

Título conferencia: Valoración de la Ira en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Un estudio con el Test de Rorschach (EXNER)

Fecha: 27/11/2008

Área temática: Trastornos alimentación

Autores: Pilar Salorio*, Cristina Martínez***, Jesús Martín***, Carmen Oñate*, Isabel López*, Gonzalo Pagán**

Institución: Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

E-mail: psalorio1@hotmail.com

Dirección postal: Intendente Jorge Palacios s/n

Código postal: 30003

Ciudad: Murcia

Provincia: Murcia

País: España

Resumen: Muchos estudios han referido que las pacientes con un TCA tienen altos niveles de ira, pero que en la mayoría de los casos, estas pacientes presentan un mal manejo de esta emoción. El manejo y la expresión de la ira es diferente según el tipo de TCA, así las pacientes con ANR tienden a suprimir la ira o si la expresan suele ser hacia si mismas las pacientes con bulimia, tienen altos niveles de ira que suelen expresar hacia si mismas y hacia los demás. Podemos hablar de estado de ira, que se puede definir como un estado emocional que incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia acompañada de una activación del SNA y rasgo de ira que es la tendencia individual a reaccionar con estados de ira. El objetivo del presente trabajo consiste en valorar mediante una variable del Test de Rorschach la presencia o no de ira (estado-rasgo)($S=3$, estado de ira y S igual o mayor 4, rasgo de ira) en una muestra de 49 pacientes que cumplían criterios de ANR, ANP y BN. Se les administró el Test de Rorschach a cada una de las pacientes dentro de una Batería de pruebas (MACI o MILLON, EDI2). Se dividió la muestra en dos grupos, ANR (23 pacientes) y el grupo purgativo (ANP+BN). El 40 % de ANR tenía una $S < 2$ y el 42.3 % de pacientes del grupo purgativo una $S \geq 4$. No se encontraron diferencias significativas al comparar ambos grupos.

nº de referencia: 1817309903, 2cof439362

1. INTRODUCCIÓN.

La ira es la emoción que va asociada a la agresividad. *Truglia* y cols. (1) definen la agresividad como una conducta cuya intención es el daño. Según esto nos encontramos con tres modelos de agresividad : 1. El primer modelo lo considera sobre la base de una conducta agresiva que puede ser verbal o física y va dirigida de forma destructiva hacia uno mismo o hacia los otros; 2. El segundo modelo, distingue entre **agresividad reactiva o impulsiva**, conducta impulsiva que surge como respuesta a una frustración y motivada por el deseo de herir a alguien y **agresividad instrumental o premeditada**, con la que se hace referencia a una conducta controlada, dirigida hacia una meta, que se utiliza como medio de alcanzar unos objetivos. La conducta agresiva que se estudia como parte de la sintomatología psiquiátrica es la conducta impulsiva y la emoción que le corresponde es la ira o rabia; 3. El tercer modelo distingue entre **estado de ira**, que se puede definir como un estado emocional que incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia acompañada de una activación del SNA y **rasgo de ira** que es la tendencia individual a reaccionar con estados de ira. La ira es muy importante para la construcción de la identidad personal, ya que defiende el límite de lo que es tolerable, los límites de la propia identidad moral.

Diferentes estudios han demostrado que las pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), presentan altos niveles de ira, hostilidad y agresividad. Las pacientes con Anorexia nerviosa restrictiva (ANR) tienden a suprimir la ira o a expresarla hacia ellas mismas y sólo en alguna ocasión hacia los otros, mientras

que las pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) tienen sentimientos de ira que tienden a expresar hacia otras personas u objetos.

Fassino y cols. (2) trataron de estudiar las diferentes expresiones de la ira entre los distintos grupos de TCA (ANR, ANP, BN) encontrando que las pacientes con BN están temperamentamente predispuestas a expresar la ira de forma impulsiva, frente a las pacientes con AN que la tienden a suprimir. Estudiaron también si existían diferencias significativas, en cuanto a la expresión de la ira, entre vomitadoras / no vomitadoras, no encontrando diferencias significativas entre ambas y un tercer objetivo del estudio trató de correlacionar las expresiones de la ira y los hábitos alimentarios encontrando que la agresividad y la ira son frecuentes y comunes entre estos pacientes. La presencia de ira en las pacientes con TCA se correlaciona con la impulsividad, las pacientes con niveles más altos de ira, estado o rasgo, son también más impulsivas.

Miotto y cols (3) encuentran en su muestra con TCA estudiada una propensión a la agresión, aunque no encontraron que fueran más propensos que los controles sanos. Las pacientes con AN obtuvieron puntuaciones más bajas en agresión verbal y física que los controles, lo que implica la presencia de una mayor ira interna y agresividad autodirigida, mientras que las pacientes con BN, por el contrario, puntuaron más alto que los controles en las escalas de ira y hostilidad.

Existen también estudios que consideran que la ira, como emoción negativa, puede precipitar atracones de comida. En el estudio de *Milligan y Waller* (citado por *Truglia y cols* (1)) realizado en una muestra de mujeres, los atracones se asociaron con la supresión de la ira, mientras que los vómitos fueron asociados con altos niveles de estado de ira. Según esto se podría especular que las conductas bulímicas podrían tener diferentes funciones: el atracón sería un medio para evitar la experiencia de la ira y el vómito reduciría el estado inmediato de la ira.

Las conductas agresivas, acompañadas de ira y sobre todo autodirigidas, son frecuentes en los TCA y está relacionadas con aspectos fundamentales de la psicopatología de estos trastornos, así determinadas conductas como el vómito autoprovocado y el abuso de laxantes y diuréticos se pueden considerar conductas autolesivas, aunque la persona que las realice no tenga como objetivo hacerse daño y lo utilice como una forma de perder o mantener el peso o reducir estados emocionales dolorosos.

En este sentido *Ahren-Moonga y cols.* (4) encuentran que las pacientes con AN puntúan más bajo en las escalas que miden impulsividad, culpa y ansiedad mientras que las pacientes con BN tenían una mayor frecuencia de conductas autolesivas e intentos de suicidio, conductas relacionadas con el mal manejo de la ira.

Krung y cols (5) encuentran que el uso de laxantes se asoció a la supresión de la ira y que aquellas pacientes que puntuaban alto en supresión de la ira tenían también un mayor número de conductas autolesivas. *Brytek* (6) en este sentido estudiando una muestra de pacientes con AN, encuentra que tienden a dirigir la ira hacia ellas mismas.

Waller y cols. (7) encuentran que las mujeres con TCA obtenían altos niveles de estado de ira y de supresión de la ira cuando manifiestan síntomas bulímicos. Así refieren que los atracones y los vómitos se asocian con el rasgo de ira, el ejercicio excesivo con el estado de ira y el abuso de laxantes con la supresión de la ira.

El estudio de las correlaciones entre rabia y perfil de actitudes alimenticias apoya la teoría de que la rabia en los TCA correlaciona con la impulsividad.

Clínicamente la impulsividad parece ser el elemento psicopatológico que más ampliamente correlaciona con la rabia. Fassino y cols. (8) encuentran en su muestra de estudio que los pacientes con altos niveles de rabia, estado o rasgo son también más impulsivos.

En todos los estudios sobre la ira y los TCA se utilizan escalas o inventarios autoaplicados, sin embargo existe otra prueba como es el Test de Rorschach que mediante una variable S (espacio blanco) nos permite medir la ira, tanto como estado de ira, como rasgo de ira y la variable EB (estilo vivencial) la dirección de la ira.

En función del número de respuestas S (cuando el sujeto localiza su respuesta o incluye en su respuesta los espacios en blanco de la lámina), su significado va a variar. Un número de **S = 2** indica que el sujeto es capaz de autoafirmarse, decir que no y mantener sus aspectos más personales cuando responde a exigencias externas; un número igual a 3 o superior en las tres primeras láminas indican que el sujeto se siente irritado ante la situación de examen y que se muestra excesivamente oposicionista cuando se encuentra ante un desafío no deseado, aunque también podría indicar una actitud obstinadamente negativa a la autoridad; Cuando las S se dan repartidas en todas las láminas un número de respuestas **S = 3** indican la existencia de un mayor oposicionismo o negativismo hacia el entorno que la mayoría de las personas lo que dificulta el establecimiento de unas relaciones sociales armoniosas y una **puntuación igual o mayor de cuatro** respuestas de espacio blanco indica la presencia de considerable ira, que puede ser generalizada y puede afectar las actitudes del sujeto hacia el entorno. Es un rasgo de carácter que afecta el funcionamiento psicológico del sujeto. Ello va a influir en la toma de decisiones y en la forma de gestionar los asuntos de la vida cotidiana. En algunos sujetos que presentan este rasgo, su enfado se manifestará en sus conductas continuamente, de forma obvia y directa, en otros casos las manifestaciones serán más sutiles e indirectas y si la contención emocional es una característica de la organización psicológica del sujeto, éste vivirá reconcomido de rabia por dentro, es decir, suprimirá la expresión externa de la ira. Cualquiera que sea la forma en que se maneje la ira, personas con estas características van a tener dificultad para mantener relaciones profundas y significativas con los demás, dado que van a ser poco tolerantes con las convenciones habituales en el intercambio social (9).

El **estilo vivencial** (EB)(cociente entre las respuestas de movimiento humano y respuestas de color) hace referencia a un estilo básico de respuesta que es relativamente estable y que nos indica el estilo de funcionamiento psicológico del sujeto. Es una de las variables más estables. Se pueden establecer tres tipos de estilo vivencial: el **EB Introversivo**, que señala a un sujeto básicamente ideacional, que habitualmente prefiere demorar la toma de decisiones hasta haber podido considerar todas las alternativas posibles, mantienen las emociones al margen mientras están solucionando sus problemas, formulan sus juicios basándose en su evaluación interna y no utilizan sistemas de ensayo y error para la búsqueda de soluciones; el **EB Extratensivo** revela un estilo más emocional, mezclan los afectos con el pensamiento durante la resolución de problemas y cuyos juicios están influidos por la información externa procedente de su actividad de ensayo y error; el **EB ambigüo** indica que no posee un estilo firme de respuesta, or lo que refleja una mayor vulnerabilidad ante las dificultades, pues se trata de sujetos vacilantes, que necesitan más tiempo para concluir sus tareas y tienen menos coherencia interna, lo cual les hace mucho más imprevisibles en su conducta (10).

Cuando en un protocolo aparece un número elevado de respuestas S y un EB extratensivo existirá la probabilidad de que la ira se exprese hacia fuera,

mientras que si el EB es introversivo, la ira se dirigirá hacia si mismo. Cuando no existe un EB definido no se puede prever hacia donde irá dirigida la ira.

Los objetivos del presente trabajo son: 1. valorar la presencia de ira en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria y analizar hacia donde va dirigida mediante el Rorschach; 2. Analizar si existen diferencias significativas en relación a la presencia de ira y su manejo entre las pacientes con ANR y aquellas con conductas purgativas (ANP y BN).

2. MATERIAL Y METODO

Se estudió una muestra de 49 pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, según DSM IV-TR (ANR = 23, ANP = 11, BN = 15) que habían estado ingresados en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Los datos de la muestra aparecen reflejados en la tabla 1. Se han establecido dos grupos diagnósticos ya que en los estudios revisados agrupan a las pacientes con síntomas purgativos en un solo grupo.

Tabla 1. Características de la Muestra

	ANR	ANP + BN
EDAD MEDIA	22.13 d.t. 8.6	23.03 d.t. 6.75
SEXO		
Varón	3	4
Mujer	20	22
ESTUDIOS		
EGB+ESO+FP	10	13
Bachiller	6	11
Universitarios	7	2

A cada uno de los pacientes se les administró una batería de pruebas, dentro del protocolo de la Unidad, entre las que se encuentran el Test de Rorschach y la escala EDI2, pruebas que van a ser analizadas en el presente trabajo.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: en el **Test de Rorschach** seleccionamos **las respuestas de espacio blanco (S)**, con respecto a esta variable tuvimos en cuenta el valor cuantitativo, pero también nos sirvió para agrupar a los pacientes en función del número de S que habían dado en el protocolo, así establecimos tres grupos: grupo 1, menos de 2 respuestas S, grupo 2, 3 respuestas S y grupo 3 más o igual de 4 respuestas S. La segunda variable estudiada **fue el EB (Estilo Vivencial de respuesta)** estableciendo también tres grupos, grupo 1 estilo de respuesta introvertido, grupo 2 estilo de respuesta extravertido y grupo 3 estilo de respuesta ambigüo. Del **EDI 2** tuvimos en cuenta la puntuación directa obtenida en las subescalas de **Ineficacia, Miedo a Madurar e Impulsividad**.

La variable **Ineficacia** evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. La variable **Miedo a Madurar** mide el deseo de volver a la seguridad de la infancia, sobretodo a nivel corporal y con la variable **Impulsividad** se mide la dificultad para regular los impulsos, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

3. Análisis Estadístico

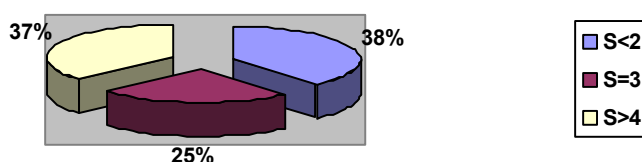
Se dividió la muestra en dos grupos diagnósticos y se realizó mediante el paquete informáticos Systat 7.0 una comparación de medias para aquellas variables cuantitativas mediante el estadístico "t" de Student para muestras independientes y para las variables cualitativas se utilizó el test ji-cuadrado de Pearson.

4. Resultados

• Análisis de la presencia de Ira y dirección de la ira en la muestra total y en función del diagnóstico.

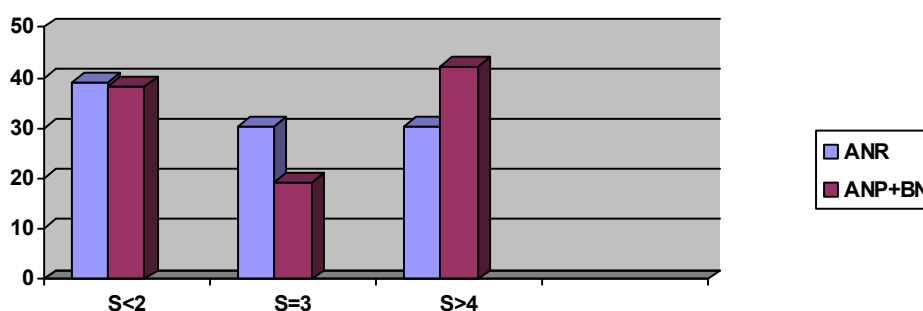
Si analizamos la muestra total, sin tener en cuenta el diagnóstico, encontramos que el 38,7 % de los pacientes obtienen un número de respuestas S inferior o igual a 2, lo que indica que no existen sentimientos de ira frente al 24,48 % que obtienen un número de respuestas S = 3 reflejando la existencia de estado de ira y al 36,7 % de pacientes que obtiene un número de S igual o mayor de 4 que indica la presencia de rasgo de ira (Gráfico 1).

Gráfico 1. % de pacientes y número de respuestas S



Al realizar una comparación de medias (mediante "t" de Student para muestras independientes) en la variable S en función del diagnóstico, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, aunque si que la media de respuestas S en el grupo purgativo es mayor que en el grupo no purgativo. Encontrando que el 39, 1% de las pacientes con ANR obtienen un número de respuestas S inferior a 2, frente al 42.2 % de pacientes con síntomas purgativos (ANP y BN) que obtienen un número de respuesta S igual o mayor a 4. Sin embargo encontramos que en un 30,4 % de pacientes con ANR el número de respuestas S es igual o mayor de 4, lo que indica que estas pacientes presentan rasgo de ira (Gráfico 2).

Gráfico 2. % de Pacientes en el número de respuestas S en función del Diagnóstico



Se dividió la muestra en función del número de respuestas S y se valoró el tipo vivencial de respuesta, encontrando diferencias significativas (ji-cuadrado = 10.412, $p < 0.03$) que nos indican que a mayor ira el estilo vivencial de respuesta es la introversión lo que indica que la ira está dirigida hacia si mismo.

- **Comparación entre las puntuaciones obtenidas en Ineficacia, Miedo a Madurar y Hostilidad en función del diagnóstico y niveles de rabia.**

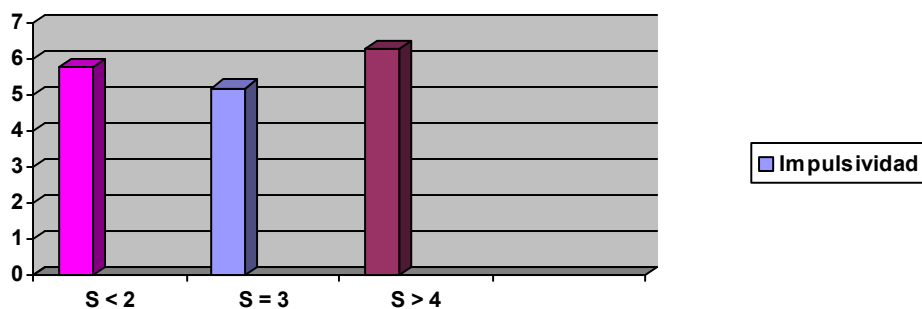
Al comparar la muestra en función del diagnóstico y en la variable **Ineficacia**, encontramos diferencias estadísticamente significativas, al realizar una comparación de medias ("t" de Student) entre ambos grupos diagnósticos ($t = -3.023$, $p < 0.004$) a favor del grupo purgativo, es decir, las pacientes con un diagnóstico de ANP o BN se sienten más ineficaces que las pacientes con ANR.

Lo mismo ocurre cuando comparamos ambos grupos en función de la variable **Impulsividad**, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($t = -3.099$, $p < 0.003$) a favor del grupo purgativo, es decir que se sienten y muestran más impulsivas.

Por otro lado no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la variable **Miedo a Madurar**, obteniendo medias semejantes en ambos grupos, siendo esta una característica común a todos los trastornos de la conducta alimentaria.

Si comparamos la muestra teniendo en cuenta la puntuación en **Impulsividad** y **el nivel de Ira**, no encontramos diferencias estadísticamente significativas aunque si observamos una puntuación media mayor en impulsividad en aquellos sujetos con rasgo de ira ($S > 4$) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Puntuaciones medias en Impulsividad y Nivel de Ira



5. Discusión

Encontramos en nuestro estudio un porcentaje alto (63,2 %) de pacientes que presentan un número de respuestas S superior a 2 lo que indica la presencia de ira, tanto Estado de Ira ($S=3$), como Rasgo de Ira, esto coincide con otros autores (3, 4, 5, 6), que refieren que las pacientes con un TCA podrían tener una expresión de la ira inadecuada, como déficits en las estrategias de afrontamiento de la ira y de la frustración.

Si tenemos en cuenta el diagnóstico no encontramos diferencias significativas entre el grupo restrictivo y el purgativo, aunque si podemos decir que en el grupo purgativo hay más pacientes, el 42,2 % que presentan rasgo de ira frente a un 30,4 % en el grupo restrictivo.

Teniendo en cuenta hacia donde va dirigida la ira, en nuestro estudio y en función del número de respuestas S y el tipo vivencial de respuesta, encontramos que a mayor nivel de ira el estilo vivencial de respuesta es la introversión que indica que la ira o rabia va dirigida hacia uno mismo, y esto independiente del diagnóstico clínico. Esto coincide con lo encontrado por *Fassino y cols.* (2) quienes estudiaron si existían diferencias significativas, en cuanto a la expresión de la ira, entre vomitadoras / no vomitadoras, no encontrando diferencias significativas entre ambas. Sin embargo los resultados no coinciden con otros autores como *Miotto y cols* (3) que encuentran que las pacientes con AN obtuvieron puntuaciones más bajas en agresión verbal y física que los controles, lo que implica la presencia de una mayor ira interna y agresividad autodirigida, mientras que las pacientes con BN, por el contrario, puntuaron más alto que los controles en las escalas de ira y hostilidad. O como *Ahren-Moonga y cols.* (4) que encuentran que las pacientes con AN puntúan más bajo en las escalas que miden impulsividad, culpa y ansiedad mientras que las pacientes con BN que tenían una mayor frecuencia de conductas autolesivas e intentos de suicidio, conductas relacionadas con el mal manejo de la ira.

Con respecto a las subescalas del EDI 2 encontramos diferencias significativas en las subescalas de **Ineficacia e Impulsividad** entre el grupo de ANR y Purgativo, lo que indica que el grupo purgativo siente más sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida así como mayor dificultad para regular los impulsos. Esto coincide con lo encontrado por *Fassino y cols.* (5).

Fassino y cols. (8) encuentran en su muestra de estudio que los pacientes con altos niveles de rabia, estado o rasgo son también más impulsivos. En nuestro estudio los pacientes que tenían puntuaciones más altas en impulsividad, también puntuaban más alto en nivel de ira.

Lo que si está claro es que en nuestra muestra la mayoría de los pacientes presentan altos niveles de ira igual que aparece en los estudios sobre el tema. Este es un aspecto importante a la hora de planificar el tratamiento y ver la evolución. En muchas ocasiones el mal manejo de la ira, en el sentido de dirigirla a si misma da lugar a conductas autolesivas que son frecuentes en este tipo de pacientes.

Como críticas de este estudio podemos señalar que la muestra es pequeña, cuando se divide por diagnósticos, por lo que sería conveniente utilizar una muestra más amplia y que fueran pacientes ambulatorias ya que la propia situación del ingreso podría influir, no tanto en el rasgo de ira sino en el estado de ira y como consecuencia en la producción de respuestas S. También sería oportuno en vista de los resultados utilizar junto al Test de Rorschach, alguna escala de medida de la ira, como es el STAXI-2 así como tener en cuenta, no tanto el diagnóstico clínico, sino la presencia o no de conductas autolesivas.

• Referencias Bibliográficas

1. *Truglia, E, Mannucci E, Lassi S, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V* “Aggressiveness, anger and eating disorders: A review”. *Psychopathology* 2006, 39 (55-68).
2. *Fassino S, Abate Daga G, Pireo A, Leombruni P, Giacomo Rovera G.* “Anger and personality in eating disorders”. *Journal Psychosomatic Research* 51 (2001) 757-764.

3. *Miotto, P, Pollini, B, Restaneo A, Favaretto, G, Preti A.* "Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders". *Comprehensive Psychiatry* 2008, 49 : 364-373
4. *Ahren-Moonga J, Holmgren S, von Knorring L, Af Klinteberg B.* " Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders" *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2008 jul; 16 (4):268-275.
5. *Krug I, Bulik CM, Vall-Llovera ON, Granero R, Agüera Z, Villarejo C, Jimenez-Murcia S, Fernández-Aranda F.* "Anger expression in eating disorders: clinical, psychopathological and personality correlates". *Psychiatry Res.* 2008. Nov. 30; 161 (2): 195-205.
6. *Brytek, A* "Self-esteem, strategies of coping and feeling of anger in french patients with anorexia nervosa". *Psychiatr. Pol.* 2006 Jul-Aug; 40 (4): 743-50.
7. *Waller, G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Oharian V, Luang N* "Anger and core beliefs in the eating disorders" *Int J Eat.Disorder*, 2003, 34 (118-124).
8. *Fassino S, Abate-Daga G, Piero A, Leombruni P, Giacomo Rovera G.* "Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatics* Jul/Aug 2003, 72, 4.
9. *Sendin, C,* Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo de Exner. John Exner Jr. Psimática. Madrid 1999.
10. John E. Exner Jr. Principios de Interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprehensivo. Psimática, Madrid 2005.