



## Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria<sup>1</sup>

Aitziber Pascual<sup>2</sup>, Itziar Etxebarria, María Soledad Cruz y Enrique Echeburúa  
(Universidad del País Vasco, España)

**RESUMEN.** Este estudio *ex post facto* analizó si determinadas variables emocionales pueden considerarse factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se analizaron las siguientes variables: ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y estrategias de afrontamiento. Participaron 368 mujeres: 78 con TCA, 145 en riesgo de TCA y 145 de un grupo de control normativo. La variable que mostró mayor capacidad discriminante de todos los tipos de riesgo frente al grupo de control fue la relativa a la influencia en el estado de ánimo. Asimismo, la baja autoestima mostró buena capacidad para discriminar el riesgo de purga/atracón, y el riesgo de anorexia y purga/atracón frente al grupo control; a su vez, las formas de afrontamiento acción impulsiva y expresión emocional mostraron buena capacidad para discriminar el riesgo de anorexia del grupo control. Estos resultados tienen implicaciones importantes tanto en el área de la evaluación como en el de la prevención de estos trastornos.

**PALABRAS CLAVE.** Trastornos de la conducta alimentaria. Factores de riesgo. Emociones. Estudio *ex post facto*.

**ABSTRACT.** This *ex post facto* study analyzed whether certain emotional variables may be considered risk factors for eating disorders (EDs). We analyzed the following variables: trait-anxiety, difficulty identifying and expressing emotions (alexithymia), self-esteem, negative attitude towards emotional expression, negative perception of emotions, influence of diet, weight and body shape on mood, need for control, and coping strategies. 368 women

<sup>1</sup>Nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento a la Universidad del País Vasco por la concesión de una beca predoctoral (Código: 1/UPV 00227.231-H-14897/2002) y a todas las instituciones y personas que han participado en el presente estudio, por la ayuda prestada.

<sup>2</sup>Correspondencia: Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología. Avenida Tolosa, 70. 20018 San Sebastián (España). E-mail: aitziber.pascual@ehu.es

participated in the study: 78 with EDs, 145 at risk of EDs and 145 from the normative control group. The variable which was found to have the greatest capacity for discriminating all the risk types from the control group was that related to influence on mood. Also, low self-esteem was found to have a good capacity to discriminate the risk of bingeing/purging and the risk of anorexia and bingeing/purging from the control group; and the impulsive action and emotional expression coping strategies were shown to have a good capacity for discriminating the risk of anorexia from the control group. These results have important implications for both the assessment and prevention of these disorders.

**KEYWORDS.** Eating disorders. Risk factors. Emotions. *Ex post facto* study.

Son muchos los autores que afirman que las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tienen claras dificultades con el mundo emocional (Chatoor, 1999; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2009; Hayaki, 2009; Waller *et al.*, 2010). Por ejemplo, Chatoor (1999) señala que las personas con anorexia nerviosa (AN) y con bulimia nerviosa (BN) tienen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. Asimismo, según esta autora, el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida que realizan. Así, la persona con AN normalmente es incapaz de ingerir bocado cuando se siente emocionalmente disfórica (triste, ansiosa o irritada), mientras que la persona con BN suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de situaciones. Pero, a pesar de ser éste un tema bastante comentado entre los profesionales clínicos que trabajan en este ámbito y de haber estudios en que se han tomado en cuenta otras variables, como los trastornos de personalidad (Del Río, Torres y Borda, 2002; Marañón, Echeburúa y Grijalbo, 2007; Marañón, Grijalbo y Echeburúa, 2007), los trastornos depresivos (Borda, Torres y Del Río, 2008), los aspectos cognitivos y sociales (Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo y Compañ, 2010; Hardy y Thiels, 2009; Zaitsoff, Fehon y Grilo, 2009) o los problemas en las relaciones familiares (Cunha, Relvas y Soares, 2009), apenas se han realizado estudios empíricos en los que se hayan analizado variables emocionales en este tipo de trastornos. Y todavía son menos los estudios que han tratado de analizar el papel que desempeñan las variables emocionales en su aparición. En el presente trabajo nos propusimos tratar de llenar esta laguna. Concretamente, se plantea analizar si determinadas variables emocionales pueden estar favoreciendo el desarrollo

de estos trastornos. En este sentido, se ponen a prueba todas las variables que consideramos desempeñan un papel importante en el desarrollo de estos trastornos.

Las variables analizadas en este estudio *ex post facto* (Montero y León, 2007; Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena, 2008) fueron las siguientes: ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), percepción negativa de las emociones y actitud negativa hacia la expresión de las propias emociones. Además de éstas, se consideró otra variable, también emocional, aunque más específica de los trastornos de la conducta alimentaria que las anteriores: la influencia que sobre el estado de ánimo tienen la alimentación, el peso y la figura corporal. Por otra parte, se incluyeron otras dos variables más, la autoestima y la necesidad de control, las cuales, aunque no son estrictamente emocionales, tienen un componente emocional claro, ya que influyen directamente sobre el: las personas con una baja autoestima tienen numerosas experiencias emocionales negativas y las personas caracterizadas por una alta necesidad de control, ante la percepción de falta de control, experimentan ansiedad y malestar. Por último, se analizó la forma de regular las emociones negativas, concretamente, la forma de afrontar habitualmente las situaciones de ansiedad.

De todas las variables anteriores, las únicas –que tengamos constancia– en las que se ha estudiado su papel en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria han sido la ansiedad, la alexitimia y la autoestima. Por otra parte, aunque la actitud negativa hacia la expresión emocional no ha sido estudiada en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, sí se ha analizado una variable estrechamente relacionada con ella: la falta de expresión emocional.

Respecto a la ansiedad, en algunos estudios (Davey y Chapman, 2009; Holtkamp, Müller, Heussen, Remschmidt y Herpertz-Dahlmann, 2005) se ha concluido que ésta es un rasgo permanente en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, ya que se ha encontrado que persiste después de que la persona se haya recuperado del trastorno. Asimismo, Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010) concluyen que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de estos trastornos. Por otro lado, los estudios que han analizado el papel de la alexitimia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria han concluido que ésta se asocia a un mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos (Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Speranza,

Loas, Wallier y Corcos, 2007) y que, al igual que la ansiedad, parece ser un rasgo relativamente estable en las personas que padecen estos trastornos (Iancu, Cohen, Yehuda y Kotler, 2006; Ridout, Thom y Wallis, 2010). En cuanto a la autoestima, son varios los estudios que han encontrado que la baja autoestima está asociada al desarrollo de los TCA (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Kim y Lennon, 2007). Por último, respecto a la falta de expresión emocional, en varios estudios se ha encontrado que ésta puede contribuir al desarrollo de los TCA (Casper, 1990; Casper, Hedeker y McClough, 1992; Ioannou y Fox, 2009).

Además de la ansiedad, la dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), la autoestima y la falta de expresión emocional, como hemos señalado, se incluyen en el estudio otras variables emocionales que, desde la observación clínica y atendiendo a los análisis de diversos autores, creímos que podían constituir igualmente factores de riesgo de los TCA. Concretamente, consideramos que tener una percepción negativa de las emociones (concretamente, percibir las como algo negativo y peligroso), un estado de ánimo excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal y una excesiva necesidad de tener todo bajo control y utilizar con frecuencia determinadas estrategias para regular las emociones (como la rumiación y la ilusión) podían constituir factores de riesgo de los TCA.

## Método

### *Muestra*

Participaron en el estudio 368 mujeres de Guipúzcoa, Vizcaya, Álava y Navarra (media de edad = 19,04;  $DT = 3,71$ ). De ellas, 78 cumplían los criterios para un TCA, 145 cumplían los criterios de riesgo de TCA y, finalmente, 145 conformaban el grupo de control normativo. Para obtener los grupos de TCA y de riesgo inicialmente se les aplicaron las pruebas a un total de 1299 mujeres.

La muestra para el grupo de TCA fue obtenida de diferentes centros específicos para los TCA (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi, Servicio Vasco de Salud y Clínica Quirón de San Sebastián); y para los dos grupos restantes, de 19 institutos de educación secundaria del País Vasco y de Navarra y de 8 centros universitarios de la Universidad del País Vasco y de la Universidad Pública de Navarra. La evaluación de estas muestras se realizó durante los años 2007 y 2008.

De las 78 mujeres con TCA, 16 cumplían todos los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para una BN purgativa y 15 todos los criterios para una BN no purgativa. Por otra parte, 18 cumplían la mayoría de los criterios del citado manual (concretamente, 3 de los 4 criterios establecidos) para una AN (a este grupo se le denominó “grupo de AN inespecífica”) y 29 la mayoría de los criterios (concretamente, 4 de los 5 criterios establecidos) para una BN (a este grupo se le denominó “grupo de BN inespecífica”). Como hemos argumentado en otro estudio (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011), consideramos necesario no mezclar los casos que no cumplen todos los criterios para considerarlos un trastorno específico (AN o BN) en una única categoría, como se hace en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) con la categoría denominada trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), sino incluir los casos que tengan mayor similitud con la AN y los casos que tengan mayor similitud con la BN en categorías diferentes.

Por otra parte, de las 145 mujeres en riesgo de TCA, 16 cumplían los criterios de riesgo de AN, 103 cumplían los criterios de riesgo de purga/atracón y 26, tanto los criterios de riesgo de AN como de purga/atracón. Para establecer los criterios de riesgo, nos basamos en el estudio de Gandarillas y Febrel (2000). En el Apéndice 1 se presentan los criterios utilizados para formar los diferentes grupos de riesgo.

### *Instrumentos*

A las participantes se les administró un cuestionario compuesto por dos tipos de instrumentos: los que se utilizaron para formar los grupos de comparación (grupos de TCA, riesgo y control) y los que sirvieron para evaluar las variables objeto de estudio.

Para formar el grupo de TCA, se incluyeron en formato pregunta los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para el diagnóstico de los TCA. Para formar el grupo de riesgo, como hemos señalado anteriormente, nos basamos en los criterios utilizados por Gandarillas y Febrel (2000); además del índice de masa corporal, se utilizaron las escalas de *Obsesión por la delgadez*, *Bulimia e Insatisfacción corporal* del *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991; versión española, TEA, 1998) y varias preguntas relativas al peso, la práctica de ejercicio físico y la utilización de conductas inadecuadas dirigidas a la pérdida de peso.

Por otra parte, se incluyeron diversas escalas para evaluar las variables objeto de estudio. Se describen a continuación.

- Escala de Ansiedad-Rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española, TEA, 1994). Esta escala está compuesta por 20 ítems. Al participante se le pide que señale la puntuación de 0 (*casi nunca*) a 3 (*casi siempre*) que mejor refleje cómo se siente en general, habitualmente. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en esta escala fue 0,91.
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994; versión española de Martínez-Sánchez, 1996). Se aplicó una versión abreviada (de 12 ítems) de esta escala. Dichos ítems están agrupados en dos subescalas: *Dificultad para identificar las emociones* y *Dificultad para expresar las emociones*. A las participantes se les pedía que indicasen en una escala de 5 puntos en qué medida estaban de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los ítems: 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenidos fueron los siguientes: 0,88 en la primera subescala y 0,80 en la segunda.
- Escala de Creencias Negativas sobre uno Mismo del *Eating Disorder Belief Questionnaire* (Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells y Tovée, 1997). Esta escala está formada por 10 ítems. Al participante se le pide que señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con lo que se dice en cada uno de los ítems en una escala de 11 puntos, de 0 (*normalmente no creo eso en absoluto*) a 100 (*normalmente estoy totalmente convencido/a de que eso es cierto*). El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,93.
- Escala de Actitudes hacia la Expresión Emocional (Joseph, Williams, Irwing y Cammock, 1994). Esta escala está compuesta por 20 ítems. Los participantes tienen que indicar en qué medida están de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los ítems en una escala de 5 puntos, de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach que obtuvo esta escala fue 0,90.
- Escala de Percepción de las Emociones. Esta escala se creó *ad hoc* para evaluar la percepción que tenían las participantes de las emociones en general, más concretamente, para ver en qué medida las

percibían como negativas y peligrosas. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) que se obtuvo en esta escala fue 0,79. En el Apéndice 2 se presenta la escala.

- Escala sobre la Influencia de la Alimentación, el Peso y la Figura Corporal en el Estado de Ánimo. Esta escala se diseñó *ad hoc* para evaluar en qué medida la alimentación, el peso y la figura corporal influían en el estado de ánimo de las participantes. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de esta escala fue 0,95. En el Apéndice 2 se presenta la escala.
- Escala de Necesidad de Control. Esta escala se creó *ad hoc* para evaluar en qué medida las participantes tenían la necesidad de tener todo bajo control. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de esta escala fue 0,90. En el Apéndice 2 se presenta la escala.
- *Responses to Stress Questionnaire* (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000). Se aplicó una versión abreviada de este cuestionario. Dicha versión constaba de 47 ítems agrupados en 5 factores: a) *Afrontamiento de implicación para el control primario*, formado por las escalas de *Resolución de problemas*, *Regulación emocional* y *Expresión emocional*; b) *Afrontamiento de implicación para el control secundario*, formado por las escalas de *Pensamiento positivo*, *Reestructuración cognitiva*, *Distracción* y *Aceptación*; c) *Afrontamiento de desenganche*, formado por las escalas de *Evitación*, *Negación* e *Ilusión*; d) *Respuestas de enganche involuntario*, formado por las escalas de *Rumiación* y *Acción impulsiva*; y e) *Respuestas de desenganche involuntario*, formado por las escalas de *Inacción* y *Escape*. A las participantes se les pedía que pensasen en una situación habitual de ansiedad y que, posteriormente, indicasen en una escala de 4 puntos con qué frecuencia –de 1 (*nunca*) a 4 (*muchas veces*)– actuaban de la forma que indicaba cada ítem. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenidos en los diferentes factores fueron los siguientes: 0,72 en el primer factor, 0,84 en el segundo, 0,80 en el tercero, 0,77 en el cuarto y 0,70 en el quinto.

### *Procedimiento*

Las participantes tenían una hora aproximadamente para rellenar las escalas que se acaban de describir y firmar una hoja de consentimiento informado. En los casos en los que la participante era menor de edad, se solicitó

el consentimiento informado de la familia. En todos los casos se les recordaba que la información solicitada era anónima y confidencial.

#### *Análisis de datos*

Respecto a los análisis estadísticos, primeramente, se realizaron análisis univariados para analizar las diferencias en las variables contempladas entre los distintos grupos. Concretamente, se realizaron ANOVAS en las comparaciones entre los grupos de TCA, riesgo y control y el contraste no paramétrico análogo (H de Kruskal-Wallis), en las comparaciones entre los distintos grupos de riesgo y el de control. Por otra parte, para analizar la capacidad discriminativa del conjunto de variables, así como la de cada una de ellas por separado, se realizaron análisis de regresión logística.

### **Resultados**

En primer lugar se realizaron análisis de varianza para analizar las diferencias entre los grupos de TCA, riesgo y control en las variables objeto de estudio. Dichos análisis mostraron, como se puede observar en la Tabla 1, un efecto global significativo en todas las variables (excepto en la variable de afrontamiento distracción). Tal como se esperaba, en todas las variables de carácter negativo (ansiedad-rasgo, dificultad para identificar las emociones, dificultad para expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control, afrontamiento de desenganche, formada por evitación, negación e ilusión, respuestas de enganche involuntario, formada por rumiación y acción impulsiva, y respuestas de desenganche involuntario, formada por inacción y escape) el grupo que obtuvo las puntuaciones más altas fue el de TCA, seguido por el de riesgo y por el de control. Por el contrario, en todas las variables de naturaleza positiva (afrontamiento de implicación para el control primario, formada por resolución de problemas, regulación emocional y expresión emocional, y afrontamiento de implicación para el control secundario, formada por pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, distracción y aceptación), el grupo que obtuvo las puntuaciones más altas fue el de control, seguido por el de riesgo y por el de TCA.

Teniendo en cuenta que nuestro objetivo era estudiar si las variables emocionales incluidas podían ser consideradas factores de riesgo de los



TCA, lo que posteriormente se hizo fue analizar las diferencias entre el grupo de riesgo y el de control en las distintas variables.

En este sentido, como se puede observar en la Tabla 1, los resultados de las pruebas *post hoc* de Scheffé entre el grupo de riesgo y el de control mostraron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en la mayoría de las variables (en todas, menos en 5 de las 19 variables de afrontamiento). No obstante, atendiendo a los coeficientes  $Eta^2$  obtenidos, podemos afirmar que los tamaños del efecto fueron en la mayoría de las variables bastante modestos. Las variables que resultaron tener coeficientes  $Eta^2$  más altos fueron la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo (0,49), la baja autoestima (0,28), la ansiedad-rasgo (0,23) y la necesidad de control (0,2).

TABLA 1. Diferencias entre los grupos de trastornos de la conducta alimentaria, riesgo y control en el conjunto de las variables.

	TCA <sup>1</sup>			Riesgo			Control			Riesgo-Control			
	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	F	p	Scheffé <sup>2</sup>	
Ansiedad-rasgo	35,26	10,46	78	30,33	9,28	142	20,75	8,12	143	363	74,21	0,0001	0,0001
Dificultad para identificar las emociones	22,18	7,15	78	20,06	6,59	145	16,17	5,78	145	368	25,70	0,0001	0,0001
Dificultad para expresar las emociones	15,72	4,87	78	15,08	4,47	145	13,26	4,45	145	368	9,43	0,0001	0,0003
Baja autoestima	38,13	25,18	77	32,36	21,18	143	10,67	12,24	143	363	68,11	0,0001	0,0001
Actitud negativa hacia expresión emocional	47,98	15,37	77	46,33	12,20	144	37,63	9,33	145	366	26,87	0,0001	0,0001
Percepción negativa de las emociones	2,98	0,90	77	2,79	0,85	144	2,09	0,62	145	366	43,68	0,0001	0,0001
Influencia en el estado de ánimo <sup>2</sup>	4,21	0,84	78	3,99	0,79	145	2,27	0,97	145	368	185,74	0,0001	0,0001
Necesidad de control	3,90	0,81	78	3,57	0,81	145	2,79	0,74	144	367	61,70	0,0001	0,0001
Afrontamiento de implicación para el control primario	2,70	0,59	77	2,93	0,59	143	3,06	0,56	142	362	9,71	0,0001	0,01
Resolución de problemas	2,64	0,46	77	2,76	0,46	145	2,94	0,39	145	367	13,19	0,0001	0,0003
Regulación emocional	2,57	0,48	77	2,69	0,49	145	2,83	0,41	145	367	8,14	0,0001	0,045
Expresión emocional	2,67	0,75	70	2,68	0,74	139	2,97	0,60	141	350	7,55	0,001	0,002
Afrontamiento de implicación para el control secundario	2,36	0,46	77	2,61	0,49	145	2,71	0,45	145	367	14,44	0,0001	0,149
Pensamiento positivo	2,38	0,68	77	2,64	0,62	143	2,77	0,63	145	365	9,41	0,0001	0,229
Reestructuración cognitiva	2,27	0,56	77	2,65	0,61	145	2,69	0,59	145	367	13,99	0,0001	0,833
Distracción	2,46	0,50	77	2,55	0,59	145	2,48	0,58	145	367	0,79	0,456	0,584
Aceptación	2,33	0,67	75	2,59	0,71	142	3	0,55	145	362	29,89	0,0001	0,0001
Afrontamiento de desenganche	2,44	0,54	77	2,34	0,51	145	2,01	0,49	145	367	23,34	0,0001	0,0001
Evitación	2,52	0,59	77	2,42	0,67	145	2,16	0,59	145	367	10,26	0,0001	0,002
Negación	2,08	0,71	77	1,95	0,61	145	1,72	0,56	145	367	10,19	0,0001	0,006
Ilusión	2,81	0,73	76	2,77	0,68	139	2,19	0,66	143	358	32,51	0,0001	0,0001
Respuestas de enganche involuntario	3,03	0,54	76	2,78	0,53	145	2,34	0,52	145	366	48	0,0001	0,0001
Rumiación	3,08	0,62	76	2,89	0,67	145	2,50	0,69	144	365	22,04	0,0001	0,0001
Acción impulsiva	2,97	0,68	74	2,64	0,62	141	2,20	0,58	141	356	41,26	0,0001	0,0001
Respuestas de desenganche involuntario	2,40	0,59	77	2,17	0,52	145	1,82	0,43	145	367	36,74	0,0001	0,0001
Inacción	2,44	0,64	76	2,14	0,57	142	1,82	0,45	142	360	34,21	0,0001	0,0001
Escape	2,33	0,78	75	2,20	0,68	142	1,81	0,60	144	361	19,15	0,0001	0,0001

Nota. <sup>1</sup> TCA = Trastornos de la conducta alimentaria. <sup>2</sup> Influencia en el estado de ánimo = Influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo.

Por otro lado, se comprobó si las diferencias entre el grupo de riesgo y el de control se mantenían entre cada uno de los grupos de riesgo (AN, purga/atracón y AN y purga/atracón) y el de control, ya que pudiera ser que las diferencias sólo se dieran entre el grupo de control y algunos tipos de riesgo, pero no otros. Además, el hecho de que uno de los grupos de riesgo (el de purga/atracón) fuera bastante más numeroso que los otros grupos de riesgo, nos hizo pensar que quizás esto pudiera estar distorsionando los resultados del grupo de riesgo en su conjunto: pudiera ser que las variables contempladas en el estudio permitieran clasificar en ese grupo de riesgo y no en otros, pero, al ser la *n* de ese grupo mucho mayor que la del resto de los grupos, dichas variables mostraran buena capacidad para discriminar el grupo de riesgo en su conjunto del grupo de control, cuando, en realidad, no tenían poder para discriminar cada uno de los tipos de riesgo del grupo de control. Para estos análisis utilizamos la prueba no paramétrica *H* de Kruskal-Wallis, ya que el número de sujetos que integraba cada uno de los grupos (los de riesgo y el de control) era bastante diferente y, además, sus varianzas no eran homogéneas.

Como se puede observar en la Tabla 2, los resultados de las pruebas *H* de Kruskal-Wallis realizadas con el grupo de control y cada uno de los grupos de riesgo (AN, purga/atracón y AN y purga/atracón) mostraron un efecto global significativo en la mayoría de las variables (en todas, menos en 3 de las 19 variables de afrontamiento). Los descriptivos de cada uno de los grupos mostraron que las mujeres que más se distinguían de las de la población normal eran las que estaban en riesgo de purga/atracón, seguidas por las que estaban en riesgo de AN y purga/atracón y las que estaban en riesgo de AN.

TABLA 2. Diferencias entre los distintos grupos de riesgo y el de control en el conjunto de las variables.

	AN <sup>1</sup>		Purga/alatración		AN y purga/alatración		Control		H de Kruskal-Wallis			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	n	p		
Ansiedad-rasgo	24,51	8,50	31,46	8,40	29,22	11,76	20,75	8,12	143	285	73,54	0,0001
Dificultad para identificar las emociones	17,31	4,96	20,85	6,80	18,62	6,09	16,17	5,78	145	290	29,65	0,0001
Dificultad para expresar las emociones	13,45	3,82	15,68	4,56	13,73	4,07	13,26	4,45	145	290	16,97	0,001
Baja autoestima	19,63	17,10	33,85	20,22	34,39	24,93	10,67	12,24	143	286	94,22	0,0001
Actitud negativa hacia expresión emocional	43,32	10,39	47,75	12,87	42,57	9,47	37,63	9,33	145	289	40,83	0,0001
Percepción negativa de las emociones	2,38	0,77	2,88	0,88	2,70	0,69	2,09	0,62	145	289	55,08	0,0001
Influencia en el estado de ánimo <sup>2</sup>	3,56	0,91	4,01	0,78	4,19	0,68	2,27	0,97	145	290	144,07	0,0001
Necesidad de control	3,23	0,81	3,62	0,82	3,55	0,71	2,79	0,74	144	289	64,66	0,0001
Afrontamiento de implicación para el control primario	2,88	0,44	2,76	0,46	2,71	0,44	2,94	0,39	145	290	13,30	0,004
Resolución de problemas	3,15	0,56	2,92	0,58	2,83	0,60	3,06	0,56	142	285	6,99	0,072
Regulación emocional	2,89	0,40	2,68	0,50	2,64	0,51	2,83	0,41	145	290	10,22	0,017
Expresión emocional	2,58	0,77	2,69	0,77	2,69	0,65	2,97	0,60	141	280	11,74	0,008
Afrontamiento de implicación para el control secundario	2,86	0,38	2,62	0,44	2,40	0,64	2,71	0,45	145	290	13,91	0,003
Pensamiento positivo	2,93	0,55	2,67	0,54	2,37	0,85	2,77	0,63	145	288	9,84	0,020
Reestructuración cognitiva	2,84	0,40	2,65	0,61	2,53	0,68	2,69	0,59	145	290	4,48	0,214
Distracción	2,64	0,65	2,58	0,55	2,36	0,70	2,48	0,58	145	290	4,11	0,250
Aceptación	3,07	0,52	2,59	0,68	2,29	0,81	3	0,55	145	287	36,32	0,0001
Afrontamiento de desenganche	2,19	0,30	2,40	0,55	2,22	0,38	2,01	0,49	145	290	26,23	0,0001
Evitación	2,14	0,45	2,50	0,71	2,29	0,57	2,16	0,59	145	290	12,97	0,005
Negación	1,86	0,40	2	0,64	1,81	0,58	1,72	0,56	145	290	12,44	0,006
Ilusión	2,71	0,64	2,79	0,70	2,71	0,64	2,19	0,66	143	282	43,93	0,0001
Respuestas de enganche involuntario	2,85	0,39	2,78	0,55	2,71	0,51	2,34	0,52	145	290	49,22	0,0001
Rumiación	3	0,52	2,86	0,70	2,92	0,66	2,50	0,69	144	289	26	0,0001
Acción impulsiva	2,71	0,63	2,67	0,64	2,49	0,54	2,20	0,58	141	282	35,74	0,0001
Respuestas de desenganche involuntario	2,03	0,44	2,20	0,56	2,14	0,42	1,82	0,43	145	290	31,79	0,0001
Inacción	2,02	0,48	2,15	0,60	2,17	0,48	1,82	0,45	142	284	24,50	0,0001
Escape	2,04	0,63	2,25	0,70	2,08	0,58	1,81	0,60	144	286	23,95	0,0001

Nota. <sup>1</sup> AN = Anorexia nerviosa. <sup>2</sup> Influencia en el estado de ánimo = Influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo.

Por último, quisimos saber cuánto discriminaban en conjunto las variables consideradas y cuáles eran, de ellas, las que mostraban una mayor capacidad para discriminar el grupo de riesgo en general y –ya que, como se acaba de señalar, parecía haber ciertas diferencias entre ellos– cada uno de los grupos de riesgo (AN, purga/atracón y AN y purga/atracón) frente al grupo de control. Para ello se realizaron análisis de regresión logística.

Los resultados de estos análisis mostraron que el modelo formado por las variables influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo y baja autoestima discriminaba de forma adecuada, frente al grupo de control, el riesgo en general (la  $R^2$  fue de 0,62 y el nivel de sensibilidad del 80,40%), el riesgo de purga/atracón (la  $R^2$  fue de 0,64 y el nivel de sensibilidad del 80,20%) y el riesgo de AN y purga/atracón (la  $R^2$  fue de 0,59 y el nivel de sensibilidad del 53,80%). Sin embargo, dicho modelo no se reveló adecuado para discriminar el riesgo de AN del grupo de control. En este último caso, el modelo con mayor capacidad discriminante, aunque modesta (la  $R^2$  fue de 0,36 y el nivel de sensibilidad del 31,30%), fue otro: éste incluía, junto a la variable influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, las variables de afrontamiento (ausencia de) expresión emocional y acción impulsiva. En la Tabla 3 se presentan los modelos para cada uno de los tipos de riesgo.

Como se puede observar en dicha tabla, la variable que mostró tener mayor poder de discriminación de todos los tipos de riesgo frente al grupo de control fue la de influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo. No obstante, los datos revelaron que para los grupos de riesgo de purga/atracón y de AN y purga/atracón, la variable baja autoestima –más distal respecto a la variable criterio que la anterior– también presentaba un poder clasificatorio relevante. En el caso del riesgo de AN, las variables de afrontamiento denominadas acción impulsiva y (ausencia de) expresión emocional –también distales respecto a la variable criterio– mostraron igualmente un poder discriminativo importante.

**TABLA 3.** Modelos de regresión logística de los distintos tipos de riesgo.

		<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>
Riesgo en general	Influencia en el estado de ánimo <sup>1</sup>	1,67	0,23	53,58	0,0001	5,34
	Baja autoestima	0,75	0,19	16,41	0,0001	2,1
	Constante	-5,24	0,59	78,96	0,0001	0,01
Riesgo Purga/atracón	Influencia en el estado de ánimo	1,54	0,24	41,96	0,0001	4,68
	Baja autoestima	0,92	0,21	19,23	0,0001	2,51
	Constante	-5,79	0,68	72,79	0,0001	0,00
Riesgo AN y purga/atracón	Influencia en el estado de ánimo	1,88	0,38	24,47	0,0001	6,52
	Baja autoestima	0,73	0,31	5,45	0,020	2,07
	Constante	-7,54	1,22	38,53	0,0001	0,00
Riesgo AN	Influencia en el estado de ánimo	1,38	0,35	15,11	0,0001	3,96
	Expresión emocional	-0,76	0,32	5,76	0,016	0,47
	Acción impulsiva	0,68	0,32	4,62	0,032	1,97
	Constante	-4,34	1,11	15,32	0,0001	0,01

*Nota.* <sup>1</sup> Influencia en el estado de ánimo = Influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo.

### Discusión

Los resultados obtenidos permiten concluir que el conjunto de variables analizadas en el presente estudio (ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones) pueden ser consideradas factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Como se ha señalado en la introducción, hasta la fecha pocos autores habían analizado empíricamente el papel de las variables emocionales como factores de riesgo de los TCA, más allá de algunas de ellas (ansiedad, alexitimia, autoestima y falta de expresión emocional). Pero, sobre todo, el interés de estos resultados radica en sus importantes implicaciones en el área de la evaluación y la prevención de estos trastornos. Según los resultados que hemos obtenido, tanto en los instrumentos de evaluación para detectar el riesgo de desarrollar estos trastornos como en los programas de prevención de los mismos deberían tenerse en cuenta las variables emocionales incluidas en el presente estudio. No obstante, a la luz de los resultados obtenidos, las variables que sobre todo nos alertarían sobre un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria serían la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, la baja autoestima y las variables de afrontamiento denominadas (ausencia de) expresión emocional y acción impulsiva. En otras palabras, deberíamos estar alerta ante las personas cuyo estado de ánimo se vea excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal, cuya autoestima sea baja y que, ante situaciones

ansiógenas, no expresen las emociones y, en cambio, tiendan a actuar de forma impulsiva.

Estos resultados son consistentes con los hallados en otros estudios sobre el papel que desempeñan variables como la baja autoestima (Beato *et al.*, 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Kim y Lennon, 2007), la falta de expresión emocional en general (Casper, 1990; Casper *et al.*, 1992; Ioannou y Fox, 2009), la ansiedad (Buckner *et al.*, 2010; Davey y Chapman, 2009; Holtkamp *et al.*, 2005) y la alexitimia (Iancu *et al.*, 2006; Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Ridout *et al.*, 2010; Speranza *et al.*, 2007) en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Pero, además, cobran especial relevancia porque por primera vez –que tengamos constancia– aportan evidencia empírica sobre el importante papel que desempeñan dos variables como la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo y la acción impulsiva –la tendencia a reaccionar de forma impulsiva, sin tener un control sobre las propias acciones, como forma de afrontar la ansiedad– en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Sea como fuere, lo fundamental es que los resultados encontrados indican que convendría prestar atención a las mujeres que presentan estas tendencias emocionales a fin de evitar que finalmente acaben desarrollando un trastorno de este tipo.

Por último, hemos de señalar que somos conscientes de las limitaciones del presente estudio, en cuanto se trata de un estudio *ex post facto*. En este sentido, nos parece que sería conveniente que se realizasen nuevas investigaciones en esta misma línea, especialmente estudios longitudinales. Sabemos la dificultad que presentan los estudios de seguimiento, pero sería deseable que se realizaran estudios de este tipo para ver si las mujeres que se encuentran en riesgo de desarrollar un TCA y que muestran las dificultades emocionales destacadas por nuestros resultados acaban desarrollando finalmente un TCA.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. y Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Borda, M., Torres, I. y Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.
- Buckner, J.D., Silgado, J. y Lewinsohn, P.M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
- Casper, R.C., Hedeker, D. y McClough, J.F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Connor-Smith, J.K., Compas, B.E., Wadsworth, M.E., Thomsen, A.H. y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-992.
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A. y Tovée, M. (1997). The Eating Disorder Belief Questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.
- Cunha, A.I., Relvas, A.P. y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 229-240.
- Davey, G.C.L. y Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 268-275.
- Del Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 425-438.
- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M. y Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 445-457.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources (versión española, TEA, 1998).
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-130.
- Hardy, S.A. y Thiels, C. (2009). Using latent growth curve modeling in clinical treatment research: An example comparing guided self-change and cognitive behavioral therapy treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 51-71.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. y Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessiveness in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 106-110.



- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y.B. y Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 189-193.
- Ioannou, K. y Fox, J.R.E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 339-347.
- Joseph, S., Williams, R., Irwing, P. y Cammock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and Individual Differences*, 16, 869-875.
- Kim, J.H. y Lennon, S.J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25, 3-23.
- Kiyotaki, Y. y Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41, 609-618.
- Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.
- Marañón, I., Grijalvo, J. y Echeburúa, E. (2007). Do the IPDE and the MCMI assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 587-594.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 19-32.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 1-11
- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2008). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Ridout, N., Thom, C. y Wallis, D.J. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors*, 11, 1-5.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1994).
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Zaitsoff, S.L., Fehon, D.C. y Grilo, C.M. (2009). Social competence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 219-228.

Recibido 20 de noviembre 2009

Aceptado 20 octubre 2010

## APÉNDICE 1. Criterios utilizados para formar los diferentes grupos de riesgo.

### 1) Grupo de riesgo de AN

Para la inclusión en este grupo se tenían que cumplir los dos criterios siguientes:

a. Cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios:

a.1. Tener un índice de masa corporal de entre 17,51 y 18,49.

a.2. Haber perdido 5 kg. o más por dieta, con el objetivo de adelgazar, en el último año.

b. Cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios:

b.1. Haber utilizado píldoras adelgazantes para controlar la figura o el peso (alguna vez en el último año).

b.2. Haber realizado ejercicio físico excesivo con el objetivo de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa (durante las últimas 4 semanas). Se definió ejercicio físico excesivo como la realización de ejercicio físico más de una hora al día o más de 7 horas a la semana pero no todos los días.

b.3. Haber obtenido una puntuación  $\geq 12$  en la escala de Obsesión por la delgadez del EDI-2.

b.4. Haber obtenido una puntuación  $\geq 16$  en la escala de Insatisfacción corporal del EDI-2.

### 2) Grupo de riesgo de purga/atracón

Para la inclusión en este grupo se tenían que cumplir los dos criterios siguientes:

a. Cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios:

a.1. Haber realizado vómitos autoinducidos para controlar la figura o el peso (alguna vez en el último año).

a.2. Haber utilizado laxantes para controlar la figura o el peso (alguna vez en el último año).

a.3. Haber utilizado diuréticos para controlar la figura o el peso (alguna vez en el último año).

a.4. Haber obtenido una puntuación  $\geq 4$  en la escala de Bulimia del EDI-2.

b. Cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios:

b.1. Haber obtenido una puntuación  $\geq 12$  en la escala de Obsesión por la delgadez del EDI-2.

b.2. Haber obtenido una puntuación  $\geq 16$  en la escala de Insatisfacción corporal del EDI-2.

### 3) Grupo de riesgo de AN y purga/atracón

Para la inclusión en este grupo se tenían que cumplir tanto los criterios para el grupo de riesgo de AN como para el grupo de riesgo de purga/atracón.

## APÉNDICE 2. Escalas.

### Escala de Percepción de las Emociones

*Por favor, indica de 1 a 5 (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo) en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.*

- 1) Me dan miedo mis emociones
- 2) Creo que el no pensar demasiado en mis emociones me hace la vida más fácil
- 3) Veo las emociones como algo negativo, por eso evito ahondar en ellas
- 4) A veces me gustaría suprimir totalmente mis sentimientos
- 5) Siento que mis emociones negativas me desbordan

### Escala sobre la Influencia de la Alimentación, el Peso y la Figura Corporal en el Estado de Ánimo

*Por favor, indica de 1 a 5 (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo) en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.*

- 1) Me enfado mucho conmigo mismo/a cuando veo que he comido demasiado
- 2) Me siento muy satisfecho/a cuando no como cosas que engordan
- 3) Me siento muy tranquilo/a cuando consigo llevar una dieta equilibrada
- 4) Me siento feliz cuando adelgazo
- 5) Me siento muy triste cuando no consigo el peso que desearía
- 6) Me siento muy contento/a cuando veo que no he comido mucho
- 7) Me siento desesperado/a cuando aumento de peso
- 8) Me siento un/una fracasado/a cuando he comido más de lo que debería

### Escala de Necesidad de Control

*Por favor, indica de 1 a 5 (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo) en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.*

- 1) No puedo soportar perder el control de algo
- 2) Tengo que tener todo bajo control para sentir que todo va bien
- 3) Pienso que si consigo tener el control sobre las cosas seré más fuerte
- 4) Me pongo muy nervioso/a cuando no he podido controlar algo que me había propuesto
- 5) Me agobio cuando no he hecho todas las cosas que tenía previsto hacer, por insignificantes que sean
- 6) Me gusta hacer cosas que me den sensación de control
- 7) Admiro a la gente que tiene control
- 8) Me enfado conmigo mismo/a cuando no puedo resolver un problema completamente.