión 19.0. En primer lugar realizaremos estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello usaremos frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas, según sigan o no una distribución normal (Shapiro-Wilk ( $n < 50$ )) se verán resumidas mediante  $Md \pm SD$  (media, desviación estándar) y rango mínimo y máximo) o P50 (P25-P75) (mediana, rango intercuartílico) respectivamente.

Se realizará una comprobación de los grupos de estudio mediante test  $X^2$  o el test exacto de Fischer cuando sea necesario para las variables cualitativas. La comparación de las variables cuantitativas según los dos grupos de estudio, se efectuará mediante la t-Student para muestras independientes o U-Mann-Whitney (según sigan o no una distribución normal) El nivel de significación estadística se establecerá en  $p < 0,05$ .

## 6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio no está exento de limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio con una muestra pequeña de sujetos, atendidos en una única área de salud de un hospital, lo que limita el interés general del estudio para poder extrapolar los futuros resultados a la población de pacientes con TCA de nuestro ámbito en general, como nos gustaría.

En segundo lugar, el diseño trasversal del estudio no nos permitirá establecer relaciones causa-efecto entre las variables evaluadas, por ello no podremos asegurar que los resultados de ira encontrados actuarán como factor predisponente a la enfermedad o las conductas alimentarias disfuncionales, ya que no se valora la expresión de ira previa a la aparición del trastorno o a los episodios de este. Por esta misma razón, tampoco podremos asegurar que sea consecuencia del TCA.

Además las dificultades que se pudieran encontrar en la expresión de esta emoción pueden estar determinadas por otras variables de confusión, como por ejemplo, la comorbilidad de estos sujetos con trastornos de la personalidad, otros trastornos mentales u orgánicos, u otra explicación alternativa. Cabe recordar que el propósito del estudio es básicamente describir la realidad de la expresión de ira en los TCA.

Por último, es importante tener en cuenta la presencia de un posible sesgo de selección, ya que el procedimiento de selección de los pacientes -debido al tiempo y medios disponibles- será consecutivo, no dependiente del azar, aunque se asegurará que en la inclusión de los sujetos no influirán las preferencias de los investigadores, ya que se seguirá el orden de citas establecidos previamente por un profesional externo al estudio. La selección del grupo control tampoco se realizará de manera aleatoria, aunque para asegurar la mayor equivalencia posible entre los grupos de enfermos y sanos se llevará a cabo un procedimiento de emparejamiento (matching) por edad y área geográfica.

Otro posible sesgo a tener en cuenta es el del recuerdo, ya que es imposible afirmar que no influirá la memoria de los sujetos a la hora de responder al cuestionario.

## 7. UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este estudio puede contribuir a la generación de conocimiento en el ámbito de la salud mental, aportando y aclarando datos que no se conocen o se contradicen en la actualidad. Además puede resultar de gran interés para la práctica clínica de la enfermería psiquiátrica y de salud mental, ya que si se confirman las hipótesis propuestas es posible que se generen nuevas hipótesis de trabajo que permitan el planteamiento de otros estudios centrados en intervenciones encaminadas al cuidado y tratamiento de las alteraciones emocionales en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez-Sánchez FJ. La alegría, la tristeza y la ira. En: Fernández-Abascal EG, García-Rodríguez B, Jiménez-Sánchez MP, Martín-Díaz MD, Domínguez-Sánchez FJ, editores. *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2010. p. 267-338.
2. Harrison A, Genders R, Davies H, Treasure J, Tchanturia K. Experimental measurement of the regulation of anger and aggression in women with anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2011; 18(6):445-52.
3. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto T, Preti A. Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2008 Jul-Aug; 49(4):364-73.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

5. Krauth C, Buser K, Vogel H. How high are the costs of eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa - for German society? *Eur J Health Econ.* 2002; 3(4):244-50.
6. Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: comparing two perspectives of 'people work'. *Journal of Vocational Behavior.* 2002;60:17–39
7. Mackintosh C. Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today.* 1998;18:553–57
8. Staicu ML, Cuțov M. Anger and health risk behaviors. *J Med Life.* 2010 Oct-Dec; 3(4):372-5.
9. Fernández-Abascal EG, Palmero F. Ira y hostilidad. Aspectos básicos y de intervención. En: Fernández-Abascal EG, Palmero F, editores. *Emociones y salud.* Barcelona: Ariel; 1999. p. 186-208.
10. Golden SH, Williams JE, Ford DE. Anger temperament is modestly associated with the risk of type 2 diabetes mellitus. The atherosclerosis risk in communities study. *Psychoneuroendocrinology.* 2006; 31(3):325–32.
11. Davidson KW, Mostovsky E. Anger expression and risk of coronary heart disease: Evidence from the Nova Scotia Health Survey. *American Heart Journal.* 2010; (2):199–206.
12. Sullman MJM, Gras E, Cunill M. Driving anger in Spain. *Personality and Individual Differences.* 2007; 42:701–713.
13. Espeset EM, Gulliksen KS, Nordbø RH, Skårderud F, Holte A. The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012; 20(6):451-60.
14. Fox J, Power M. Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model. *Clin Psychol Psychother.* 2009; 16(4): 240-67.
15. Cooper MJ. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25:511-31.



16. Cooper MJ, Wells A, Todd G. A cognitive theory of bulimia nervosa. *Br J Health Psychol.* 2004; 43:1-16.
17. Waller G, Kennerley H, Ohanian V. Schema focused cognitive-behaviour therapy with eating disorders. En: Riso LP, du Poit PT, Young JE, editores. *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist-practitioner guide.* New York: American Psychiatric Association; 2007. p. 139-75.
18. Young J, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioners guide.* New York: Guilford Press; 2003.
19. Corstorphine E. Cognitive-emotive-behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev.* 2006; 14:448-61.
20. Wonderlich SA, Mitchell JE, Peterson CB, Crow S. Integrative cognitive therapy for bulimic behavior. En Stiegel-Moore RH, Smolak L, editores. *Eating disorders: Innovative directions in research and practice.* Washington D.C: American Psychological Association; 2001.
21. Fox JR, Froom K. Eating disorders: a basic emotion perspective. *Clin Psychol Psychother.* 2009; 16(4):328-35.
22. Manuel A, Wade TD. Emotion regulation in broadly defined anorexia nervosa: Association with negative affective memory bias. *Behav Res Ther.* 2013; 51(8):417-24.
23. Fox JR, Smithson E, Baillie S, Ferreira N, Mayr I, Power MJ. Emotion Coupling and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clin Psychol Psychother.* 2013; 20(4):319-33.
24. Fassino S, Daga GA, Piero A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. *J Psychosom Res.* 2001; 51(6):757-64.
25. Krug I, Bulik CM, Vall-Llovera ON, Granero R, Agüera Z, Villarejo C, et al. Anger expression in eating disorders: clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Res.* 2008; 161(2):195-205.

26. Fox JR, Harrison A. The relation of anger to disgust: the potential role of coupled emotions within eating pathology. *Clin Psychol Psychother.* 2008; 15(2):86-95.
27. Zalar B, Weber U, Serbec K. Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatr Danub.* 2011; 23(1):27-33.
28. Waller G, Babbs M, Milligan RJ, Meyer C, Ohanian V, Leung, N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(1):118–124.
29. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett, GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(1):8-19.
30. Claes L, Jiménez-Murcia S, Santamaría JJ, Moussa MB, Sánchez I, Forcano L, et al. The facial and subjective emotional reaction in response to a video game designed to train emotional regulation (Playmancer). *Eur Eat Disord Rev.* 2012; 20(6):484-9.
31. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Res.* 2011; 187(3):401-8.
32. Engel SG, Boseck JJ. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behav Res Ther.* 2007; 45:437-47.
33. Amianto F, Siccardi S, Abbate-Daga G, Marech L, Barosio M, Fassino S. Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa? *Psychiatry Res.* 2012; 200(2-3):502-12.
34. Tozzi F, Thornton LM, Mitchell J, Fichter MM, Klump KL, Lilienfeld LR, et al. Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med.* 2006; 68(3):470-77.

35. Truglia E, Mannucci E, Lassi S, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology*. 2006; 39:55-68.
36. Rojo-Moreno L, Rubio T, Plumed J, Barberá M, Serrano M, Gimeno N, et al. Teasing and disordered eating behaviors in Spanish adolescents. *Eat Disord*. 2013; 21(1):53-69.
37. Quick VM, McWilliams R, Byrd-Bredbenner C. Fatty, fatty, two-by-four: weight-teasing history and disturbed eating in young adult women. *Am J Public Health*. 2013; 103(3):508-15.
38. Iliceto P, Pompili M, Candilera G, Natali MA, Stefani H, Lester D, et al. Gender-related differences concerning anger expression and interpersonal relationships in a sample of overweight/obese subjects. *Clin Ter*. 2012; 163(5):279-85.
39. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A, Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur Eat Disord Rev*. 2011; 19(5):426-37.
40. Edman JL, Yates A, Aruguete MS, DeBord KA. Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Eat Behav*. 2005; 6(4):308-17.
41. Midei AJ, Matthews KA. Social relationships and negative emotional traits are associated with central adiposity and arterial stiffness in healthy adolescents. *Health Psychol*. 2009; 28(3):347-53
42. Ridout N, Wallis DJ, Autwal Y, Sellis J. The influence of emotional intensity on facial emotion recognition in disordered eating. *Appetite*. 2012 Aug; 59(1):181-6.
43. Zucker NL, Losh M, Bulik CM, LaBar KS, Piven J, Pelphrey KA. Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: Guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychol Bull*. 2007; 133:976-1006.

44. Zucker N, Moskovich A, Bulik CM, Merwin R, Gaddis K, Losh M, et al. Perception of affect in biological motion cues in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(1):12-22.
45. Jones L, Harmer C, Cowen P, Cooper M. Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. *Eat Behav*. 2008; 9(4):389-97.
46. Joos AA, Gille M, Hartmann A, Unterbrink T, Wetzler-Burmeister E, Scheidt C, et al. Emotional perception in patients with eating disorders in comparison with depressed patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 20(6):468-75.
47. Spielberger CD. State-trait anger expression inventory: Professional manual. Psychological Assessment Resources. Florida: Odessa; 1988.
48. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual. Florida: Psychological Assessment Resources; 1999.
49. Miguel-Tobal J, Casado M, Can-Vindel A, Spielberger C. Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
50. Moscoso S. Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Rev Latinoam Psicol*. 2000; 32: 321-343.
51. Reyes L, Meininger J, Liehr P, Chan W, Mueller W. Anger in adolescents: Sex, ethnicity, age differences, and psychometric properties. *Nurs Res*. 2003; 52: 2-11.
52. Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire (GHQ-28). Toronto: NFER Nelson Publishing; 1981.
53. Retolaza- Balsategui A, Mostajo A, De La Rica JR, Oiaz- De Garramiola A, Perez-Loza J, Aramberri I, et al. Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1993; 13(46):87-94.
54. Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1979; 42:139-58.

55. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the general questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* 1986; 16:135-40.
56. Garner D, Garfinkel P. The eating attitudes test: validation of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9:273-9.
57. Castro J, Toro J, Salamero M. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol.* 1991; 7:175-90.
58. Salazar-Mora Z. El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actitudes en psicología.* 2012; 26:51-71.
59. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52(5):863-72.
60. Vázquez Morejón AJ, García-Bóveda RJ, Vázquez-Morejón JR. Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT). *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35(5):309-14.