

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA



**LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Y EL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO:
INTRUSIONES MENTALES, EGODISTONÍA Y CREENCIAS**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
MARÍA RONCERO SANCHIS

Dirigida por:
Dra. D^a CONXA PERPIÑÁ TORDERA
Dra. D^a AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, 2011

Este estudio ha sido subencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación por medio de dos proyectos de investigación (PSI2009-10957, y beca FPI del proyecto SEJ2006-03893/PSIC).

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar mi más sincero agradecimiento a las dos directoras de esta tesis, las Dras. Conxa Perpiñá y Amparo Belloch, dos investigadoras cuya profesionalidad, rigurosidad, y entusiasmo por la investigación admiro profundamente. Quisiera agradecerles todo lo que me han enseñado a lo largo de estos cinco años, el tiempo que me han dedicado, su confianza y su apoyo. A ellas les debo el haber disfrutado muchísimo de este trabajo, y lo más importante, el deseo y la ilusión por continuar investigando.

Gracias al grupo de investigación ITOC: Elena Cabedo, Ángel Carrasco, Carmen Carrió, Sonia Císcar, Ángela Ferrero, Gertrudis Fornés, Carmen Morillo, Luís Miguel Pascual, y Gema del Valle, por todas vuestras aportaciones a este trabajo, pero también por los buenos momentos que hemos compartido -profesionales y personales-, y por los que vendrán. Y en especial quiero darle las gracias a Gemma García, por tener siempre las palabras que necesito en los momentos que me hacen falta, por compartir conmigo agobios y sobre todo alegrías dentro y fuera de la investigación.

También quiero dar las gracias a todas las personas que colaborado en esta tesis a lo largo de estos años de muy diferentes formas, en especial a Lorena Blasco, Sergio Sánchez, Cindy dePoy, Jose Manuel Tomás, y cómo no a Sonia Fournier, Berta y Pilar.

I would like to devote a few lines to those with whom I shared my stay in London. First I would like to thank Prof. Janet Treasure for welcoming me into her research group. Her professionalism and extraordinary dedication are admirable, as well as her generosity and warmth. Thanks to the whole research team in the Eating Disorders Unit at Guy's Hospital for their support, and Frankie and "family" for making me feel at home. I also want to thank the "Spanish Ladies": Lidia, Maria Jose, Yolanda and Marcela, with whom I shared very good times, and, of course, Jana, who helped me get through the first cold months.

Muy especialmente quiero dar las gracias a toda mi familia y a mis amigas, porque son una parte esencial de mi vida, porque cada uno a su manera, unos de más cerca y otros de más lejos (¡incluso desde Oporto!) me habéis ayudado mucho, y sobre todo, porque me habéis “sufrido”. Gracias a todos por estar ahí.

Tampoco puedo olvidarme de todas las personas que han participado en este estudio. A todos y cada uno de ellos les debo también este trabajo, gracias por vuestra generosidad y por vuestra paciencia. Y especialmente quiero agradecer el esfuerzo de todas y cada una de las pacientes, españolas e inglesas, por compartir su sufrimiento, y por el esfuerzo que supone completar los cuestionarios (y descifrar mi inglés).

Por último, quiero darle las gracias a Pepe, que como siempre ha estado a mi lado cada día. Gracias por ser tan comprensivo, por tu paciencia, porque me he sentido tremendamente apoyada en cada una de las etapas por las que he atravesado en este trabajo, y especialmente en los momentos más complicados en los que me has ayudado a superar cada obstáculo. Gracias.

*A las dos estrellas que más brillan,
a mi madre y a Tita*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	13
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1. Los trastornos alimentarios.....	17
1. Introducción.....	18
2. Historia de los Trastornos Alimentarios (TA).....	19
3. Clasificación psiquiátrica actual de los TA.	21
4. Epidemiología, curso y complicaciones asociadas.	30
5. Comorbilidad.	35
6. Etiología.....	39
7. Summary & future considerations-Chapter 1.....	42
CAPÍTULO 2. El espectro obsesivo-compulsivo.....	44
1. Introducción.....	45
2. Evidencias a favor del espectro O-C.....	46
3. Propuestas sobre el espectro O-C.....	48
4. Ubicación de los ta en las principales dimensiones del espectro O-C.....	53
5. Relación entre los TA y el TOC.....	59
6. Summary & future considerations -Chapter 2.....	65
CAPÍTULO 3. Intrusiones cognitivas.....	67
1. Introducción.....	68
2. Las intrusiones cognitivas.....	69
3. Modelos explicativos de las intrusiones.....	77
4. Intrusiones cognitivas en los trastornos alimentarios.....	85
5. Summary & future considerations- Chapter 3.....	99
CAPÍTULO 4. El papel del sí mismo y las creencias nucleares en los TA.....	100
1. Introducción.....	102
2. Teorías psicodinámicas.....	103
3. Teorías cognitivas y el Yo.....	112
4. Un problema de identidad: egosintonía y egodistonia.....	126
5. Summary & future directions.....	144

MARCO EMPÍRICO

OBJECTIVES.....	149
PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO.....	151
INSTRUMENTOS.....	170
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	180
RESULTS.....	185
Study 1. Construction and validation of a self-report instrument to assess the dimensionality of egosyntonicity and egodystonicity of mental intrusions, adapted to eating and obsessive content.....	186
1. Translation and adaptation of egodystonicity questionnaire, and development of a new questionnaire to assess egosyntonicity.....	187
2. Analyses of the factorial structure of the egosyntonicity and egodystonicity questionnaires.....	190
3. Descriptive statistics, reliability and associations with CED-R and CES.....	195
Study 2: Analysis of egosyntonicity and egodystonicity of intrusive thoughts in ED patients, subclinical ED individuals, and non-clinical people.....	201
1. Egosyntonicity and egodystonicity characterization of eating intrusive thoughts in ED patients, ED-recovered individuals, people with high risk of ED and non-clinical population.....	201
2. Study of egosyntonicity and egodystonicity related to relevant variables of intrusive cognitions.....	214
3. What role do egosyntonicity and egodystonicity play in eating intrusive thoughts?.....	232
4. Egosyntonicity, egodystonicity, and overvalued ideation.....	236
5. Egosyntonicity and egodystonicity across the stages of motivation to change....	242
6. Association between egosyntonicity and egodystonicity and body image variables	245
7. Preliminary analysis of egosyntonicity and egodystonicity regarding intrusive thoughts analogous to obsessions.....	249
Study 3: Analysis of core and metacognitive beliefs associated with eating intrusive thoughts and their relationships with the egosyntonicity and egodystonicity caused by these intrusions.....	252
1. Core beliefs and metacognitive beliefs.....	253
2. Core beliefs and metacognitive beliefs in subclinical OCD people in comparison with ED subclinical people.....	256
3. Relationship among core belief domains, psychopathology measures, and egosyntonicity/egodystonicity.....	258
4. Relationships among metacognitive beliefs, psychopathology variables, and egosyntonicity/egodystonicity.....	266

DISCUSIÓN	273
Objetivo 1. Egosintonía y egodistonia de las intrusiones mentales.....	275
Objetivo 2. Análisis de las creencias nucleares y metacogniciones.....	314
Summary of discussion.....	324
CONCLUSIONS	343
BIBLIOGRAFÍA	353
ABREVIATURAS	385
ANEXOS	387

PRESENTACIÓN

A pesar la cantidad creciente de estudios sobre los Trastornos Alimentarios (TA), todavía hoy se desconocen muchos aspectos de la naturaleza y etiología de estos trastornos, con lo que esto conlleva a la hora del diagnóstico y tratamiento de las personas aquejadas de un TA. Como muestra de este desconocimiento basta observar la clasificación de los mismos, tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10, donde además de la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), encontramos un tercer diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), que se emplea como “cajón de sastre” y cuya prevalencia es mayor que las de AN y BN (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, y Palmer, 2007). Por tanto, una tarea esencial para los investigadores de esta área es la profundización en el conocimiento de los TA con vistas a mejorar su diagnóstico y tratamiento, además de su prevención.

Uno de los aspectos de los TA que se encuentra actualmente en estudio son los rasgos obsesivos presentes principalmente en las pacientes con AN. Como se verá en el capítulo correspondiente, la comorbilidad de síntomas y de síndromes entre los TA y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad (TOCP) es muy elevada. Además, como también veremos, algunos expertos plantean que los rasgos de TOCP que presentan muchas personas con TA, como el perfeccionismo, la rigidez, o la pulcritud, constituyen un factor de riesgo para un TA. Por otra parte, y como muestra de la relación entre estos trastornos, otros autores incluyen los TA dentro del “Espectro Obsesivo Compulsivo” (p. ej., du Toit, van Kradenburg, Niehaus, y Stein, 2001).

Cada vez son más los estudios que se han realizado desde los años 80 sobre la relación entre ambos trastornos, y todavía hoy se sigue llamando la atención sobre la necesidad de profundizar en el conocimiento de la naturaleza de su relación, lo que conlleva ir más allá de los estudios que meramente revelan la existencia de una considerable comorbilidad entre trastornos (Altman y Shankman, 2009), lo cual puede ayudar a entender

mejor los mecanismos psicopatológicos que se encuentran a la base, y así mejorar los tratamientos específicos para cada uno de ellos.

El presente trabajo se enmarca dentro de un proyecto más amplio, cuyo fin es, precisamente, ahondar en el conocimiento psicopatológico de los TA, y de manera específica sobre la relación existente entre los TA y el TOC. Examinaremos la relación entre ambos trastornos estudiando las cualidades egodistónicas y egosintónicas de los pensamientos intrusos con un contenido relacionado con el aspecto físico, la alimentación y el ejercicio físico, que presentan las pacientes con TA, así como de las obsesiones de los pacientes con TOC. Además se analizarán las comunalidades entre ambos conjuntos de trastornos en relación con las creencias nucleares y creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos, impulsos, imágenes y sensaciones de tipo intrusivo, así como su relación con la egosintonía y egodistonía, en la medida en que pensamos que podrían aportar información relevante acerca de una hipotética base etiológica común.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. INTRODUCCIÓN
2. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (TA)
3. CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA ACTUAL DE LOS TA
4. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS
5. COMORBILIDAD
6. ETIOLOGÍA
7. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 1

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la presencia de un patrón alterado en la conducta alimentaria, una preocupación excesiva por la figura y peso corporal debido a la sobrevaloración de estos aspectos. Además, y como consecuencia, son característicos los intentos por controlar los efectos que la comida tiene en las pacientes, las cuales recurren al consumo excesivo de diuréticos, laxantes, a provocarse el vómito o a realizar un ejercicio físico excesivo.

La sobrevaloración del peso y la figura corporal en la autoevaluación de las pacientes se ha identificado como la característica esencial en los TA, o al menos en el caso de AN y de la BN (Fairburn y Harrison, 2003), además de ser un factor de riesgo para padecerlos (Wilksch y Wade, 2010). Mientras las personas sin TA se suelen auto-definir basándose en aspectos como el trabajo, la pareja, la familia, etc., las pacientes con TA se centran en su figura corporal, el peso, la comida y el control que ejercen sobre los mismos (Fairburn, Shafran, y Cooper, 1999).

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las características más importantes de los TA. Se plantea como un factor predisponente para el padecimiento de estos trastornos, y por esta razón se incluyen en los programas de evaluación y de tratamiento de los mismos (Alcañiz et al., 2000; Garner, 2004; McDonald y Thompson, 1992; Perpiñá, Botella, y Baños, 2003; Slade, 1988; Wilson y Fairburn, 1993). Pero esta insatisfacción con la imagen corporal no sólo está presente en personas con psicopatología alimentaria puesto que también en la población general se observa en un gran porcentaje de personas, en su mayoría mujeres, cierta insatisfacción con su cuerpo. El término “descontento normativo” (Rodin, Silberstein, y Striegel-Moore, 1984) se utiliza para apresar esta realidad, fruto de las presiones que reciben las mujeres, “inundadas” por ideales de belleza inalcanzables, cuando no irreales o utópicos.

Otro aspecto importante es la “necesidad de control”, destacado desde las teorías cognitivo-conductuales como un factor de mantenimiento de los TA y

especialmente de la AN (Fairburn, Shafran et al., 1999) y ya propuesto por Slade en 1982. Este concepto plantea que las pacientes con TA interpretan los signos y síntomas que producen la restricción alimentaria como una demostración del control que ejercen sobre su propio cuerpo y sobre ellas mismas, para así satisfacer la necesidad de control que tienen sobre los demás aspectos de sus vidas. Así, los síntomas como el hambre o el mareo producido por el ayuno (objetivamente desagradables) serían valorados por las pacientes de una manera positiva (Shafran, Fairburn, Nelson, y Robinson, 2003).

Los TA, y específicamente la AN y la BN, según estudios sobre heredabilidad, neurobiológicos, y de alteraciones cognitivas, emocionales y sociales, se categorizan en la mayoría de países como “enfermedades mentales graves”, “enfermedades mentales con base biológica”, y en niños “enfermedades con dificultades emocionales graves” (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, y Tyson, 2009).

2. HISTORIA DE LOS TA

Epistemológicamente, “anorexia” significa “falta de apetito”. Sin embargo, esto no ocurre propiamente en las pacientes con AN, puesto que ellas sí que experimentan la sensación de hambre, pese a sus intentos de suprimirla. El término “anorexia nerviosa” fue acuñado por Gull (1874), y se impuso a otros como “anorexia histérica”, propuesto por Lasègue (1873), o “anorexia mental”, propuesto por Huchard en 1883, empleado en algunos países de influencia francesa (Toro, 1996).

Por lo que respecta a la epistemología del término “bulimia” o “hambre voraz”, podría pensarse que éste trastorno fuera lo opuesto a la AN. Sin embargo, tampoco en este caso el término define la esencia del trastorno, puesto que las pacientes con BN no llevan a cabo atracones de comida como consecuencia de una sensación de hambre extrema.

Aunque la AN es conocida desde mediados del siglo XIX, existen ya en la Edad Media descripciones de casos de mujeres que empleaban el ayuno como medio para lograr la salvación, la comunicación con Dios, como penitencia, y en otras ocasiones para evitar matrimonios pactados, como en el caso de Wilgefortis entre los años 700-1000 a.C., o la princesa Margarita de Hungría. Más adelante, en los siglos XVI y XVII a estas mujeres se las conocía como “mujeres o doncellas milagrosas”. Sin embargo, a partir de S.XVII, y con el desarrollo del conocimiento científico, la consideración de estas mujeres pasó de “milagrosas” y “santas” a “mujeres en ayunas” (*“fasting girls”*). En la actualidad, lejos de las finalidades religiosas, el ayuno se emplea como medio para alcanzar la anhelada delgadez, impuesta como ideal de belleza en las mujeres, y así conseguir la aprobación de los demás y de uno mismo. Además, en las pacientes de hoy en día se observa un miedo a engordar que no se tiene constancia que estuviera presente en las “anoréxicas santas” o “doncellas milagrosas”, por lo que muchos autores cuestionan que aquellas descripciones primeras fueran realmente trastornos comparables a los alimentarios de hoy en día (Toro, 1996). No obstante, las diferencias con aquellos casos podrían responder también a cambios en la sintomatología, que se va ajustando culturalmente a través de las distintas épocas y contextos sociales.

A pesar de que en la clínica y la comunidad científica se habían descrito y estudiado casos de AN, no es hasta el siglo XX, en los años 80, cuando esta enfermedad comienza a conocerse entre la gente. Uno de los desencadenantes de esta “popularidad” fue la publicación en 1978 del exitoso libro *The Golden Cage* -La Caja Dorada- por la psiquiatra Hilde Bruch, en el cual se narran los casos de varios pacientes con anorexia. Además, unos años más tarde, en 1983, falleció una conocida cantante, Karen Carpenter, a consecuencia de esta enfermedad, lo que tuvo una gran repercusión mediática. A partir de ese momento comenzaron a publicarse artículos en prensa y revistas de moda, libros, e incluso películas sobre la AN, de tal manera que este trastorno llegó a ponerse “de moda” hasta tal punto, según declararon algunos

autores, que ocasionó la aparición de los llamados casos de anorexia “*me too*” -yo también-, chicas que imitaban lo que aparecía en los medios (Brumberg, 1988).

Respecto a la BN, no hay constancia de descripciones de casos en la edad media y siglos posteriores de pacientes con síntomas similares a la BN, como en el caso de la AN. De hecho, hasta los años 70 del pasado siglo, la bulimia recibió escasa atención, y la mayoría de las veces que se hacía alusión a ella era como síntoma, como por ejemplo en los apuntes de Gull en 1874, entre otros. La BN fue descrita como un trastorno independiente por Russell en 1979. Y finalmente fue reconocida como tal trastorno en el DSM-III de 1980. Por este motivo, la cantidad de escritos e investigaciones sobre BN es mucho menor que los publicados sobre AN.

3. CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA ACTUAL DE LOS TA

En los principales sistemas diagnósticos de enfermedades mentales psiquiátricas, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, 1992), los TA son clasificados de manera independiente del resto de trastornos. En sus últimas versiones, tanto el DSM-IV-TR (2002) como la CIE-10, coinciden en diferenciar los diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosa, y ambos incluyen una tercera categoría definida por exclusión en la que básicamente se categorizarán aquellos pacientes que presenten un TA clínicamente relevante, pero no cumplan la totalidad de los criterios para AN o BN. En el caso del DSM-IV, se trata del Trastorno Alimentario No Especificado (TCANE), y en la CIE-10 son los casos atípicos de AN y BN. El problema con esta categoría es que no se define claramente qué significa poseer un TA con relevancia clínica y, por otra parte, El DSM-IV-TR señala el trastorno por atracón como un diagnóstico provisional que requiere más estudios.

A continuación se resumen los criterios diagnósticos actuales del DSM-IV-TR, las críticas e inconvenientes que vienen recibiendo, y las sugerencias de cambio que se están proponiendo para la futura quinta versión de este manual y que se pueden consultar en www.dsm5.org.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Los criterios diagnósticos se presentan en el Cuadro 1. Se establecen dos subtipos de AN: restrictivo y purgativo. Las pacientes de uno y otro subtipo presentan características clínicas diferentes, y según indican las investigaciones, también rasgos de personalidad diferentes. Las pacientes de subtipo restrictivo consiguen bajar de peso con dietas restrictivas o ejercicio excesivo, que ha sido descrito como una conducta compulsiva por la rigidez y la planificación a la hora de realizarlo, y el malestar que produce su prohibición (Grave, Calugi, y Marchesini, 2008). Estas pacientes son descritas como perfeccionistas y obsesivas. En cambio, las pacientes del subtipo purgativo emplean el vómito, diuréticos y laxantes para bajar de peso, y tienden a la impulsividad, al abuso de sustancias y presentan una mayor historia de sobrepeso en la familia (Grilo, 2006). Las migraciones más comunes son de AN restrictiva a AN purgativo y de ésta a la BN. Sin embargo, este patrón no se cumple siempre (Peat, Mitchell, Hoek, y Wonderlich, 2009), y es común que las pacientes con AN alternen entre ambos subtipos en el curso del trastorno (Eddy et al., 2002).

Las sugerencias de modificación de los criterios diagnósticos para el DSM-V incluyen respecto al criterio A, por un lado, eliminar el criterio del 85% del peso, definiéndose el marcado bajo peso como el que no llega a ser el esperado para la edad y la talla de la persona, y por otro, sustituir el término “rechazo”, peyorativo y difícil de evaluar, por el de conducta de “restricción del consumo de energía”, que tiene como resultado un bajo peso. Además, reflejo de la controversia que existe en torno a la

utilidad del criterio de la amenorrea (Criterio D), el grupo de expertos para el DSM-V propone su eliminación.

Cuadro 1. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de AN.

A. Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Tipo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

BULIMIA NERVIOSA (BN)

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la BN se exponen en el Cuadro 2. En cuanto a los subtipos de BN, se señalan dos, el purgativo, donde la paciente presenta vómitos, uso excesivo de laxantes o enemas, y el no purgativo, en el que la paciente emplearía otros métodos como el ejercicio físico excesivo. Este subtipo no está bien definido, sino que parece que se escoge por descarte del anterior, y cuando el peso no es excesivamente bajo para cumplir criterios de AN. En diversos estudios se ha observado que el subtipo no purgativo presenta características comunes con el trastorno por atracón, y prueba de ello es que entre las propuestas del DSM-V se ha sugerido eliminar los subtipos de BN.

Cuadro 2. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de BN.

A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por ambas de las siguientes características:

(1) Comer en un discreto período de tiempo (aproximadamente 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor de lo que la mayoría de gente podría comer en un período de tiempo similar y bajo circunstancias similares.

(2) Tener sensación de pérdida de control durante el episodio (p. ej. sentir que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Recurrentes conductas compensatorias inapropiadas destinadas a prevenir la ganancia de peso, tales como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas, así como de otras medicaciones, ayunos o ejercicio excesivo.

C. Tanto los atracones como las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren al menos dos veces por semana, durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está indebidamente influenciada por el peso y la talla corporal.

E. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

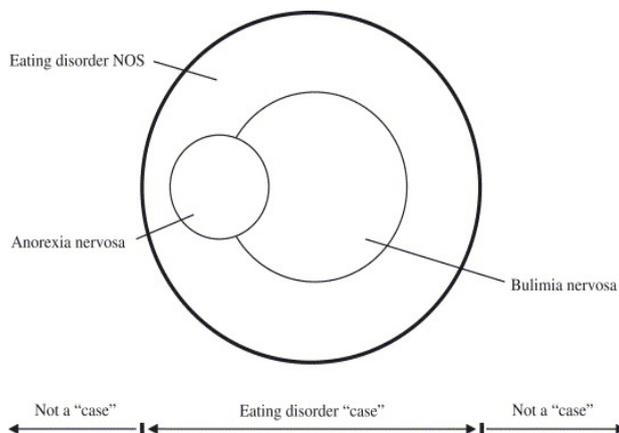
Tipo no purgativo: emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Respecto a los criterios diagnósticos de la BN, entre las propuestas de modificación para el futuro DSM-V encontramos las siguientes: reducir la frecuencia de atracones y conductas compensatorias a una vez por semana en los últimos 3 meses, puesto que diversos estudios han demostrado que la gravedad de pacientes que tienen atracones una vez por semana no difiere de quienes los llevan a cabo con una frecuencia de dos veces o más por semana (Herzog, Norman, Rigotti, y Pepose, 1986). Además, se ha sugerido eliminar los subtipos de BN debido a las similitudes entre el subtipo no purgativo y el trastorno por atracón.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TCANE)

El DSM-IV-TR incluye dentro de la categoría de TCANE aquellos casos que no cumplen alguno de los criterios de la AN o BN: por ejemplo, pacientes con menstruaciones regulares, mantener un peso que entra dentro de los límites de la normalidad, tener atracones o conductas compensatorias con una frecuencia inferior a dos veces por semana o durante menos de tres meses, o casos de trastornos alimentarios especiales, como cuando la persona mastica el alimento pero no lo traga. Por tanto, se convierte en una categoría que la mayor parte de las veces incluye casos menos graves de TA, o cuantitativamente diferentes, pero que siguen siendo clínicamente significativos.

Figura 1. Distribución de los TA. Imagen extraída de Fairburn y Bohn (2005)



Según algunos estudios, los casos de TCANE pueden llegar a constituir entre el 30 y el 60% de los casos de pacientes con TA (véase Figura 1) (Fairburn y Bohn, 2005; Machado, Machado, Goncalves, y Hoek, 2007). Por esta razón, los investigadores han comenzado a estudiar cuáles son las características de estos pacientes y si podría disminuir su prevalencia incluyendo algunos casos dentro del diagnóstico de AN o BN.

Los datos indican que la psicopatología de los pacientes con TCANE se asemeja mucho a los que tienen diagnósticos de AN o BN, y que la prevalencia podría disminuir considerablemente, hasta un tercio de los casos de TA, si en el criterio de atracones en la BN se incluyeran pacientes con atracones subjetivos, es decir, con una ingesta no especialmente grande (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, y Palmer, 2007). Dentro del TCANE, encontramos la definición del trastorno por atracón, que será descrito de manera independiente en el siguiente punto. Sólo comentar que entre las sugerencias para el DSM-V se incluye su consideración como trastorno independiente, lo cual obligaría a modificar los criterios del TCANE eliminando el punto 6 (véase Cuadro 3).

Cuadro 3. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del TCANE.

- 1) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5) Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

Con las modificaciones sugeridas se pretende subsanar el alto porcentaje de diagnósticos TCANE. En el estudio de Fairburn y Cooper (2011) con 167 pacientes con TA se observa una reducción del total de 52,7% de diagnósticos TCANE a un 25,1% si se siguen los criterios propuestos para el DSM-V. Para reducir todavía más ese porcentaje, los autores plantean dos posibles soluciones que pasarían por la categorización de los TCANE. Por una parte se podrían clasificar en función del síntoma principal, como el vómito o abuso de laxantes, acompañado de atracones subjetivos, ya llamado “trastorno purgativo” y otro que se definiría por los intentos de seguir normas estrictas de restricción. Por otra parte se podría reclasificar a los TCANE simplemente como “casos mixtos”, como se ha hecho con el diagnóstico mixto de ansiedad y depresión. Sin embargo, son necesarios estudios previos a su inclusión como categorías en futuro DSM-VI para comprobar su utilidad clínica (Fairburn y Cooper, 2011).

TRASTORNO POR ATRACÓN

El trastorno por atracón se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias, y está incluido en el apéndice del DSM-IV-TR junto con otros trastornos propuestos para estudios posteriores, y dentro de los ejemplos del TCANE. Se ha demostrado en estudios recientes que este trastorno tiene una prevalencia incluso mayor que la AN y la BN, y una gravedad y comorbilidad psiquiátricas comparables a éstos (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007), aunque en algunos estudios encuentran niveles de gravedad menores a los presentados por pacientes con BN (Núñez-Navarro et al., 2011). Como se ha comentado en el punto anterior, entre las propuestas de modificación para el DSM-V se sugiere que el trastorno por atracón se trate como un diagnóstico independiente, y de esta manera se reduciría la tasa desmesurada de diagnósticos de TCANE, además se propone reducir la frecuencia de dos veces por semana a una vez por semana y durante tres meses en lugar de seis. En el Cuadro 4 se presentan los actuales criterios DSM.

Cuadro 4. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por atracón.

A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos siguientes características:

(1) Ingesta, en un corto período de tiempo (aproximadamente 2 horas), una cantidad de comida definitivamente mayor de lo que la mayoría de gente podría comer en un período de tiempo similar y bajo circunstancias similares.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sentir que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Ingesta mucho más rápida de lo normal.

(2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

(3) Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

(4) Comer a solas para esconder su voracidad.

(5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad tras el atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar como media, al menos de 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo). Y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

VALORACIÓN GENERAL DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TA SEGÚN LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS ACTUALES

Las clasificaciones categoriales de los TA han recibido críticas en dos sentidos. La más relevante es la que alude a la simpleza de aproximarse a los TA desde una perspectiva categorial, que no es capaz de apresar la complejidad de estos trastornos (Bulik, Sullivan, y Kendler, 2000; Keel et al., 2004; Williamson, Gleaves, y Stewart, 2005). La línea de investigación que aboga por el desarrollo de endofenotipos de los TA, pretende esclarecer la estructura nuclear con base biológica de estos trastornos, con el fin de que los criterios diagnósticos pivoten sobre tales endofenotipos (Bulik et al., 2007, Treasure, 2006). Por otra parte, algunos de los criterios tanto de la AN como de la BN han sido ampliamente cuestionados, como es el caso de la amenorrea en la AN, o el de la frecuencia exigida para los atracones en la BN. Además, las categorías de TCANE o diagnóstico atípico, también han sido discutidas. Estas críticas parece que se están teniendo en consideración de cara a la siguiente edición del DSM.

A pesar de que los dos diagnósticos principales de los TA (AN y BN) presentan criterios diagnósticos diferenciados (en la AN el criterio principal es el bajo peso, mientras que en la BN es la presencia de atracones), la mayoría de expertos están de acuerdo en señalar que ambos diagnósticos están interrelacionados, presentando muchas características comunes, entre ellas una carga genética común (Bulik et al., 2010). Prueba de la interrelación entre ambos diagnósticos es el hecho de que un elevado porcentaje de pacientes con BN presenta historia de AN, hasta el punto de haberse sugerido en varios estudios la división de las pacientes con BN en dos subtipos: aquellas pacientes con y sin historia de AN (Bardone-Cone et al., 2008; Eddy et al., 2007; Eddy et al., 2008) Sin embargo, los datos son contradictorios y no parecen hallarse diferencias suficientemente relevantes para esa nueva división en subtipos. Por otra parte, en la evolución de la enfermedad se observan con frecuencia migraciones entre diagnósticos, o fenómeno *crossover*, aproximadamente en la mitad de los pacientes (Milos, Spindler, Schnyder, y Fairburn, 2005), sobre todo desde la AN a

BN y TCANE. Los estudios indican que entre el 8 y el 62% de pacientes con AN migra a BN, siendo de AN-Restrictiva a AN-Purgativa, y de ésta última a BN lo más probable (Bulik, Sullivan, Fear, y Pickering, 1997; Eddy et al., 2002; Eddy et al., 2008; Monteleone, Di Genio, Monteleone, Di Filippo, y Maj, 2011). Por el contrario, son raros los casos de migración desde la BN a AN (Eddy et al., 2008).

Una de las propuestas que se está realizando también para ese futuro DSM es la de cambiar el nombre de la categoría Trastornos Alimentarios, por el de *Trastornos Alimentarios y de la Ingesta*. La finalidad es incluir bajo ese epígrafe los TA que actualmente se clasifican dentro de los trastornos diagnosticados en la infancia.

En definitiva, la ingente cantidad de investigaciones que se ha producido sobre los TA en las últimas décadas, revela la necesidad de reorganizar los criterios diagnósticos sobre estos trastornos sobre la base de los nuevos conocimientos que se dispone actualmente. Cuáles son los cambios que finalmente se introduzcan, su alcance, y su utilidad para avanzar en el conocimiento de este amplio y heterogéneo grupo de trastornos, está todavía por ver.

4. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

Los estudios epidemiológicos indican, en general, que los TA se detectan principalmente en países occidentales u occidentalizados, y más en grupos caucásicos. Afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes, entre 16 y 19 años, aunque algunos estudios parecen indicar un aumento del rango de la edad de comienzo de los TA, tanto a la pre-adolescencia (Gowers, Crisp, Joughin, y Bhat, 1991), como a edades más tardías (Beck, Casper, y Andersen, 1996; Inagaki et al., 2002). Estos últimos presentan una clínica similar a la de quienes debutan con sintomatología en la adolescencia (Joughin, Crisp, Gowers, y Bhat, 1991). Los pacientes con trastorno por atracón son los que presentan una edad mayor al debutar el trastorno.

No obstante, hay que señalar que los datos epidemiológicos sobre los TA son inconsistentes a través de los estudios, lo cual se debe principalmente a dos razones. Por una parte, los estudios de prevalencia son difíciles de llevar a cabo, puesto que los casos de TA no son muy frecuentes y hacen falta estudios con muestras amplísimas para detectar casos. La otra dificultad viene dada por la naturaleza de la demanda: muchos de los pacientes niegan poseer el trastorno o no quieren pedir ayuda (Hsu, 1996). Teniendo en cuenta estas limitaciones, los índices de prevalencia de la AN oscilan entre el 0,2% y el 0,8% de la población general, y entre el 1% y el 2% en las adolescentes (Toro, 1996). En la revisión de Hoek y van Hoeken (2003), la prevalencia de la AN está en torno al 0,3%. Según el DSM-IV-TR, la prevalencia de la BN oscila entre el 1% y el 3% en la población general. En otros estudios la tasa se ha situado alrededor del 1%, similar al trastorno por atracón (Hay, 1998; Hoek y van Hoeken, 2003). Garfinkel y colaboradores (1995) encontraron en una muestra de población general randomizada y estratificada, una prevalencia vital de BN de un 1,1% en mujeres y un 0,1% en hombres entre los 15 y los 65 años. A pesar de que no existen datos de prevalencia del TCANE, parece tratarse del trastorno más prevalente, entre el 30-60% de los casos en población clínica (Fairburn et al., 2007; Machado et al., 2007), como ya se comentó al hablar de los criterios diagnósticos. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en 6 países europeos se encontró una prevalencia vital mayor en Francia (4,15%), Bélgica (3,54%) e Italia (3,35%), en comparación con los Países Bajos (1,74%), Alemania (1,28%), y España (2,42%). Sin embargo, este estudio tiene una importante limitación, puesto que se contó con participantes mayores de 18 años, excluyendo a la población adolescente, que presenta una mayor probabilidad de padecer un TA.

La diferencia en la distribución entre sexos, sobre todo en la AN y BN, es la más extrema de todos los trastornos mentales (Andersen y Holman, 1997). Se ha encontrado una ratio aproximado de 10:1 para la AN, mientras que para la BN sería 27:1 (American Psychological Association, 2000) (Hoek et al., 1995). Sin embargo, el

trastorno por atracón es común en ambos sexos, pues la proporción de mujeres a hombres es de 3:1 (Spitzer et al., 1992).

Normalmente, la AN y la BN comienzan en la adolescencia, como se comentaba anteriormente, y suelen ir seguidos en ambos casos de un periodo de restricción o dieta, que a veces viene ocasionada por determinadas circunstancias vitales estresantes. En el caso de la AN, la restricción conlleva una disminución del peso que origina en la persona una sensación de control sobre sí mismo y el cuerpo, que a su vez ayuda a ignorar otros aspectos estresantes de su vida. En algunos casos, este proceso termina de manera relativamente temprana sin ocasionar importantes consecuencias negativas para la persona. Sin embargo, en otros casos las pacientes entran en un círculo vicioso que puede llegar a cronificar el trastorno causando un elevado riesgo para la salud.

En cuanto a la BN, la restricción o la dieta favorecen la aparición de los atracones, que causan un elevado malestar. Para reducir el malestar, asociado al miedo a engordar, la persona recurre a los vómitos y otros métodos de purga, que a su vez incrementan el malestar y sentimientos de vergüenza. Para tratar de compensar este proceso, intentará volver a restringir la dieta, estableciendo así un círculo vicioso que será complicado detener (Grilo, 2006). Un índice que podría estar asociado al mantenimiento del trastorno es el llamado “índice de supresión del peso” (diferencia entre el mayor peso alcanzado por la persona y el actual), que indica el grado de restricción al que se somete la persona (Lowe, 1993), y se asocia positivamente con el aumento de peso a corto y largo plazo (Herzog et al., 2010).

Respecto al TCANE y el trastorno por atracón, no se conoce mucho sobre su curso, pero parece que se da tras episodios de dieta e intentos por controlar la ingesta (Grilo, 2006). El TCANE puede aparecer en cualquier edad y frecuentemente en la adolescencia, mientras que el trastorno por atracón aparece a una edad mayor, como ya se dijo antes. Los estudios de tratamiento en muestras de trastorno por atracón

destacan que la mayor parte de pacientes se sitúan en la franja de edad entre los 30 y 50 años, y la edad media ronda los 43 años (Grilo, Lozano, y Masheb, 2005).

El curso de los TA es ampliamente variable y poco se conoce del mismo. Respecto a la AN, aproximadamente la mitad de las pacientes se recuperan relativamente pronto del trastorno sin que llegue a ocasionar secuelas graves, y sin embargo en aproximadamente un 20% de los casos el trastorno se cronifica pudiendo llegar a ocasionar la muerte (Steinhausen, 2002). La mortalidad se produce tanto por causas relacionadas con las complicaciones asociadas a la enfermedad, como por la aparición de otros trastornos o enfermedades asociados, tales como el abuso de alcohol (Keel et al., 2003; Papadopoulos, Ekbohm, Brandt, y Ekselius, 2009). Casi la mitad de las pacientes con BN (45%) tienen una recuperación completa, mientras que un 27% mejora considerablemente y un 23% se cronifica (Steinhausen y Weber, 2009). Una larga duración de enfermedad, la pérdida de peso grave, presencia de atracones y vómitos, y la alta comorbilidad psiquiátrica, así como un pobre apoyo social, son indicadores de mal pronóstico (Steinhausen, 2002; Zipfel, Löwe, Reas, Deter, y Herzog, 2000).

Finalmente, por lo que se refiere a las complicaciones asociadas, destacan en primer lugar los efectos que la malnutrición produce en las pacientes con AN, que van desde la pérdida de cabello y sequedad excesiva de la piel, a cambios endocrinos y metabólicos (p. ej., osteopenia), alteraciones electrolíticas graves, hipovolemia, y complicaciones gastrointestinales. Particularmente preocupantes en estas pacientes son las enfermedades cardiovasculares. La falta de alimentos debilita el corazón, lo que causa entre otros síntomas, bradicardias, hipotensión, y arritmias que pueden llegar a ser fatales. Mediante estudios de neuroimagen se han observado cambios morfológicos y alteraciones funcionales en el cerebro, aunque no está claro si son secundarias al estado de inanición de las pacientes, puesto que tras la recuperación del peso algunos cambios se restauran. Por ejemplo, se ha observado una pérdida en el volumen de la materia gris y blanca durante el trastorno que se recupera, al menos parcialmente, tras

la recuperación (Frank, Bailer, Henry, Wagner, y Kaye, 2004), así como un aumento en el tamaño ventricular, sobre todo en el tercer ventrículo, asociado a la desnutrición (Golden et al., 1996a; Golden et al., 1996b). Los estudios realizados en los que se expone a las pacientes a estímulos relacionados con la comida o la imagen corporal encuentran activaciones anómalas de las cortezas frontales, orbito-frontales, parietales, temporales y cingulada anterior (Chowdhury et al., 2003; Key, O'Brien, Gordon, Christie, y Lask, 2006; Treasure, Uher, y Campbell, 2003; Uher et al., 2003; Uher et al., 2004).

La BN, aunque tiene un riesgo menor de muerte por inanición que la AN, presenta una amplia gama de complicaciones médicas, sobre todo asociadas al vómito, que pueden representar un riesgo grave para la vida de la paciente. Entre otras consecuencias aparecen complicaciones gastrointestinales, como problemas en el esófago causados por los vómitos frecuentes, y desequilibrio electrolítico (hipocalcemia) que puede causar arritmias, ataques epilépticos, e incluso parada respiratoria. Estos síntomas también se presentan en pacientes con AN-Purgativo. La cantidad de estudios de neuroimagen realizados en pacientes con BN ha sido mucho menor. Parece que también se observan ciertas anomalías estructurales en el cerebro, lo que indicaría que no son sólo fruto de la inanición (Krieg, 1991).

Los pacientes con trastorno por atracón, en función de la frecuencia y la cantidad de comida ingerida en cada atracón tienen un alto riesgo de obesidad con las enfermedades físicas que esto conlleva, como la diabetes, hipertensión, colesterol, artritis, y problemas cardiovasculares.

5. COMORBILIDAD

Existe una alta comorbilidad entre los TA y otros trastornos y enfermedades, lo cual a menudo complica el curso y la gravedad de unos y otros (Spindler y Milos, 2007). Tanto es así, que algunos autores señalan la necesidad de cambiar el punto de vista sobre el tratamiento de los TA, dejando de lado la clasificación diagnóstica para atender a las necesidades específicas de cada paciente con un TA (Fletcher, Kupshik, Uprichard, Shah, y Nash, 2008; Godart et al., 2007). Aproximadamente un 80% de las pacientes con AN y BN presenta otro trastorno mental a lo largo de su vida.

Aunque las tasas de comorbilidad con la AN y la BN varían ligeramente, en ambos casos los diagnósticos más frecuentes son, en el eje I, la depresión, los trastornos de ansiedad, y el abuso de sustancias (Braun, Sunday, y Halmi, 1994; Milos, Spindler, Buddeberg, y Cramer, 2003), y en el eje II, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y el trastorno límite (Braun et al., 1994; Godart et al., 2007; Jordan et al., 2008; Pallister y Waller, 2008; Swinbourne y Touyz, 2007).

La comorbilidad entre los TA y los trastornos del estado de ánimo se ha observado en un gran número de estudios (Troop, Serpell, y Treasure, 2001). Los índices de prevalencia varían entre el 46% y el 74% en la AN, y entre el 19% y el 93% en la BN (Casper, 1998). También en el trastorno por atracón se ha observado una asociación entre éste y la depresión (Araujo, Santos, y Nardi, 2010). Sin embargo, los estudios realizados al respecto se han realizado contando con una gran variedad de muestras, empleando diferentes métodos, incluyendo diversos diagnósticos y en diferentes estadios de los TA, lo cual hace difícil llegar a conclusiones claras acerca de la naturaleza de las relaciones entre TA y Depresión. De hecho, algunos autores han sugerido que los TA son una variante inusual de los trastornos del estado de ánimo, mientras que otros explican la comorbilidad como una consecuencia del estado de inanición, por la elevación de los niveles de la hormona de la corticotropina y la alteración de la serotonina (O'Brien y Vincent, 2003). Además, el afecto negativo se

plantea como el desencadenante de atracones y conductas compensatorias en estas pacientes (Stice y Agras, 1998), encontrándose también síntomas afectivos previos a la aparición del diagnóstico de TA (Raffi, Rondini, Grandi, y Fava, 2000). En un estudio de Godart y colaboradores (2006) constataron que la depresión en pacientes con TA podía ser explicada, al menos en parte, por la presencia comórbida de trastornos de ansiedad, entre ellos el TOC y la ansiedad generalizada.

En cuanto a las investigaciones que relacionan los TA con los trastornos de ansiedad adolecen también de limitaciones metodológicas que impiden llegar a conclusiones fiables. En su revisión sobre los TA y los trastornos de ansiedad, Pallister y Waller (2008) concluyen que, pese a no haber datos consistentes a través de los estudios, la mayoría de estos señalan una asociación entre los TA y los trastornos de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y TOC. Thornton y colaboradores (2011) concluyen en un estudio sobre comorbilidad TA y ansiedad generalizada que la restricción en la dieta y el ejercicio físico podrían desempeñar un papel ansiolítico en pacientes con AN y ansiedad generalizada comórbida, y también en pacientes con ansiedad generalizada sin TA. Acerca del trastorno de estrés postraumático, también se encuentra una comorbilidad elevada en estas pacientes (Reyes-Rodriguez et al., 2011), y en concreto se ha observado una prevalencia tres veces mayor en pacientes con BN comparado con pacientes con AN (Swinbourne y Touyz, 2007).

Spindler y Milos (2007) optaron por estudiar, en una amplia muestra de pacientes con TA (N=202), la comorbilidad con los trastornos de ansiedad atendiendo a los síntomas y no a las categorías diagnósticas, y hallaron una tasa de prevalencia vital del 53% (N=148). Los síntomas propios de los TA mantuvieron una relación significativa con los trastornos de ansiedad, superando a la mostrada entre los síntomas alimentarios y los trastornos afectivos y por abuso de sustancias. Por otra parte, se ha observado que las pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, presentaban rasgos más extremos de personalidad patológica y más conductas compensatorias (Raney et al., 2008). Algunos estudios indican que los trastornos de

ansiedad preceden a los TA (p. ej. Godart, Flament, Lecrubier, y Jeammet, 2000), pero no existe ninguna explicación teórica satisfactoria que explique este patrón de comorbilidad.

El caso concreto de la comorbilidad entre los TA y el TOC ha sido el más estudiado debido a la alta comorbilidad que se encuentra entre los TA tanto con el TOC como con el TOCP. Este caso lo comentaremos en profundidad en el Apartado 2 de este capítulo al hilo de las propuestas para incluir los TA en el espectro obsesivo-compulsivo.

El abuso de sustancias, tanto alcohol como otro tipo de drogas como el tabaco, se observa sobre todo en BN y en la AN de tipo purgativo (Bulik et al., 2004; Krug et al., 2009; O'Brien y Vincent, 2003; Root et al., 2010), y predice una mayor tasa de abandonos de terapia (Fernández-Aranda et al., 2009). Los datos de prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con TA va de un 17% a un 46%, dependiendo del subtipo de TA (Harrop y Marlatt, 2010). Gadalla y Piran (2007) realizaron una revisión de 41 investigaciones y en todos menos en 4 estudios encontraron asociaciones positivas entre TA y abuso de alcohol, a excepción de la AN, en la que la asociación no fue significativa. Podría pensarse que el consumo de sustancias tenga como objetivo reducir la sensación de hambre, sin embargo los resultados obtenidos a través de las investigaciones sugieren que el tipo de drogas consumidas por las pacientes no sólo son las que tienen un efecto supresor del apetito (Calero et al., 2009). Por tanto, las razones que explican esta comorbilidad todavía no están claras, aunque los datos parecen indicar que se asocia a determinados rasgos de personalidad como la impulsividad asociada a la sintomatología bulímica (Calero et al., 2009; Krug et al., 2008).

La comorbilidad entre los TA y los trastornos de la personalidad es muy habitual y ha sido estudiada a través de un gran número de investigaciones. Spindler y Milos (2007) hallaron una tasa de prevalencia vital del 68% de trastornos de personalidad en pacientes con TA. Se observa un patrón diferencial en cuanto a rasgos

y comorbilidad de los trastornos de personalidad a nivel de subtipos de TA. Es la distinción entre la sintomatología bulímica, incluyendo a la AN de tipo atracón/purgativo, frente al subtipo restrictivo, la que marca la asociación con los trastornos de personalidad (Herzog, Keller, Lavori, Kenny, y Sacks, 1992; Jordan et al., 2008). Por otra parte, la comorbilidad TA-trastornos de personalidad se ha asociado a una mayor gravedad de síntomas y tratamientos más intensivos (Milos et al., 2003; Skodol et al., 1993; Wonderlich, Fullerton, Swift, y Klein, 1994), aunque no siempre a una peor respuesta al tratamiento (Rowe et al., 2010). En el caso de pacientes con sintomatología de tipo bulímico el trastorno más prevalente es el Límite, mientras que para la AN de tipo restrictivo el más prevalente es el TOCP (O'Brien y Vincent, 2003; Sansone, Levitt, y Sansone, 2005). En una revisión de los estudios en este ámbito de Cassin y Ranson (Cassin y von Ranson, 2005), se concluye que la comorbilidad en las pacientes con AN de tipo restrictivo es sobre todo con trastornos de la personalidad del Cluster C: TOCP y Evitador, mientras que en el caso de la BN y trastorno por atracón, la comorbilidad es mayor con dos trastornos del Cluster B, Límite e Histriónico, aunque también con los del Cluster C. También en la revisión realizada por Gargallo, Fernández-Aranda, y Raich (2003) sobre la BN y los trastornos de personalidad, concluyen las tasas de comorbilidad a través de los estudios oscilan entre 27% y un 84% para los trastornos de personalidad en general, siendo los diagnósticos del Cluster B, y sobre todo el trastorno límite de la personalidad, el más frecuentemente detectado en estas pacientes, oscilando la comorbilidad con el Límite entre un 9% y un 40%. En cuanto al trastorno por atracón podría pensarse que sigue un patrón de comorbilidad de tipo impulsivo, sin embargo, distintos estudios encuentran una mayor comorbilidad con el TOCP, y también con el Evitador (Becker, Masheb, White, y Grilo, 2010; Sansone et al., 2005).

6. ETIOLOGÍA

No se conocen con exactitud las causas de los TA. Aunque se presume que son múltiples los factores implicados en la etiología de los TA, todavía no se sabe cuáles son las relaciones que existen entre ellos. A continuación se presenta un resumen de los factores socioculturales generales y del entorno inmediato, biológicos, y psicológicos que han demostrado tener un papel relevante en el desarrollo de los TA.

Respecto a los factores socioculturales, es innegable la relevancia de la presión constante presente en la sociedad actual hacia la delgadez, la cual se asocia al éxito, a la fuerza de voluntad, a la salud, y a la satisfacción general. Este ideal de delgadez está interiorizado sobre todo en las mujeres de las sociedades occidentales y occidentalizadas, constituyendo un valor central en la cultura (Toro, 1996). Así mismo, el sobrepeso y la obesidad se ven como algo que depende de la voluntad y que indica pereza, fracaso, poca fuerza de voluntad. Los estudios realizados en otras culturas diferentes a la occidental muestran una menor prevalencia, o incluso ausencia de estos trastornos entre la población, donde el sobrepeso es, en algunas culturas, incluso deseable (Nasser, 1988). Sin embargo, con la llegada de la globalización, la internalización de los valores asociados a la delgadez se ha extendido de manera que ya prácticamente ninguna cultura es inmune a los TA (Katsounari, 2009; Nasser, 1994).

La presión por parte de los compañeros o iguales, tanto la que se ejerce en grados más o menos leves como en los más extremos, como las burlas y el acoso escolar/laboral, y algunos deportes como el ballet, el atletismo o el mundo de la moda, donde el peso y la figura es muy importante, también se han asociado a una elevada presencia de TA o un mayor riesgo de padecer estos trastornos (Cafri, Yamamiya, Brannick, y Thompson, 2005; Perpiñá y Borra, 2010; Preti, Usai, Miotto, Petretto, y Masala, 2008; Ravalidia et al., 2003). Aunque no está demostrado, y existen estudios que lo contradicen, en general se ha observado que la AN está más presente en grupos sociales de clase media-alta y alta, mientras se observa una mayor presencia de la BN

en grupos sociales más desfavorecidos (Gard y Freeman, 1996). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la actualidad las diferencias que antaño existían en nuestras sociedades entre clases sociales, están actualmente mucho más difuminadas, lo que explicaría en parte que los TA ya no se asocien únicamente a clases sociales elevadas (Soh, Touyz, y Surgenor, 2006). El hecho de que las personas involucradas en deportes de alto rendimiento o personas de clases sociales más altas presenten un riesgo mayor de padecer un TA puede deberse a otros factores, como rasgos de perfeccionismo, o la exposición a unos niveles de exigencia y de competitividad elevados que podría darse en estas personas, que las hace más proclives a buscar este tipo de actividades (Preti et al., 2008; Thomas, Keel, y Heatherton, 2005).

Hay bastantes estudios que señalan la influencia del núcleo familiar primario, los padres, como un factor decisivo en los TA, ya que puede influir en su desarrollo (Fernández-Aranda et al., 2007), pero también puede ayudar a superarlo (Levine, Smolak, Moodey, Shuman, y Hessen, 1994). Por ejemplo, la percepción de sobrepeso por parte de los padres hacia los hijos, y las burlas sobre el peso o la apariencia por parte de estos, se ha señalado como un factor de riesgo específico para los TA (Allen, Byrne, Forbes, y Oddy, 2009; Hanna y Bond, 2006; Keery, Boutelle, van den Berg, y Thompson, 2005). Por otra parte, el nivel de insatisfacción corporal de las madres, y también la presencia de un TA en algún miembro de la familia, se asocia a insatisfacción corporal en las hijas y actúa como factor de riesgo (Elfhag y Linne, 2005; Kichler y Crowther, 2001). En concreto para la BN, la obesidad en la familia parece ser relevante en el desarrollo del trastorno (Fairburn et al., 1995). En el caso de la AN, rasgos de personalidad obsesiva en la familia podrían predisponer a padecer el trastorno (Lilenfeld et al., 1998). Los estudios parecen asociar la presencia de AN en familias con un funcionamiento anormal y entornos sobreprotectores, mientras que la BN parece que se presenta con mayor frecuencia en familias poco cohesionadas y organizadas (Soh et al., 2006). Sin embargo, algunos autores plantean dos posibilidades, que la propia presencia de un TA en la familia tenga un efecto negativo en la misma, y además sea el propio paciente el que tenga un sesgo a la hora de

valorar la familia, o por el contrario, que realmente una falta de cuidados apropiados por parte de la familia contribuya a la gravedad del TA (Bulik, Sullivan, Fear, y Pickering, 2000).

Las explicaciones biológicas sobre los TA enfatizan la importancia de factores genéticos en la etiología. Los estudios realizados con familias, gemelos y genética molecular, apoyan la teoría de que la vulnerabilidad presente en los TA podría ser genética (Klump, Kaye, y Strober, 2001). Estudios con gemelos muestran unas tasas elevadas de concordancia indicando una carga genética subyacente a los TA (Baker et al., 2009; Bulik et al., 2010; Mazzeo et al., 2010), siendo mayor entre gemelos monocigóticos (Fichter y Noegel, 1990). En un estudio realizado con 3273 parejas de gemelos suecos, se halló una contribución genética sustancial tanto en la AN como en la BN (Bulik et al., 2010). Respecto al temperamento, parece que ciertos rasgos o estilos cognitivos compartidos con la familia, como el perfeccionismo, la necesidad de orden y la sensibilidad a los elogios y el refuerzo, podrían ser en parte genéticos (Wade et al., 2008). También, se observa un componente genético subyacente en la comorbilidad entre BN y el abuso de sustancias (Baker, Mitchell, Neale, y Kendler, 2010).

Por lo que se refiere a los factores psicológicos, en un sentido amplio del término, los datos y estudios son muy numerosos. Comoquiera que este trabajo se centra precisamente en este conjunto de variables, sólo mencionaremos aquí algunas de las más estudiadas y que han demostrado ser cruciales en el desarrollo de los TA: la baja autoestima, la dificultad para reconocer y tolerar emociones, la distorsión en la imagen corporal, el miedo a ganar peso, y factores de temperamento como el perfeccionismo (Polivy y Herman, 2002). La baja autoestima y/o la imagen negativa de uno mismo podría hacer a la persona más vulnerable a las presiones del entorno (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, y Agras, 2004). Hacer dieta ha demostrado ser un factor de riesgo para padecer TA (Selzer, Hibbert, Patton, y Bowes, 1996), en cambio, tener bajo peso por constitución física, se asocia a un menor riesgo de padecer

TA, tanto en mujeres como en hombres (Mazzeo, Slob, Tozzi, y Bulik, 2004; Slob, Mazzeo, y Bulik, 2003). Respecto a la BN, se asocia a la presencia de una mayor impulsividad. Además, la experiencia de ciertos eventos estresantes como las burlas o abusos sexuales en la infancia, unido a sintomatología afectiva y ansiosa podrían ser desencadenantes en el caso de la BN, aunque también para la AN (Kong y Bernstein, 2009; Raffi et al., 2000). Por lo que respecta a la personalidad, se ha demostrado a lo largo de las investigaciones que ciertos rasgos propios del TOCP como el perfeccionismo, la rigidez se asocian especialmente a la AN, y persisten tras la recuperación del trastorno (Lilenfeld et al., 1998; Tchanturia et al., 2004). Por otro lado, se ha observado que algunos de estos rasgos, como sucede con otros muchos rasgos de personalidad, podrían tener un componente hereditario (Williamson, Martin, y Stewart, 2004).

7. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 1

Chapter 1 has been dedicated to exposing the main characteristics of Eating Disorders (ED). Following the DSM-IV (2002), EDs are classified into the following subtypes: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS), and Binge Eating Disorder (BED). All these subtypes share some core characteristics, such as an altered eating pattern, overestimation of weight and shape in the self-evaluation, body image dissatisfaction, and a need for control. Regarding the history of ED, there are descriptions of what seem to be anorexic girls since the Middle Ages, but it was not until the nineteenth century when some studies of AN appeared. In contrast, BN was not recognized as an independent disorder until 1979. Currently, the main diagnostic classification manuals of mental disorders (DSM and ICD) recognize ED as independent from the rest of the mental disorders. According to the DSM-IV-TR, AN has two subtypes: *restrictive* and *purgative*, whereas BN is divided into *purgative* and *non-purgative*. For the future DSM-V, a group of experts has proposed renaming the ED category as *Feeding and Eating Disorders*, and they suggest some

modifications for ED criteria like, for example, deleting the amenorrhea criterion for AN, removing the BN subtypes, or including BED as an independent disorder.

ED mainly affect young girls between 16 and 19 years old. Prevalence rates range from 0.2% to 0.8% for AN, and from 1% to 3% for BN. The difference in gender distribution, especially in AN and BN, is the most extreme of all the mental disorders, with a ratio of approximately 10:1 for AN, and 27:1 for BN, whereas BED is common to both sexes. Regarding the course, AN and BN usually begin in adolescence, and they are often followed by a period of restriction or diet, which is sometimes caused by certain stressful life circumstances. The evolution of AN and BN is highly variable, and approximately half of the cases have a complete recovery without severe consequences, whereas 20% of the cases become chronic. The comorbidity with other mental disorders is highly common, with the presence of personality disorders diagnosed in around 68% of ED patients being remarkable. Regarding the etiology, very little is known about the factors involved in the development of the ED, but there seems to be agreement about considering a combination of socio-cultural, biological and psychological factors, however, more studies are needed to clarify their etiology. There is still a long way to go to reach a complete understanding of ED, so it is important to devote efforts to continuing to look into the nature of these disorders.

CAPÍTULO 2.

EL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO (EOC)

1. INTRODUCCIÓN
2. EVIDENCIAS A FAVOR DEL ESPECTRO O-C
3. PROPUESTAS SOBRE EL ESPECTRO O-C
4. UBICACIÓN DE LOS TA EN LAS PRINCIPALES DIMENSIONES DEL EOC
5. RELACIÓN ENTRE LOS TA Y EL TOC
6. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS -CHAPTER 2

1. INTRODUCCIÓN

El denominado *Espectro Obsesivo Compulsivo* (EOC) consiste en un conjunto de trastornos que se dan con una alta comorbilidad en el TOC y que, sobre todo, comparten algunas características psicopatológicas con este trastorno, como la presencia de obsesiones, conductas repetitivas, compulsiones (entendidas como impulsos irresistibles a llevar a cabo un determinado comportamiento ya sea de forma repetitiva y ritualizada o no), y otras variables asociadas como la edad de comienzo, curso clínico, comorbilidad, etiología, transmisión familiar, y respuesta a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. El listado de trastornos que se incluyen en este espectro varía de unos autores a otros, pero en general, hay acuerdo en incluir los siguientes, además del TOC y el TOCP: dismorfofobia, hipocondría, trastornos de tics, trastornos del control de impulsos como el juego patológico, y en especial, los que conllevan autolesiones (onicofagia, tricotilomanía,...), y los TA (p. ej., Richter, Summerfeldt, Antony, y Swinson, 2003).

Como se expone más adelante al comentar las diferentes propuestas sobre el EOC, se sugieren diferentes ejes dimensionales sobre los que se pueden situar a los diferentes trastornos. Los más comunes son el eje impulsivo-compulsivo, conductas adictivas-dependientes de recompensa, pensamientos intrusos-conductas repetitivas, presencia o no de *insight*, y egodistonia-egosintonía. Pero tal y como plantean algunos investigadores, los trastornos del espectro OC podrían estar mejor caracterizados dentro de un espacio fenomenológico multidimensional (Lochner y Stein, 2006). Por otra parte, dedicaremos buena parte del capítulo a exponer el caso concreto de los TA en el EOC, situándolo en dimensiones como la del insight o la egosintonía-egodistonia. Además, se expondrán los estudios, centrándonos en aquellos sobre comorbilidad de síntomas y de síndromes y a nivel de personalidad, que se han llevado a cabo y que muestran la existencia de una relación entre los TA y el TOC que todavía está por clarificar.

2. EVIDENCIAS A FAVOR DEL ESPECTRO O-C

A continuación se exponen las distintas evidencias sobre el espectro y los trastornos que en él se deberían incluir, que provienen de estudios sobre comorbilidad, neurobiológicos y de familia.

Los estudios de comorbilidad parecen indicar una prevalencia elevada de los trastornos del EOC en pacientes con TOC (Raffray y Pelissolo, 2007; Richter, Summerfeldt, Antony, y Swinson, 2003). Du Toit, et al. (2001) estudiaron la comorbilidad presente en 85 pacientes TOC y encontraron que el 67,1% de ellos había recibido un diagnóstico comórbido incluido en el espectro OC a lo largo de su vida. La prevalencia en el momento de la evaluación de un trastorno del EOC en dicha muestra fue del 57,6%. No se encontraron diferencias en la gravedad del TOC entre quienes tenían un diagnóstico comórbido del espectro OC y los que no. En cambio, sí se observó que los pacientes con trastorno del EOC comórbido tenían significativamente más síntomas obsesivos y compulsivos. Jaisoorya, Reedy y Srinath (2003) evaluaron a 231 pacientes TOC en los cuales el diagnóstico comórbido con mayor prevalencia vital fue el de tics (39%), seguido de la hipocondría (13%) y el trastorno dismórfico corporal (3%).

La mayoría de estudios realizados sobre comorbilidad en el EOC presentan una importante limitación, ya que estudian la prevalencia de los trastornos del espectro en pacientes TOC, sin comparar con pacientes que sufren otro trastorno mental. Para salvar esta limitación, Richter y colaboradores (2003) estudiaron la comorbilidad de los trastornos del EOC en pacientes TOC, comparando con la comorbilidad presente en pacientes con trastorno de pánico y otro grupo de fobia social. El grupo de pacientes TOC mostró una comorbilidad mayor de trastornos del espectro, siendo mayor el número de pacientes que había padecido varios trastornos del espectro a lo largo de su vida.

Desde la neurobiología también se han aportado datos al estudio del EOC. A nivel de neuroanatomía, se ha observado que el TOC y otros trastornos del espectro presentan disfunciones en ciertas áreas cerebrales comunes. El circuito neuronal ventral cortico-estriado-talámico está relacionado con el síndrome de la Tourette, y la tricotilomanía. También los circuitos orbito-frontales se asocian a los trastornos con conductas adictivas. El estudio de las alteraciones del funcionamiento cognitivo a través de tareas neuropsicológicas también es un área que está aportando información sobre el EOC. En concreto sobre los TA, existen estudios que muestran similitudes a nivel cognitivo entre los TA -especialmente a la ANR- y el TOC por ejemplo con tareas de cambio de enfoque o *set shifting* (p. ej. Perpiñá y Roncero, 2010; Sánchez-Reales, 2009; Tchanturia et al., 2004). Por otra parte, en la mayoría de trastornos del espectro OC se observa una alteración de la serotonina y la dopamina, como sucede en el juego patológico, las compras compulsivas, los trastornos alimentarios, el trastorno dismórfico corporal (Hollander et al., 1999) y la hipocondría (Fallon, Klein, y Liebowitz, 1993). No obstante, hay que señalar que las anomalías en estos neurotransmisores, también se encuentran en otros trastornos mentales (p. ej., en los del estado de ánimo o en la esquizofrenia).

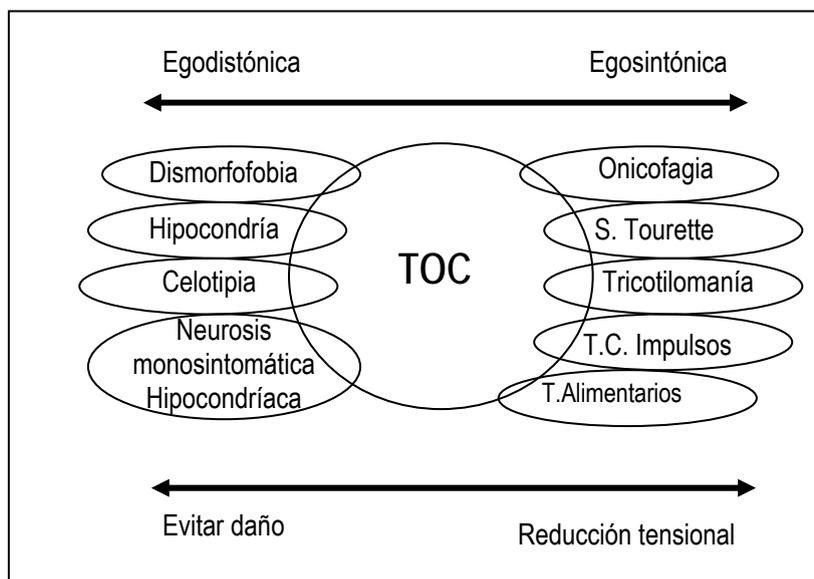
Son pocos los estudios de familia controlados que evalúen la comorbilidad de los trastornos del espectro en familiares de primer grado. Bienvenu y colaboradores (Bienvenu et al., 2000), en una muestra de 80 pacientes TOC y 343 familiares de primer grado, hallaron unas tasas de prevalencia mayores de los trastornos del espectro TOC (trastornos somatomorfos, TA, conductas autolesivas como morderse las uñas, pellizcarse la piel, o la tricotilomanía, y otros trastornos del control de impulsos), en comparación con una muestra de población general (N=73) y sus familiares (N=300). Sin embargo, sólo fueron significativas las diferencias en trastorno dismórfico corporal y conductas auto-lesivas. Otros estudios controlados de familia son el de (Halmi et al., 1991; Lilienfeld, Jacobs, Woods, y Picot, 2008; Sunday, Halmi, y Einhorn, 1995), con pacientes alimentarias, en los cuales se observó que los familiares de primer grado presentaban un riesgo mayor de padecer TOC.

3. PROPUESTAS SOBRE EL ESPECTRO O-C

Jenike (1990) fue primer autor que sugirió la existencia de un espectro de trastornos relacionados con el TOC. En este espectro incluyó una serie de trastornos entendiéndolos como formas sub-umbrales del TOC: Tricotilomanía, juego patológico, hipocondría monosintomática, dismorfofobia, globo histérico, temor obsesivo al SIDA, ingesta compulsiva de agua, AN, y automutilación compulsiva. Más allá de la permanencia y/o la peculiaridad de algunas de las denominaciones de Jenike y su solapamiento con entidades diagnósticas bien conocidas, lo cierto es que desde entonces numerosos autores han planteado distintas teorías para la caracterización del espectro obsesivo compulsivo. En estas teorías, se barajan diferentes dimensiones fenomenológicas en las cuales pueden ubicarse los síntomas obsesivo-compulsivos. No existe consenso sobre cuáles son las dimensiones que mejor describen el EOC, ni sobre cuáles son los trastornos que lo configuran. Sin embargo, parece haber acuerdo en que la caracterización de este espectro debe realizarse desde una aproximación multidimensional, es decir, con dimensiones complementarias, y no excluyentes (Lochner y Stein, 2006). A continuación se exponen los principales modelos teóricos sobre el EOC.

Rasmussen y Eisen (1992), basándose en una revisión de los diagnósticos comórbidos con el TOC, propusieron el primer espectro OC mediante el establecimiento de dos dimensiones en las cuales se situarían todos los trastornos incluidos en este espectro. En un extremo estarían los caracterizados por la egodistonía y la evitación del daño, más asociados con el TOC: dismorfofobia, hipocondría, celotipia, y neurosis monosintomática hipocondríaca; y en el otro se situarían los caracterizados por la egosintonía y la reducción tensional: Onicofagia, Gilles de la Tourette, tricotilomanía, trastornos del control de impulsos, y TA (Figura 2).

Figura 2. Esquema del espectro TOC propuesto por Rasmussen y Eisen (1992).



T.C. Impulsos: Trastornos del Control de los Impulsos.

Yaryura Tobias, y Neziroglu (1997), partieron de la idea de que el cerebro es un órgano altamente complejo y, como consecuencia, un trastorno como el TOC, no puede ser definido de manera aislada y delimitada, puesto que es altamente probable que bajo su influencia se produzcan signos y síntomas de otras enfermedades. Según los autores, esta hipótesis se sustenta en tres hechos: (1) la presencia de síntomas asociados a distintas áreas cerebrales, (2) las interconexiones cerebrales, y (3) la posibilidad de que distintos trastornos sean manifestaciones o subtipos de uno más nuclear. Además, consideran que el TOC es, en sí mismo, un síndrome heterogéneo, con sintomatología que por naturaleza se superpone con otros trastornos, y que las posibles patologías comórbidas están interconectadas o imbricadas en diferentes niveles neurobiológicos con el TOC (Pérez-Rivera, 2006). Así, en un mapa creado con círculos concéntricos, ubicaron el TOC como trastorno nuclear y situaron en orden de más cercano al TOC a más lejano, el trastorno dismórfico corporal, los TA, los trastornos de ansiedad, el síndrome de Gilles de la Tourette, la hipocondría y otros trastornos relacionados.

La teoría multidimensional del EOC de Hollander y colaboradores (1993a; 1993b; 1995), es sin duda la más extendida y la que ha sentado las bases para posteriores estudios empíricos sobre el espectro O-C. Según estos autores, el EOC está formado por tres grupos de trastornos:

- Trastornos somáticos: como el dismórfico corporal, la hipocondría, la AN, BN y el trastorno por atracón. Este grupo se caracteriza por presentar ideación sobrevalorada.
- Trastornos caracterizados por la impulsividad, como el juego patológico, la cleptomanía, la tricotilomanía, la compulsión sexual, y los trastornos de personalidad límite y antisocial. Y aunque este autor sitúa al trastorno por atracón en el grupo de los trastornos somáticos, también podría considerarse su inclusión dentro de este grupo.
- Trastornos neurológicos que cursan con conductas compulsivas o rituales, como el autismo, el trastorno de Asperger y el síndrome de Tourette.

Consecuentemente con ese planteamiento, Hollander (1993b) postuló tres dimensiones del EOC que estarían en la base de cada uno de los tres grupos de trastornos que integran el espectro:

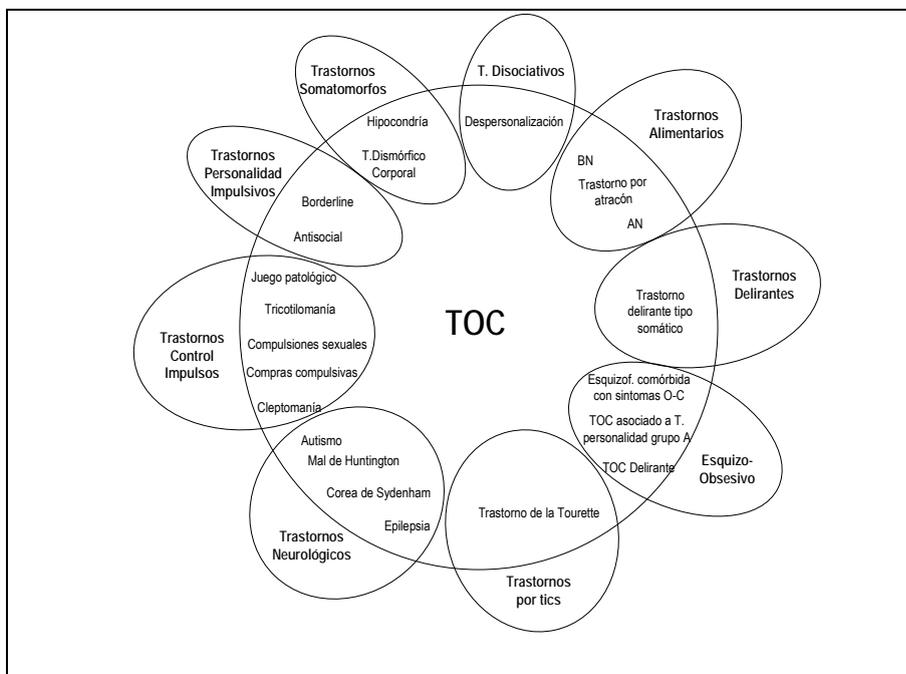
1. Dimensión de compulsividad-impulsividad: En el polo compulsivo se situarían el TOC, el trastorno dismórfico corporal, la AN y la hipocondría. En el extremo de la impulsividad se incluyen los trastornos de personalidad límite y antisocial, y los trastornos del control de impulsos.

2. Dimensión cognitivo-motora: Clasifica los trastornos del EOC en función de si la sintomatología es más de naturaleza cognitiva, como las obsesiones, o motora. En el polo cognitivo se situarían las obsesiones puras, la hipocondría, despersonalización, y el trastorno dismórfico corporal, mientras que el TOC infantil, el síndrome de Tourette o la Tricotilomania se sitúan en el extremo motor.

3. Dimensión esquizo-obsesiva o cognitiva: Pretende ubicar a los pacientes en función del *insight* que presentan, desde la “incertidumbre obsesiva” a la “certeza delirante”, siempre teniendo en cuenta el hecho de que los pacientes TOC y con trastorno dismórfico corporal pueden situarse en los dos polos del continuo (Véase Figura 3). La esquizofrenia y el trastorno delirante de tipo somático se situarían en el polo de la certeza. Por tanto, defienden que las variantes psicóticas de tipo cognitivo en los trastornos del EOC representarían formas graves de los mismos, y no manifestaciones diferentes de otro trastorno.

La teoría de Hollander es la más aceptada y la que más estudios ha suscitado, si bien con apoyo empírico inconsistente. Al mismo tiempo, es la más compleja y la que más críticas ha recibido, como la inclusión de demasiados trastornos en el espectro.

Figura 3: Modelo del espectro obsesivo compulsivo según Hollander et al., (1993).



Más reciente es la propuesta de Lochner y Stein (2006). Estos autores realizaron un análisis cluster con los trastornos del espectro en pacientes con TOC primario. Obtuvieron tres grupos diferenciados con características específicas que se describen a continuación:

- Déficits en el refuerzo: Incluye la tricotilomanía, el juego patológico, el trastorno de hipersexualidad y el síndrome de la Tourette. Estos trastornos comparten un déficit en el sistema dopaminérgico, relacionado con los procesos de recompensa.
- Impulsividad: En este grupo se situaron la cleptomanía, las compras compulsivas, los Trastornos alimentarios, las auto-lesiones y el trastorno explosivo intermitente. Todos ellos se caracterizan por la impulsividad o falta de control de impulsos. Se asoció al sexo femenino y a historia de abusos emocionales en la infancia.
- Somáticos: La hipocondría y el trastorno dismórfico corporal se incluyeron en esta agrupación, mostrando asociaciones con la falta de *insight* y obsesiones y compulsiones somáticas. Ambos trastornos se caracterizan por las rumiaciones y rituales sobre el cuerpo y la apariencia.

A pesar de lo interesante que resultan la mayoría de estas propuestas, en especial porque asumen la existencia de similitudes psicopatológicas subyacentes entre trastornos que, en principio, son muy diferentes, la complejidad de las mismas y las dificultades de operacionalización para la puesta a prueba de sus postulados, hace que hoy por hoy se sitúen todavía en el ámbito de la especulación. Por otro lado, las evidencias son muy dispares en lo que se refiere a las diversas dimensiones sintomáticas propuestas. Por ejemplo, la de impulsividad es la que cuenta con más apoyo empírico hasta el momento, en detrimento de las otras dos, mucho más discutibles.

EL FUTURO DEL EOC: PROPUESTAS PARA EL DSM-V

El grupo de expertos que se constituyó en el seno de la American Psychiatric Society en 2006 para decidir sobre las directrices del futuro DSM-V, han sugerido modificar la inclusión del TOC desde su actual ubicación en los trastornos de ansiedad a una nueva categoría, la del EOC. Basándose en datos sobre comorbilidad, fenomenología, circuitos neuronales, respuesta al tratamiento y estudios de genética y familiares, concluyen que los trastornos más estrechamente relacionados con el TOC son el trastorno dismórfico corporal y el síndrome de Gilles de Tourette. Con una relación moderada se encontrarían el TOCP, los TA y la tricotilomanía, y por último, con una relación menor estarían la onicofagia y la dermatilomanía o rascado cutáneo compulsivo (Hollander, Braun, y Simeon, 2008). Sin embargo, como ya comentamos antes, todavía no hay datos suficientes para determinar con exactitud los trastornos que deberían ser incluidos en el EOC, como ha señalado Hollander (2010). En el siguiente punto se exponen los datos existentes hasta la fecha que apoyan la relación entre los TA y el TOC, y por tanto justifican su inclusión en el EOC.

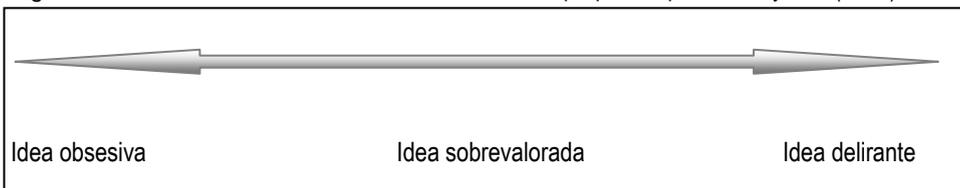
4. UBICACIÓN DE LOS TA EN LAS PRINCIPALES DIMENSIONES DEL ESPECTRO O-C

En consonancia con lo que se ha venido planteando en el apartado precedente, trataremos de encuadrar ahora los TA en las principales dimensiones propuestas para la un posible EOC.

Dimensión del insight.

Una de las dimensiones del EOC donde se pueden encuadrar los TA es el continuo idea obsesiva-idea sobrevalorada-idea delirante. Según Kozak y Foa (1994), este continuo se dibuja teniendo en cuenta el *insight* que tiene el paciente acerca de la realidad de sus pensamientos (véase Figura 4). Los pensamientos de las pacientes con TA se situarían en el centro del continuo, en las ideas sobrevaloradas (Cooper y Fairburn, 1993; Hollander, 1993), mientras que en los pacientes TOC encontramos las ideas obsesivas, que pueden adquirir la forma de una idea sobrevalorada cuando el paciente tiene un pobre *insight* sobre su enfermedad, y a partir de aquí, dependiendo de la “convicción” con que se sustente la idea, convertirse en una idea similar a las delirantes.

Figura 4. Continuo sobre la conciencia de irracionalidad propuesto por Kozak y Foa (1994).



Aunque no existe acuerdo sobre la definición de “idea sobrevalorada”, generalmente se han conceptualizado como un tipo de creencia que se mantiene con elevada intensidad (es decir, resistentes a la crítica), cuyo contenido puede ser extraño pero sin llegar a ser extravagante, y en todo caso comprensible desde el conocimiento de la historia vital de la persona y su entorno socio-cultural. Preocupan al individuo de tal modo que interfieren en su funcionamiento normal, y el malestar que generan está directamente vinculado con esa interferencia, y no tanto con su contenido. De hecho, sus contenidos son de carácter egosintónico, por lo que el paciente no buscará ayuda profesional por ellos. Además, suelen desarrollarse sobre la base de una personalidad patológica (Veale, 2002). Las creencias de las pacientes con TA acerca de la imagen corporal y el peso se ajustan mucho a esta descripción. El contenido de sus pensamientos es, además, congruente con sus creencias y valores, por lo que el

malestar que generan se asocia más al carácter de intrusividad, y por tanto, a la interferencia que provocan en su vida cotidiana, pues las mantiene ocupadas la mayor parte del tiempo, invadiendo su capacidad atencional, e impidiendo así el desarrollo normal de sus actividades diarias. Esta interferencia es, a su vez, característica de la mayor parte de las intrusiones cognitivas que están en la base de diversos trastornos y alteraciones, desde el TOC, hasta el TEPT, pasando por los problemas de sueño, según Clark (2004b). Es posible que, además, el hecho de que la mayoría de pacientes no busque ayuda profesional por sí mismas, sino obligadas por familiares, tenga su base en esta caracterización de la ideación patológica en los TA como idea sobrevalorada. Por otro lado, el elemento de preocupación que caracteriza estas ideas, podría también explicar, al menos en parte, las semejanzas entre los TA y la ansiedad generalizada, trastorno con el que mantienen unas elevadas tasas de comorbilidad como ya se comentó.

Impulsividad-Compulsividad.

Dadas las diferencias entre subtipos de TA, es necesario diferenciar entre AN-BN y trastorno por atracón a la hora de situarlos dentro del continuo impulsividad-compulsividad. De manera general, la BN y el trastorno por atracón estarían en el polo impulsivo, mientras que la AN estaría mejor caracterizada en un punto más cercano al polo compulsivo (Hollander y Wong, 1995). Además, se ha hallado en diferentes estudios que la relación entre la impulsividad y los TA viene dada por la presencia de atracones y conductas purgativas presentes en la BN y la AN-purgativa (Claes, Vandereycken, y Vertommen, 2002; Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri, y Vertommen, 2006; Fernández-Aranda et al., 2008). Por otra parte, existen estudios que indican la presencia de rasgos impulsivos y compulsivos en los mismos pacientes (Li y Chen, 2007; Stein, 2000; Zermatten y Van der Linden, 2008). Por ejemplo, Engel, Corneliusen, Wonderlich, Crosby, Grange et al. (2005) evaluaron un grupo de pacientes con BN que puntuaron alto no sólo en medidas de impulsividad, sino también

en compulsividad, con una correlación positiva significativa entre ambas medidas. En este sentido, Stein plantea que la dimensión de compulsividad-impulsividad debe de ser entendida no como una sola dimensión con polos opuestos, sino como dimensiones ortogonales, y ello no sólo en pacientes TA. También en pacientes TOC se han encontrado tasas de comorbilidad relevantes con los trastornos de control de los impulsos (Fontenelle, Mendlowicz, y Versiani, 2005).

Intrusiones mentales y/o conductas repetitivas.

Como antes se comentaba no sólo en el TOC se experimentan pensamientos y conductas repetitivas. El síndrome de la Tourette, el TEPT, el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría, son algunos de los trastornos que presentan intrusiones mentales que pueden sobrevenir en forma de pensamientos, imágenes, impulsos y memorias intrusas (Clark, 2005; Reynolds y Brewin, 1998). También los pacientes con TA presentan pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, recurrentes que causan malestar, consumen tiempo y que son valoradas como aversivos por las pacientes (Cooper, Todd, Woolrich, Somerville, y Wells, 2006; Hilbert y Tuschen-Caffier, 2004; Woolrich, Cooper, y Turner, 2008). Como en el siguiente capítulo se revisarán con detalle las intrusiones cognitivas en relación con los TA, únicamente dejamos aquí mención expresa de este aspecto.

Dimensión de egodistonía-egosintonía.

El estudio de la relación entre los TA y el TOC teniendo en cuenta esta dimensión es uno de los objetivos principales de la presente tesis, razón por la cual se desarrolla en profundidad en el Capítulo 3. Por el momento baste indicar aquí que una de las diferencias centrales entre ambos trastornos es que los TA son considerados

como trastornos egosintónicos, lo que los distinguiría del TOC que se situarían en el polo opuesto: la egodistonia.

5. RELACIÓN ENTRE LOS TA Y EL TOC

Como acabamos de comentar, muchos expertos coinciden en incluir los TA en el espectro obsesivo compulsivo, aunque los datos están todavía lejos de ser concluyentes. Culbert y Klump (2007) plantean tres posibilidades en la relación de los TA con el EOC:

1. Los TA forman parte del EOC.
2. Algunos subtipos de TA y de TOC pertenecerían al mismo espectro.
3. Los TA forman parte de un espectro más amplio de trastornos internalizantes, donde se incluirían los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.

En este apartado se exponen las distintas líneas de investigación que actualmente se dedican a estudiar la naturaleza de la asociación entre ambos trastornos, y que se centran principalmente en estudios de comorbilidad.

EVIDENCIAS ACERCA DE LA RELACIÓN TA-TOC

El estudio de la relación entre los TA y el TOC es reciente, pues sólo desde hace décadas los investigadores vienen destacando las comunalidades entre ambos trastornos. No obstante, desde hace más tiempo diversos expertos han venido llamando la atención sobre las posibles relaciones entre ambos conjuntos de trastornos. Palmer y Jones (1939) fueron los primeros en plantear que la AN era una manifestación de la neurosis compulsiva, mientras que Du Bois (1949) la describió como una “neurosis compulsiva con caquexia”. En 1972 Dörr-Zegers relacionó la *hiperfagia seguida de*

vómitos con la neurosis obsesivo-compulsiva (En Vandereycken y Van Deth, 1994). Una década más tarde Rothenberg (1986) planteó que la AN era una variante moderna del TOC. A pesar de las diferencias entre ambos trastornos, tanto las personas con TA como quienes padecen TOC, experimentan pensamientos, impulsos, e imágenes intrusas, a menudo repetitivas, así como preocupaciones sobre estímulos temidos, que generan un estado de afecto negativo. En ambos casos se realizan conductas compensatorias con el objetivo de reducir la ansiedad (Lawson, Lockwood, y Waller, 2004).

A continuación se revisan los estudios de comorbilidad que han tenido como objetivo esclarecer la relación entre los TA y el TOC. Otro tipo de estudios, como los neurobiológicos y los de familias, han aportado algunas evidencias que podrían explicar las asociaciones observadas. Sin embargo, este tipo de investigaciones se aleja significativamente de los objetivos y el marco de este trabajo, razón por la cual no se comentarán aquí.

Estudios de comorbilidad.

A la hora de examinar las investigaciones sobre la comorbilidad entre los TA y el TOC, es necesario resaltar que existen dos líneas paralelas: una centrada en la comorbilidad a nivel de síntomas, y la otra a nivel de síndromes. Un tercer grupo lo forman los estudios que examinan la relación entre los TA y el TOC a nivel de eje II.

Respecto a las investigaciones que estudian los síntomas obsesivos y compulsivos en la población con TA, la mayoría muestra que efectivamente existe una importante proporción de pacientes TA con un número significativo de síntomas obsesivos y compulsivos significativo, especialmente en las pacientes con AN (Bastiani et al., 1996; Matsunaga et al., 1999c; Rubenstein, Altemus, Pigott, Hess, y Murphy, 1995; Solyom, Freeman, y Miles, 1982; von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao, y Matsunaga, 1999). Estos resultados se obtienen incluso al excluir los síntomas TOC relacionados

con las preocupaciones nucleares de los TA (i.e. peso, figura, etc.). En muchos casos, los síntomas obsesivos y compulsivos son de gravedad comparable a la de pacientes con TOC, con la diferencia de que las obsesiones más frecuentes en las pacientes TA son las de simetría y contaminación, y las compulsiones más comunes son las de orden y limpieza (Bastiani et al., 1996; Matsunaga et al., 1999a; 1999b; Solyom et al., 1982). En un estudio reciente con una pequeña muestra de 10 pacientes con AN restrictiva y 19 con BN observaron que, en las pacientes con puntuaciones elevadas en sintomatología TOC -evaluado con el Revised Obsessional Intrusions Inventory, un instrumento que no valora síntomas TOC propiamente dichos, sino intrusiones mentales análogas a obsesiones clínicas- (Purdon y Clark, 1993; 1994), diferían en cuanto al tipo de “obsesiones” predominantes: el grupo de AN presentaba sobre todo intrusiones obsesivas de contaminación, dudas, y orden, mientras que las pacientes con BN relataban intrusiones obsesivas con contenidos de agresión, sexuales, o inmorales (Brouwer, Mirabel-Sarron, y Guelfi, 2009). Jiménez-Murcia, y colaboradores (2007) hallaron una relación significativa en pacientes TA entre la gravedad del trastorno y la sintomatología TOC, evaluada en este caso con el Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). Sin embargo, otros estudios no han podido demostrar esta relación. Lavender, Shubert, de Silva y Treasure (2006) compararon una muestra de 177 pacientes TA, con un grupo de pacientes recuperadas de TA y otro de pacientes TOC, en intrusiones mentales y creencias obsesivas evaluados con el *Interpretation of Intrusions Inventory* y el *Obsessive Beliefs Questionnaire*. Las pacientes con TA mostraron puntuaciones más elevadas que las recuperadas en todas las escalas menos en las creencias sobre control de los pensamientos del OBQ. Comparado con los pacientes TOC, el grupo de TA obtuvo puntuaciones similares en todas las escalas. También en estudios con población general se encuentra una relación entre los síntomas alimentarios y obsesivo-compulsivos (Humphreys, Clopton, y Reich, 2007).

En cuanto a subtipos TA, los datos son contradictorios. Por una parte, los estudios con muestras clínicas señalan una mayor prevalencia de TOC en pacientes con AN. Blinder, Cumella y Sanathara (2006) encontraron, en una muestra de 2436

pacientes ingresadas entre los años 1995 y 2000, que era dos veces más probable el diagnóstico de TOC en pacientes con AN. Entre las pacientes con AN, los datos señalan hacia una mayor prevalencia en el subtipo purgativo (Fornari et al., 1992; Salbach-Andrae et al., 2008; Speranza et al., 2001). Halmi et al. (2003) hallaron un porcentaje mayor de síntomas TOC en pacientes con AN de tipo purgativo (79,1%) comparado con el subtipo restrictivo (68%). Sin embargo, en otras investigaciones no se encuentran diferencias entre subtipos de AN (Godart et al., 2006). Por otra parte, se encuentran estudios que señalan una mayor comorbilidad entre BN y TOC que con la AN, siendo la mayoría de estos estudios basados en muestras de la comunidad. Hudson y colaboradores (2007) examinaron la comorbilidad en pacientes con TA procedentes del estudio “National Comorbidity Survey-Replication”, y encontraron que un 17,4% de pacientes con BN y el 8,4% de pacientes con trastorno por atracón presentaban prevalencia vital de TOC, en contra del 0% de los pacientes con AN (Hudson et al., 2007). Sin embargo, este dato podría explicarse por la baja incidencia de la AN en población general, o la dificultad de acceder a ellas, sobre todo a las que presentan mayor gravedad, por negarse a participar o encontrarse hospitalizadas (Altman y Shankman, 2009).

Los datos de comorbilidad TOC en pacientes con TA a nivel de síndromes también difieren según los estudios. Los porcentajes oscilan entre el 0%-69% para AN y entre el 0%-43% para la BN (Swinbourne y Touyz, 2007). Thornton y Russell (1997) hallaron en una muestra de 68 pacientes con TA, que un 21% cumplía criterios de TOC. De la submuestra de pacientes con AN un 37% cumplieron criterios TOC, mientras que sólo se observó en un 3% de la muestra de BN. Speranza, Corcos, Godart, Loas, Guilbaud, et al. (2001) encontraron una prevalencia de TOC del 19% en AN y un 9,7% en la BN, mientras que la prevalencia vital en la AN fue del 22,4% y un 12,9% en la BN, siendo la AN de subtipo purgativo la que mostró unos índices más elevados (29% de comorbilidad y 43% de prevalencia vital). Por otro lado, se observa en las pacientes TA con un diagnóstico comórbido de TOC una mayor gravedad del diagnóstico TA y también de psicopatología general (de Zwaan, Strnad, y Lennkh, 1997), aunque existen

estudios contradictorios. Thiel, Züger, Jacoby y Schubler (1998) realizaron un seguimiento de 75 pacientes con TA, y la mejoría tras el tratamiento de TA no se relacionó con la comorbilidad del TOC. Aquellas con diagnóstico comórbido de TOC consiguieron una menor mejoría, pero sin ser significativa la diferencia respecto al grupo de TA sin diagnóstico comórbido de TOC.

Una de las posibles explicaciones que se han barajado en la relación entre la AN y el TOC es que el estado de demacración de las pacientes podría ser la causa de la sintomatología obsesiva, ya que personas sin problemas alimentarios en situaciones de ayuno muestran rasgos obsesivos y anoréxicos (Holden, 1990). Por este motivo, un aspecto importante en el estudio de dicha relación es averiguar si el TOC antecede al TA o viceversa. Si los síntomas TOC persisten una vez las pacientes se han recuperado del TA, podría indicar que los rasgos TOC contribuyen a la patogénesis de los TA. Por el contrario, si los síntomas TOC remitieran junto con el TA, estos podrían interpretarse como secundarios al TA. En este sentido, son varios los estudios que muestran que el TOC precede al TA (Jordan et al., 2008; Speranza et al., 2001; Thornton y Russell, 1997). En un estudio realizado con una amplia muestra de pacientes con AN y BN encontraron que alrededor de dos tercios de la muestra había padecido algún trastorno de ansiedad, siendo el más frecuente el TOC (41%). En la mayoría de estos casos el TOC tenía inicio en la infancia, por lo que era anterior al TA, apoyando la teoría de que el TOC sería un factor de vulnerabilidad para los TA. Sin embargo, otros estudios encuentran también un porcentaje significativo de pacientes con un TOC posterior al TA, e incluso una coexistencia temporal entre ambos (Bulik, Sullivan, Fear, y Joyce, 1997; Godart et al., 2000; Godart et al., 2003). Por otra parte, se ha observado que un porcentaje significativo de pacientes recuperadas de TA siguen presentando síntomas TOC claramente elevados en comparación con la población general (Morgan, Wolfe, Metzger, y Jimerson, 2007; von Ranson et al., 1999; Wagner et al., 2006). En un estudio sobre comorbilidad en AN, BN y depresión mayor, los datos indicaron que los trastornos de ansiedad, incluyendo al TOC precedía a la aparición de la AN y la BN. La AN presentó una mayor comorbilidad de TOC comparado con los otros grupos (Bulik et al.,

1997). Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin (1997) hallaron, en pacientes con TA recuperadas, una mejora de los síntomas depresivos, de ansiedad y obsesivos, aunque continuaban mostrando síntomas significativos de ansiedad y TOC. Sin embargo, Rubenstein et al. (1995) sí encontraron una mejoría significativa de los síntomas obsesivos en pacientes recuperadas del TA. Altman y colaboradores (2009) tras una revisión de estudios de comorbilidad TA y TOC, y tomando como modelos de comorbilidad los propuestos por Klein y Riso (1993), concluyen que los estudios epidemiológicos señalan que la comorbilidad entre ambos trastornos no se debe al azar, y que los estudios longitudinales y familiares apoyan el *Modelo de Relación Etiológica*, según el cual el TA y el TOC podrían ser expresiones alternativas o diferentes fases de la misma condición que estaría a la base, o bien que el TOC fuera un factor de riesgo en el desarrollo de los TA.

Otro modo de examinar la comorbilidad entre TOC y TA a nivel sindrómico, es averiguar la prevalencia de TA en pacientes con TOC. Los escasos estudios al respecto sugieren que la comorbilidad es mucho menor que en el caso contrario, es decir, comorbilidad TOC en pacientes TA, si bien diversos estudios con pacientes obsesivos encuentran más conductas y actitudes relacionadas con los TA en comparación con población general (Grabe, Thiel, y Freyberger, 2000; Pigott, Altemus, Rubenstein, y Hill, 1991). Rasmussen y Eisen (1989) encontraron una comorbilidad de TA en un 8% de pacientes TOC, similar al 11,3% que encontraron Sallet et al. (2010) en su estudio con 815 pacientes TOC, entre los cuales el 2,1% pacientes cumplieron criterios de AN, el 2,0% de BN, y el 7,2% de trastorno por atracón. En este último estudio no encontraron diferencias en la sintomatología TOC entre pacientes con y sin comorbilidad TA, y en cambio, los pacientes con un TA presentaban una mayor gravedad de psicopatología ansiosa y depresiva, y una mayor prevalencia de diagnósticos comórbidos del eje I, por lo que se intuye que la comorbilidad TA en esta muestra se debe a una condición general más grave y de mayor comorbilidad de los pacientes con TOC. En otro estudio sobre comorbilidad general en una muestra amplia

de pacientes TOC (N=334) se encontró un 17% de prevalencia vital de diagnóstico de TA, con porcentajes similares de AN y BN (LaSalle et al., 2004).

LOS TA Y EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

En 1903 Janet describió la forma obsesiva de la anorexia en la que las pacientes, a pesar de experimentar sensación de hambre, su temor a engordar, así como el malestar con su propio cuerpo y, específicamente, con el desarrollo o “crecimiento” del mismo, las impulsaría a someterse a un ejercicio físico excesivo y a la restricción alimentaria, presas de un “verdadero delirio” asociado a una personalidad obsesiva (en Toro, 1996, p.41). También en descripciones sobre la personalidad de las pacientes con AN de hace décadas, ya se señalaba la relevancia de la obsesividad en las pacientes (p. ej. Dally, 1969; Kay y Leigh, 1954; Norris, 1979).

Rasgos característicos de los TA como el perfeccionismo, la meticulosidad, y la rigidez, definitorios de un TOCP, se plantean como la base, o mediadores, en la relación entre los TA y el TOC. De hecho, los síntomas obsesivos y compulsivos que se han observado en las pacientes con TA son precisamente aquellos que tienen una mayor relación con el TOCP, como el orden, la simetría y la exactitud. Por otra parte, el TOCP, o los rasgos asociados a este, se observan durante la infancia de las pacientes con TA, lo que ha llevado a sugerir que pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, y Treasure, 2003; Fairburn, 1997), además de ser un factor de mal pronóstico (Steinhausen, 2002).

Estudios de comorbilidad.

Existen muchos estudios que analizan la relación entre rasgos determinados del TOCP y los TA. En cambio, los estudios sobre comorbilidad específica entre los TA y el TOCP son más escasos. Los resultados de estas investigaciones muestran que la prevalencia del TOCP es mayor en las pacientes TA que en los pacientes TOC, siendo la AN el subtipo con comorbilidad de TOCP más frecuente (Matsunaga et al., 1999c; Swinbourne y Touyz, 2007; Thornton y Russell, 1997). Matsunaga y colaboradores (2000) evaluaron a pacientes con AN tras un año de recuperación y el 15% continuaba cumpliendo criterios para TOCP. En el caso de la BN, el diagnóstico de personalidad más frecuente es el trastorno límite, aunque también se encuentra el TOCP en un cierto porcentaje de pacientes. Crane, Roberts y Treasure (2007), en una revisión de 34 estudios sobre TOCP y TA, concluyeron que las pacientes TA con un TOCP comórbido, tienen un peor pronóstico, lo cual parece indicar que los rasgos del TOCP podrían actuar como un mediador en el tratamiento de los TA. También en un estudio de seguimiento de 18 años de pacientes con AN de aparición previa a la adolescencia, el TOCP premórbido predijo un peor pronóstico con respecto a la duración del primer episodio de AN (Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillberg, y Rastam, 2009). Los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad en la infancia (perfeccionismo, inflexibilidad y simetría), evaluados mediante un cuestionario retrospectivo, predijeron el posterior desarrollo del TA en una muestra de 246 pacientes, sin existir diferencias entre AN y BN (Southgate, Tchanturia, Collier, y Treasure, 2008).

La relación entre los TA y el TOCP queda puesta en evidencia a través de los estudios, pero son necesarias investigaciones que determinen la naturaleza de la misma (Serpell, Livingstone, Neiderman, y Lask, 2002). Lilienfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell (2006), revisaron los principales modelos que se han propuesto para explicar la relación entre los rasgos o trastornos de personalidad y los TA, y concluyeron que se necesitan estudios rigurosos con metodologías más sofisticadas para poder poner a prueba algunos de los modelos teóricos. Por ejemplo, estudios prospectivos y

longitudinales, necesarios para identificar factores de personalidad predisponentes, y los estudios de familia, necesarios para comprobar si existen factores etiológicos comunes entre los rasgos y trastornos de personalidad y los TA.

Una de las características y/o rasgos de personalidad que más se ha venido investigando en el ámbito de la relación TA-TOCP es el perfeccionismo, elemento diagnóstico del TOCP. Los modelos cognitivos sobre el TOC lo incluyen entre el conjunto de características del trastorno, si bien en este caso forma parte del grupo de creencias metacognitivas disfuncionales que, según esos modelos, influyen en el paso de una intrusión obsesiva normal a una obsesión clínica (Frost y Steketee, 1997; Halmi et al., 2005; Shafran y Mansell, 2001).

En el caso de los TA, el perfeccionismo disposicional se ha planteado como uno de los factores de riesgo de primer orden sobre todo para la AN (Bardone-Cone et al., 2007), pero además juega un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de los mismos (Fairburn, 1997; Lilenfeld et al., 2006). La relación entre el perfeccionismo y los TA se ha observado en personas sin diagnóstico, pues se ha constatado una relación entre perfeccionismo e indicadores de psicopatología alimentaria (Bardone-Cone et al., 2007). En síntesis, tanto desde la perspectiva de los estudios sobre TA como los llevados a cabo sobre el TOC y el TOCP, se viene planteando que el perfeccionismo, ya sea como rasgo de personalidad, ya como creencia, podría ser uno de los nexos de unión entre los TA y el TOCP.

6. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 2

The so-called Obsessive-Compulsive Spectrum (EOC) is a group of disorders that occur with high comorbidity in OCD and share some clinical features, such as the presence of obsessions and repetitive behaviors, and other associated variables such as age of onset, clinical course, comorbidity, etiology, familial transmission, and response to pharmacological and psychological treatments. The EOC commonly include the following spectrum disorders: somatoform disorders (body dysmorphic disorder,

hypochondriasis), tic disorders (syndrome of Gilles de la Tourette), eating disorders (AN and BN), impulse control disorders (kleptomania, sexual compulsions, trichotillomania, dermatotilomanía, Onychophagia, gambling and intermittent explosive disorder) (du Toit et al., 2001), and some authors also include autism. However, there are still many limitations when it comes to this spectrum. One of the most basic is the lack of consensus about its definition. Some of the disorders have received little research, while others have been included in more than one spectrum. Regarding ED, they can be allocated to some of the dimensions of the EOC, like, for example, on the delirium-overvalued idea-obsession continuum, where ED would be characterized in the middle. There are also two dimensions: mental intrusions-compulsive behaviors, and egosyntonicity-egodystonicity, which will be discussed in the following chapters. Apart from the inclusion of TA in the EOC, what is clear is that the two disorders share a number of features that have been remarked on for decades (e.g. Du Bois, 1949; Palmer & Jones, 1939) and that have been demonstrated through studies from different perspectives: comorbidity, personality features, neuropsychological, and family studies. However, there remains a need to further clarify the relationship between these disorders and see if there is clearly a differential relationship with ED subtypes which has not been demonstrated. Thus, it is important to continue to study the EOC, since they may help in the understanding of OCD subtypes or dimensions, and moreover, to clarify the relationship between ED and OCD.

CAPÍTULO 3.

INTRUSIONES COGNITIVAS

1. INTRODUCCIÓN

2. LAS INTRUSIONES COGNITIVAS.

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS INTRUSIONES.

4. INTRUSIONES COGNITIVAS EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 3

1. INTRODUCCIÓN

Las intrusiones mentales son fenómenos cognitivos repetitivos, que irrumpen en el flujo consciente del pensamiento y que resultan en mayor o menor grado molestos y difíciles de controlar (Rachman y Hodgson, 1980). Si bien el estudio de este tipo de cogniciones se ha venido desarrollando principalmente desde la perspectiva de las obsesiones del TOC, las intrusiones mentales no sólo están presentes en este trastorno, como veremos. En el presente trabajo partimos de una perspectiva dimensional según la cual las intrusiones mentales también se observan en personas sin patología.

Los estudios realizados sobre las intrusiones desde modelos cognitivos del TOC proponen que las intrusiones cognitivas están en la base del desarrollo de las obsesiones. En el presente capítulo se presentan brevemente las características definitorias de los principales modelos cognitivos del TOC como el de Rachman (1997; 1998b), Salkovskis (1985; 1999), y Purdon y Clark (Clark, 2004b; Purdon y Clark, 1999). Además, expondremos una teoría desarrollada recientemente por Kavanagh, Andrade y May (2005) sobre la elaboración de las intrusiones del deseo que nace desde el contexto de las adicciones, bien diferente al del TOC. Los estudios que apoyan esta teoría son todavía escasos, pero pensamos que recoge elementos interesantes para el estudio de las intrusiones alimentarias que no se abordan en los principales modelos del TOC, como son el tener en cuenta estímulos apetecibles, la relevancia del afecto positivo, y de las imágenes mentales -frente al formato verbal de los pensamientos- en el proceso de elaboración de las intrusiones. Además, se han llevado a cabo algunos estudios con intrusiones sobre comida partiendo de esta teoría (p. ej. Harvey, Kemps, y Tiggemann, 2005).

Finalmente expondremos el caso de las intrusiones mentales en los trastornos alimentarios. Son escasos los esfuerzos que se han dedicado a investigar este tipo de cogniciones en las pacientes con TA a pesar de ser un tipo de pensamientos que se

observan comúnmente en la práctica clínica y que pueden llegar a resultar muy molestos. Además, se analizarán las intrusiones alimentarias desde la perspectiva de los modelos cognitivos del TOC y de la teoría de la intrusión elaborada, exponiendo los estudios que se han llevado a cabo sobre los elementos principales de los modelos teóricos en la patología alimentaria, como las valoraciones y las estrategias que emplean las pacientes para su control.

2. LAS INTRUSIONES COGNITIVAS

A lo largo del presente trabajo seguiremos la propuesta de definición las intrusiones cognitivas o “Pensamientos Intrusos” (PI) de Rachman (Rachman y Hodgson, 1980; Rachman, 1981) en la cual se destacan las siguientes características:

- pueden tomar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos
- son repetitivos
- son inaceptables o indeseados
- interrumpen la actividad que se está llevando a cabo,
- son atribuidos a un origen interno, y
- son difíciles de controlar.

Rachman y de Silva (1978) fueron los primeros en plantear que la población general experimentaba un tipo de cogniciones con forma y contenido similar a las obsesiones clínicas que presentan los pacientes con TOC. La diferencia entre ambos tipos de pensamientos radicaba, según estos autores, en que las obsesiones de los pacientes eran más frecuentes e incontrolables, eran valoradas como más inaceptables, y tenían una cualidad egodistónica que no estaba presente en la población no clínica.

La importancia otorgada a las conclusiones del estudio de Rachman y de Silva respecto al parecido entre los contenidos de ambos tipos de cogniciones, ha sido

cuestionada recientemente (Rassin y Muris, 2007). Sin embargo, lo cierto es que este trabajo pionero ha suscitado el interés de los investigadores, generando un importante número de estudios que han demostrado la presencia de estas intrusiones en un 70-100% de la población no clínica. Este dato demuestra la “normalidad” y “universalidad” de este tipo de cogniciones, no sólo por lo que se refiere al hecho mismo de su experiencia, sino además en relación con sus contenidos (p. ej. Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, y Carrió, 2004; Edwards y Dickerson, 1987; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, y Gagnon, 1991; 1992; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993; Purdon y Clark, 1994; Reynolds y Salkovskis, 1991; Salkovskis y Harrison, 1984). Las diferencias entre las obsesiones en pacientes con TOC y las personas sin trastorno mental radican en la manera de procesar sus pensamientos. Las obsesiones son más frecuentes, causan más interferencia y malestar, son evaluadas de manera más negativa y se emplean estrategias más disfuncionales para su control (p. ej. Belloch et al., 2004; Clark y de Silva, 1985; Freeston, Ladouceur, Gagnon, y Thibodeau, 1993; Morillo, Belloch, y Garcia-Soriano, 2007; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993; Purdon y Clark, 1994)

Además, el hecho de que la población general experimente pensamientos similares a las obsesiones clínicas tiene importantes implicaciones (Clark, 2004a; García-Soriano, 2008; Salkovskis, Richards, y Forrester, 1995):

- 1) Aporta información sobre la génesis de las obsesiones clínicas: tal y como defienden las teorías cognitivas, las obsesiones tendrían su origen en los pensamientos intrusos no deseados. Sin embargo, la simple experimentación de los mismos no sería suficiente para desencadenar las obsesiones.
- 2) Apoyo al supuesto de continuidad entre la normalidad y la psicopatología: las diferencias entre ambos tipos de cogniciones serían diferencias cuantitativas, no cualitativas.

- 3) Los resultados observados en estudios contando con muestras de población general son generalizables de una manera bastante razonable a la población clínica.

Por lo que respecta al TOC, los modelos etiológicos señalan a las intrusiones mentales como el origen de las obsesiones, que a su vez son el componente nuclear del trastorno. Los pacientes con TOC experimentan las obsesiones en forma de pensamiento, imagen y/o impulso, siendo la más frecuente en forma de pensamiento (Akhtar, Wig, Varma, Pershad, y Verma, 1975. En Clark, 2004a). Además, aparecen de manera recurrente e intrusa, irrumpen de forma involuntaria en el flujo de pensamiento consciente y resultan difíciles de controlar. El contenido de las obsesiones, a diferencia de lo que ocurre en otros trastornos, es muy heterogéneo, ya que pueden tratar sobre temas como la limpieza/contaminación, orden/simetría, dudas, temas religiosos y/o sexuales. El paciente reconoce que sus obsesiones son irracionales y absurdas, le causan mucha molestia y le resultan desagradables e inaceptables (Clark, 2004a). Según Freeston y Ladouceur (1997) las obsesiones pueden aparecer espontáneamente o provocadas por estímulos internos (sensaciones físicas, estados emocionales o acontecimientos cognitivos) o externos (objetos, situaciones o personas).

Por otra parte, en otros trastornos también se pueden observar pensamientos con un carácter intruso. De hecho, Clark (2005), publicó un libro dedicado a presentar los PI que se observan en el TEPT, depresión, insomnio, trastorno de ansiedad generalizada, psicosis y en los agresores sexuales. En el siguiente apartado se exponen brevemente las características de las intrusiones del trastorno de estrés postraumático, depresión, y trastorno de ansiedad generalizada, y se comentan las diferencias entre ellos y con las obsesiones.

Intrusiones mentales en trastornos diferentes al TOC

Como hemos comentado, en trastornos con características psicopatológicas muy diferentes al TOC, como son el TEPT, la depresión, o el trastorno de ansiedad generalizada, se advierte la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos repetitivos. Estos pensamientos también entran en el flujo de la conciencia de manera involuntaria y resultan difíciles de controlar, son evaluados como indeseables, y ocasionan malestar a la persona.

En los criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-IV, encontramos que la re-experimentación (criterio B) del suceso originario puede materializarse en forma de *recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones* (DSM-IV-TR, 2002). Dado que la temática de estas intrusiones cognitivas está centrada en el suceso traumático que ha experimentado el paciente, sean accidentes, enfermedades, asaltos, pérdida de un ser querido etc., estas cogniciones son conocidas como *memorias intrusas*. En diferentes estudios se ha observado que ni la presencia, ni la frecuencia de las intrusiones en pacientes predice la gravedad del trastorno. En cambio, otras cualidades tales como la ausencia de contexto de las memorias intrusas, el malestar asociado y el “nowness” o “aquí y ahora” (sensación de que los recuerdos se están experimentando en el momento presente, no como algo pasado) predicen en mayor medida la gravedad del TEPT (Michael, Ehlers, Halligan, y Clark, 2005), siendo la cualidad de “aquí y ahora” la que diferencia las memorias intrusas sobre acontecimientos traumáticos, de otros recuerdos más normativos (Birrner, Michael, y Munsch, 2007). Además, estas memorias intrusas también se han encontrado en víctimas que no han desarrollado posteriormente el trastorno. Michael, Ehlers, Halligan y Clark (2005) compararon las memorias intrusas presentes en víctimas de algún tipo de asalto que habían desarrollado posteriormente un TEPT de aquellas víctimas que no lo habían desarrollado y encontraron que en ambos grupos las memorias intrusas eran fenomenológicamente similares. Davies y Clark (1998), siguiendo el paradigma de

Horowitz (inducir cogniciones intrusas exponiendo a situaciones estresantes), indujeron pensamientos intrusos a sujetos sin trastorno haciéndoles ver una película sobre incendios en la que se veía morir a varias personas. La película produjo intrusiones tanto a corto como a largo plazo (una semana después). Estos estudios apoyan la idea de que este tipo de cogniciones son una respuesta “normal” ante sucesos estresantes (Peirce, 2007) y por tanto, de manera similar a lo observado con las intrusiones análogas a las obsesiones, se pueden encontrar en la población no clínica.

Existe una línea de investigación sobre las memorias intrusas en TEPT que estudia dos componentes destacados en las teorías cognitivas del TOC: las valoraciones de los pensamientos y las estrategias empleadas para el control de los mismos (O'Donnell, Elliott, Wolfgang, y Creamer, 2007). En estas investigaciones se ha observado una asociación entre las interpretaciones negativas de las memorias asociadas al trauma con la gravedad del trastorno: los pacientes evalúan la presencia de las memorias intrusas como un signo de que el suceso les ha cambiado negativamente, lo cual aumenta el estado de ánimo negativo y actúa manteniendo el trastorno (Ehlers y Clark, 2000). Siguiendo con el modelo cognitivo del TOC, las estrategias que emplea el sujeto para controlar las memorias intrusas (que ha evaluado de una forma disfuncional) también mantendrían los síntomas de tres modos: a) directamente produciendo los síntomas; b) evitando un cambio en las valoraciones negativas del suceso traumático o sus secuelas; c) evitando el cambio en la naturaleza de la memoria del suceso (Ehlers y Clark, 2000). Concretamente, la supresión activa o intencionada ha demostrado estar relacionada con la persistencia de las intrusiones en el TEPT (Rosenthal, Cheavens, Lynch, y Follette, 2006). Además, se define como un mecanismo de evitación cognitiva que se puede dar en este trastorno (criterio diagnóstico C.1 en DSM-IV-TR, 2002).

Por lo que respecta a la depresión encontramos un tipo de pensamientos recurrentes e involuntarios característicos de estos pacientes, los llamados Pensamientos Automáticos Negativos (PAN; Beck, 1964). A menos que el paciente

sufra manía, hipomanía, personalidad narcisista o abuso de sustancias, el contenido es siempre negativo, y suele tratar sobre la pérdida o fracaso personal. También las personas sin depresión experimentan alguna vez estos pensamientos, aunque la mayoría de las veces la persona no es consciente. Los PAN, aunque no son fruto de la reflexión, son egosintónicos, evaluados como racionales y verdaderos. Además, los PAN se encuentran dentro del flujo de pensamiento normal, y en ocasiones resulta difícil de acceder a ellos. De hecho, los pacientes son más conscientes de la emoción que resulta del PAN que del contenido del pensamiento en sí mismo. Se distinguen 3 tipos de PAN (Beck, 1995): 1. Un pensamiento distorsionado a pesar de existir evidencias contrarias. 2. Pensamientos con contenidos correctos pero que dan lugar a conclusiones distorsionadas. 3. Pensamientos correctos pero disfuncionales por su falta de utilidad. En terapia, se entrenará al paciente a detectar estos PAN, a ponerlos a prueba y responder a ellos de manera adaptativa, lo que producirá efectos positivos en el estado de ánimo de la persona. En el caso de la depresión también se ha detectado la presencia de pensamientos y memorias intrusas cuyo contenido versa sobre sucesos negativos del sujeto: enfermedad, muerte de familiares, daños a uno mismo o crisis interpersonales (Brewin, Watson, McCarthy, Hyman, y Dayson, 1998; Kuyken y Brewin, 1994; Patel et al., 2007; Reynolds y Brewin, 1999). Se ha observado que los pacientes experimentan estos pensamientos con más frecuencia, intensidad y los perciben como más incontrolables que los controles (Wenzlaff, 2005). Además, los pacientes les atribuyen significados negativos (Starr y Moulds, 2006) y con frecuencia emplean la supresión para intentar controlarlos (Beevers, Wenzlaff, Hayes, y Scott, 1999; Wenzlaff, Wegner, y Roper, 1988). La diferencia central entre estos pensamientos y los PAN descritos anteriormente es la intrusividad con la que experimentan ambos fenómenos, siendo menor en los PAN.

Los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracterizan por presentar una preocupación excesiva (*worry*) por acontecimientos de la vida diaria, sobre todo a largo plazo (Dugas et al., 1998). Ejemplos de esta preocupación podrían ser: perder el empleo, caer enfermo, miedo a cometer errores o la

preocupación excesiva por el bienestar de los seres queridos. Borkovec, Robinson, Pruzinsky y dePree (1983, pg. 10) definen el *worry* como una *cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, el proceso de preocuparse representa un intento de resolver mentalmente problemas en los cuales el resultado es incierto pero implica la posibilidad de uno o más resultados negativos.*

La persona evalúa sus preocupaciones como racionales y suele ser auto-iniciado, por lo que el nivel de intrusividad es bajo. Borkovec y Roemer (1995) encontraron que las razones que daban los pacientes con más frecuencia para justificar su preocupación fueron que estas les servían para motivarse a hacer lo que debían hacer y que les preparaban para encontrar soluciones y actuar en caso de que algo malo sucediera. Pero a pesar de que los pacientes encuentran cierta utilidad a preocuparse, lo ven como excesivo, ya que les suelen mantener ocupados la mayor parte del día, y no les resulta sencillo controlarlas. Esta preocupación se experimenta en forma verbal, y son más duraderas y asociadas a la cadena o flujo habitual de pensamiento (Clark y Rhyno, 2005; Hoyer, Becker, y Roth, 2001).

Respecto a las estrategias de control de las preocupaciones, los estudios realizados sobre el empleo de la supresión en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada revelan resultados contradictorios, pues mientras algunos demuestran que esta estrategia provoca un efecto rebote en la presencia de las preocupaciones (Becker, Rinck, Roth, y Margraf, 1998), otros informan una disminución de las mismas además de un aumento en la controlabilidad de las intrusiones (McLean y Broomfield, 2007).

A continuación se presenta un cuadro donde se exponen las diferencias entre obsesiones del TOC, las memorias intrusas del trastorno de estrés postraumático, los pensamientos automáticos negativos de la depresión, y las preocupaciones típicas del TAG, en características como la forma de presentación, la egodistonia-egosintonía y los intentos de suprimir, entre otros (véase Cuadro 5).

Cuadro 5. Diferencias entre obsesiones, memorias intrusas, PAN, y worry. (En García-Soriano, 2008; Clark y Rhyno, 2005; García-Soriano, 2005; Morillo, 2004)

OBSESIONES	MEMORIAS INTRUSAS	PAN	PREOCUPACIONES
Diferentes formas: pensamiento, imagen, impulso	Formato visual el más común. También se perciben olores, sonidos, sabores, etc.	Formato verbal el más común, más imágenes que en las preocupaciones	Formato verbal (pensamiento) el más común
Muy intruso e indeseado	Intruso. A menudo no hay consciencia de que los desencadena un estímulo	Varía según gravedad de la depresión	Intrusividad moderada: más autoiniciado y precipitado por circunstancias cotidianas.
Irrumpe en el flujo del pensamiento	Irrumpe	En paralelo a la corriente de conciencia	Presentación prácticamente continua, "flotante"
Muy accesible a la consciencia, se le entrena a estar menos atento	-	Poco accesible a la consciencia, se le entrena a ser consciente de sus PAN	Muy accesible a la consciencia
Asociado a afecto negativo relacionado con el contenido	Asociado a afecto negativo relacionado con la emoción que genera su contenido	Asociado a afecto negativo relacionado con la ocurrencia del pensamiento	Asociado a afecto negativo relacionado con problemas de la vida cotidiana
Preocupado por lo que pensamiento quiere decir sobre las propias características personalidad	Preocupado por las creencias previas sobre riesgo/ vulnerabilidad del suceso	Preocupado por las consecuencias sobre el yo	Preocupado por las consecuencias negativas de las preocupaciones en vida real
Inaceptabilidad alta	-	Algo inaceptable	Inaceptabilidad moderada
Alta percepción de incontrolabilidad	-	La incontrolabilidad no es importante	Moderada percepción de incontrolabilidad
Se considera no plausible, sin sentido	-	Plausible, se acepta como evidencia	Se considera algo plausible pero exagerado
Egodistónico porque el contenido es opuesto a las características del Yo	Egodistónico, evoca emociones negativas y sobre contenidos relevantes para el Yo	Egosintónico, es congruente con el sistema creencias	Egosintónico porque las preocupaciones son relevantes para el Yo
Contenido extraño (sexo, contaminación...) que excluye recuerdos específicos del pasado	Contenido sobre sucesos del pasado	Contenido de la triada cognitiva: visión negativa el sujeto, el mundo, el futuro	Contenido sobre sucesos futuros y catástrofes potenciales, circunstancias de la vida cotidiana (trabajo, economía...)
Alto esfuerzo por suprimir	Esfuerzo por suprimir	Poco esfuerzo por suprimir	Esfuerzo moderado por suprimir
Hacen que la persona se sienta mala, le "demuestra" que es una mala persona	La intrusión supone una amenaza	La intrusión es acorde con la existencia de la persona	La intrusión previene el desastre, evita consecuencias negativas temidas

PAN: Pensamientos Automáticos Negativos.

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS INTRUSIONES

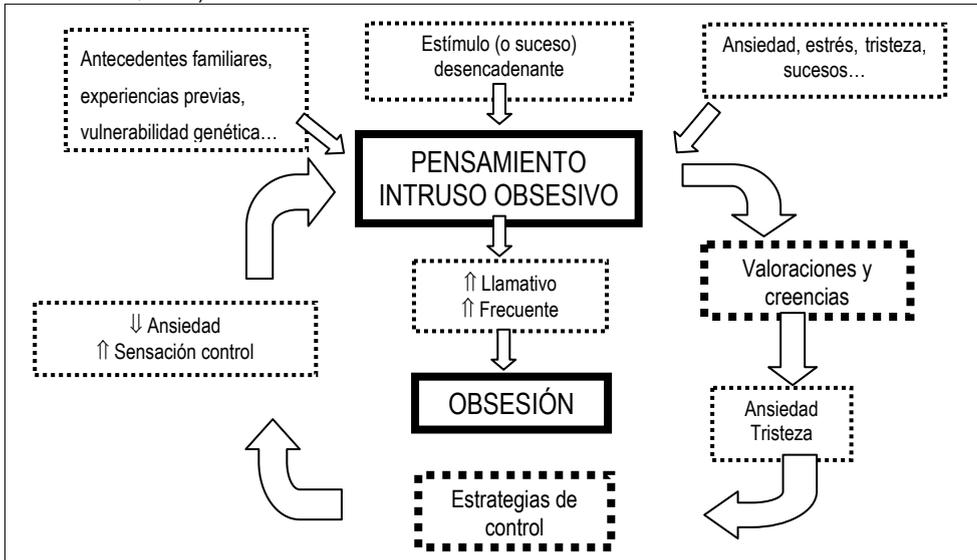
A continuación, y siguiendo con las intrusiones mentales, se exponen los principales modelos cognitivo-conductuales que han tratado los PI. Es necesario destacar que estos modelos han partido principalmente desde estudios del TOC. Por otra parte, expondremos una teoría desarrollada recientemente por Kavanagh, Andrade y May (2005) sobre la elaboración de las intrusiones del deseo.

MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES SOBRE LAS INTRUSIONES MENTALES EN EL MARCO DEL TOC

Las teorías sobre el origen de las obsesiones más destacadas (Rachman, 1997; P. M. Salkovskis, 1985) coinciden en que las creencias y las valoraciones disfuncionales que atribuye una persona al experimentar un PI, le llevarán a experimentar ansiedad y a su vez, la necesidad de controlarlos. Para lograr este control, la persona pone en marcha ciertas estrategias (p. ej. la supresión o neutralización) que le lleva a disminuir la ansiedad y aumentar la sensación de control en un primer momento, pero que produce un efecto paradójico de rebote, por lo que el PI se vuelve más frecuente y llamativo, que lo llevará a convertirse en un obsesión clínica. Este proceso queda plasmado en el diagrama presentado en la Figura 5.

En el Cuadro 6 se presentan los elementos principales de las teorías cognitivas más relevantes sobre el TOC. Todas estas teorías comparten la idea de que los PI obsesivos son el origen del trastorno y que las estrategias empleadas para su control contribuyen al mantenimiento del TOC. Como se verá, las diferencias entre ellos radican en el énfasis que ponen en las distintas valoraciones de los PI y las creencias que están a la base.

Figura 5. Características básicas de los modelos cognitivos (en García-Soriano, 2008; basado en Belloch, 2004).



Cuadro 6. Elementos destacados en las principales teorías cognitivas sobre el TOC.

	Idea principal de la teoría	Creencias y valoraciones del PI centrales
Salkovskis (1999; 1985)	En el origen y el mantenimiento del TOC tiene especial relevancia el modo de interpretar y valorar los pensamientos, que además son específicos del trastorno.	- Responsabilidad - Significado personal
Rachman (1997; 1998a)	Las obsesiones se desarrollan y se mantienen cuando un PI se considera como relevante para el sistema de valores del paciente, releva algo importante del sí mismo y puede conllevar consecuencias negativas.	- Interpretación catastrofista - Significado personal y amenazante. También relevantes: Fusión Pensamiento Acción (FPA) de tipo probabilidad y moral.
Wells (1997; 2000)	- Basado en su modelo de Autorregulación de la Función Ejecutiva. - Es la primera teoría que habla explícitamente de metacogniciones, las cuales hacen que el PI sea interpretado como peligroso o importante.	- Fusión Pensamiento Acción (FPA); Fusión Pensamiento Objeto y Fusión Pensamiento Evento. - Creencias sobre los rituales: Necesidad de controlar el PI y planificación para controlarlo.
Purdon y Clark (2004a; 1999)	Identifican tres niveles en la génesis del trastorno: 1) Factores de vulnerabilidad: Estado de ánimo negativo, ambivalencia del Yo, y creencias disfuncionales. 2) Valoraciones disfuncionales y 3) Valoraciones secundarias sobre el control de los PI.	1. Valoraciones disfuncionales: significado personal, amenaza para los valores personales importantes (egodistónico) y responsabilidad. 2. Valoraciones secundarias al control: importancia y consecuencias percibidas del fracaso en el control de las obsesiones.
Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997)	- No exponen un modelo del TOC, pero su aportación en cuanto a las creencias y valoraciones es crucial en la investigación. - Enfatizan el papel de las intrusiones, valoraciones y creencias.	Identifican seis creencias básicas: 1. Responsabilidad excesiva; 2. Importancia de los pensamientos; 3. Sobreestimación de la amenaza; 4. Importancia de controlar los pensamientos; 5. Intolerancia a la incertidumbre; 6. Perfeccionismo.

En la presente tesis, por lo que respecta a las valoraciones de los pensamientos, tomamos como referencia las 6 creencias más relevantes respecto al TOC identificadas por el *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (1997), y que además han sido investigadas en las pacientes con TA como veremos más adelante. A continuación se definen brevemente las 6 creencias:

Responsabilidad excesiva: Creencia de que la persona es responsable de prevenir cualquier consecuencia negativa que pueda ocasionarse por el pensamiento.

Importancia de los pensamientos: Pensar que el hecho de tener un pensamiento indica que es importante para la persona. Aquí se incluye la Fusión Pensamiento-Acción (FPA) tipo probabilidad: Creer que por el hecho de experimentar un pensamiento es más probable que suceda en la vida real; y FPA tipo moral: Pensar que tener un pensamiento es moralmente equivalente a llevarlo a cabo.

Sobreestimación de la amenaza: Exagerar la probabilidad o la gravedad del daño que se puede sufrir.

Importancia de controlar los pensamientos: Sobrevalorar la importancia y necesidad de controlar los pensamientos de uno mismo. Pensar que el control de los pensamientos es además de posible, deseable.

Intolerancia a la incertidumbre: Creer que se tiene la necesidad absoluta de estar seguro. La persona es incapaz de afrontar cambios impredecibles, y no puede funcionar en situaciones incluso con niveles mínimos de ambigüedad.

Perfeccionismo: Creer que existe una solución ideal para cualquier problema. Además es posible y necesario hacer todo perfecto, y cualquier pequeño error podrá acarrear graves consecuencias.

Sin embargo, los resultados de los estudios llevados a cabo sobre estas creencias en pacientes TOC, y cuando se compara con pacientes con un trastorno

diferente, aportan datos contradictorios que no permiten llegar a conclusiones sobre la especificidad de las creencias en el TOC (Anholt et al., 2004; Belloch et al., 2010; Tolin, Worhunsky, y Maltby, 2006).

TEORÍA DE LA INTRUSIÓN ELABORADA DEL DESEO

La teoría de la intrusión elaborada del deseo (*the elaborated intrusion theory of desire*) (Kavanagh et al., 2005) se desarrolla a partir del intento de explicar los procesos cognitivos que están a la base de los episodios de *craving*, y el impacto emocional y motivacional que tienen (Kavanagh, Andrade, y May, 2004). Por tanto, aunque comparte algunos elementos con los modelos cognitivos del TOC, el marco de referencia está alejado de las obsesiones y compulsiones desagradables de este trastorno.

La característica principal de la teoría es la distinción entre los procesos asociativos y las elaboraciones de nivel superior:

- Los procesos básicos asociativos desencadenan un pensamiento intruso aparentemente espontáneo sobre un objetivo apetecible que suele tener un formato verbal o de imágenes, y que puede aparecer mientras la atención se dirige hacia otro foco o tarea. Los pensamientos intrusos serán eventos transitorios a menos que se les preste atención, aunque pueden dirigir elecciones o actividades o provocar conductas muy simples de manera no consciente. Además, son vulnerables a la distracción por estímulos salientes o asociaciones cognitivas que no están relacionadas con el objetivo u objeto del pensamiento. Para este caso, los autores plantean el siguiente ejemplo en el proceso: “Estaría bien tomar un café” → “mi último café fue con Ana” → “me encantaría ver a Ana otra vez”. Sin embargo, si la reacción afectiva provocada o la sensación de déficit es potente, la intrusión se seguirá de una elaboración cognitiva.

- Tras la intrusión vendrá (en ocasiones) la elaboración cognitiva que implica procesos controlados de búsqueda de información (tanto interna como externa) relacionada con el objeto, y la retención de esa información en la memoria de trabajo, que dan como resultado una cognición elaborada del objetivo u objeto (Kavanagh et al., 2005). La elaboración progresiva de estos pensamientos, particularmente en forma de imágenes mentales, constituye el proceso central que subyace a la persistencia del deseo. La teoría destaca la efectividad de las imágenes mentales (*mental imagery*) en el mantenimiento y aumento del deseo o *craving* por su efectividad en activar procesos emocionales y motivacionales. Los pensamientos elaborados sirven para mantener en el tiempo el objetivo deseado como una meta y proveer planes de respuesta para su adquisición.

En la Figura 6 se presenta el diagrama realizado por May, Andrade y Panabokke (2004) con los procesos que recogen la teoría de la intrusión elaborada del deseo. La caja central del diagrama encuadra los componentes subjetivos del deseo. Alrededor, en óvalos, están representados los factores antecedentes o factores externos, y las cajas rectangulares del interior son el producto del procesamiento automático y elaborado, indicado con flechas. Los componentes automáticos (flechas finas), provocan pensamientos aparentemente espontáneos, percibidos como intrusos. El ciclo de elaboración (flechas gruesas) abarca los procesos cognitivos relacionados con la recuperación de información semántica, episódica y sensorial desde la memoria a largo plazo, y el uso de esta información para construir imágenes semejantes a la vida real del objeto deseado. En este proceso es importante el papel de afecto, supuestamente relacionado con todos los componentes de la teoría: de manera inmediata al pensamiento se experimenta un afecto positivo, que irá seguido posteriormente por un afecto de carga negativa provocado por el incremento de la sensación de déficit (May et al., 2004).

Figura 6. Teoría de la intrusión elaborada del deseo (adaptado de May et al. 2004).



Además, los autores plantean la existencia de un tipo “obsesivo” de *craving* cuando el deseo es, paradójicamente, indeseado o intruso (p. ej. en personas deshabituándose a las drogas). Describen un proceso similar al planteado desde los modelos cognitivos para las obsesiones: Ante un pensamiento intruso sobre un deseo al que la persona trata de resistirse, éste se intentará suprimir. Además, la monitorización de los fallos en el control activará los pensamientos de deseo, precipitando autovaloraciones negativas, reduciendo las valoraciones de auto-eficacia percibida sobre los pensamientos y la conducta. A su vez, el malestar o afecto negativo intensifica los sesgos atencionales hacia el deseo y provoca más intrusiones, cerrando un círculo vicioso.

4. INTRUSIONES COGNITIVAS EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Ya hemos visto que las intrusiones no son específicas del TOC, sino que podemos encontrarlas en otros trastornos diferentes. En el caso de los TA, las pacientes, pero también las personas con un elevado riesgo de padecer un TA, experimentan cogniciones recurrentes y automáticas en forma de pensamientos, imágenes o impulsos sobre la comida, dieta, ejercicio físico y apariencia con cierto grado de intrusividad (Cooper y Fairburn, 1992; Cooper, Wells, y Todd, 2004; Cooper et al., 2006; Hilbert y Tuschen-Caffier, 2004; Perpiñá, Roncero, Sánchez-Reales, y Belloch, 2008; Woolrich et al., 2008). Además, estas intrusiones se han identificado como un factor relevante en el mantenimiento de los TA (Cooper, Todd, y Wells, 2009).

De la misma manera que en otro tipo de PI, existen estudios que demuestran la existencia en población no clínica de este tipo de cogniciones sobre comida, dieta, ejercicio y apariencia, mostrando que las intrusiones alimentarias más que un síntoma clínico, son constructos normativos que experimenta la población general (Hickford, Ward, y Bulik, 1997; Perpiñá, Roncero, y Belloch, 2008; Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2010). En adolescentes, la automaticidad y la frecuencia de los pensamientos sobre imagen corporal se han asociado a una baja autoestima y a un mayor riesgo de TA (Verplanken y Velsvik, 2008).

Las pacientes con TA reconocen que sus pensamientos recurrentes, persistentes e intrusos, son producto de su mente. Sin embargo, al principio del trastorno puede que no lleguen a reconocer el sinsentido de sus síntomas, y no tratar de ignorarlos o suprimirlos (Hollander, 1993, p.63). Sin embargo, algunos autores dicen que no son necesariamente intrusos (Mazure, Halmi, Sunday, Romano, y Einhorn, 1994), ni necesariamente reconocidos como sinsentido (Halmi et al., 2003).

Desde la observación clínica, son muchos los autores que han reflejado la intrusividad de los pensamientos de las pacientes con TA (Fairburn, Cooper, y Shafran,

2008; Hollander, 1993), sin embargo, son muy escasos los instrumentos que evalúan la presencia y frecuencia de estos pensamientos. A continuación se exponen algunos de los estudios e instrumentos que tratan de evaluar estas cogniciones relacionadas con la comida, la dieta, apariencia y ejercicio físico.

Clark, Feldman y Channon (1989) emplearon el cuestionario *Modified Distressing Thoughts Questionnaire*, para evaluar la frecuencia, la intrusividad, y el significado personal de cogniciones ansiosas, depresivas y relacionadas con el peso, en pacientes con AN y BN. Encontraron una relación significativa entre las medidas del cuestionario y la gravedad de la depresión y la sintomatología alimentaria.

Verplanken extrapola el concepto de “hábito conductual” a las cogniciones, y en concreto lo aplica a los pensamientos acerca de la imagen corporal, creando el término “habito de pensamientos negativos sobre la imagen corporal”. Emplea un cuestionario (*Habit Index of negative Thinking*, HINT) para evaluar la conciencia, frecuencia y la dificultad de control de ciertos pensamientos negativos sobre la imagen corporal. En una investigación con estudiantes entre 12 y 15 años se observó que los pensamientos negativos sobre la imagen corporal como hábito, correlacionaban con la propensión a alteraciones alimentarias y negativamente con la autoestima (Verplanken y Velsvik, 2008).

Nuestro grupo de investigación creó el Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS; Perpiñá et al., 2008) para evaluar la presencia y frecuencia de las intrusiones mentales sobre dieta, aspecto físico y ejercicio físico, así como las consecuencias emocionales, valoraciones disfuncionales y estrategias para controlar el PI más molesto. En un estudio realizado con el INPIAS en población no clínica se encontró que tanto la población sin riesgo de TA como aquellas personas con un riesgo de padecer TA experimentaban pensamientos, imágenes o impulsos alimentarios, pero el grupo con riesgo de TA presentó una mayor frecuencia, peores consecuencias emocionales y valoraciones disfuncionales, y ponían en marcha con mayor frecuencia una mayor variedad de estrategias de control. Además, una mayor edad se mostró

como un factor de protección en la experimentación de las intrusiones alimentarias, y se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las intrusiones alimentarias, siendo las mujeres las que presentaban una mayor carga emocional ocasionada por sus intrusiones, otorgaban un mayor significado personal, y empleaban con mayor frecuencia estrategias de control disfuncionales como la neutralización y la supresión (Perpiñá et al., 2008).

Diferencias entre las obsesiones y las intrusiones de los TA

De manera similar a lo expuesto en un punto anterior sobre las características diferenciales de las obsesiones, memorias intrusas, PAN y preocupación, y a pesar de los escasos estudios llevados a cabo, en el siguiente cuadro se presenta una primera aproximación que nos planteamos sobre las características principales de las obsesiones y su semejanza o diferencia con las intrusiones alimentarias.

Son muchos los autores que hablan en términos de “obsesiones” para referirse a las preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal que experimentan las pacientes con trastornos alimentarios (p. ej. Hollander, 2005). Sin embargo, como veíamos anteriormente, uno de los componentes principales de las obsesiones es la egodistonia, y precisamente ahí está la diferencia que consideramos más importante entre las obsesiones y las intrusiones alimentarias. Mientras que en las personas con TOC las obsesiones molestan porque les acercan a un Yo al que rechazan, en las pacientes TA, aunque sus intrusiones sean contrarias a lo que desean (p.ej. “Estoy gorda”), consideran que éstas les acercan a aquello que desean para sí mismas, el control sobre la comida y su cuerpo, y la anhelada delgadez, el llamado “*drive of thinness*” (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Bemis, 1982). Es más, las pacientes piensan que sus pensamientos negativos les sirven para incrementar la motivación y les aportan sensación de protección (Woolrich et al., 2008). Como se verá en el siguiente capítulo con detenimiento, el trastorno y sus síntomas forman parte del sentido del sí mismo de paciente, cosa que no ocurre con el TOC, o al menos no de forma significativa en la mayoría de los pacientes.

Cuadro 7. Semejanzas y diferencias entre obsesiones e intrusiones alimentarias.

OBSESIONES	INTRUSIONES ALIMENTARIAS
En los pacientes con TOC las obsesiones habitualmente interrumpen el flujo de pensamiento.	También las pacientes informan de que las intrusiones interrumpen su concentración mientras realizan actividades cotidianas.
Muy accesibles a la conciencia.	Las intrusiones alimentarias también están muy accesibles a la conciencia.
Afecto negativo asociado al contenido de sus obsesiones.	El afecto negativo está asociado a determinados contenidos como no estar lo suficientemente delgada o el “sobrepeso”.
Egodistónico: preocupado por lo que el pensamiento quiere decir de las propias características de personalidad.	Egosintónico: los pensamientos son acordes con sus valores, preferencias y personalidad. No le preocupa lo que el pensamiento refleja, sino todo lo contrario.
Inaceptables e irracionales. Contrarias a la escala de valores o ética de la persona	Aceptables y racionales. Compatibles con la escala de valores de la persona
Alta percepción de incontrolabilidad en las obsesiones, a pesar de los esfuerzos por controlarlas. Hacen un gran esfuerzo por tratar de suprimir sus obsesiones.	Se perciben como excesivas e incontrolables. Sin embargo, no siempre tratan de suprimir ni controlar sus pensamientos, sino que se dejan llevar por ellos.
El contenido es muy variado: contaminación, agresión, sexo, dudas, etc.	En los TA el contenido está restringido a la comida, peso, ejercicio físico e imagen corporal.
Toman las obsesiones como una evidencia acerca de lo mala persona que son o pueden llegar a ser.	Les ayudan a acercarse a la persona que desean ser.

Teniendo en cuenta esta diferencia, los pensamientos y la psicopatología alimentaria en general no deberían asociarse o describirse como obsesiones (que no obsesividad como rasgo de personalidad), sino que se tratan de ideas sobrevaloradas

(Cooper y Fairburn, 1993; Vandereycken, 2006; Veale, 2002). Los pensamientos de las pacientes con TA se situarían en el centro del continuo obsesión-delirio, donde se encuentran las ideas sobrevaloradas, mientras que los pacientes con TOC sólo en algunas ocasiones se situarían en el punto de la idea sobrevalorada, cuando el paciente tiene un pobre *insight* de su enfermedad, pudiendo incluso, pasar a la idea delirante (Kozak y Foa, 1994).

Como hemos visto en el Capítulo 2, pese a no existir un acuerdo sobre la definición de las ideas sobrevaloradas, estas han sido conceptualizadas como un tipo de creencia sostenida con cierta intensidad, de contenido anormal pero sin llegar a ser extraño, y comprensible desde el conocimiento del pasado de la persona. Preocupan al individuo e interfiere en su funcionamiento normal y le causan un marcado malestar si no se cumple o no se vive según esas consignas. Suelen ser pensamientos de contenido con carácter egosintónico, por lo que el paciente no buscará ayuda profesional por ellos (Veale, 2002). El DSM-IV las describe como “una creencia irracional que es sostenida con una intensidad menor al de la idea delirante”. Por tanto, como decíamos, los pensamientos de las pacientes con TA encajarían dentro de esta descripción, pues mantienen sus ideas acerca de la imagen corporal y el peso con cierta fuerza. Además, el contenido de sus pensamientos es congruente con sus creencias y valores, no le causan malestar por ello, y por esta razón la mayoría de las pacientes no buscan ayuda por sí mismas, sino que lo hacen obligadas por familiares en la mayoría de los casos. Sin embargo, su mente se mantiene ocupada con estas ideas la mayor parte del tiempo, invadiendo toda su atención e impidiendo que continúe con sus actividades diarias, lo que sí que les causa malestar.

Aplicación de los elementos principales de los modelos cognitivos de las obsesiones a la patología alimentaria

Los modelos cognitivos explicativos de las obsesiones y también las teorías cognitivas sobre la ansiedad y los trastornos emocionales han señalado la importancia de las metacogniciones en el origen y el mantenimiento de estos trastornos (Wells, 1997; 2000). Como se explicaba en un punto anterior, las evaluaciones negativas que la persona atribuye a sus pensamientos como consecuencia de las creencias disfuncionales sobre ellos (ya sea su contenido, o su mera presencia), llevarán a un incremento de la ansiedad, que a su vez aumentará la necesidad de controlar los pensamientos (Clark, 2005; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). A continuación examinaremos cuáles son las creencias, las valoraciones de los pensamientos y las estrategias de control que se han identificado en las pacientes con TA.

Creencias disfuncionales sobre los PI alimentarios.

En cuanto a pensamientos relacionados a los TA, aunque existen escasos estudios que examinen las metacogniciones en estos pacientes, se sugiere que podrían actuar como factor de mantenimiento de los TA (Cooper, Groot, Deepak, y Bailey, 2007; Woolrich et al., 2008). Las pacientes con TA evalúan sus pensamientos como peligrosos e incontrolables, y como una prueba de que ellas no son “normales” (Cooper et al, 2007; Woolrich et al, 2008.). Cooper, Todd y Wells (2009) en su nuevo modelo cognitivo de la BN destacaron la importancia de las creencias instrumentales o metacogniciones: las creencias positivas y negativas acerca de la comida y los procesos cognitivos.

Shafran (2002) planteó la posibilidad de estudiar las mismas creencias que fueron atribuidas al TOC por el *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (1997) en las pacientes alimentarias como una forma de ahondar en el conocimiento de la relación entre ambos trastornos. Después de diez años, son muy pocas las investigaciones que se han dedicado a evaluar la presencia de estas creencias en

pacientes alimentarias, la mayoría de las cuales han empleado el *Obsessional Beliefs Questionnaire* (OBQ). En general los estudios demuestran la presencia de estas creencias en pacientes alimentarias, incluso en mayor medida que en pacientes con TOC y pacientes con otros trastornos de ansiedad. También se ha observado una asociación de las creencias con la sintomatología alimentaria en muestras no clínicas (Humphreys et al., 2007; Lavender et al., 2006). Freid (2007) empleó una nueva aproximación en el estudio de las creencias obsesivas en TA, desarrolló el *Obsessive Beliefs about Body Size and Eating Survey*. Este instrumento estaba basado en el OBQ pero adaptado al contexto de las pacientes con TA, en el que se relacionaban las creencias con la comida, la dieta, la figura y el peso. Este nuevo cuestionario mostró asociaciones significativas con el OBQ. Nuestro grupo de investigación ha realizado diversos estudios empleando el *Inventario de Creencias Obsesivas* (ICO), análogo al OBQ, en población sin riesgo y con riesgo de padecer un TA, y con pacientes alimentarias sin comorbilidad TOC. En general, los resultados en muestras no clínicas señalan la existencia de una relación entre las creencias metacognitivas y la sintomatología alimentaria (Roncero, García-Soriano, Belloch y Perpiñá, 2010; Roncero, García-Soriano, Perpiñá y Belloch, 2011). En pacientes la sobreestimación de la amenaza y el TAF-moral predecían la psicopatología alimentaria medida con el EAT-26 (Roncero, Perpiñá, y Garcia-Soriano, 2011).

Desde una perspectiva diferente, algunas de las creencias asociadas al TOC, o aspectos relacionados, han sido estudiadas respecto a las pacientes con TA.

La Responsabilidad no ha sido estudiada directamente en los TA como una creencia, pero se describe a estas pacientes, sobre todo a las pacientes con AN, como fuertemente adheridas a valores y normas morales, y con un sentido de la responsabilidad elevado que se ha relacionado a experiencias tempranas (Woolrich, Cooper, y Turner, 2006). Bouchard, Rheaume y Ladouceur (1999) comprobaron que aquellas personas con elevado perfeccionismo, rasgo característico de las pacientes con TA, mostraban niveles mayores de la responsabilidad percibida para los eventos

negativos, lo cual se podría interpretar como un indicador indirecto de la responsabilidad en las pacientes con TA. Otro constructo que está parcialmente relacionado con el sentido de la responsabilidad es la necesidad de servir los intereses y el bienestar de los demás en detrimento del suyo propio, que ha sido estudiado a través del llamado “*Selflessness*” (Bachar et al., 2002; Bachner-Melman, Zohar, Ebstein, y Bachar, 2007), que además parece ser un factor predisponente a los TA (Bachar, Gur, Canetti, Berry, y Stein, 2010; Jones, Harris, y Leung, 2005). Otro indicativo indirecto de la responsabilidad vendría desde la relevancia encontrada de los esquemas nucleares de *Subyugación* y *Autosacrificio* observados en las pacientes con TA (p. ej. Leung y Price, 2007; Unoka, Tolgyes, Czobor, y Simon, 2010). En el trasfondo de esta necesidad de servir a los demás parece estar la búsqueda de amor y apoyo en el otro y también la evitación de consecuencias negativas como son las represalias o la pérdida del vínculo con la persona a la que se intenta servir.

La **Importancia de los pensamientos** se ha estudiado en el TOC a través de la creencia *TAF tipo probabilidad y moral*. Esta creencia es la única que ha sido adaptada a la psicopatología de los trastornos alimentarios (Rachman y Shafran, 1999; Shafran, Teachman, Kerry, y Rachman, 1999), transformándose en *Fusión Pensamiento-Figura* (FPF) o *Thought Shape Fusion* (TSF). El FPF está formado por: (1) *FPF-Moral*: creer que pensar acerca de los alimentos prohibidos es tan inmoral como comerlos, (2) *FPF-Probabilidad*: Pensar acerca de los alimentos prohibidos aumenta la probabilidad de aumentar de peso, y (3) *FPF-Sensación* (*TSF-Perceptivo*): los pensamientos acerca de los alimentos prohibidos hacen que la persona sienta que ha aumentado de peso o que su figura ha cambiado. Los estudios con pacientes con TA y población no clínica han demostrado una relación significativa entre *FPF* y la psicopatología TA, y con síntomas TA en población no clínica (Coelho, Carter, McFarlane, y Polivy, 2008; Radomsky, De Silva, Todd, Treasure, y Murphy, 2002; Shafran y Robinson, 2004).

La Sobreestimación de la amenaza en las pacientes con TA no se ha estudiado, pero sí que se observa en estas pacientes una sobreestimación del miedo a ganar peso y sus efectos (Vitousek y Hollon, 1990), además de una sobreestimación del peligro que les puede causar comerse una galleta, por ejemplo. Este tipo de pensamientos podrían jugar un papel esencial en el mantenimiento del trastorno (Shafran, 2002).

Aunque la Importancia de control de los pensamientos no ha sido directamente estudiada en las pacientes con TA, son varios los estudios que demuestran que tanto las pacientes como las personas que hacen dieta tienden a emplear varias estrategias para controlar o suprimir los pensamientos sobre la comida, el peso y la figura (Harnden, McNally, y Jimerson, 1997; O'Connell, Larkin, Mizes, y Fremouw, 2005), como la rumiación, la distracción, evitación y supresión (Woolrich et al., 2008). Estos datos sugieren que el control de los pensamientos es importante para estas personas. Además, la necesidad de control que se ha planteado por diferentes autores como un factor relevante en los TA: Polivy y Herman (2002) señalan que la necesidad de control de su cuerpo es el rasgo principal de los TA. Fairburn y colaboradores (1999a) plantean la extrema necesidad de control como un requisito para el mantenimiento de los TA. Algunos autores han apuntado que los orígenes de la AN estaría en un problema de control, en concreto una falta de control sobre la vida y emociones de uno mismo, o del entorno familiar (Surgenor, Horn, Plumridge, y Hudson, 2002). Por todo esto, no sería extraño que las pacientes, que parten de una necesidad general de control sobre sus vidas, y que experimentan sus pensamientos como incontrolables, (Woolrich et al., 2008) desearan mantenerlos bajo control para sentirse mejor.

La Intolerancia a la incertidumbre ha sido propuesta como un factor importante en el mantenimiento de los TA, sobre todo en el caso de la AN (Vitousek y Hollon, 1990). Las pacientes sienten una necesidad de orden y rutina en sus vidas, y les resultan aversivas las situaciones en las cuales han de tomar decisiones. La estructura

de sus vidas se vuelve muy simple. Otro aspecto de intolerancia a la incertidumbre que se observa en las pacientes es la necesidad de saber cuántas calorías ingieren con cada alimento que toman (Shafran, 2002).

El Perfeccionismo, aunque como rasgo de personalidad más que como metacognición, es el constructo al que más atención se le ha prestado dada la relevancia en la psicopatología de los TA (Shafran, 2002). Se encuentran niveles elevados de perfeccionismo en todos los subtipos de TA comparando con la población general (Bastiani, Rao, Weltzin, y Kaye, 1995; Halmi et al., 2000), aunque parece especialmente asociado a la AN (Bardone-Cone et al., 2007; Shafran y Mansell, 2001).

Consecuencias emocionales y valoraciones disfuncionales

En la práctica clínica es común que las pacientes con TA expresen la molestia que les ocasionan sus pensamientos recurrentes, que son valorados como excesivos, interrumpen su concentración e interfieren en su vida diaria (Serpell, Treasure, Teasdale, y Sullivan, 1999). A este nivel metacognitivo, Woolrich, Cooper y Turner (2008), evaluaron en una pequeña muestra de pacientes TA las consecuencias, las valoraciones que hacen las pacientes de sus pensamientos y las estrategias que emplean para su control. Las consecuencias emocionales negativas fueron principalmente disminuir el estado de ánimo e incrementar la ansiedad. Todas las valoraciones que hicieron de sus pensamientos fueron negativas (*No soy normal, otros no tienen pensamientos de este tipo, ¿Por qué tengo que tener estos pensamientos?, Mis pensamientos son peligrosos e incontrolables, etc.*). Sin embargo, a pesar de las valoraciones, las pacientes apuntaron que una utilidad de sus pensamientos era incrementar su motivación. Clark, Feldmann, y Channon (1989) encontraron que las pacientes con TA, al comparar con estudiantes sin patología, sus pensamientos sobre el peso les causaban más preocupación, tristeza, culpa, resultaban más difíciles de controlar y eran evaluados como más reales que en el grupo de estudiantes. Los estudios realizados en nuestro equipo de investigación con el INPIAS muestran que los pensamientos intrusos de las pacientes alimentarias les ocasionan peores

consecuencias emocionales, incluyendo tristeza, culpa, ansiedad y vergüenza que en la población general, así como unas valoraciones más disfuncionales (Sánchez-Reales, 2009).

Estrategias de control

Los modelos cognitivos de las obsesiones describen que los pacientes emplean diversas estrategias de control disfuncionales para reducir la ansiedad, como la supresión o la neutralización, que aumentan el estado de ánimo negativo incrementan la sensación de control en un principio, pero producen un efecto rebote, volviendo el pensamiento más frecuente y llamativo. Este efecto producido por la supresión fue descrito por Wegner y colaboradores (Wegner, Schneider, Carter, y White, 1987).

En las pacientes con TA, a pesar de la egosintonía de sus síntomas, hemos visto en el punto anterior que sus pensamientos les provocan ansiedad y molestia, por lo que intentarán controlarlos o suprimirlos. En el estudio de Woolrich et al. (2008) las pacientes emplearon más estrategias de castigo, distracción conductual, supresión, rumiación y evitación de estímulos desencadenantes que las muestras control.

La supresión es una estrategia de control de los pensamientos no sólo empleada para reducir la ansiedad de las egodistónicas obsesiones del TOC y memorias intrusas del TEPT, sino que también se han encontrado en los intentos de control de otros pensamientos más egosintónicos como en la depresión y en el trastorno de ansiedad generalizada (Belloch, Morillo, y Garcia-Soriano, 2009; Harvey y Bryant, 1998; Muris, Merckelbach, Horselenberg, Sijsehaar, y Leeuw, 1997; Shipherd y Beck, 1999). Además, algunos estudios han demostrado que esta estrategia es empleada también por las pacientes con TA (Soetens, Braet, y Moens, 2008; Woolrich et al., 2008), y se ha asociado a un efecto rebote en la frecuencia de los pensamientos en muestras no clínicas, y en algunos grupos de participantes se ha visto un aumento del consumo de la comida cuyo pensamiento se trataba de suprimir (Erskine y Georgiou, 2010; Johnston, Bulik, y Anstiss, 1999; Pop, Miclea, y Hancu, 2004; Soetens, Braet,

Dejonckheere, y Roets, 2006), aunque los resultados son contradictorios (Harnden et al., 1997; Oliver y Huon, 2001). Dejonckheere, Braet y Soetens (2003) encontraron en una muestra de población general que después de suprimir los pensamientos sobre la comida mostraban un sesgo atencional hacia palabras relacionadas con dulces, demostrando una hiperaccesibilidad de los pensamientos suprimidos. Barnes, Fisak, y Tantleff-Dunn (2010) crearon un cuestionario específico para evaluar la tendencia a suprimir pensamientos relacionados con la comida, el *Food Thought Suppression Inventory*. Las puntuaciones del cuestionario se asociaron con la preocupación por la comida, el deseo (*craving*) por la comida, IMC y psicopatología alimentaria.

De la misma manera que las valoraciones negativas de los pensamientos en las pacientes alimentarias, las estrategias de control disfuncionales podrían jugar un papel importante en el mantenimiento de los TA (Woolrich, et al., 2008). Los esfuerzos por evitar y suprimir las intrusiones sobre comida, apariencia y ejercicio llevarían a incrementar la frecuencia y la saliencia de los pensamientos, ejerciendo un papel mantenedor del trastorno (Cooper y Shafran, 2008; Ward, Bulik, y Johnston, 1996).

Análisis de las intrusiones alimentarias desde la teoría de la intrusión elaborada

El grupo de investigación que desarrolló la teoría de la intrusión elaborada ha llevado a cabo una serie de estudios respecto a las intrusiones de comida en situaciones de hambre cuyos resultados podemos relacionar con la psicopatología alimentaria. Los autores han observado en estudios con tareas de decisión léxica, que en situaciones de hambre las personas tenían una accesibilidad aumentada en la memoria a los estímulos relacionados con la comida, lo que a su vez incrementaría la probabilidad de la ocurrencia de los PI (Berry, Andrade, y May, 2007). Este dato sugiere que en las situaciones de restricción que se dan en las pacientes con TA, no sólo en AN, aumentará la saliencia de los pensamientos intrusos sobre la comida, que a su vez

llevarán a la conciencia el déficit fisiológico acompañado de un afecto negativo que en caso de algunas pacientes podría provocar un atracón.

Por otra parte, la teoría de la intrusión elaborada describe el proceso de los intentos de control de los pensamientos intrusos indeseados en contraposición con la aceptación de los mismos. En concreto predice, y ha sido demostrado en diversos estudios, que los PI pueden ocasionar emociones negativas que llevarán a la persona a intentar suprimir y evitar los pensamientos, estrategias que serán inefectivas y que además conllevarán un mayor afecto negativo (Berry, May, Andrade, y Kavanagh, 2010; Kavanagh, May, y Andrade, 2009). Como hemos visto anteriormente, se ha observado en estudios con pacientes con TA que éstas habitualmente emplean la supresión como estrategia de control cuando experimentan pensamientos “indeseables” (Soetens et al., 2008; Woolrich et al., 2008). La teoría predice que se consigue un mayor control sobre el *craving* cuando la persona ni suprime ni elabora sus intrusiones: Este acercamiento es consistente con darle preferencia atencional a otros pensamientos, y evitar la supresión (Kavanagh et al., 2009). En concreto se ha observado que las imágenes visuales distractoras tienen una mayor fuerza para reducir el craving de comida (Harvey et al., 2005). Esta es la base de un estudio experimental realizado con un vídeo instalado en un Ipad que se ofrecía a pacientes con AN y BN tras beber un batido de fruta. El vídeo resultó ser más eficaz en la reducción de las intrusiones posteriores sobre comida, y en la reducción de la ansiedad en comparación con una tarea control que consistió en escuchar música clásica, lo que sugiere la fuerza distractora de las imágenes (Cardi et al. 2011). Además, en un estudio de realidad virtual realizado en mujeres con obesidad y trastorno por atracón, las mujeres informaron que recordar las imágenes visuales de las estrategias llevadas a cabo realidad virtual eran muy útiles en la reducción del *craving* de la comida en situaciones de la vida real (estudio no publicado de Perpiñá).

Seguindo la teoría, el procesamiento de una intrusión alimentaria en población general podría ser el siguiente:

“Sería maravilloso estar delgada” → “mi amiga Ana ha adelgazado mucho” → “Tengo que llamar a Ana para quedar con ella”.

En este ejemplo, tras la intrusión no se ha desarrollado una elaboración más compleja del mismo, en este caso la intrusión se ha seguido de una asociación cognitiva *“Tengo que llamar a Ana”*, y también podría haber estado interrumpida por la distracción de un estímulo saliente (p. ej. el frenazo fuerte de un coche). Este procesamiento podría explicarse por una escasa reacción afectiva provocada por la intrusión inicial, lo cual podría explicarse, enlazando con lo visto anteriormente sobre los modelos de las obsesiones, entre otras cosas por la ausencia de valoraciones disfuncionales sobre el pensamiento (p. ej., la persona no valora el pensamiento como importante), y según la teoría de la intrusión elaborada, a la ausencia de valoraciones sobre la auto-eficacia percibida (p. ej., la persona no valora que tener el pensamiento indique una falta de control sobre los pensamientos).

Por lo que respecta a las pacientes, dada la heterogeneidad de la psicopatología entre subtipos de TA, podríamos pensar que el procesamiento de las intrusiones sería distinto entre ellos, y estos a su vez de la población general, lo cual tendría como resultado diferentes conductas en cada una de las poblaciones. En el caso de una paciente con TA el procesamiento de la intrusión podría ser el siguiente:

“Sería maravilloso estar delgada” → “Estoy gordísima” → “Mañana no comeré nada”.

En este caso el afecto provocado por la intrusión es negativo y muy potente, por lo que la persona continua elaborando el pensamiento y planificando la consecución del objetivo deseado *“estar delgada”*. En este caso a pesar de que se hubieran presentado estímulos salientes (p. ej. el frenazo fuerte de un coche), la atención de la persona no se hubiera visto desviada y se continuaría con la elaboración. Uno de los motivos por el que se activa ese afecto negativo tras la intrusión podría ser por la

valoración disfuncional del pensamiento, como se ha visto anteriormente (p.ej. Si pienso que tengo que hacer dieta es porque estoy gorda. Si pienso que estoy gorda aumentará la probabilidad de que engorde, etc.) o por la valoración de la falta de control sobre la propia persona y sus pensamientos (i.e., baja auto-eficacia percibida).

Un ejemplo diferente sería el caso de la experimentación de una intrusión sobre comer un dulce en una paciente con AN, este sería un “deseo indeseado”. Es necesario resaltar que según la teoría, el deseo hace que la adquisición del objetivo sea más probable, aunque no inevitable. Esta evitación depende de una serie de factores como la disponibilidad del objeto, el balance de otros incentivos competitivos, las habilidades y auto-eficacia en conseguir el objeto e inhibir su adquisición. En este ejemplo los incentivos competitivos son muy altos, pues están relacionados con aspectos centrales de la persona (i.e. egosintónicos) como la necesidad de control, la importancia de la delgadez, etc., por lo que el deseo no será un predictor del consumo y se evitará la consecución del objetivo, tal y como señala la teoría. En cambio, en el caso de una paciente con BN, a pesar de la fuerza de los incentivos competitivos (como la paciente con AN, también quiere estar delgada y controlar su cuerpo), el deseo sería superado por su “falta de habilidades” -impulsividad- y por su sentimiento de auto-ineficacia aprendido –*no soy capaz de resistir la tentación, como tantas otras veces*.

Una vez se han analizado las intrusiones mentales y se han presentado las diferencias entre aquellas presentes en los TA y en el TOC, el siguiente capítulo se dedica a la diferencia que consideramos central entre ambos trastornos, el papel que juegan los pensamientos en relación con el sentido del sí mismo, es decir, la egosintonía vs. egodistonía.

5. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 3

Cognitive intrusions or Intrusive Thoughts (IT) may take the form of thoughts, images or impulses, they are repetitive, unacceptable or undesirable, they disrupt the ongoing activity, and they are difficult to control (Rachman, 1981). These cognitions

have been studied mainly from the perspective of OCD. However, IT can also be found in mental disorders such as post-traumatic stress disorder, depression, insomnia, generalized anxiety disorder, and psychosis. Moreover, non-clinical individuals also experience IT with a lower frequency, and less negative consequences. Theories about the origin of obsessions agree that beliefs and dysfunctional appraisals which the person attributes to the experience of the IT will provoke anxiety and, in turn, the need to control them. To achieve this control, the person sets up certain strategies which lead to decreased anxiety and increased feelings of control at first, but produce a paradoxical effect of rebound where the IT becomes more frequent and striking (OCCWG, 1997; Purdon & Clark, 1999; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985; Wells, 1997). From a different perspective, the elaborated intrusion theory of desire (Kavanagh, Andrade, & May, 2005) tries to explain the cognitive processes that are the basis of episodes of craving: basic associative processes trigger an intrusive thought that will be followed by a developmental process which involves a controlled search of information related to the object.

In the case of ED patients, they experience automatic and repetitive cognitions about food, diet and exercise, with some degree of intrusiveness (e.g. Cooper et al., 2009; Hilbert & Tuschen-Cafier, 2004). The main difference between these IT and obsessions would be the accordance with the self: in OCD the obsession reflects something threatening or incongruent with the person, whereas, IT in ED patients are related to something desirable, and so are better understood as overvalued ideas. However, patients appraise their intrusions as excessive, and complain that they disrupt their ongoing activity. Moreover, ED patients attribute dysfunctional appraisals to their IT, and employ control strategies to reduce the unpleasantness caused by them. The study of intrusions in ED patients may help to better understand these disorders. In addition, the study of dysfunctional attitudes, typically associated with OCD, may help clarify the relationship between the two disorders.

CAPÍTULO 4.

EL PAPEL DEL SÍ MISMO Y LAS CREENCIAS NUCLEARES EN LOS TA

1. INTRODUCCIÓN

2. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

3. TEORÍAS COGNITIVAS Y EL YO

4. UN PROBLEMA DE IDENTIDAD: EGOSINTONÍA Y EGODISTONÍA

5. SUMMARY & FUTURE DIRECTIONS

1. INTRODUCCIÓN

El papel del sí mismo en los trastornos alimentarios ha sido estudiado a lo largo de la historia comenzando desde perspectivas derivadas de la corriente psicodinámica con autores como Bruch (1973), Barth (1988) o Chernin (1985). Kim Chernin (1985) en su libro “The hungry self” plantea que los TA esconden un serio problema de identidad en las mujeres, una crisis del desarrollo en una generación de mujeres confundidas tras la liberación femenina, que se refugian tras la comida definiendo su identidad en términos de su peso corporal. En 1987 Higgins plantea su Teoría de la Discrepancia del Yo, una teoría que ha suscitado un gran interés, y que posteriormente ha sido reformulada por diversos autores y aplicada a la psicopatología alimentaria. Sin embargo, tras un período en el que se observa un declive en el interés por el sí mismo, con la llegada de la corriente cognitiva volvió a cobrar importancia en las teorías de los TA. El primer modelo cognitivo de AN, de Garner y Bemis, (1982), incluyó el Yo. También Vitousek y Hollon (1990) señalaron la importancia de los auto-esquemas de Markus (1977) en el desarrollo de la AN y la BN. Otro ejemplo es la Teoría de los Esquemas Tempranos de Young, que ha sido adaptada por Waller y colaboradores (2007) para la conceptualización de los TA.

En el presente capítulo se repasarán varias teorías desde diferentes perspectivas que han destacado la relevancia del significado del sí mismo en la patología alimentaria con el objetivo de ofrecer una visión general de las mismas. Se comenzará con las teorías psicodinámicas, entre las que nos centraremos en la Teoría de la Discrepancia del Yo de Higgins (1987) y sus aplicaciones a los TA. Se seguirá con a las teorías cognitivas más actuales, pasando brevemente por los planteamientos de Garner y Bemis (1982), Guidano y Liotti (1983), para llegar a teorías más actuales que destacan el papel de los esquemas o creencias nucleares en los TA, donde nos centraremos en las teorías de Cooper (2000; 2004) y Waller (2007). Por tanto, dejaremos de lado otras propuestas, modelos o teorías cognitivo-conductuales sobre los TA, que siendo muy relevantes, se alejan o no prestan una atención central a nuestro

foco de interés, el sí mismo, como es el caso de la teoría cognitivo-conductual de Fairburn la cual está más centrada en síntomas próximos como el peso y la dieta que en esquemas o metacogniciones (p. ej. Fairburn et al., 1999a; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003). Finalmente, en el capítulo se definirán los TA como un problema de identidad, y se plantearán tanto los TA como el TOC en función de la identificación con el trastorno.

2. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Diversas teorías derivadas de diferentes corrientes del psicoanálisis han sido aplicadas a los trastornos alimentarios, como las teorías psicoanalíticas de la motivación o conflicto de los impulsos, las teorías de las relaciones objetales, y las del Yo.

Los primeros modelos explicativos sobre los TA se derivaron de las teorías de la motivación, postulando que la anorexia eran intentos de defensa ante fantasías sexuales orales (Moulton, 1942; Waller, Kaufman, y Deutsch, 1940). Por otra parte, Selvini Palazzoli (1978) describió a las pacientes con AN basándose en las teorías de las relaciones objetales, según las cuales, la paciente presentaría problemas no resueltos que le impedirían la individualización, donde la restricción sería un intento de suprimir la identificación con la madre. Sours (1980) también señala las distorsiones en las representaciones del cuerpo, del Yo y de los objetos como la base de los TA. Finalmente, encontramos las teorías psicoanalíticas del Yo aplicadas a los TA, desde las cuales el síntoma se ve como un intento de encontrar, a través del tiempo y las situaciones estresantes, un Yo cohesionado y estable, un sentido de eficacia, plenitud y autoestima. Así, las psicopatologías alimentarias reflejarían un trastorno del Yo, donde se pueden observar en las pacientes con AN, pero también con BN, los intentos de la persona por liberarse de un sentimiento de vacío, disforia, mediante una serie de conductas que le llevan a percibir un control sobre algo, en este caso las calorías, el ejercicio, el peso, en definitiva, su cuerpo (Barth, 1988; Geist, 1989; Goodsitt, 1983;

Schupakneuberg & Nemeroff, 1993). Sin embargo, los autores más representativos de esta orientación serían Bruch (1973), quien define los TA como un intento de aportar un sentido al propio Yo, y compensar la falta de identidad que a su vez les ocasiona un *paralizante sentido de ineficacia personal* (Bruch, 1973, p. 254), y Crisp (1980) quien en su libro *Anorexia nervosa. Let me be*, define la AN como el resultado de una crisis existencial madurativa que ocurre en la adolescencia, en una situación de inmadurez e inseguridad personal. Así, la ansiedad provocada por esta crisis será reemplazada con la preocupación por el mantenimiento del bajo peso. La restricción les aportará a las pacientes un sentimiento de control sobre ellas mismas y sobre el entorno que no son capaces de alcanzar por otras vías.

A continuación se presenta la Teoría de la Discrepancia del Yo descrita por Higgins (1987), la cual a pesar de no centrarse en la psicopatología alimentaria, nos proporciona un marco teórico interesante a la hora de analizar el Yo, como se puede comprobar por los estudios que sí han aplicación la teoría en el ámbito de los TA.

TEORÍA DE LA DISCREPANCIA DEL YO (HIGGINS, 1987)

El origen de esta teoría tiene tres objetivos, el primero es distinguir entre diferentes tipos de malestar que las personas pueden experimentar como consecuencia de creencias incompatibles. El segundo, relacionar diferentes tipos de vulnerabilidades emocionales con diferentes tipos de discrepancias que las personas pueden poseer sobre las creencias de sus diferentes tipos de Yo. Y el tercero, considerar el papel de la disponibilidad y la accesibilidad de diferentes discrepancias que la persona puede poseer para el tipo de malestar que es más probable que padezca.

Higgins plantea en su teoría que existen dos dimensiones cognitivas en la base de las diferentes representaciones del Yo: los dominios del Yo y los puntos de vista del Yo.

Siguiendo planteamientos anteriores en la literatura sobre el sí mismo, Higgins describe tres tipos básicos de Yo: **Yo real** (*actual self*), que incluye el conjunto de características que uno cree poseer o cree que poseen otras personas; **Yo ideal** (*ideal self*), lo forman el conjunto de características que a uno le gustaría poseer o que otras personas poseyeran -representación de las aspiraciones o deseos-; y finalmente el **Yo debido** (*ought self*), que consta de las representaciones de las características que uno siente que debería tener, o los demás deberían tener -representación del propio sentido del deber, obligación o responsabilidad-.

Para comprender la relación entre el Yo y el afecto, Higgins plantea que es necesario diferenciar entre las dos perspectivas básicas del Yo, o puntos de vista desde los cuales el sí mismo puede ser juzgado: El punto de vista **propio**, y el de los **otros** significativos para la persona –madre, padre, hermano, pareja, amigo, etc.-. Esta distinción permite relacionar diferentes estados emocionales y motivacionales con diferentes estados del Yo. La combinación de los tres dominios del Yo con los dos puntos de vista planteados da como resultado 6 representaciones del estado del sí mismo: el *Yo real* desde el punto de vista de uno mismo (**Yo real-propio**) y desde el punto de vista de los demás (**Yo real-otros**), el *Yo ideal* desde el punto de vista personal (**Yo ideal-propio**) y de los demás (**Yo ideal-otros**), y el *Yo debido* desde el punto de vista personal (**Yo debido-propio**) y de los demás (**Yo debido-otros**).

La representación del estado del *Yo real*, sobre todo desde el punto de vista personal aunque también desde el punto de vista de los demás, forma lo que típicamente se ha denominado el autoconcepto de la persona. Por otra parte, las representaciones del *Yo ideal* y el *Yo debido* son las que determinarán las **auto-guías** (*self-guides*) de la persona, o los estándares que la persona trata de alcanzar igualando su auto-concepto con su auto-guía relevante. Las personas difieren entre sí respecto a qué auto-guía están motivados a alcanzar ya que unos individuos sólo poseen **auto-guías debidas**, mientras que otros sólo cuentan con **auto-guías ideales**. Este planteamiento ya ha sido descrito en teorías más antiguas como la de James, las

teorías sobre los niveles de aspiración (Festinger, 1942; Lewin, 1935), o la Teoría de la Autoconciencia Objetiva (Duval y Wicklund, 1972). Sin embargo la teoría de Higgins difiere respecto a las demás en que según ésta las diversas discrepancias que pueden presentar las personas tendrán como consecuencia diferentes predisposiciones motivacionales.

De todas las discrepancias que resultan al comparar los 6 tipos de representaciones del Yo, Higgins plantea 4 como las más importantes:

-Discrepancia entre el *Yo real-propio* y el *Yo ideal-propio* la cual indica que la persona no ha logrado sus propios deseos o ilusiones, por lo que será vulnerable a experimentar emociones relacionadas con el desánimo, tales como decepción, insatisfacción o frustración.

-Discrepancia entre el *Yo real-propio* y el *Yo ideal-otros*. La persona considera que no ha logrado ser como sus personas significativas desean que sea, por lo que creará que los demás están insatisfechos o desilusionados con él, haciéndole sentir desánimo, específicamente vergüenza, deshonra o abatimiento. También podría relacionarse con el miedo a la pérdida de estima y afecto de los demás.

-Discrepancia entre *Yo real-propio* y el *Yo debido-propio*. En este caso la persona siente que no ha alcanzado sus obligaciones o deberes, por lo que será vulnerable a experimentar sentimientos de culpa, auto-desprecio, debilidad y remordimientos.

-Discrepancia entre el *Yo real-propio* y el *Yo debido-otros*. La persona cree que no llega a ser como los demás creen que tiene la obligación de ser, lo que se asocia con el castigo y sentimientos de miedo y amenaza. Además, esta discrepancia también podría asociarse a los sentimientos de rencor o resentimiento por el daño que la persona anticipa que los demás van a provocarle.

Para evaluar estos constructos, el grupo de Higgins desarrolló una medida de discrepancia del Yo (*Selves Questionnaire*) en la cual el sujeto escribe libremente un listado de características o atributos que describen sus diferentes tipos de Yo, desde su propio punto de vista y desde el punto de vista de alguien significativo, como su madre, padre, amigo o pareja. Posteriormente la persona evalúa en qué medida cree que posee esos atributos, desearía tenerlos o siente que debería tenerlos. Para calcular la magnitud de la discrepancia contrastan los atributos que han asignado al *Yo real* viendo si se emparejan o no con los atributos asignados al *Yo ideal* y el *Yo debido*.

La teoría propone que las personas pueden presentar varios tipos de discrepancias a la vez, una sola o incluso ninguna. Así las personas se diferenciarán en cuanto a las emociones que son vulnerables a experimentar y además una misma persona pueden ser vulnerable a varios tipos de emociones. Sin embargo, no todas las discrepancias serán igualmente importantes, ni todas serán capaces de provocar emociones en la misma medida, por lo que Higgins plantea que las personas difieren en cuanto a la *disponibilidad* y *accesibilidad* a las diferentes discrepancias del Yo. La **disponibilidad** dependerá del grado de discrepancia entre los atributos del Yo real y los atributos del Yo ideal y el Yo debido. En cambio, la **accesibilidad** dependerá del efecto de recencia, de la frecuencia de la activación y la aplicabilidad a los estímulos del entorno. Otra situación que podría darse respecto a las auto-guías, es que algunas personas pueden presentar discrepancias contradictorias, lo cual provocará sentimientos de confusión, indecisión, e inseguridad respecto a la propia identidad, además de malestar emocional y motivacional (Van Hook y Higgins, 1988). En conjunto, la Teoría de la Discrepancia predice que a mayor magnitud y accesibilidad de un tipo específico de discrepancia que el individuo posee, mayor será el malestar asociado a esa discrepancia.

Algunos autores plantean la necesidad de completar la teoría de la discrepancia de Higgins integrando en ellas otros tipos de Yo. Entre las reformulaciones

realizadas destacan las de Markus y Nurius (1986) y la de Ogilvie (1987) que se presentan brevemente a continuación:

Markus y Nurius (1986) plantearon que las personas mantienen ideas de sus potencialidades y de su futuro que se encuentran representados en sus **Posibles Yoes** (o dimensiones específicas del autoconcepto) derivados del contexto sociocultural e histórico de la persona. Estos *Posibles Yoes* se componen de representaciones de lo que desearían ser, pero también de aquello que temer llegar a ser: **Yo temido**, por ejemplo un “*Yo deprimido*”, o un “*Yo incompetente*”, motivando a la persona a que las características temidas nunca se materialicen mediante la activación de mecanismos de evitación y escape. Así pues, los autores destacan la importancia de los Yoes porque funcionan como incentivos de la conducta futura (acercamiento/evitación), pero también porque proporcionan un contexto interpretativo de la visión del Yo actual.

Ogilvie (1987) añade a los planteamientos anteriores el **Yo indeseado** –cómo no quiero llegar a ser-. Este autor plantea que el bienestar de las personas depende de cómo de lejos o cerca se sientan respecto a las imágenes negativas de sí mismo. Además postula que el yo ideal se forma a partir del *Yo temido*, y no viceversa. Ogilvie señala la relevancia de trabajar con los pacientes acerca de sus Yo temidos irracionales, sobre todo en aquellos pacientes que se sienten constantemente impulsados a evitar emociones y circunstancias de la vida indeseadas.

La Teoría de la Discrepancia del Yo aplicada a los TA

Existen una serie de estudios en los que se ha aplicado la Teoría de la Discrepancia de Higgins (1987) a la explicación de los trastornos alimentarios. En ellos se ha tratado de asociar los distintos aspectos y discrepancias del Yo con los diferentes síntomas y subtipos de trastornos alimentarios. Estos estudios se han llevado a cabo desde dos perspectivas distintas, en la primera se examinan las discrepancias del Yo *real* basado en atributos generales asociados la imagen del Yo, mientras que en la

segunda se analizan las discrepancias de la imagen corporal, basado en atributos específicos asociados con la propia imagen corporal. Ambas perspectivas se han estudiado desde el punto de vista de la persona, de otros significativos y/o desde el punto de vista de la sociedad en general.

Strauman, Vookles, Berenstein, Chaiken y Higgins (1991), partiendo de la teoría de la discrepancia, sugieren motivos que podrían explicar parcialmente por qué los TA aparecen mayoritariamente en mujeres durante la adolescencia. Estos autores plantean que mientras los atributos valorados en la infancia y la niñez son fácilmente alcanzables con una alta motivación, las auto-guías (*self-guides*) de los adolescentes (popularidad, apariencia, inteligencia y otras relativas a la comparación social) son difíciles de conseguir, por lo que son más vulnerables a experimentar afecto negativo asociado a sus discrepancias. Además, las auto-guías de las chicas son diferentes y más fuertes que las de los chicos, puesto que se espera de ellas que sean responsables y obedientes, lo que a su vez las hace más vulnerables a experimentar emociones negativas. Estos autores encontraron en estudiantes un correlación significativa entre la discrepancia entre el *Yo real* y el *Yo ideal* (no sólo relacionado con el aspecto físico) con la insatisfacción corporal, mientras que la discrepancia con el *Yo debido* predijo problemas alimentarios tipo anorexia incluso controlando el peso y las creencias sobre la propia apariencia. En este estudio extrajeron un indicador contando el número de atributos accesibles relativos a la imagen corporal que las participantes habían citado en la lista. Este indicador predijo insatisfacción corporal y la tendencia a la preocupación por la dieta. En un segundo estudio se observó que la asociación entre las discrepancias y los síntomas alimentarios estuvieron presentes tanto para los chicos como para las chicas. Ambos, el contenido y la estructura de las creencias sobre uno mismo, podrían representar un factor de vulnerabilidad para la insatisfacción corporal y los problemas alimentarios. Estos resultados se confirmaron en estudios posteriores (Higgins, Vookles, y Tykocinski, 1992). Aunque el apoyo del estudio de Forston y Stanton (1992) fue parcial, ya que sólo encontraron que las discrepancias entre el *Yo*

real y el *Yo ideal* -en relación a la imagen corporal- predijeron la sintomatología bulímica.

Bruch (1988) señaló que los pensamientos de las pacientes con TA no están necesariamente asociados a cuestiones relativas a la apariencia, sino que pueden relacionarse con fracasos en la vida, insatisfacción, culpabilidad, y necesidad de control. En particular, puede estar asociado a creencias relativas al *Yo* sin relación con la apariencia (Cooper, Todd, y Wells, 1998), como se verá más adelante en profundidad en el punto sobre creencias nucleares en TA. Sawdon, Cooper y Seabrook (2007) encontraron correlaciones significativas entre las discrepancias del *Yo real* con el *Yo futuro* y *Yo potencial* con la sintomatología alimentaria, sin embargo, al quitar los atributos relativos al cuerpo, sólo la correlación *Yo real-Yo potencial* se mantuvo. No encontraron asociación entre las discrepancias *Yo real-Yo ideal* y *debido* y la sintomatología alimentaria.

Los estudios realizados sobre las discrepancias relacionadas específicamente con la imagen corporal han mostrado asociaciones significativas con la sintomatología alimentaria. Además, los resultados encontrados usando medidas de las discrepancias respecto a la imagen corporal son muy similares a los datos obtenidos con instrumentos convencionales que evalúan insatisfacción corporal, siendo ambas medidas más relevantes en los TA que las medidas de distorsión perceptiva del tamaño corporal (Cash y Deagle, 1997). Szymansky y Cash (1995) encontraron una relación significativa entre los síntomas bulímicos y la discrepancia sobre los atributos del cuerpo entre el *Yo real* y el *Yo ideal*, pero también entre el *Yo real* y el *Yo debido*, desde un punto de vista personal y de las parejas. Strauman y Glenberg (1994) utilizaron una tarea en la que un grupo de estudiantes, todas ellas chicas, tenían que estimar si 9 siluetas corporales eran más o menos grandes en relación a ellas mismas lo más rápido posible. Los resultados mostraron que la sobreestimación del tamaño corporal fue predicha por la discrepancia entre el *Yo real* y el *Yo ideal* en general, pero no por las discrepancias relacionadas con la imagen corporal. Por otra parte, parece que la asociación entre las

discrepancias y los síntomas alimentarios son diferentes en función del punto de vista de la discrepancia: Synder (1997) encontró en estudiantes que desde el punto de vista de la persona las discrepancias se asociaban con la insatisfacción con el cuerpo y con síntomas bulímicos, mientras que desde el punto de vista de la sociedad, las discrepancias se asociaban a sentimientos de inadaptación y alienación.

Por otra parte, encontramos una serie de estudios que siguen el planteamiento de Levine y Smolak (1996) según el cual la exposición al ideal de delgadez en los medios de comunicación activa discrepancias específicas relacionadas con el cuerpo, lo que incrementa los síntomas alimentarios. Varios autores han planteado que las discrepancias del Yo en relación con el cuerpo ejercerían un papel mediador entre la exposición a imágenes en los medios de comunicación sobre delgadez y la psicopatología alimentaria. Los resultados de un estudio de Harrison (2001) sugieren que la exposición al ideal de delgadez a través de la televisión, pero no de las revistas, incrementa la discrepancia entre el *Yo real* y el *Yo ideal*, relacionado a su vez con la sintomatología alimentaria. Incluso tras exposiciones breves a imágenes de televisión, cuando éstas recompensaban la delgadez, las discrepancias entre el *Yo real* y el *Yo ideal* se hicieron más accesibles, provocando sentimientos de angustia. En cambio, cuando las imágenes castigaban la gordura, las discrepancias entre el *Yo real* y el *Yo debido* se hicieron más accesibles, provocando sentimientos de ansiedad. Así, en función de cómo se evoque la escena (delgadez deseable o gordura indeseable) se relacionará con quien esté más afectado por la exposición. En otro estudio llevado a cabo por Bessenoff (2006) se observó que en las chicas con alta discrepancia de imagen corporal, en comparación con aquellas con baja discrepancia tenían el doble de probabilidad de que se involucraran en la comparación social al ver anuncios de moda. Además, en estas chicas cuando vieron los anuncios de moda experimentaron más sentimientos de depresión y ansiedad, menor autoestima, y más pensamientos de tipo depresivo.

3. TEORÍAS COGNITIVAS Y EL YO

Con la corriente cognitiva vuelven a los estudios y los planteamientos sobre los TA el papel del sí mismo. Uno de los planteamientos pioneros fue el de Garner y Bemis (1982), los cuales basándose en Bruch (1973) y en los principios de la teoría cognitiva de Beck para la depresión (1979) desarrollaron la primera visión cognitiva de la anorexia nerviosa incluyendo el sí mismo.

Estos autores describieron el proceso del desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa. El comienzo se situaría en una persona introvertida, sensible y aislada que trata de alcanzar las expectativas de los demás, lo que le llevará a experimentar sentimientos de retraimiento e indefensión. Desde la cultura, y quizá la familia, capta la idea de que perder peso podría ayudar a sentirse mejor consigo misma. A partir de entonces comienza un ciclo de refuerzos que mantendrán el trastorno: la pérdida de peso le reforzará positivamente por el sentimiento de auto-control, y obtendrá refuerzo negativo al evitar la temida gordura. Además, los sesgos atencionales también actuarán como un refuerzo de sus pensamientos. Finalmente, el refuerzo social desde la familia y el entorno, acompañado por el aislamiento y el desarrollo de una nueva identidad anoréxica contribuirán al mantenimiento del trastorno.

Años más tarde, Vitousek (anteriormente Bemis) y Hollon (1990), establecieron un modelo para guiar la investigación en los TA. Señalaron tres conceptos importantes en la psicopatología TA: baja autoestima, actitudes sobre la ingesta, el peso y la figura, y la valoración del sí mismo en términos del peso y la figura. Plantean que el componente nuclear de los TA son los auto-esquemas relacionados con el peso (*weight-related self-schemata*). Según los autores, las pacientes con TA poseen unas estructuras cognitivas organizadas alrededor del peso y las implicaciones que tienen en el sí mismo que influyen en la percepción, el pensamiento y el afecto, y que simplifican, organizan y estabilizan la experiencia del sí mismo y del entorno. La influencia de los esquemas viene dada entre otras cosas a través de la atención selectiva, pues las

pacientes tenderán a procesar información que sea congruente con su esquema, y a ignorar información contraria a él. Este proceso atencional explicaría el mantenimiento del trastorno y precisamente los autores lo señalaron como teniendo especial interés en la investigación en los TA.

Coetáneos de Garner y Bemis fueron Guidano y Liotti (1983), los cuales en su propuesta sobre los TA, además de describir los aspectos cognitivos de estos trastornos, le otorgaron una especial importancia a la identidad de la persona. Así, según estos autores, existen dos niveles en el procesamiento cognitivo de las pacientes: Uno tendría que ver con los pensamientos disfuncionales sobre el peso, la dieta y la figura; mientras que en un nivel más profundo, y manteniendo las actitudes anteriores, se encontrarían unas actitudes desadaptativas globales.

Guidano y Liotti plantearon que los diferentes subtipos de trastornos alimentarios, entre los que incluyen la obesidad, compartían una serie de aspectos que podían agruparse en: conductuales, cognitivos, y transaccional-familiares.

Respecto a los aspectos conductuales, los autores destacan que el antecedente de la conducta alimentaria está, en la mayoría de los casos, en un malestar que las pacientes describen como “sentimientos de vacío”. Tras estos sentimientos se pondrían en marcha factores de mantenimiento entre los que destacan la interacción con la familia. Los familiares, con sus intentos de ayudar a las pacientes, sólo empeorarán el problema al agravar los sentimientos de incompreensión y soledad. Respecto a la conducta interpersonal los pacientes se sienten controlados o ignorados, y son muy habituales los problemas para establecer relaciones interpersonales debido a su retraimiento. Por otro lado están los aspectos de la conducta sexual, pues en la mayoría de casos se observa un desinterés por el sexo que puede prolongarse a lo largo de toda la vida, aunque en ocasiones se observa en personas obesas una conducta sexual promiscua.

Desde un punto de vista cognitivo, el TA podría definirse como la expresión de un problema en las estructuras cognitivas de la identidad personal, mientras que los pensamientos recurrentes serían la expresión de las actitudes de los pacientes hacia ellos mismos. Los sentimientos de debilidad y falta de control frente a la comida serían un reflejo de los propios sentimientos de ineficiencia que presenta la persona sobre sí misma. *“Ambos pacientes, obesos y anoréxicos, tienen un autoconocimiento y autopercepción marcada por el desagrado, que se forma a sí mismo, en una representación interna, en una imagen corporal desfigurada por la grasa”* (Guidano y Liotti, 1983, pág. 304). Las pacientes hacen frente a la “sensación de vacío” personal con la comida, en el caso de las obesas será comiendo, y en las pacientes con AN con la restricción. Se observa en los pacientes que los pensamientos y sentimientos quedan reemplazados por la presencia continua en el flujo de la conciencia pensamientos sobre la comida y la apariencia personal. Además, sugiere que mientras que los pacientes con depresión poseen un Yo principalmente marcado por la pérdida, en las TA se centra en la necesidad de aprobación por parte de personas significativas, y el miedo al reproche. La terapia, siguiendo con la teoría Guidano y Liotti (1983), además de un cambio en los problemas alimentarios, principalmente debe implicar una reestructuración cognitiva que modifique la identidad personal.

ESQUEMAS Y CREENCIAS NUCLEARES EN LOS TA

En la base de los modelos cognitivo-conductuales de los TA, tanto para la AN como para la BN, destacan la existencia de pensamientos automáticos negativos y supuestos disfuncionales sobre el peso, la talla y la figura que precipitan y mantienen los trastornos (p. ej. Fairburn y Cooper, 1989; DGarner, Vitousek, y Pike, 1997; Garner y Bemis, 1982). Sin embargo, en la actualidad ya no sólo se alude a estas cogniciones disfuncionales superficiales de los TA, sino que algunos modelos incorporan la importancia de las creencias nucleares sobre el Yo que ya habían sido descritas por

otros autores años atrás respecto a los TA, como las descripciones de Bruch (1973) sobre los sentimientos que tenían las pacientes sobre sí mismas: disgusto, fracaso, necesidad de complacer a los demás, etc. O las estructuras de la identidad destacadas por Guidano y Liotti (1983). Otros estudios han identificado creencias o esquemas sobre la sensación de desprecio, maldad, e ineficacia en pacientes con AN y BN (Cooper y Hunt, 1998; Serpell et al., 1999).

En la actualidad, las dos principales teorías que se centran en las creencias o esquemas nucleares en los TA son la teoría cognitiva de Cooper (2000,2004) y la teoría de Waller (2005) sobre los esquemas de Young aplicada a los TA. Ambas forman parte de lo que Cooper (2005) denomina la “*nueva o segunda generación*” de teorías sobre los TA. A continuación se presentan las propuestas de Cooper (2000,2004) y Waller (2005) y los estudios que se derivan de ellas, pero antes es necesario describir la terapia de los esquemas de Young, de la cual partirá Waller para desarrollar su teoría sobre los TA, y Cooper tomará algunos conceptos básicos para su modelo, como se verá posteriormente.

Terapia de los esquemas de Young

La *Terapia de los Esquemas Tempranos* fue desarrollada por Young (1999; 1990). Se trata de una aproximación a los problemas caracteriológicos de los pacientes, no necesariamente con trastornos de personalidad, que no han tenido resultados satisfactorios con terapias cognitivo-conductuales tradicionales.

Young propone una serie de esquemas desadaptativos que se desarrollan a lo largo de la infancia y la adolescencia a los que llama Esquemas Desadaptativos Tempranos, que determinarán la percepción que tiene la persona de sí misma y la manera de relacionarse con los demás (Young, Klosko, y Weishaar, 2003). Son definidos como un tema o patrón dominante y amplio, que se compone de memorias, emociones, pensamientos y sensaciones corporales. Tratan sobre uno mismo o las

relaciones con los demás y han sido desarrollados durante la infancia o la adolescencia, son disfuncionales y se repiten a lo largo de la vida. Las conductas desadaptativas serían una respuestas a estos esquemas, pero no el esquema en sí mismo (en Young et. al, 2003, p.7). Los esquemas son constructos dimensionales, y cuanto más grave y dominante sea, mayor es el número de las situaciones que lo activan, y mayor y más duradero es el afecto negativo que provocan en la persona.

Generalmente los esquemas se forman tras un trauma en la infancia, aunque no necesariamente, y persisten durante la vida adulta. Aunque son negativos, la persona los siente como suyos, constituyen el centro de su identidad, son por tanto egosintónicos. Los esquemas es todo lo que la persona conoce sobre sí misma, y le aportan seguridad y sensación de control Por tanto, los intentos de modificar estos esquemas provocarán una reacción negativa en los pacientes, los cuales tratarán de mantenerlos de manera rígida dificultando su tratamiento.

A continuación se presentan en el Cuadro 8 los 18 esquemas agrupados en 5 dominios más amplios. Los esquemas que se han planteado como más potentes y dañinos son el Abandono/inestabilidad, la Desconfianza/ abuso, Privación emocional e Imperfección/ vergüenza.

Cuadro 8. Dominios y esquemas desadaptativos tempranos de Young (1999). Adaptado de Cid. (2007).

DOMINIOS	ESQUEMAS	DEFINICIÓN
Separación y Rechazo (Incapacidad para establecer vínculos con otras personas. No esperan que los demás satisfagan sus necesidades de estabilidad, cuidado, empatía y defensa)	Abandono / Inestabilidad	Percepción de inestabilidad o poca confianza en los demás, los cuales no serán capaces de proporcionar apoyo emocional, fuerza, unión o protección.
	Desconfianza / Abuso	Expectativa de que los demás, de manera intencionada o injustificada, harán daño, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán o sacarán provecho de uno mismo.
	Privación emocional	Expectativa de que los demás no aportarán el apoyo emocional adecuado, dando como resultado tres posibles formas de privación: cuidado, empatía y protección)
	Imperfección / Vergüenza	Sentimiento de que la persona no es normal, es mala, inferior, no es válida, o de que no será querida por los otros significativos. Incluye hipersensibilidad a la crítica, rechazo y culpa; timidez, comparaciones e inseguridad sobre los otros; o vergüenza por los propios defectos privados o públicos.

	Aislamiento social / Alienación	Sensación de aislamiento respecto al resto del mundo, de ser diferente del resto, o de no formar parte de ningún grupo o comunidad.
Deterioro de la autonomía y en el desempeño (Expectativas hacia sí mismo y el entorno que interfiere con la percepción de su habilidad para separar, sobrevivir, funcionar independientemente o desempeñar con éxito)	Dependencia / Incompetencia	Creencia de que uno es incapaz de llevar a cabo responsabilidades cotidianas de manera competente sin ayuda de los demás. Se suele presentar como indefensión.
	Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad	Miedo exagerado a una catástrofe inminente que ocurrirá en cualquier momento y la persona será incapaz de prevenirlo. El miedo se centra en catástrofes médicas, emocionales, o externas.
	Enmarañamiento/ Yo inseguro	Implicación emocional y cerrazón excesiva con uno o más personas significativas, a menudo los padres, a expensas de la propia individualización o el desarrollo social normal.
	Fracaso	Creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente, o es incompetente en relación a sus iguales en áreas de rendimiento como la escuela, o los deportes. Implica creencias de ser estúpido, inepto, carente de talento, con un estatus inferior, etc.
Límites insuficientes (Déficit en los límites internos, responsabilidad con los demás. Dificultad en respetar los derechos de los demás, cooperar con otros, cumplir obligaciones o establecerse metas personales realistas)	Entitlement / Grandiosidad	Creencia de que la persona es superior y tiene más derechos y privilegios que el resto. Implica la insistencia de que uno debería ser capaz de hacer o tener todo lo que quiera, independientemente de si es realista, o de lo que los demás consideran razonable, o el coste para los demás.
	Insuficiente autocontrol o autodisciplina	Dificultad persistente o negarse a emplear el suficiente autocontrol o tolerancia a la frustración para lograr las metas personales o contener la expresión excesiva de emociones e impulsos.
Dirigirse hacia los demás (Focalización excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, para lograr amor y aprobación, mantener el sentido de unión o evitar represalias. Implica la supresión o la falta de conciencia de la propia ira e inclinaciones naturales)	Subyugación	Excesiva entrega al control de los demás porque se siente obligado para evitar la ira, represalias, o el abandono. Existen dos formas principales de subyugación: de las necesidades y de las emociones, que implican la supresión de las propias preferencias y emociones, respectivamente.
	Autosacrificio	Entrega excesiva y voluntaria a las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de las propias gratificaciones. La razón principal es la prevención de causar daño a los demás, evitar la culpa de sentirse egoísta, o mantener los lazos con los demás.
	Búsqueda de aprobación y reconocimiento	Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento y atención de otras personas, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sí mismo seguro y verdadero. La autoestima depende de las reacciones de los demás, y no en las propias inclinaciones naturales. Incluye el énfasis en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o los logros para conseguir la aprobación, admiración o atención.

<p>Sobrevigilancia e inhibición (excesivo énfasis en suprimir los sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas de uno mismo o en alcanzar reglas rígidas e internalizadas y expectativas sobre el rendimiento y conducta ética, a expensas de la felicidad, autoexpresión, relajación o salud)</p>	<p>Negatividad / Pesimismo</p>	<p>Focalización en los aspectos negativos de la vida, minimizando o negando los aspectos positivos u optimistas. Incluye una expectativa exagerada de que las cosas irán mal. Implica un miedo a cometer errores que conlleven la ruina, pérdida, humillación o quedarse atrapado en una situación negativa. Se caracterizan por la preocupación crónica, vigilancia, quejas e indecisión.</p>
	<p>Inhibición emocional</p>	<p>Inhibición excesiva de la acción espontánea, sentimientos o comunicación, normalmente para evitar la desaprobación de los demás, sentir vergüenza, o perder el control de los impulsos. Incluye la inhibición de la ira y la agresión, de los impulsos positivos, la dificultad en la expresión de la vulnerabilidad o de los sentimientos o necesidades, y el énfasis en la racionalidad.</p>
	<p>Metas inalcanzables / Hipercriticismo</p>	<p>Creencia de que uno debe esforzarse por cumplir unos estándares internalizados de conducta y rendimiento elevados para evitar las críticas. Se presenta en forma de perfeccionismo, reglas rígidas, y preocupación con el tiempo y la eficiencia.</p>
	<p>Castigo</p>	<p>Creencia de que uno debe de ser duramente castigado por cometer errores. Tendencia a estar enfadado, ser intolerante, punitivo, e impaciente con la gente que no cumple las expectativas o estándares. Incluye la dificultad en perdonar los errores de uno mismo o de los demás por la reticencia en considerar las circunstancias atenuantes, permitir la imperfección humana o empatizar con los sentimientos.</p>

Young plantea dos acciones posibles o procesos en relación con los esquemas. Una sería la perpetuación del esquema, o acciones que la persona realiza que mantienen el esquema. Esta acción se logra a través de tres mecanismos: distorsiones cognitivas, patrones de vida contraproducentes, y determinados estilos de afrontamiento del esquema. La otra acción es la curación del esquema, que representa la meta última de la terapia de esquemas. Aunque la mayoría de esquemas no desaparecen completamente, con la terapia se trata de conseguir que el esquema sea más complicado de activar, y que cuando se active, la experiencia sea más llevadera y la persona se recupere más rápidamente.

Como comentábamos sobre la perpetuación de los esquemas, existen estrategias de afrontamiento y respuestas desadaptativas que mantienen los esquemas. Se han descrito tres estrategias básicas: la rendición, la evitación y la sobrecompensación. En la primera la persona asume que el esquema es cierto y no

trata de luchar contra él, sino que actúa para confirmarlo. En la segunda la persona dirige su comportamiento para que el esquema nunca sea activado, emplea estrategias de supresión y distracción de imágenes y pensamientos que lo activan. Puede que el paciente se refugie en la bebida, tenga relaciones sexuales promiscuas, se atraque de comida, o limpie compulsivamente. La sobrecompensación del esquema implica que la persona lucha contra el esquema pensando, comportándose, y sintiendo de la manera opuesta a la que marca el esquema. La sobrecompensación puede parecer saludable, pero en realidad la manera de actuar suele ser excesiva, e improductiva. Se desarrolla para evitar el dolor del esquema, pero al final acaban sintiéndose infelices.

La terapia de esquemas no sólo se ha aplicado a trastornos de la personalidad, sino que se ha extendido a otros trastornos del eje I del DSM. Tras exponer las teorías de Cooper (2000, 2004) y Waller (2005), se presentarán los estudios acerca de los esquemas o creencias nucleares propias de los esquemas presentes en las pacientes TA, en las que se ha observado que el trastorno les proporciona sentimientos que compensan sus esquemas: superioridad, tener el control, etc. (Serpell et al., 1999).

Teoría cognitiva de Cooper, 2000, 2004.

La idea básica propuesta por Cooper y colaboradores (Cooper et al., 2000; 2004) es que no sólo las actitudes y creencias hacia el peso y la figura son relevantes, sino que también los esquemas negativos sobre el sí mismo son necesarios para explicar el desarrollo y el mantenimiento de los TA. Plantean un nuevo modelo cognitivo que puede explicar el desarrollo de los TA, distinguiendo varios niveles de cognición, y diferentes tipos de pensamientos, relacionando pensamiento, sentimiento, conductas y procesos fisiológicos. Sin embargo, el punto clave del modelo está en el papel otorgado a las metacogniciones, partiendo de la teoría metacognitiva de Wells (2000). La terapia cognitiva para la BN derivada del modelo cognitivo ha conseguido resultados preliminares muy satisfactorios (Cooper, Todd, Turner, y Wells, 2007).

En su modelo cognitivo para la bulimia nerviosa distingue entre tres tipos de creencias:

- Creencias negativas sobre el sí mismo, que se generan en las experiencias negativas o traumas tempranos y que determinan la vulnerabilidad de la persona a padecer un TA.

Los dos siguientes tipos de creencias representan las metacogniciones que determinan cognición y conducta, y son necesarias para el desarrollo del TA junto con las creencias negativas del sí mismo:

- Creencias positivas sobre el comer y los procesos cognitivos relacionados con la comida, como por ejemplo “No puedo parar de preocuparme por mi peso” o “debo mantener mis pensamientos bajo control para controlar mi peso”. Se pueden agrupar en tres tipos: *Creencias sobre la utilidad del atracón, creencia sobre la necesidad de prestar atención a información sobre la figura, y creer que preocuparse por la comida, y el cuerpo les ayudará.*
- Creencias negativas sobre el comer y los procesos cognitivos relacionados con la comida. En este caso también se incluyen tres tipos de creencias: *Pensar que comer o la comida llevará a un aumento de peso catastrófico, creer que el atracón es incontrolable, y creer que los pensamientos y sentimientos asociados a las BN son peligrosos.*

El proceso que llevaría a mantener los atracones en la BN sería el siguiente: La persona se encuentra en una situación que activa las creencias negativas sobre el sí mismo, que se expresan en forma de pensamientos automáticos negativos causando malestar a la persona → el atracón se llevará a cabo como estrategia para controlar o reducir el malestar, impulsado por las creencias positivas acerca de la utilidad del atracón y apoyado por pensamientos permisivos como “esta es la última vez que me atraco” → Tras comenzar el atracón se activarán creencias negativas sobre la ganancia de peso, acompañadas de creencias positivas sobre la utilidad de preocuparse por el

peso → En el caso de que las creencias negativas predominen a las positivas tendrá lugar la conducta purgativa → A pesar de que el malestar se ha visto aliviado momentáneamente, volverá a aparecer en muy poco tiempo. Además, las creencias negativas sobre el sí mismo permanecen inalteradas tras el proceso, por lo que la persona seguirá siendo vulnerable en futuras situaciones que las active.

Cooper y colaboradores crearon el *Eating Disorder Belief Questionnaire* (Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, y Tovee, 1997) para evaluar específicamente los aspectos centrales de la psicopatología alimentaria reflejados en el modelo descrito por los mismos autores. El cuestionario incluye una escala sobre creencias negativas sobre sí mismo, 2 escalas sobre supuestos acerca del peso y la figura como medio de aceptación por parte de los otros y de sí mismo, y una última escala compuesta por supuestos acerca del control sobre la comida (Cooper et al., 1997). Discrimina entre personas con nivel alto y bajo de sintomatología TA (Cooper, Rose, y Turner, 2005; 2006) y ha demostrado buenas propiedades psicométricas tanto en adultos como en adolescentes (Rose, Cooper, y Turner, 2006). Según muestran los resultados de dos estudios, las creencias sobre la comida y las creencias negativas sobre el sí mismo son los factores que diferencian a las pacientes con AN de la gente que hace dieta (Cooper y Turner, 2000; Turner y Cooper, 2002). Sin embargo, la escala de creencias negativas sobre sí mismo no parece ser específica de pacientes TA, sino que también puntúan alto los pacientes con depresión (Cooper y Hunt, 1998). Posteriormente, los aspectos principales del modelo cognitivo evaluados con un solo cuestionario se dividió en 3: *Eating Disorder Thoughts Questionnaire* (Cooper et al., 2006), *Eating Behaviour Questionnaire* (Cooper et al., 2006), y el *Eating Disorder Beliefs Questionnaire* (Fairchild y Cooper, 2010), que se describe a continuación.

El grupo de Cooper y colaboradores llevó a cabo una entrevista semiestructurada en la que se identificaron 6 creencias negativas principales en 15 pacientes con AN: *Impotencia, fracaso, anormalidad, falta de atractivo, despreciable y vacío*. Las pacientes, para reducir las consecuencias emocionales y cognitivas que les

ocasionaban las creencias, empleaban una serie de estrategias, siendo la restricción de la comida la más empleada (Woolrich et al., 2006). Los investigadores, con el objetivo de recoger todas las creencias negativas relevantes en los TA y completar la escala de creencias negativas del sí mismo del *Eating Disorder Beliefs Questionnaire*, construyeron el *Eating Disorder Core Beliefs Questionnaire* (Fairchild y Cooper, 2010). El cuestionario finalmente se compuso de 40 ítems agrupados en 5 subescalas: 1. *Odio hacia sí mismo*, 2. *Inhibición y falta de asertividad*, 3. *Elevados estándares para sí mismo*. 4. *Exigencia, y necesidad de ayuda y apoyo*, 5. *Abandono/ privación*. La creencia especialmente asociada a la sintomatología TA fue la de Odio o aversión hacia sí mismo, que contiene ítems como ser inhumano, desagradable, repulsivo, vil, malvado o asqueroso.

Como queda patente a lo largo de los estudios de Cooper y colaboradores, por lo que respecta a las creencias nucleares, este grupo ha puesto todo su empeño en definir las creencias propias de la psicopatología alimentaria para estudiarlas específicamente. Desde un punto de vista menos específico se encuentra la adaptación de la terapia de los esquemas de Young a los TA de Waller que se expone en el siguiente punto. El empleo del cuestionario de los esquemas de Young presenta la ventaja de poder realizar comparaciones con otros estudios con muestras clínicas diferentes que también empleen este cuestionario, a costa de la pérdida de especificidad de algunas creencias nucleares de las pacientes con TA.

G. Waller (2005). Adaptación de la Terapia de los esquemas de Young a los TA.

Waller y colaboradores (2005; 2007) desarrollaron un modelo para los TA en el que aplicaron los esquemas y los procesos relacionados con los esquemas descritos por Young (1990, 1999). Se trata de una ampliación de las terapias cognitivo-conductuales tradicionales poniendo el énfasis en los esquemas y creencias nucleares.

Según Waller, en la patología restrictiva y en la bulímica se presentan las mismas creencias nucleares, por tanto, la diferencia entre ambas patologías no está en el contenido de los esquemas, sino en los intentos de regular el afecto a través de los procesos descritos por Young (1999). Los dos tipos de regulación del afecto negativo serían los siguientes:

En las pacientes caracterizadas por la presencia de restricción emplearían un tipo de evitación primaria del afecto negativo a través de la *compensación* de los esquemas, activando un esquema contrario y conductas asociadas para evitar la experimentación del afecto. En aquellos casos en los que la compensación del esquema no sea suficiente, la paciente también pondrá en marcha estrategias de evitación del esquema. Se plantea que este mismo proceso es el que caracteriza a los pacientes con síntomas compulsivos, como el trastorno obsesivo compulsivo. Una observación clínica que apoyaría este tipo de regulación es el hecho de que las pacientes con AN, a pesar de sus sentimientos de ineficacia y fracaso, son persistentes y perfeccionistas, y la restricción se emplea para compensar los sentimientos de incompetencia. Por otra parte, se ha observado que la restricción sirve para minimizar la experimentación de emociones (Serpell et al., 1999). En un estudio se comprobó que las pacientes con AN presentaban una evitación primaria y secundaria del afecto, aunque las del subtipo purgativo puntuaron significativamente más que las restrictivas (Luck, Waller, Meyer, Ussher, y Lacey, 2005)

Respecto a las pacientes con sintomatología bulímica, parece que emplean un patrón de evitación secundaria del afecto a través de un proceso de *evitación* del esquema tratando de reducir el afecto una vez se ha experimentado. Este patrón de respuesta es el característico de conductas bulímicas y otros problemas comúnmente comórbidos con la bulimia como las autolesiones, abuso de alcohol, y conductas sexuales arriesgadas. Existe evidencia de la función de las conductas bulímicas en la reducción del afecto negativo (Cooper et al., 1998; Cooper et al., 2004). En el estudio de

Luck y colaboradores (2005) comprobaron que las pacientes con BN se caracterizaban por la evitación secundaria del afecto, ofreciendo apoyo al modelo propuesto.

Por otra parte, estos estilos de procesamiento de los esquemas están presentes en varios trastornos diferentes a los alimentarios, pero sólo aparecerá el TA en contextos que lo favorezcan como por ejemplo sufrir burlas sobre la figura y el peso, o la preocupación de los padres por la comida, el peso y la figura, etc. (Luck et al., 2005).

Lawson, Waller y Lockwood (2007) realizaron un estudio con 62 pacientes TA a las que dividieron en función de la presencia de compulsiones de comprobación (n=19), comprobación y limpieza (n=9) y ausencia de compulsiones (n=34), en general las pacientes con sintomatología TOC puntuaron más en Desconfianza/ abuso, Imperfección, Dependencia / incompetencia y Subyugación. No encontraron diferencias respecto al empleo de estrategias relativas a la compensación del esquema o evitación primaria, pero sí respecto a la evitación del esquema o evitación secundaria: las pacientes con compulsiones de comprobación y limpieza obtuvieron una mayor puntuación en la evitación conductual y somática del afecto.

A continuación se presentan los estudios que han investigado la presencia de los esquemas tempranos de Young en pacientes con TA empleando el Cuestionario de Esquemas de Young.

Evidencias sobre de los esquemas tempranos en los TA

Los estudios con el Cuestionario de Esquemas de Young indican que existe un nivel significativo de esquemas en comparación con población no clínica, y además se han identificado algunos esquemas desadaptativos que parecen más frecuentemente en las pacientes con TA, como son, la creencia de ser defectuoso, fracasado, la dependencia de los demás, el autosacrificio, la inhibición emocional, la privación

emocional, el abandono, la desconfianza y la vulnerabilidad al daño (Jones et al., 2005; Lawson et al., 2007; Leung y Price, 2007; Meyer, Leung, Feary, y Mann, 2001; Unoka, Tolgyes, y Czobor, 2007; Waller et al., 2000; Waller, Ohanian, Meyer, y Osman, 2000; Waller, Dickson, y Ohanian, 2002). Además, también los esquemas diferencian entre aquellas personas de la población general con elevado nivel de síntomas TA en comparación con quienes no presentan síntomas (Cooper et al., 2006).

Aunque algunos estudios no encuentran diferencias entre subtipos de TA (Leung, Waller, y Thomas, 1999; Waller, Kennerley, y Ohanian, 2007), sí que se encuentran patrones diferentes de relación entre los esquemas y los subtipos diagnósticos (Leung et al., 1999; Unoka et al., 2007; Unoka et al., 2010; Waller et al., 2000; Waller, 2003; Waller et al., 2002), aunque son necesarios más estudios para poder determinar qué esquemas concretos son relevantes para cada subtipo. Uhinrichsen, Waller, y Dhokia (2007) observaron diferencias entre las pacientes TA que presentan ansiedad social de las que no lo presentaban en los esquemas relacionados con la orientación a los demás (Abandono e Imperfección/vergüenza). Respecto al tratamiento, parece que niveles elevados de esquemas nucleares (Dependencia/incompetencia e Imperfección/ vergüenza) se asocian a un menor cambio en la psicopatología bulímica, incluso tras controlar el efecto de los síntomas en el pretratamiento (Leung, Waller, y Thomas, 2000). Además, tras la recuperación se observan diferencias con las pacientes TA en Desconfianza/Abuso, Aislamiento social, Imperfección/ Vergüenza, Incompetencia y Vulnerabilidad al daño (Jones et al., 2005).

Tras lo descrito por las teorías cognitivas y los estudios realizados, queda demostrado que los TA no se limitan a una mera preocupación sobre el aspecto físico y la dieta, sino que la psicopatología alimentaria parece tener mucho que ver con una problemática más básica de la persona, cuestiones nucleares del sí mismo, donde los TA podrían representar un mecanismo para reducir el malestar.

4. UN PROBLEMA DE IDENTIDAD: EGOSINTONÍA Y EGODISTONÍA.

En la actualidad, y sobre todo en la cultura occidental, existe la tendencia generalizada de atender a factores estéticos a la hora de definirse y valorarse como persona. Hoy en día se asocia el triunfo personal con la belleza y los cuerpos esbeltos, o mejor dicho, delgados. Parece que una persona con grandes logros en su vida, laborales o personales, no pueda considerarse realizada a menos que también cumpla con unos cánones de belleza estrictos, inalcanzables para la mayoría de la gente. Toro (1996, pg.300) remarca este hecho de una manera muy clara: *“(...) para ser una mujer como hay que ser, es preciso estar delgada. En otras palabras, la seguridad (autoimagen positiva, sentimiento de autoeficacia) que precisa, dado el contexto cultural en el que vive y respira, va a otorgársela en gran parte el control/pérdida de peso y, por tanto, la restricción alimentaria. Para muchas mujeres, las restantes cualidades potenciales resultan secundarias, por lo menos subjetivamente”. “Nunca como en nuestros tiempos el cuerpo ha determinado el Yo, es decir, el autoconcepto de las gentes. Y no el cuerpo en su totalidad, claro está, sino su apariencia, su fachada, su superficie. Aparento, luego soy...así”.*

La importancia otorgada al aspecto físico es una cuestión dimensional. Situándolo en un continuo encontramos en un extremo a aquellas personas para las que la apariencia física ocupa un lugar muy bajo en su sistema de valores, para otras personas en cambio, el aspecto será relevante aunque no crucial en sus vidas. A medida que se avanza un poco en el continuo, podemos encontrar a aquellas personas para las cuales el aspecto físico es muy importante por diferentes motivos, pueda servir como ejemplo el caso de modelos o actores. Y finalmente, en el extremo encontraremos a las personas cuyo afán por lograr la apariencia física deseada (*¿perfecta?*) se convierte en el aspecto central de sus vidas, siendo la apariencia física y su búsqueda el punto cardinal que otorga sentido a su Yo de manera patológica. En este caso

hablamos de pacientes con TA, aunque también de otros trastornos como la vigorexia, con el que comprate la ideación sobrevalorada de la apariencia.

Sin embargo surge aquí una cuestión, ¿por qué sólo algunas mujeres toman estas metas estéticas como única fuente de motivación en su vida, es decir, desarrollan un TA?

Según postulan algunos autores, parte de la explicación se encontraría en el Yo vacío o carente de sentido de estas personas, factor que jugaría un papel crucial tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TA. Así, estos autores plantean que el TA constituye una búsqueda casi desesperada de identidad (Bruch, 1973).

Hilde Bruch (1973) sugirió que la AN no se trata de un simple problema relativo al peso, sino que está causada por un fallo en el desarrollo de un conjunto de identidades o definiciones del sí mismo. El TA surge como un intento de aportar un sentido al propio Yo, y compensar la falta de identidad que a su vez les ocasiona sentimientos de debilidad e incompetencia. Para ello los adolescentes se centrarían en su propio aspecto físico tratando de conseguir una sensación de control sobre él y un sentido del sí mismo. Esto queda reflejado en las palabras de una de sus pacientes: *“Cuando eres infeliz y no sabes cómo lograr algo bueno, si controlas tu cuerpo consigues un logro supremo. Haces de tu cuerpo tu reino, donde tú eres el tirano, el dictador absoluto”* (Bruch, 1978). En algunas pacientes, son los intentos desesperados por no crecer y mantenerse en la infancia, lejos de las exigencias de la familia y del mundo en general, lo que les hace sumergirse en el TA. Para la autora, el origen inicial de este problema se encontraría, al menos en parte, en unos patrones de crianza disfuncionales donde unos padres controladores y perfeccionistas habrían limitado el crecimiento autónomo del hijo y su sentido del Yo.

Toro (1996, p. 297) señala que el ansia de lograr la perfección en la apariencia podría deberse al intento de compensar la insatisfacción y frustración personal, así como la inseguridad y baja autoestima de estas personas, mayoritariamente mujeres. De esta manera, la auto-realización está relacionada con la delgadez y la apariencia física. También Vandereycken y Hoek (1992) postulan que en estos pacientes la consecución de un *Yo triunfador* se lograría a través del aspecto físico.

Ira Sacker (2007) defiende que las pacientes tienen un problema de identidad hasta que descubren que el TA es una “buena” manera de definirse como personas, y que además les hace sentir bajo control. El trastorno ocupa todo su tiempo y espacio mental, determina todo lo que hacen y lo que piensan, dejan de lado amigos, estudios, trabajo, etc. Las actividades que antes eran placenteras ya no lo son. Ahora no se ocupan de nada que no tenga que ver con su trastorno, porque entre otras cosas, les desviaría de su meta. Así que no interpretan la soledad y el aislamiento como algo negativo, sino como un mecanismo de protección frente al mundo que no quieren vivir, porque implica alejarse de su trastorno donde se sienten seguras. Ahora tienen algo que les hace sentir bien, creerse especiales. Se sienten orgullosas porque por fin hay algo que hacen perfectamente, aunque en realidad nunca es perfecto, porque cada vez se auto-exigen más, se establecen metas más altas: medio kilo menos, 30 minutos más corriendo, una cucharada menos, etc.

También queda reflejada en los criterios diagnósticos del DSM (2002) para los TA (criterio C en la anorexia, y criterio D en la bulimia) la importancia excesiva que otorgan las pacientes al peso y figura corporal en la manera de valorarse como personas, dejando de lado otros aspectos de sus vidas.

IDENTIFICACIÓN CON EL TRASTORNO. EGOSINTONÍA VS EGODISTONÍA: TA VS. TOC.

Como acabamos de ver, los TA se convierten en prácticamente la única fuente de identidad del Yo en estas pacientes. Esta cualidad, la egosintonía, es lo que las diferencia de otros trastornos mentales como el TOC (Bastiani et al., 1996; Holden, 1990). Antes de comenzar presentaremos distintas definiciones de egosintonía y egodistonía desde diversas fuentes.

Definición de egosintonía y egodistonía

A continuación se exponen algunas definiciones de egodistonía y egosintonía que se han recogido de diversos diccionarios. Respecto a la egosintonía encontramos las siguientes definiciones:

- *The American Heritage Medical Dictionary (2007): Acceptable to the aims of the ego.*
- *Mosby's Medical Dictionary, 8th edition (2009): Describing those elements of a person's behavior, thoughts, impulses, drives, and attitudes that are acceptable to him or her and are consistent with the total personality. Compare egodystonic.*
- *Gale Encyclopedia of Medicine (2008): Consistent with one's sense of self, as opposed to ego-alien or dystonic (foreign to one's sense of self). Ego-syntonic traits typify patients with personality disorders (Personality Disorders definition-Key terms).*
- *Wikipedia: Is a psychological term referring to behaviors, values, feelings that are in harmony with or acceptable to the needs and goals of the ego, or*

consistent with one's ideal self-image. It is studied in detail in abnormal psychology.

En referencia al concepto de egodistonia encontramos las siguientes definiciones:

- *The American Heritage Medical Dictionary (2007)*: *Repugnant to or at variance with the aims of the ego.*
- *Mosby's Medical Dictionary, 8th edition (2009)*: *describing elements of a person's behavior, thoughts, impulses, drives, and attitudes that are unacceptable to him or her and cause anxiety. Also called ego-alien, self-alien.*
- *Wikipedia*: *Is a psychological term referring to thoughts and behaviors (e.g., dreams, impulses, compulsions, desires, etc.) that are in conflict, or dissonant, with the needs and goals of the ego, or, further, in conflict with a person's ideal self-image. The concept is studied in detail in abnormal psychology, and is the opposite of egosyntonic.*
- *Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers (2007)*: *denoting aspects of a person's thoughts, impulses, and behavior that are felt to be repugnant, distressing, unacceptable, or inconsistent with the self-conception.*

Como se ha podido comprobar, en las diferentes definiciones existen algunos aspectos en común. Respecto a la egosintonía, las definiciones coinciden en señalar los aspectos de aceptabilidad y la coherencia en relación al sí mismo. En cambio, en las definiciones sobre egodistonia parece que se recoge un mayor número de elementos como son la inaceptabilidad, la repugnancia, la inconsistencia, y el conflicto.

En el DSM-IV (2002), y sobre las obsesiones del TOC, se define la egodistonia como: "Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar egodistónica. Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el

individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja con el tipo de pensamientos que él esperaría tener”.

Purdon, Cripps, Faull, Joseph y Rowa (2007) plantean una amplia definición de la egodistonía basándose en los aspectos más importantes de las diferentes definiciones existentes del concepto y de perspectivas teóricas del desarrollo de las obsesiones.

“An “ego-dystonic” thought is one that is perceived as having little or no context within one’s own sense of self or personality. That is, the thought is perceived, at least initially, as occurring outside the context of one’s morals, attitudes, beliefs, preferences, past behavior and/or one’s expectations about the kinds of thoughts one would or should experience. The thought gives rise to considerable emotional distress and is resisted”.

En esta definición los autores identifican las siguientes dimensiones:

1. Degree of consistency with morals, beliefs, values, and attitudes.
2. Degree of consistency with preferences and past behavior.
3. Degree of consistency with one’s sense of what is rational.
4. Emotional reaction and resistance.

Esta definición de egodistonía es la más completa y la que adoptaremos en la presente tesis por captar matices con los que se podrá lograr una caracterización más detalla de la sintomatología alimentaria y obsesiva.

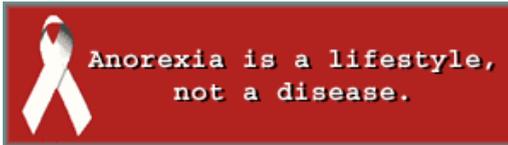
Egosintonía en los TA

Por lo que respecta a los TA, algunas pacientes llegan a un nivel de gravedad del trastorno en el que no reconocen su enfermedad ni la gravedad de su estado físico o el riesgo de sus patrones alimentarios. Y lo que es más preocupante, la identificación con el trastorno es tal que valoran su propia actitud y su conducta como racionales y

normales, defendiéndolo como un estilo de vida que el resto de la gente simplemente no entiende. Un ejemplo que ilustra la identificación lo encontramos en las palabras que narra Chernin (1985) de una de sus pacientes *“Mi identidad entera se hallaba en mi peso”*. O el caso descrito por Bulik y Kendler (2000) en el que la paciente con un TA crónico expresa que *“una vida sin TA sería una vida sin identidad, el TA se había convertido en una meta personal, y tenía que alcanzar ciertos estándares como – bulímica- que no había conseguido alcanzar cuando era –anoréxica–”*. En resumen, el trastorno entra en total sintonía con la paciente. Y precisamente es la cualidad egosintónica del trastorno lo que los hace tan ambivalentes y resistentes al tratamiento, y por lo que resulta tan importante el trabajo motivacional en la terapia de estas pacientes (Treasure y Schmidt, 2001; Vitousek, Watson, y Wilson, 1998).

Para darse cuenta del papel que otorgan las pacientes al trastorno en su vida basta con navegar por las páginas de internet tipo *“pro-ana”* y *“pro-mia”* (pro-anorexia y pro-bulimia). Entre los contenidos más frecuentes en estas páginas encontramos frases y fotos que emplean como *“thinspiration”* (inspiración para la delgadez). También son comunes las expresiones creativas, como narrativas o poemas, y trucos para lograr ayunar sin que los demás se den cuenta y lograr la pérdida de peso. La temática suele incluir aspectos como el control del cuerpo y la propia vida, la fuerza, y la perfección (Norris, Boydell, Pinhas, y Katzman, 2006). En estas páginas las pacientes dicen encontrar una sensación de comunidad y apoyo que no les aportan la gente de su alrededor. A continuación se exponen algunas de las frases que pueden leerse en estas páginas y que muestran perfectamente la gravedad, el dominio y la impregnación de estos trastornos:

“Somos parte del cambio, no seguimos las reglas, no somos ovejas siguiendo al resto con sus costumbres, somos más que eso, somos princesas, y nuestro estilo de vida es distinto, es innovador... así que “viva la revolución”. (En <http://princesasencantadas.blogspot.com/>). (Imagen extraída de <http://anabones.wetpaint.com>).



"I will devote myself to Ana. She will be with me where ever I go, keeping me in line. No one else matters; she is the only one who cares about me and who understands me. I

will honour Her and make Her proud. To the end of my... life". (En <http://anabones.wetpaint.com>).

Fragmento del "Credo a Ana": *"I believe in Control, the only force mighty enough to bring order to the chaos that is my world. I believe in hell, because I sometimes think that I'm living in it. I believe in a wholly black and white world, the losing of weight, recrimination for sins, the abnegation of the body and a life ever fasting". (En <http://ananeverdies6a.webs.com/anacreedpsalm.htm>)*

En un estudio con chicas que visitaban con bastante frecuencia y participaban a través de los chats de este tipo de páginas, éstas informaron que en las webs encontraban apoyo para mantener su trastorno y evitar su recuperación. Además, describían el trastorno como un estado existencial que invadía toda su vida y era inseparable de su identidad. Cuanto más participaban en las páginas, más aspectos positivos decían que éstas les reportaban (Csipke y Home, 2007). Por otro lado, los estudios experimentales realizados en estudiantes sin patología alimentaria muestran que la exposición a estas páginas provoca un aumento del afecto negativo y una disminución de la autoestima y sentido de autoeficacia, además de la disminución de la propia percepción de atractivo, y un aumento en la percepción del propio peso (Bardone-Cone y Cass, 2006; 2007).

Aunque como hemos podido comprobar, en muchas ocasiones las pacientes se sienten bien donde "están" (inmersas en su trastorno), se sienten seguras y no están dispuestas a dejar atrás los "logros" conseguidos con mucho esfuerzo, lo cierto es que frecuentemente se observa en ellas cierta ambivalencia acerca del cambio o la recuperación de su trastorno (Garner y Bemis, 1982; Vitousek et al., 1998). Algunas pacientes describen que oyen dos voces en su cabeza, una muy fuerte y poderosa que les anima a continuar con el TA, y la otra que les dice que la mejor opción sería dejarlo y volver a vivir su vida anterior. Un ejemplo se observa en el caso de la paciente de

Bulik y Kendler (2000) que cuenta que hay momentos de racionalidad en los que admite lo destructivo de su trastorno, pero en otros momentos se siente como si tuviera que conseguir su meta del TA, y no concibe que el objetivo terapéutico del tratamiento pueda ser eliminar el TA por completo, sino aprender a manejar los síntomas.

Serpell, Treasure, Teasdale, y Sullivan (1999) realizaron un estudio cualitativo muy interesante en el que pedían a 18 pacientes con AN que escribieran dos cartas, una a su trastorno como si fuera su amigo, y otra como si fuera su enemigo. Las pacientes escribieron una variedad de aspectos en las que el trastorno era valorado positivamente por ellas, que fueron clasificados en 10 pro-temas de más a menos frecuentes: 1. Guardián: su trastorno les hace sentir seguras y protegidas. 2. Atractivo: La delgadez las hace más atractivas, y los chicos se fijan más en ellas. 3. Control: El trastorno les proporciona un sentimiento de control, de poder o estructura sus vidas (p. ej. Cuándo y qué comer). 4. Diferenciación: les hace sentir diferentes al resto de la gente, ser superiores, tienen un secreto especial, “algo” que nadie más tiene. 5. Confianza. 6. Habilidad: valoran el trastorno como si se tratara de una habilidad que dominaran, “hago algo bien”. 7. Evitación: Les ayuda a evitar sentimientos con los que se ven sobrepasadas o les ayuda a manejarlos. 8. Comunicación: les proporciona una manera de comunicar su malestar o sus sentimientos al resto del mundo. 9. Estar en forma. 10. Periodo: algunas pacientes describen como un factor positivo la pérdida de la menstruación. Estas creencias positivas acerca del trastorno serían un factor clave en el mantenimiento de la AN (Schmidt y Treasure, 2006). Por otra parte, los aspectos del trastorno que eran valorados negativamente por las pacientes también se clasificaron en 10 anti-temas: 1. Fingir: El trastorno les “engaña” haciéndose pasar por sus amigos, haciendo falsas promesas. 2. Social: Les hace perder su vida social. 3. Salud: entre otros problemas, sobre todo les disgusta los problemas de esterilidad que les ocasiona el trastorno. 4. Emociones: Les incapacita el sentir emociones, y algunas lo valoran negativamente. 5. Apoderarse: algunas pacientes describen que el trastorno se ha adueñado de ellas, han perdido el control de su vida e incluso la gente ya no la ve a ella, sino a su trastorno. 6. Odio: Sentimientos de odio hacia el trastorno y de lucha

contra él. 7. Comida: Algunas pacientes describen estar agotadas de pensar o sentirse bajo control de la comida todo el tiempo. Consideran que tienen cosas más importantes en las que pensar. 8. Pérdida: se refiere a la pérdida tanto de tiempo como de su vida. 9. Psicológico: ocasiona síntomas de depresión y mal humor. 10. Otros: Algunas pacientes se lamentan del daño que el trastorno ocasiona a sus seres queridos.

Otra aproximación a la evaluación de la motivación en las pacientes es la desarrollada por Gale, Holliday, Troop, Serpell, y Treasure (2006), construyeron un cuestionario que valoraba los pros y contras del TA identificados por las pacientes tanto con AN como con BN (*Pros and Cons of Eating Disorders Scale; P-CEN*). Tras analizar los resultados en pacientes con AN y BN, encontraron diferencias entre subtipos. Mientras que lo más valorado del TA por las pacientes con AN era la seguridad, la estructuración y el hecho de sentirse especiales, en la BN era el hecho de poder comer y mantenerse delgadas. Los autores concluyeron que la ambivalencia hacia el trastorno podría estar asociada al grado en el que los pro-temas eran valorados.

Respecto a la motivación, y de manera similar a los trastornos adictivos, en los TA se pueden identificar a lo largo del desarrollo de la patología las fases de motivación al cambio definidas por Prochaska y DiClemente (1982): Precontemplación, el paciente no admite que tiene un problema; Contemplación, admiten que tienen un problema pero están ambivalentes respecto a si quieren o no cambiar; Decisión, están decididos a cambiar, pero todavía no han comenzado el proceso; Acción, cuando comienza el cambio; Mantenimiento, se ha logrado el cambio; y Recaída. Este modelo está asociado al desarrollo de la llamada Entrevista Motivacional (*Motivational Interviewing -MI-*) una aproximación para superar la resistencia al cambio (Miller y Rollnick, 2002) que dada la elevada tasa de abandonos en terapia de las pacientes con TA (K. A. Halmi et al., 2005), ha sido aplicado a estos trastornos, tanto en pacientes como en cuidadores y familiares de pacientes, con resultados prometedores (p. ej. Cooper et al., 2009; Price-Evans y Treasure, 2011; Treasure y Ward, 1997; Treasure y Schmidt, 2001; Waller et al., 2007).

Son varios los instrumentos creados específicamente para la evaluación de la motivación en las pacientes con TA con los que se han llevado a cabo los estudios en estas pacientes, por ejemplo el *Anorexia Nervosa Stages Of Change Questionnaire* (ANSOCQ; Rieger, Touyz, y Beumont, 2002), el *Bulimia Nervosa Stages Of Change Questionnaire* (BNSOCQ; Martínez et al., 2007), el *Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder* (MSCARED; Gusella, Butler, Nichols, y Bird, 2003), la escala *Decisional Balance* (DB; Cockell, Geller, y Linden, 2002), y el *Attitudes Towards Change in Eating Disorders* (ACTA; Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003).

Los estudios llevados a cabo sobre la motivación al cambio en pacientes alimentarias indican que las creencias positivas sobre los TA varían, disminuyendo conforme se avanza en las fases de cambio (Blake, Turnbull, y Treasure, 1997; Rieger et al., 2002). Además, parece que la motivación de las pacientes es diferente a través de los subtipos, y los diferentes síntomas (Casasnovas et al., 2007; Geller, Zaitsoff, y Srikameswaran, 2005), así es más probable que las pacientes con AN estén en una fase de *Precontemplación* o *Contemplación* cuando llegan a la clínica, a diferencia de las pacientes con BN que será más probable que se encuentren en la fase de *Acción* (Blake et al., 1997; Ward, Troop, Todd, y Treasure, 1996). Por otra parte, las pacientes en fase de *Acción* cuando comienzan el tratamiento parece que consiguen establecer una mejor alianza terapéutica y lograr una mayor mejoría en los síntomas de atracón que los pacientes que comienzan la terapia en la fase de *Contemplación* (Franko, 1997; Treasure et al., 1999). En un estudio longitudinal con adolescentes con BN se observó que la motivación al cambio predecía la mejoría en la escala de Bulimia y en los atracones (Castro-Fornieles et al., 2011).

Varios autores señalan que la preparación para el cambio en las pacientes con TA presenta oscilaciones, no sólo entre las sesiones, sino incluso dentro de una misma sesión, por lo que las medidas sofisticadas de motivación al cambio puede que tengan más utilidad con fines de investigación que clínicos (Treasure y Schmidt, 2001; Waller et

al., 2007). Sin embargo, sí que es importante que el terapeuta tenga la habilidad de reconocer la fase de cambio en la que se encuentra la paciente, ya que como señalan Treasure y Ward (1997) habrá que adecuar el tratamiento al ritmo de la paciente, y avanzar cuando esté preparada para la acción, para que no se sienta frustrada.

Egodistonia en el TOC

Como se ha podido comprobar, un aspecto definitorio de los TA y que lo distingue de otros trastornos mentales es la cualidad egosintónica. En contraposición encontramos el TOC, en el que ya desde los primeros intentos de definir las obsesiones, éstas se han caracterizado por su egodistonia (p. ej. Clark, 2004b; Rachman y Hodgson, 1980).

Respecto al TOC, en el capítulo 3 se ha visto que son varios los autores que enfatizan en sus teorías el hecho de que la persona interprete el contenido de sus pensamientos como relevantes para el sí mismo o como teniendo un significado personal. Entre otros encontramos a Rachman (1997; 1998) y Salkovskis (1985; 1999), pero también otros autores como Guidano y Liotti (1983), y propuestas más recientes que destacan la importancia del Yo en el TOC como la de Aardema y O'Connor (2007), Rowa y colaboradores (2003; 2005), y Doron y Kyrios (2005).

Comenzando por orden cronológico, encontramos la propuesta de Guidano y Liotti (1983). Estos autores sugirieron que la identidad de los pacientes con TOC está escindida, fruto de esquemas emocionales donde autoimagen y figuras de apego tienen características opuestas. La persona sostiene de manera rígida dos maneras contrapuestas de ver el mundo, y escoge un modo que piensa que es el único verdadero, en contraposición al negativo que habrá que evitar a toda costa para lograr la perfección. El sí mismo real se construye como lo opuesto al sí mismo ideal. La identidad de la persona es ambivalente, y valorada como imperfecta, por lo que tendrá que luchar para lograr la perfección. Las obsesiones activarían precisamente la

ambivalencia del Yo, resultando de esta manera, altamente molestas. Así, las compulsiones se pondrán en marcha en un intento de disminuir la sensación de ambivalencia y establecer el *Yo ideal*.

Tanto Salkovskis (1985, 1999) como Rachman (1997, 1998), y Purdon y Clark (1999; 2004b) hablan del significado personal que se le atribuye a los pensamientos como un factor crucial en la génesis y mantenimiento del TOC. En el momento en el que la persona valora el pensamiento como incongruente con su sistema de valores, o como revelando algún aspecto importante del sí mismo, se le prestará una mayor atención a ese pensamiento, lo que aumenta su saliencia y el malestar que provoca. Rachman en concreto, señala que los pacientes con TOC interpretan sus obsesiones como reveladoras de algún aspecto oculto y malvado de su sí mismo, como inmoral, malvados, o peligrosos, y temen ser capaces de actuar en la vida real en el sentido de ese *Yo temido*. En resumen, cuanto más egodistónico sea un pensamiento mayor probabilidad tendrá para convertirse en una obsesión. Purdon y Clark (1999) apuntan a la egodistonia como una variable crucial en la conceptualización de las obsesiones y las definen de la siguiente manera: *“Las ideas obsesivas son inconsistentes con la visión del sí mismo, con las propias creencias. Además son inconsistentes con el tipo de pensamientos que uno suele tener o cree que debiera tener, y por ello representa una amenaza a la autoimagen”*. Morillo (2004) realiza una matización a estos autores, y plantea que la egodistonia en el TOC no siempre estará relacionada con el contenido del pensamiento. En ocasiones la egodistonia vendrá dada por la excesiva frecuencia/interferencia de la obsesión. Como ejemplifica la autora, sería el caso de ideas obsesivas con un contenido no muy extraño, como por ejemplo el impulso a colocar algo “en su sitio”, en los que el contenido podría llegar a ser egosintónico por estar acorde con sus valores (p. ej. pulcritud). Así, desde su punto de vista, en este caso la egodistonia tendría que ver más con cómo se experimenta un pensamiento y el estado de ánimo que de él se deriva, que con el contenido del mismo.

Aardema y O'Connor (2007) proponen un modelo sobre el TOC en el que la egodistonia sería el componente principal. Definen el concepto de *discordancia subjetiva* como el grado en que el paciente valora que su obsesión es disonante con su carácter, tendencias o motivaciones. Por el contrario, la *discordancia objetiva* sería lo cierto o falso sobre la concordancia independientemente de la valoración de la persona. Describen un modelo muy interesante basado en la inferencia para explicar el origen de las obsesiones de contenido sexual, blasfemo y de agresión. Los pacientes con este tipo de obsesiones estarían demasiado focalizados en un *Yo como podría ser*, en lugar de centrarse en el *Yo como es*. El origen podría estar en procesos imaginativos patológicos, y experiencias u otros factores del desarrollo que llevarían a la persona a un sentido del *Yo como es* insuficientemente desarrollado, y a definirse sobre la base de un *Yo como podría ser*. Estos autores, además, señalan que la egodistonia de las obsesiones puede variar entre individuos y a través de situaciones. Ponen el ejemplo de un paciente que puede reconocer en terapia que sus obsesiones son egodistónicas, pero llegar a evaluarla como completamente egosintónica en situaciones relevantes para la obsesión.

Otra perspectiva interesante y que puede ayudar a entender las diferencias entre obsesiones e intrusiones alimentarias, es la de Rowa y colaboradores (Rowa y Purdon, 2003; Rowa et al., 2005). Plantean que en los modelos cognitivos que destacan el papel de las valoraciones sobre los pensamientos, quedaría por esclarecer por qué las personas toman sólo ciertos pensamientos y obsesiones como objeto de estas valoraciones y no otros. *¿Es algo que ocurre por azar?* Estos autores señalan que el contenido de las intrusiones será crucial a la hora de valorarlo. Concretamente, un pensamiento será más molesto en la medida en el que éste contradiga atributos del sí mismo considerados importantes para la persona. Además plantean que las personas con menos confianza en el sentido del sí mismo, o en las que su Yo se basa en un número limitado de atributos, es más probable que tenga dificultades en ignorar los pensamientos que entren en contradicción con el sí mismo. Por otra parte, señalan que el contexto en el que aparecen los pensamientos también es relevante. Así, será más

probable que un pensamiento sea objeto de valoraciones disfuncionales cuando la persona esté atravesando por una época con preocupaciones o con circunstancias vitales específicas, como tener problemas en el trabajo, o tener que tomar decisiones vitales relevantes.

Finalmente, es interesante exponer la crítica que realizan Doron y Kyrios (2005; Doron, Kyrios, Moulding, Nedeljkovic, y Bhar, 2007) a los modelos cognitivos sobre el TOC. Estos autores indican que los modelos cognitivos se basan en aspectos sobre el mantenimiento y la exacerbación del trastorno, dejando de lado aspectos acerca de la vulnerabilidad desde una perspectiva del desarrollo, y además también se deberían de tener en cuenta las múltiples facetas del sí mismo. Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre el TOC, estos autores plantean que sería interesante estudiar el papel que juegan las representaciones del sí mismo y del mundo en la psicopatología obsesiva. Además, estas representaciones internas han demostrado estar asociadas a determinados estilos de crianza, por lo que su estudio quizá también podría resultar de interés para conocer más profundamente las estructuras afectivo-cognitivas del TOC y ayudar a determinar la vulnerabilidad del trastorno. Los autores plantean que las personas con TOC tendrían unos dominios sensibles del sí mismo que la persona valora como importantes y que se siente incompetente en ellos. Señalan que son tres los dominios más relevantes en el TOC: moralidad, competencia en el trabajo, y aceptación social, siendo la moralidad la que parece más relevante en la patología TOC (Doron et al., 2007).

¿Son los síntomas de los TA completamente egosintónicos y los síntomas de los TOC completamente egodistónicos?

Como hemos visto, la manera en la que la paciente con TA valore sus síntomas dependerá de una serie de factores. Variables como la gravedad, la cronicidad, y la propia naturaleza de los síntomas serán factores que harán que la

paciente valore sus síntomas de determinada manera. Es común observar en la clínica que las pacientes con un TA grave valoren positivamente incluso los síntomas desagradables del trastorno. El hambre se convierte en una señal de victoria y el no ceder a las necesidades corporales su mayor virtud. Se sienten orgullosas y superiores, el estar tan delgada les convierte en seres extraordinarios, y no les interesa relacionarse con la gente ordinaria (Bruch, 1978). Síntomas como el mareo, el hambre o las dificultades de concentración son interpretadas como una señal de control sobre la comida, su cuerpo y su peso, siendo un aspecto clave en el mantenimiento de los TA (Fairburn et al., 1999b). Vitousek, Watson y Wilson (1998) señalan que a pesar de la ambivalencia que puedan experimentar en algunos momentos, las pacientes *“se sienten mejor cuando pierden peso, y se sienten peor cuando lo ganan... Es inconcebible que la búsqueda de la delgadez sea el foco de su malestar, cuando toda su experiencia sugiere que debe ser parte de la solución”* (p. 394).

Pese a esto, es cierto que en ocasiones las pacientes se sienten desesperadas y acuden a consulta, y aunque en principio puede pensarse que desean recuperarse, en muchos casos no están dispuestas a aumentar ni un gramo de peso, en realidad no desean hacer ningún cambio sustancial. Les molesta haber perdido su trabajo, a sus amigos, o les pesa el daño que ocasiona su enfermedad a la familia. Sin embargo, sí que existen determinados síntomas del trastorno que incomodan especialmente a las pacientes. Shafran, Fairburn, Nelson y Robinson (2003) plantean que la naturaleza de los síntomas podría jugar un papel importante en el hecho de valorarlos positivamente. Por ejemplo, el sentir frío puede valorarse positivamente porque puede interpretarse como una evidencia directa del control sobre el peso o de la delgadez, en cambio, la baja autoestima no proporciona información evidente de que la paciente esté logrando su meta, y no se valorará de manera positiva.

Por lo que respecta a los pensamientos intrusos que experimentan las pacientes de manera continua sobre el peso, la comida y la figura, ¿son también valorados de manera positiva como otros de sus síntomas? No son muchos los estudios

dirigidos en este sentido, pero es fácil pensar que a diferencia del hambre o de la pérdida de peso, las intrusiones mentales no son una señal directa de que están consiguiendo el control, sino todo lo contrario, las pacientes describen una sensación de falta de control sobre sus propios pensamientos. Además, la propia naturaleza intrusa y la frecuencia de estos pensamientos los convierte en molestos, y en algunos estudios se ha observado que las pacientes llegan a sentirse “inundadas” por sus pensamientos sobre la comida sin dejarles centrarse en otras actividades o pensamientos (Woolrich et al., 2008). Fairburn (2008) señala que los pensamientos sobre la comida y la ingesta son una de las consecuencias negativas provocadas por la dieta puesto que interfieren en la vida diaria de las pacientes, no dejándoles concentrarse en la lectura, conversaciones con los demás, o distrayéndoles cuando ven la televisión. Por eso, Fairburn plantea la utilidad de que el terapeuta resalte este aspecto negativo a las pacientes para que sean conscientes de las implicaciones que conlleva el hacer dieta. No obstante, y a pesar de lo aversivo que les resultan sus pensamientos repetitivos, aunque puede que no sean valorados positivamente, las pacientes puede que sí consideren que sus pensamientos están cumpliendo una función motivacional, puesto que “gracias” a ellos no se olvidan ni se “desvían” de su meta: el control sobre su cuerpo, y este aspecto es valorado, si no como algo positivo, al menos como una ventaja (Woolrich et al., 2008).

Este planteamiento, de una manera esquemática, sería el siguiente:

Hambre → evidencia de control sobre la comida y el cuerpo

Mareo → evidencia de control sobre la comida y el cuerpo

Intrusiones mentales → Función motivacional. Útiles para lograr o mantener el control sobre la comida y el cuerpo.

Si tratamos de caracterizar los pensamientos de las pacientes con TA en base la definición de egodistonia planteada por Purdon y colaboradores (2007) presentada anteriormente, podría pensarse que respecto a los dos primeros factores (*consistencia con la moral, creencias, valores, y con las preferencias y conducta pasada*), los pensamientos intrusos en los TA sería egosintónicos, puesto que sí son consistentes

con sus valores, conducta y preferencias. Sin embargo, respecto a los otros dos factores (*consistencia con la racionalidad, reacción emocional y resistencia*) no está del todo claro cómo sería valorados. Una posibilidad sería que las pacientes valoraran sus pensamientos como racionales, sin llegar a ocasionar una reacción emocional negativa en las pacientes, ni de que estas trataran de resistirse a los pensamiento, o por el contrario, podrían en un momento dado llegar a admitir o valorar sus pensamientos como irracionales, y que éstos les causaran malestar por sus consecuencias emocionales o por su cualidad invasiva.

Respecto al TOC, en la definición amplia de egodistonía de Purdon et al. (2007) recogen un aspecto importante, que ya destacó Morillo (2004), y es el hecho de que un pensamiento puede ser sintónico con algunas partes valoradas del sí mismo, pero distónico con otras. Los autores ponen el ejemplo de los pacientes con obsesiones de transmisión de contaminación que actúan para proteger a sus seres queridos. En este caso el contenido no es extraño, lo que resulta contradictorio con el sentido de racionalidad del Yo es lo excesivo de la preocupación. Por otra parte, añaden otro caso de egodistonía, donde una persona puede valorar un pensamiento como contrario a su Yo, pero consistente con su conducta y preferencias pasadas (p. ej. Los pensamientos de un pedófilo que no quiere ser pedófilo). Además, un pensamiento que se da de manera repetida a través del tiempo, puede pasar de experimentarse como inesperado, a ser valorado como absolutamente normal, incluso haber originado un cambio en el sentido del sí mismo para acomodarse al pensamiento. Purdon y colaboradores plantean que la relación entre la egodistonía y la gravedad de los síntomas en el TOC podría no ser lineal. De hecho, empleando su cuestionario de egodistonía (*Ego-Dystonicity Questionnaire- EDQ*) encontraron una relación inversa entre el factor *Inconsistencia con la moral* y los síntomas TOC evaluados con la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*. Así, la egodistonía podría ser un factor de vulnerabilidad en un inicio, pero servir como un factor de protección a lo largo del tiempo, manteniendo la creencia de que el pensamiento es ajeno al Yo. En cambio, una baja puntuación de

egodistonía se asociaría a la egosintonía y a la ideación sobrevalorada, haciendo el trastorno más resistente al tratamiento.

Lee y Kwon (2003) diferenciaron entre dos tipos de obsesiones en función de su contenido, de la cualidad egodistónica, de los estímulos que la provocan y las respuestas con las que se hace frente a las mismas. Por una parte estarían las obsesiones *autógenas*, que agrupan los contenidos de sexo, agresión y pensamientos o impulsos inmorales; mientras que las obsesiones *reactivas* versarían sobre dudas, contaminación, simetría, y pérdida. Las obsesiones reactivas se diferenciarían de las autógenas por ser valoradas como más realistas y racionales, y menos egodistónicas. Además, los estímulos que las desencadenan serían identificables, y las estrategias de control tendrían una asociación lógica con la obsesión (p. ej. obsesión de contaminación → compulsión de limpieza). Tal y como Doron y Kyrios (2005) señalan, el planteamiento de estos autores parece sugerir que es el grado de inconsistencia con el sí mismo el que determinará las consecuencias que conlleva la obsesión. Además, como hemos visto anteriormente, Aardema y O'Connor (2007) plantean que la egodistonía puede variar entre pacientes, y en un mismo paciente puede variar en función de la situación en la que se encuentre.

En definitiva, lo que parece estar claro es que el concepto de egodistonía no es dicotómico, ni debería reducirse al contenido del síntoma. Y en este sentido, el estudio de la egosintonía y egodistonía desde una perspectiva amplia y multidimensional, como la planteada por Purdon et al. (2007), puede ayudar a esclarecer la naturaleza de los pensamientos intrusos presentes en las pacientes con TA y las obsesiones de los pacientes TOC. Asimismo, la comparación entre ambos podría aportar una visión diferente a la relación entre estos trastornos.

5. SUMMARY & FUTURE CONSIDERATIONS- CHAPTER 4

The role of the Self in ED has been studied throughout history, beginning with insights from psychodynamic perspectives by authors such as Bruch (1973) or Crisp

(1980). In 1987, Higgins developed *The Discrepancy Theory of the Self*, in which the Self is divided into the *Actual Self*, the *Ideal Self*, and the *Ought Self*. This theory has been reformulated by several authors (e.g. Markus & Nurius, 1986; Ogilvie, 1987) and applied to eating psychopathology (e.g. Bessenoff & Snow, 2006; Szymansky & Cash, 1995). With the arrival of the cognitive stream, the Self regained importance in the theories of the ED, and from the first cognitive models, some authors placed importance on the Self in the development of AN and BN, for example, Garner and Bemis (1982), Vitousek and Hollon (1990), and Guidano and Liotti (1988). Currently, there are two models of ED that emphasize the importance of early maladaptive schemas: the adaptation of the *Young Schema Theory* to the conceptualization of the ED by Waller and colleagues (2007), and the *Cognitive Theory* proposed by Cooper and colleagues (2000, 2004). According to these theories, not only the attitudes and beliefs toward weight and shape are relevant, but also the negative schemes about the Self are necessary to explain the development and maintenance of the ED.

In today's society, appearance has taken on too much importance in the evaluation of the Self, where the case of ED patients would represent the pathological end of a continuum. Some authors hypothesize that the development of ED has its origin in an undeveloped or empty Self (e.g. Bruch, 1973; Shaker, 2007). From this perspective, the ED provides the person with a sense of identity, and some patients come to define their disorder as an option, a lifestyle. We propose that this egosyntonicity is what fundamentally differentiates the ED from OCD. However, it has been suggested that egosyntonicity and egodystonicity of symptoms could vary in both disorders over time, and be related to the motivation to change. In this sense, the study of egosyntonicity and egodystonicity of IT in ED and obsessions in OCD from a multidimensional perspective, like the one proposed by Purdon et al. (2007), could help in the characterization of these disorders, and moreover, provide data which could aid in clarifying the apparent relationship between them.

MARCO EMPÍRICO

OBJECTIVES

The current study was designed to increase the understanding of the relationships between ED and OCD. We have two main objectives:

First, to examine the egosyntonicity and egodystonicity related to the unwanted intrusive cognitions. Second, to analyze core beliefs and metacognitions associated with unwanted intrusive cognitions, and their relationships with the egosyntonicity and egodystonicity caused by these intrusions.

These two objectives will be studied in ED patients, subjects highly vulnerable to ED or OCD (subclinical), and non-clinical individuals.

In order to achieve these objectives, three consecutive studies were planned:

Study 1: Construction and validation of a self-report instrument to assess the dimensionality of egosyntonicity and egodystonicity of mental intrusions, adapted to eating and obsessive content.

Toward this aim, the following tasks were carried out:

- Translation into Spanish and back-translation into English of the *Ego-Dystonicity Questionnaire* (EDQ), so that it can be applied to Spanish populations.
- Construction of the Ego-Syntonicity Questionnaire (ESQ). The items on the EDQ were reworded with their opposite meanings. In doing so, some amendments to the original writing of the EDQ were then made to enhance the understandability of the items with their two contrasting meanings.
- Analyses of the factorial structure of both questionnaires using Exploratory and Confirmatory Analysis.
- Study of psychometric properties of both questionnaires as well as the relationship between them.

Study 2: Analysis of egosyntonicity and egodystonicity of intrusive thoughts in ED patients, subclinical ED and OCD individuals, and non-clinical people. (Objective 1).

This study is divided into three objectives:

Objective 1.1 Characterization of egosyntonicity and egodystonicity of eating-related intrusive thoughts in ED patients, ED-recovered individuals, subclinical ED individuals, and non-clinical people. The differences among groups will be examined.

Objective 1.2 To analyze the relationships between egosyntonicity/ egodystonicity, psychopathology indicators, and variables associated with eating-related intrusive thoughts: frequency, emotional consequences, dysfunctional appraisals and control strategies.

Objective 1.3 To carry out a preliminary analysis of egosyntonicity/ egodystonicity in OCD subclinical people in comparison to ED subclinical people.

Study 3: Analysis of core beliefs and metacognitive beliefs associated with OCD and their relationship with eating-related intrusive thoughts in ED patients, people at high risk for an ED and OCD, and non-clinical people. (Objective 2).

Two objectives are derived from this study:

Objective 2.1 To describe and analyze the differences between the core beliefs in ED patients, subclinical ED and OCD people, and the non-clinical population. Analysis of the relationships between core beliefs and variables related to intrusive thoughts.

Objective 2.2 To analyze metacognitive beliefs in ED patients, subclinical ED and OCD people, and a non-clinical population, and their relationship with variables related to intrusive thoughts and core beliefs.

PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

En el presente apartado se describen las diferentes muestras recabadas para el desarrollo de los objetivos. Para la realización del Estudio 1 se contó con la participación de población general sin trastorno mental. Respecto a los estudios 2 y 3, las muestras fueron de población clínica, de pacientes con TA, mujeres recuperadas de un TA, además de un grupo de mujeres con riesgo de padecer un TA, y un grupo de personas con riesgo de padecer un TOC, ambos extraídos de la muestra de población general. Previamente a la recogida de datos, el estudio recibió la aprobación de los correspondientes comités éticos de la Universidad de Valencia, Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital Universitario de la Ribera, Hospital de San Juan de Alicante y King's College de Londres (PNM/09/10-13).

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los participantes debían de ser capaces de leer y comprender las instrucciones y los ítems de los diferentes cuestionarios. En cuanto al grupo de población general, los participantes debían de tener una edad comprendida entre los 16 y 50 años, no haber recibido ningún diagnóstico de trastorno mental, o estar bajo tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el último año. Respecto a la muestra clínica, se consideraron criterios de no inclusión los siguientes: edad menor de 16 años, y diagnóstico o presencia de síntomas psicóticos o de trastornos de personalidad del grupo A del DSM-IV-TR (paranoide, esquizoide y esquizotípico). Además, los diagnósticos de TA debían de ser el diagnóstico principal en cada uno de los casos, no incluyéndose pacientes con TA que presentaran diagnóstico adicional de TOC para evitar que los datos obtenidos estuvieran influidos por el diagnóstico de este trastorno. No obstante, no se excluyeron pacientes con síntomas aislados de TOC o con rasgos y/o diagnóstico de TOCP.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

2.1 MUESTRA DE LA POBLACIÓN GENERAL

A continuación se describen las distintas muestras recabadas de la población general. Tanto para la muestra española como para la inglesa se recurrió a diversas fuentes para solicitar la colaboración en el estudio. En el caso de Valencia se pidió la participación a un grupo de alumnos de la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia) como se describe a continuación, y en el caso de la muestra inglesa se envió un correo electrónico general a todos los alumnos del King's College para solicitar su colaboración. Además, en ambos países se repartieron pósters por las Facultades y los alrededores, y se publicaron anuncios en revistas (véase Anexo).

Población general española- Estudio 1

Se contó con la participación de 398 personas, hombres y mujeres de nacionalidad española, de los cuales se excluyeron 49 personas (12,31%), 12 (3,01%) por informar trastorno mental, tomar medicación psicofarmacológica o presentar puntuaciones excesivamente elevadas en el BDI y BAI, 5 (1,25%) por tener un IMC menor de 18 y 4 (1%) superior a 35, otras 5 personas (1,28%) por no haber completado correctamente los cuestionarios, y 23 (5,78%) por no haber tenido intrusiones mentales en los últimos 3 meses. Tras haber eliminado estos participantes, la muestra final se compuso de un total de 349 personas (234 mujeres, 65%) con una edad media de 23,34 años (DT= 4,60). La mayoría de la muestra estaba soltera en el momento del estudio (86,8%), tenían un nivel socio-económico medio (70,2%) y cursaban o habían alcanzado estudios superiores o universitarios (79,9%). El IMC medio de los participantes era de 22,58 (DT= 2,96). Véase Tabla 1 para más detalle.

Aunque también se emplearon otros medios, para la recogida de la gran mayoría de muestra se empleó el método de bola de nieve. Se ofreció a los alumnos de 4º curso de Psicopatología General de la Facultad de Psicología (Universidad de

Valencia) en el curso 2009/2010 la participación totalmente voluntaria en una investigación, por la cual recibirían una subida de un punto en la nota final siempre y cuando estuviera la asignatura aprobada, y además la asistencia a un seminario de investigación. A los alumnos que aceptaron participar se les citó en una primera sesión en la que completaron la totalidad del protocolo en presencia de la doctoranda y otra investigadora de nuestro grupo. Ambas dieron las explicaciones oportunas para cada cuestionario y resolvieron las dudas que se presentaron. En la siguiente sesión, que tuvo lugar dos semanas después, los asistentes completaron primero de nuevo 2 de los cuestionarios (CES y CED) con la finalidad de tomar una medida re-test de ambos. A continuación se explicó la finalidad de cada uno de los cuestionarios que habían completado en la sesión anterior y se dieron las instrucciones para que realizaran el pase de los mismos a 4 familiares o amigos. Tras la explicación se impartió el seminario de una hora y media en la que se expuso la relación entre los TA y el TOC de manera sencilla. Los cuestionarios de la batería administrada a la población general se detallan en el apartado de instrumentos.

Muestra subclínica de TA- Estudios 2 y 3

De la muestra de población general española del Estudio 1 que se acaba de describir se extrajo, con las puntuaciones del EAT, una sub-muestra de mujeres con un elevado riesgo de padecer un TA. Esta muestra estuvo compuesta por 12 mujeres, con una edad media de 21 años, y un IMC de 22,85. Todas ellas solteras, y la mayoría con estudios superiores (75%) y un nivel socio-económico medio (58,3%). En la Tabla 1 se detallan los datos sociodemográficos. De esta sub-muestra se excluyó a los hombres y a quienes presentaban un elevado riesgo de padecer un TOC.

Muestra subclínica de TOC- Estudios 2 y 3

De la misma forma que con el grupo de población subclínica de TA, desde la población general del Estudio 1 se obtuvo con el CBOCI una muestra de personas con elevado riesgo de padecer un TOC. Para esta muestra se decidió dejar a los hombres

para mantener la proporción que se observa en la clínica, y se excluyó a las personas que también presentaban riesgo elevado de padecer un TA. Así, este grupo se compuso por 18 personas, de los cuales 7 eran hombres (38,9%) y 11 mujeres (61,1%), con una edad media de 21 años, y un IMC de 22,13. Todos estaban solteros, y la mayoría tenían un nivel socio-económico medio (72,2%) y estudios superiores (72,2%). Los datos detallados se presentan en la Tabla 1.

Población no clínica- Estudios 2 y 3

Para el Estudio 2, y con el propósito de comparar la muestra clínica compuesta por mujeres con TA inglesas y españolas, con mujeres sin riesgo de TA, se contó con la participación de 50 mujeres de nacionalidad española (n=28) e inglesa (n=22). La edad media de estas mujeres fue de 23,68 años (D.T.= 4,25), y un IMC de 21,83 (D.T.= 2,67). La mayoría estaban solteras (82%), tenían un nivel socio-económico medio (76%), y cursaban o habían superado un nivel superior de estudios (96%). En la Tabla 1 se presentan los datos de manera detallada.

Respecto al Estudio 3, sólo contamos con población clínica de nacionalidad española puesto que ni la muestra no clínica inglesa ni las pacientes inglesas completaron los cuestionarios pertinentes para este objetivo. Por este motivo, en la muestra de población no clínica de comparación en el Estudio 3 no incluimos a las mujeres de nacionalidad inglesa y sólo utilizamos los datos del grupo de mujeres no clínicas españolas, que describimos a continuación.

Población no clínica española:

Para mantener la proporción aproximada de 60-40 que había respecto a la nacionalidad en la muestra clínica, como se verá más tarde, y dado que contamos con una muestra de 22 mujeres sin riesgo de TA de nacionalidad inglesa, decidimos seleccionar 28 mujeres sin riesgo de TA ni de TOC de la muestra de la población general del Estudio 1 con características sociodemográficas similares a la muestra no

clínica inglesa. Así, esta sub-muestra se compuso de 28 mujeres con una edad media de 21,93 años (D.T.= 2,11), y un IMC de 21,38 (D.T.= 2,62). Además, la mayoría estaban solteras (92,9%), tenían un nivel socio-económico medio (78,6%), y habían superado o cursaban estudios superiores (96,4%). Como se ha comentado anteriormente, esta muestra de nacionalidad española es la que se empleó para el Estudio 3. Véase Tabla 1 para información más detallada.

Población no clínica inglesa:

La gran mayoría de la muestra de población no clínica inglesa fue recabada por medio de un correo electrónico que fue enviado a todos los estudiantes del King's College de Londres en el que se pedía la participación en tres estudios sobre trastornos alimentarios con una remuneración de 20 libras. Las personas que se interesaron por participar fueron citadas para completar la entrevista de la SCID con una de las investigadoras (*E. Eshkevari*). Una vez descartada la presencia de trastorno mental, completaron uno de los estudios y eran citadas para una segunda sesión en la que realizarían los dos estudios restantes con un orden aleatorio. Dado que el otro estudio tenía una duración aproximada de dos horas, por cuestiones éticas los participantes completaron una batería de cuestionarios reducida compuesta por el INPIAS, CES, CED-R, EAT, y CBOCI. Participaron un total de 22 mujeres con una edad media de 25,91 años (D.T.= 5,20; Rango: 19-37), y un IMC de 22,40 (D.T.= 2,69; Rango: 18,61-27,94). La mayoría estaban solteras (68,2%), tenían un nivel socio-económico medio (72,7%) y habían superado o cursaban estudios superiores (95,5%).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de las muestras de población general.

		<i>Población general</i>	<i>Población subclínica TA</i>	<i>Población subclínica TOC</i>	<i>Población no-clínica</i>	<i>Población no clínica</i>
Estudio		1	2 y 3	2 y 3	2	3
N		349	12	18	50	28
Procedencia		España	España	España	España/ Inglaterra	España
Edad	Media (DT)	23,34 (4,60)	21,08 (1,24)	20,94% (1,43)	23,68(4,25)	21,93(2,11)
	Rango	16-42	18-23	18-23	19-37	20-30
IMC	Media (DT)	22,58 (2,96)	22,84 (2,86)	22,13 (2,46)	21,83(2,68)	21,38(2,62)
	Rango	18,01-33,91	18,56-27,34	18,51-28,37	18,07-28,58	18,07-28,58
Estado civil	Soltero	86,8% (303)	100% (12)	100% (18)	82% (41)	92,9% (26)
	Divorciado/ separado/viudo	0	0	0	0	0
	Casado	7,2% (25)	0	0	8% (4)	3,6% (1)
	Vive en pareja	6% (21)	0	0	10% (5)	3,6% (1)
Nivel socio-económico	Bajo	2,3% (8)	8,3% (1)	5,6% (1)	2% (1)	0
	Medio-bajo	14% (49)	16,7% (2)	16,7% (3)	14% (7)	14,3% (2)
	Medio	70,2% (245)	58,3% (7,4)	72,2% (13)	76% (38)	78,6% (22)
	Medio-alto	13,2% (46)	16,7% (2)	5,6% (1)	8% (4)	7,1% (2)
	Alto	0,3% (1)	0	0	0	0
Nivel de estudios	Primarios	5,4% (19)	0	0	0	
	Medios	14,6 % (51)	25% (3)	27,8% (5)	4% (2)	
	Superiores	79,9% (279)	75% (9)	72,2% (13)	96% (48)	

IMC: Índice de Masa Corporal; DT: Desviación Típica; Los datos de las variables sociodemográficas entre paréntesis corresponde al n.

2.2 MUESTRA DE PACIENTES CON TA.

En este punto se describen las muestras clínicas de pacientes con TA de los estudios 2 y 3.

PACIENTES CON TA-ESTUDIO 2

Para el Estudio 2 contamos con la participación de un total de 106 pacientes con un diagnóstico principal de TA. De ellas, 24 tenían diagnóstico de ANR, 12 de ANP, 16 de BNP, 5 de BN no purgativa, 32 de TCANE tipo restrictivo, 14 de TCANE tipo purgativo, y 3 de trastorno por atracón. En conjunto, la edad media de las pacientes fue de 27,36 años (D.T.= 9,85; Rango: 16-58). El IMC medio fue de 19,27 (D.T.= 3,58; Rango: 12,58-31,62). La mayoría estaban solteras (75,5%), tenían un nivel socio-económico medio (68,9%), y estudios superiores (61,3%). Gran parte de las pacientes recibía en el momento de la evaluación tratamiento ambulatorio (78,3%), y el resto no recibía ningún tipo de tratamiento, aunque algunas pasaron a recibirlo tras la evaluación. Ninguna paciente se encontraba ingresada en el momento del estudio. La media de los años de evolución del trastorno en el conjunto de las pacientes fue de 9,36 (DT: 9,46; Rango: 1-41), y la edad media de aparición del trastorno fue de 17,95 años de edad (D.T.= 5,68; Rango: 8-40). Respecto a la comorbilidad con otros trastornos se pudo recabar información de 85 de las 106 pacientes. De esas 85 pacientes, 48 presentaban un trastorno comórbido de eje I o II. Sobre todo destacó el diagnóstico de depresión mayor, presente en 13 pacientes, 4 de distimia, y 7 pacientes con trastornos de ansiedad diferentes al TOC. Además, dos pacientes presentaban un trastorno adaptativo en el momento del estudio. También cabe señalar que 6 pacientes presentaban síntomas aislados de TOC. En referencia a los trastornos de personalidad, 14 pacientes presentaban diagnóstico de algún trastorno, y 12 presentaban marcados rasgos sin llegar a recibir un diagnóstico. Los tres trastornos de personalidad más frecuentes fueron el TOCP, presente en 4 pacientes, el histriónico, en 3 pacientes, y el límite, diagnosticado en 2 pacientes.

En las Tablas 2 y 3 se presenta información pormenorizada sobre las pacientes en total y agrupadas por diagnósticos a excepción de los subtipos BN no purgativa y trastorno por atracón, ya que por el bajo n no se emplearon como grupos para comparar con el resto de diagnósticos. A continuación se detallan los datos sociodemográficos de las pacientes españolas e inglesas separadamente.

Pacientes españolas con TA:

El grupo de pacientes con TA de nacionalidad española estuvo compuesto por 61 pacientes con una media de 24,26 años de edad (D.T.= 6,93; Rango= 16-43), y un IMC de 19,93 (D.T.= 3,76; Rango: 14,48-31,62). La mayoría estaban solteras en el momento del estudio (80,3%), tenían un nivel socio-económico medio (70,5%), y respecto a los estudios se distribuyeron en primarios (21,3%), medios (37,7%), y superiores (39,3%).

La mayoría de pacientes provenía de los Centros de Salud Mental pertenecientes al Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, y al Hospital Universitario de la Ribera situado en el Centro de Salud de Sueca. Todas las pacientes fueron pesadas y medidas por una enfermera, y completaron una parte de los cuestionarios por medio de una entrevista con la doctoranda o con sus respectivos psicólogos clínicos (S. Fournier, L. Blasco, A. Carrasco, M.A. Beltrán, y M. Simó). Habitualmente el psicólogo clínico informaba a la paciente del estudio que se estaba llevando a cabo, y les entregaba una hoja de información. A las pacientes que accedían a participar se les entregaba una parte del protocolo para que completaran en casa (BDI, BAI, RSE, YSQ, ICO) y se les citaba para una entrevista. En la entrevista, que en la mayoría de los casos fue con la doctoranda, se resolvían en un primer momento las dudas que pudieran tener respecto al estudio y se firmaba el consentimiento informado. A continuación se revisaban los cuestionarios completados por si había alguna duda o pregunta sin contestar y se comenzaba el pase de los otros cuestionarios (INPIAS, CES y CED-R, OVIS, EAT, ACTA y CBOCI) con una duración aproximada de una hora y 15 minutos. Tres pacientes no terminaron el estudio, una de ellas alegó no sentirse

preparada para completar la entrevista, en el caso de la segunda paciente los padres no dieron su consentimiento, y la tercera paciente no quiso completar el estudio por no sentirse cómoda contestando cuestionarios de respuestas cerradas.

Pacientes inglesas con TA:

Las 45 pacientes de nacionalidad inglesa presentaron una edad media de 31,56 años (D.T.= 11,61; Rango: 18-58), y un IMC medio de 18,37 (D.T.= 3,13; Rango: 12,58-26,71). En este grupo también la mayoría de pacientes estaban solteras (68,9%), tenían un nivel socio-económico medio (66,7%), aunque la mayoría cursaban o habían finalizado estudios superiores (91,1%).

Gran parte de las pacientes provenían de una base de datos de pacientes y familiares de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Guy's. Se mandó por correo un total de 400 cartas con una revista con información sobre 3 los estudios que se llevaban a cabo en ese momento en la Unidad y en los cuales podían participar a cambio de una remuneración económica de 30£. Además, en el interior se incluyó el formulario con los datos sociodemográficos, correo electrónico, teléfono, y los cuestionarios EAT y CBOCI, con un sobre con sello para devolver a la Unidad y ponernos en contacto con ellas y pedirles una cita para acudir al Guy's Hospital en dos sesiones de 3 horas cada una en la que completarían los 3 estudios. Además también se pidió la participación por otros medios: 1. Pósters colocados en la Unidad de TA del Guy's Hospital, y en el Psychiatric Institute del King's College (véase ANEXO), 2. A través de la página web de la organización de ayuda a pacientes, familiares y amigos de personas con TA *Beating Eating Disorders* –BEAT- (www.b-eat.co.uk), y 3. Solicitando la participación directamente a las pacientes que acudían a consulta con la doctora J. Treasure a la Unidad del Guy's Hospital. De las 45 pacientes con las que finalmente se ha contado para el estudio, 29 habían contactado por las cartas enviadas a la base de datos, 8 eran pacientes actuales de la Dra. J. Treasure, y el resto contactaron tras leer la información de los estudios en pósters o en la página web de BEAT. A 10 de las pacientes se les realizó la entrevista por vía telefónica ya que por diferentes motivos les era imposible

acudir al Guy's Hospital (por ejemplo, porque habían cambiado de domicilio, o porque el horario de trabajo les dificultaba acudir). Sólo dos pacientes comenzaron el estudio pero no lo completaron: una por no sentirse con fuerzas para hablar sobre su problema, y otra porque se interrumpió la entrevista que se estaba realizando telefónicamente y fue imposible contactar con ella para terminarla en los días subsiguientes.

Tabla 2. Descripción sociodemográfica de la muestra de pacientes TA del Estudio2.

		<i>Pac.TA-Total</i>	<i>ANR</i>	<i>ANP</i>	<i>BNP</i>	<i>TCANE-R</i>	<i>TCANE-P</i>
N		106	24	12	16	32	14
Edad	Media (DT)	27,36 (9,85)	29,2 (11,31)	24,3 (5,28)	26,44 (7,50)	27,81 (10,23)	25,64 (10,17)
	Rango	16-58	16-55	16-33	18-47	17-58	16-44
IMC	Media (DT)	19,27 (3,58)	16,21 (1,39)	16,20 (1,51)	21,98 (2,67)	19,24 (1,77)	20,25 (2,62)
	Rango	12,58- 31,62	12,58- 17,47	12,94- 17,48	18,67- 27,43	16,18- 23,11	15,87- 26,17
Estado civil	Soltero	75,5% (80)	70,8% (17)	100% (12)	81,3% (13)	68,8% (22)	78,6% (11)
	Divorciado/ separado/ viudo	2,8% (3)	4,2% (1)	0	6,3% (1)	0	7,1% (1)
	Casado	12,3% (13)	16,7% (4)	0	6,3% (1)	18,8% (6)	0
	Vive en pareja	9,4% (10)	8,3% (2)	0	6,3% (1)	12,5% (4)	14,3% (2)
N. socio- económico	Bajo	4,7% (5)	0	8,3% (1)	18,8% (3)	3,1% (1)	0
	Medio-bajo	14,2% (15)	12,5%(3)	25% (3)	12,5% (2)	6,3% (2)	21,3% (2)
	Medio	68,9% (73)	62,5% (15)	58,3% (7)	56,3% (9)	84,4% (27)	71,4% (10)
	Medio-alto	12,3% (13)	25% (6)	8,3% (1)	12,5% (2)	6,3% (2)	7,1% (1)
	Alto	0	0	0	0	0	0
Nivel de estudios	Elementales	14,2% (15)	12,5% (3)	8,3% (1)	12,5% (2)	15,6% (5)	7,1% (1)
	Medios	23,6% (25)	4,2 (1)	50% (6)	18,8% (3)	25% (18)	42,9% (6)
	Superiores	61,3% (65)	83,3% (20)	41,7% (5)	68,8% (11)	59,4% (19)	50% (7)

IMC: Índice de Masa Corporal. DT: Desviación Típica; Pac.: Pacientes; TCANE R: TCANE tipo Restrictivo; TCANE P: TCANE Purgativo; Los datos de las variables sociodemográficas entre paréntesis corresponde al n.

PACIENTES CON TA- ESTUDIO 3

Para llevar a cabo el Estudio 3 contamos con una muestra formada por las pacientes de nacionalidad española del Estudio 2 (Valencia y Sueca) y un grupo de 36 pacientes con TA recogido para un estudio anterior (Sánchez-Reales, 2009), proveniente del Hospital de San Juan de Alicante. En conjunto la muestra se compuso de 73 mujeres con diagnóstico de TA en el momento del estudio, con una edad media de 25,96 años (D.T.= 8,24; Rango 16-55), y un IMC de 22,01 (D.T.= 5,32; Rango: 15,89-41,12). La mayoría estaban solteras (64,4%), tenían un nivel socio-económico medio (68,5%), el 45% habían cursado estudios superiores y el 35,6% tenían estudios de nivel medio. La edad media de aparición del trastorno fue de 18,5 años (D.T.= 6,07; Rango: 9-39), y la media de años de evolución fue de 7,10 (D.T.= 5,6; Rango: 1-30). De las 73 pacientes sólo 4 se encontraban bajo ingreso, y el resto (69) recibía tratamiento ambulatorio en el momento del estudio. Respecto a la comorbilidad con otros trastornos, 35 pacientes presentaron otro diagnóstico del eje I o II, 26 no presentaban trastorno diagnosticado y de 12 pacientes no se pudo obtener información. Destaca el diagnóstico de trastorno depresivo mayor ($n=4$), y de distimia ($n=4$). También se encontraron diagnósticos comórbidos de trastornos de ansiedad diferentes al TOC en 2 pacientes y un trastorno adaptativo. En cuanto al diagnóstico de trastornos de personalidad, 9 presentaban diagnóstico, siendo dos de ellos TOCP, otros dos de trastorno de personalidad límite, un trastorno histriónico, y dos diagnósticos de trastorno de personalidad dependiente. Cuatro pacientes presentaban marcados rasgos de TOCP, 2 de trastorno límite, y una paciente presentaba rasgos histriónicos sin llegar a ser diagnosticado.

Tabla 3. Descripción sociodemográfica de la muestra de pacientes con TA del Estudio 3.

		<i>Pacientes TA- Total</i>	<i>Tipo AN</i>	<i>Tipo BN</i>	<i>Trastorno por atracón</i>
N		73	37	24	12
Edad	Media (DT)	25,96 (8,24)	23,04 (6,30)	25,17 (5,93)	35,92 (10,32)
	Rango	16-55	16-40	17-38	23-55
IMC	Media (DT)	22,01 (5,32)	18,59(1,83)	23,40 (4,62)	29,81 (4,44)
	Rango	15,89-41,12	15,89-23,11	17,26-41,12	22,48-40,19
Estado civil	Soltero	64,4% (47)	78,4% (29)	70,8% (17)	8,3% (1)
	Divorciado/ separado/viudo	2,7% (2)	0	8,3% (2)	0
	Casado	17,8% (13)	10,8% (4)	8,3% (2)	58,3% (7)
	Vive en pareja	15,1% (11)	10,8% (4)	12,5% (3)	33,3% (4)
Nivel socio-econ.	Bajo	2,7% (2)	5,4% (2)	0	0
	Medio-bajo	12,3% (9)	10,8% (4)	16,7% (4)	8,3% (1)
	Medio	68,5% (50)	62,2% (23)	70,8% (17)	83,3% (10)
	Medio-alto	13,7% (10)	16,2% (6)	12,5% (3)	8,3% (1)
	Alto	2,7% (2)	5,4% (2)	0	0
Nivel de estudios	Elementales	17,8% (13)	18,9% (7)	16,7% (4)	16,7% (3)
	Medios	35,6% (26)	32,4% (12)	41,7% (10)	33,3% (4)
	Superiores	45,2% (33)	48,6% (18)	41,7% (10)	50% (6)

Tipo AN: Pacientes con sintomatología de Anorexia Nerviosa; Tipo BN: Pacientes con sintomatología tipo Bulimia Nerviosa; IMC: Índice de Masa Corporal. DT: Desviación Típica; Los datos de las variables sociodemográficas entre paréntesis corresponde al n.

2.3 MUESTRA DE MUJERES RECUPERADAS DE UN TA.

Para los estudios 2 y 3 contamos con la participación de un total de 20 mujeres que habían padecido un TA en el pasado y en la actualidad habían recibido el alta médica por parte de sus terapeutas. Se comprobó en una entrevista que no cumplían criterios para ningún TA, y que habían recuperado el peso. La edad media de las mujeres fue de 31 años (D.T.= 9,20; Rango 19-50), y un IMC medio de 20,77 (D.T.= 2,18; Rango: 18,21-27,18). Más de la mitad de las mujeres estaban solteras en el momento del estudio (60%), tenían un nivel socio-económico medio (60%), y el 95% tenían estudios superiores o los estaban cursando. Respecto a diagnósticos diferentes al TA, en el momento de la evaluación dos de ellas presentaban distimia, una presentaba depresión mayor y una tenían un diagnóstico de TOCP, y otra un trastorno límite de la personalidad.

Tabla 4. Descripción sociodemográfica de las muestras de mujeres recuperadas de un TA.

		<i>Mujeres recuperadas Estudio 2</i>	<i>Mujeres recuperadas Estudio 3</i>
N		20	6
Procedencia		España/ Inglaterra	España
Edad	Media (DT)	31 (9,20)	24,17 (4,49)
	Rango	19-50	19-31
IMC	Media (DT)	20,78 (2,18)	21,98 (2,66)
	Rango	18,21-27,18	19,77-27,18
Estado civil	Soltero	60% (12)	66,7% (4)
	Divorciado/separado/viudo	0	0
	Casado	25% (5)	16,7% (1)
	Vive en pareja	15% (3)	16,7% (1)
Nivel socio-económico	Bajo	5% (1)	0
	Medio-bajo	5% (1)	0
	Medio	60% (12)	50% (3)
	Medio-alto	30% (6)	50% (3)
	Alto	0	0
Nivel de estudios	Primarios	5% (1)	0
	Medios	0	0
	Superiores	95% (19)	100% (6)

IMC: Índice de Masa Corporal; DT: Desviación Típica; Los datos de las variables sociodemográficas entre paréntesis corresponde al n.

Mujeres recuperadas de un TA procedentes de España:

Del total de la muestra de mujeres recuperadas, 6 eran españolas y tenían una edad media de 24,17 años (D.T.= 4,49; Rango: 19-31), y un IMC de 21,98 (D.T.= 2,66; Rango: 19,77-27,18). Cuatro de ellas estaban solteras (66,7%), 3 tenían un nivel socio-económico medio y las otras 3 medio-alto. Todas ellas cursaban o habían superado los estudios de nivel superior. Para el Estudio 3 se contó con esta sub-muestra española de mujeres recuperadas, dado que las mujeres recuperadas de un TA de nacionalidad inglesa sólo completaron los cuestionarios del Estudio 2.

Mujeres recuperadas de un TA procedentes de Inglaterra:

Contamos con un total de 14 mujeres recuperadas de un TA procedentes de Inglaterra. La edad media de estas mujeres fue de 33,93 años de edad (D.T.= 9,23; Rango: 19-50), y presentaron un IMC medio de 20,25 (D.T.= 1,81; Rango: 18,21-23,44). Más de la mitad de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación (57,1%), tenían un nivel de socio-económico medio (60%), y cursaban o habían terminado estudios superiores (92,9%). En la Tabla 4 se presentan los datos socio-demográficos pormenorizados.

3. ANÁLISIS PRELIMINARES

En este punto se presentan algunos análisis previos que se llevaron a cabo entre las muestras de las distintas poblaciones en los estudios 2 y 3.

3.1 Muestras del Estudio 2

Antes de exponer los resultados de los análisis de diferencias entre los grupos del Estudio 2, se presentan las comparaciones de las muestras clínicas y no clínicas entre España e Inglaterra.

Pacientes españolas vs. pacientes inglesas:

En primer lugar se compararon los grupos de pacientes con TA procedentes de España e Inglaterra. Cabe destacar que a pesar que las pacientes inglesas eran más mayores ($t_{(106)} = 3,74$; $p < 0,001$; $d = 0,77$), y tenían un IMC menor ($t_{(1046)} = 2,26$; $p < 0,01$; $d = 0,44$), no se encontraron diferencias en sintomatología TA medida con el EAT ($t_{(86)} = 0,41$; $p > 0,05$), ni en sintomatología obsesiva (CBOCI: $t_{(96)} = 0,09$; $p > 0,05$). Tampoco se

diferenciaron en la edad de inicio del trastorno ($t_{(102)} = 0,80$; $p > 0,05$), estado civil ($\chi^2_{(3)} = 3,13$; $p > 0,05$), ni en nivel socio-económico ($\chi^2_{(4)} = 3,52$; $p > 0,05$). Tampoco hubo diferencias en la distribución de diagnósticos ($\chi^2_{(5)} = 3,17$; $p > 0,05$), sin embargo, al sumar los porcentajes de pacientes con sintomatología restrictiva (ANR, ANP, y TCANE tipo restrictivo), en el grupo de pacientes inglesas encontramos un 71,1%, frente al 59% en el grupo de españolas, lo cual podría explicar las diferencias encontradas en el IMC. Además, probablemente debido a las diferencias en edad, las pacientes inglesas presentaban más años de evolución del trastorno ($t_{(59,95)} = 3,31$; $p < 0,01$; $d = 0,65$), y su nivel de estudios era superior al de las pacientes españolas ($\chi^2_{(3)} = 29,40$; $p < 0,001$; coeficiente de contingencia = 0,47; $p < 0,01$).

Mujeres recuperadas de un TA españolas vs. inglesas:

Al comparar las mujeres recuperadas de un TA procedentes de España e Inglaterra sólo encontramos diferencias en la edad ($t_{(18)} = 2,44$; $p < 0,05$; $d = 1,19$), siendo las inglesas más mayores que las españolas (33,93 vs. 24,17). Sin embargo, no se diferenciaron en estado civil ($\chi^2_{(2)} = 0,31$; $p > 0,05$), nivel socio-económico ($\chi^2_{(3)} = 2,14$; $p > 0,05$), ni en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1)} = 0,45$; $p > 0,05$). Además, presentaron similares puntuaciones en sintomatología alimentaria (EAT: $t_{(18)} = 0,12$; $p > 0,05$), y obsesiva (CBOCI: $t_{(14,46)} = 2,24$; $p > 0,05$), y tampoco hubo diferencias en el IMC ($t_{(18)} = 1,70$; $p > 0,05$).

Población no clínica española vs. inglesa:

El resultado de comparar las muestras de población general inglesa con la española fue el mismo que con las mujeres recuperadas, sólo se encontraron diferencias respecto a la edad ($t_{(26,40)} = 3,37$; $p < 0,01$, $d = 0,96$), siendo las mujeres inglesas más mayores (25,91 vs. 21,93). Ambos grupos estaban equiparados en IMC ($t_{(48)} = 1,35$; $p > 0,05$), estado civil ($\chi^2_{(2)} = 5,10$; $p > 0,05$), nivel socio-económico ($\chi^2_{(3)} = 1,39$; $p > 0,05$), nivel de estudios ($\chi^2_{(1)} = 0,03$; $p > 0,05$), síntomas alimentarios (EAT: $t_{(47,97)} = 1,66$; $p > 0,05$), y obsesivos (CBOCI: $t_{(48)} = 1,87$; $p > 0,05$).

Como se ha podido observar, las diferencias encontradas entre las muestras de España e Inglaterra se basaron sobre todo en la edad. En ningún caso hubo diferencias en la gravedad de la sintomatología, por lo que se decidió unir los datos de ambos países para poder obtener una mayor potencia estadística en los análisis posteriores.

Diferencias entre grupos del estudio 2

En la Tabla 5 se presentan las medias y desviaciones típicas de los diferentes grupos, y las diferencias entre ellos en edad, IMC, años de evolución, edad de inicio del trastorno, y variables psicopatológicas. Es necesario destacar que en el cálculo de las diferencias entre grupos en BDI, BAI y autoestima, sólo contamos con datos de las participantes españolas, puesto que las muestras procedentes de Inglaterra no completaron estos cuestionarios. Respecto a los datos sociodemográficos, no se encontraron diferencias en el estado civil ($\chi^2_{(27)}= 33,94$; $p>0,05$), ni en el nivel socio-económico ($\chi^2_{(27)}= 30,05$; $p>0,05$), pero sí en el nivel de estudios ($\chi^2_{(27)}= 61,04$; $p<0,001$; Coeficiente de contingencia=0,48; $p<0,001$).

3.2 Muestras del Estudio 3

A continuación se presentan los análisis de las diferencias entre las dos muestras de pacientes españolas con las que se llevó a cabo el Estudio 3.

Comparamos las pacientes españolas de Valencia y Sueca, con las pacientes de la muestra recabada con anterioridad en el Hospital de San Juan de Alicante. No hubo diferencias en los datos sociodemográficas: edad ($t_{(71)}= 1,06$; $p>0,05$), estado civil ($\chi^2_{(3)}= 2,53$; $p>0,05$), nivel socio-económico ($\chi^2_{(4)}= 3,47$; $p>0,05$), y nivel de estudios ($\chi^2_{(3)}= 7,36$; $p>0,05$). Tampoco se encontraron diferencias en sintomatología alimentaria (EAT: $t_{(58,80)}= 1,71$; $p>0,05$), obsesiva (CBOCI: $t_{(71)}= 1,89$; $p>0,05$), síntomas depresivos (BDI: $t_{(71)}= 1,59$; $p>0,05$), síntomas de ansiedad (BAI: $t_{(71)}= 0,25$; $p>0,05$), ni en

autoestima (RSE: $t_{(71)} = 0,01$; $p > 0,05$). Además, ambas muestras estaban equiparadas en edad de inicio del trastorno ($t_{(71)} = 0,72$; $p > 0,05$), y en años de evolución ($t_{(71)} = 0,37$; $p > 0,05$). Cabe destacar que la distribución de diagnósticos entre ambas muestras fue significativamente diferente ($\chi^2_{(3)} = 8,76$; $p < 0,05$; Coeficiente de contingencia=0,33; $p < 0,05$). Sólo dos pacientes de la muestra de Valencia y Sueca tenían diagnóstico de trastorno por atracón (5,4%), en comparación con las 10 pacientes, el 27,8%, de la muestra de Alicante. Por otra parte, el 64,9% de la muestra de Valencia y Sueca tenían un diagnóstico tipo AN en comparación al 36,1% de la muestra de Alicante. Debido a estas diferencias en la distribución de diagnósticos, era de esperar que las pacientes de Alicante presentaran un mayor IMC ($t_{(58,03)} = 3,00$; $p < 0,01$).

Diferencias entre grupos del Estudio 3

Entre los grupos del estudio 3 encontramos diferencias significativas en el estado civil ($\chi^2_{(18)} = 61,09$; $p < 0,001$; Coeficiente de contingencia=0,55; $p < 0,001$), ya que sólo el 8,3% de las pacientes con trastorno por atracón estaban solteras frente al resto de grupos que oscilaban del 66,7% en las mujeres recuperadas al 100% de las mujeres con riesgo de TA. Este dato podría explicarse por las diferencias en edad, ya que las pacientes con trastorno por atracón eran mayores que el resto de participantes (véase Tabla 6). Aunque no hubo diferencias entre grupos en el nivel socio-económico ($\chi^2_{(24)} = 21,43$; $p > 0,05$), sí se encontraron en el nivel de estudios ($\chi^2_{(18)} = 34,79$; $p < 0,001$; Coeficiente de contingencia=0,45; $p < 0,01$), puesto que la mayoría de los participantes de los grupos no clínicos (mujeres recuperadas de un TA, subclínicos de TOC y de TA, y no clínicos) cursaban o habían superado estudios superiores (rango: 72,2%-100%), mientras que en los grupos clínicos había una mayor dispersión entre superiores y medios (rango de estudios superiores: 41,7%-50%). En la Tabla 6 se presentan las medias y desviaciones típicas de los diferentes grupos, y las diferencias entre ellos en edad, IMC, años de evolución, edad de inicio del trastorno, y variables psicopatológicas.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y diferencias de medias entre los grupos del Estudio 2.

	ANR	ANP	BNP	TCANE R	TCANE P	Rec	SubTA	SubTOC	NC	F/BF	gl	η^2_p
Edad	29,21 ^a (11,31)	24,33 (5,28)	26,44 (7,50)	27,81 ^a (10,22)	25,64 (10,72)	31,00 ^a (9,20)	21,08 ^b (1,24)	20,94 ^b (1,43)	23,68 ^a (4,25)	22,29***	8, 115,34	0,14
IMC	16,21 ^a (1,39)	16,20 ^a (1,50)	21,98 ^b (2,67)	19,24 ^a (1,77)	20,25 ^b (2,62)	20,78 ^{b,c} (2,18)	22,84 ^{b,c} (2,86)	22,13 ^{b,c} (2,46)	21,83 ^{b,c} (2,67)	4,06***	8, 105,99	0,49
Años de evolución	10,54 (10,15)	6,92 (6,50)	8,56 (7,99)	8,45 (9,25)	11,50 (10,77)	---	---	---	---	0,68	5, 111	
Edad de inicio	18,54 (6,87)	17,42 (3,57)	18,00 (5,02)	19,00 (6,29)	15,21 (4,40)	---	---	---	---	1,08	5, 111	
BDI	26,85 ^a (11,62)	26,33 (12,20)	12,83 (8,51)	20,84 ^a (12,30)	27,75 (10,87)	6,20 (7,08)	12,50 (11,92)	9,55 (5,97)	6,00 ^b (4,76)	7,38***	8, 41,60	0,45
BAI	26,71 ^a (11,95)	24,83 ^a (14,10)	12,50 (9,66)	16,38 (10,54)	11,50 (8,73)	7,00 ^b (4,35)	14,58 (10,19)	12,39 ^b (9,92)	6,71 ^b (5,89)	5,30***	8,90	0,32
RSE	21,42 ^a (4,11)	23,00 ^a (5,13)	30,66 (3,44)	24,38 ^{a,b} (3,79)	23,00 ^{a,b} (4,24)	32,00 ^{b,c} (4,47)	28,41 (6,86)	30,38 ^c (4,28)	31,07 ^c (4,13)	7,17***	8,90	0,39
EAT	37,47 ^a (13,08)	38,06 ^a (12,75)	35,53 ^a (9,11)	32,84 ^a (16,71)	35,22 ^a (13,23)	8,85 ^b (7,02)	29,08 ^a (5,86)	6,66 ^b (4,10)	2,66 ^c (3,31)	47,35***	8, 78,21	0,71
CBOCI	25,21 ^{a,c} (10,76)	28,40 (15,67)	23,31 (10,75)	27,03 ^{a,c} (12,15)	20,27 (9,93)	15,94 ^b (10,34)	18,25 ^b (7,75)	31,22 ^c (6,40)	12,66 ^b (6,48)	9,22***	8, 79,39	0,32

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva; ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa; BNP: Bulimia Nerviosa Purgativa; TCANE R: TCANE tipo Restrictivo; TCANE P: TCANE tipo Purgativo; Rec: Mujeres recuperadas de un TA; SubTA: Subclínicos de TA; SubTOC: Subclínicos de TOC; NC: No-Clinicos; IMC: Índice de Masa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; EAT: Eating Attitudes Test; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; *** $p < .001$; BF: Brown-Forsythe; Los datos de las primeras 9 columnas corresponden a Media y (Desviación típica).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos y diferencia de medias entre los grupos del Estudio 3.

	<i>Tipo AN</i>	<i>Tipo BN</i>	<i>T. Atracón</i>	<i>Rec</i>	<i>SubTA</i>	<i>SubTOC</i>	<i>NC</i>	<i>F/BF</i>	<i>gl</i>	η^2_p
Edad	23,24 ^{a,c} (6,30)	25,17 ^{a,b} (5,93)	35,92 ^b (10,32)	24,17 ^c (4,49)	21,08 ^c (1,24)	20,94 ^c (1,43)	21,93 ^c (2,11)	11,84***	6, 33,04	.37
IMC	18,59 ^a (1,85)	23,40 ^b (4,61)	29,81 ^c (4,44)	21,98 ^b (2,66)	22,84 ^b (2,86)	22,13 ^b (2,46)	21,38 ^b (2,62)	21,35***	6,130	.49
Años de evolución	5,32 (5,31)	7,15 (5,41)	9,90 (6,62)	---	---	---	---	10,41	2,68	
Edad de inicio	18,88 ^a (4,60)	18,04 ^a (5,30)	25,60 ^b (7,82)	---	---	---	---	1,64***	2,68	0,23
BDI	23,12 ^a (12,02)	18,42 ^{a,c} (12,50)	18,26 ^{a,c} (9,20)	6,20 ^{b,c} (7,08)	12,50 (11,92)	9,55 ^{b,c} (5,97)	6,00 ^b (4,76)	11,37***	6, 77,22	.32
BAI	20,18 ^a (12,30)	17,36 ^a (11,96)	13,01 (8,67)	7,00 ^b (4,35)	14,58 (10,19)	12,39 (9,92)	6,71 ^b (5,89)	6,72***	6, 100,22	.21
RSE	23,16 ^a (4,99)	25,79 ^{a,b} (4,69)	25,75 ^b (4,97)	32,00 (4,47)	28,41 (6,86)	30,38 ^c (4,28)	31,07 ^c (4,13)	9,95***	6, 129	.32
EAT	34,52 ^a (18,94)	29,22 ^a (14,16)	18,81 ^b (11,72)	9,16 ^{b,c} (8,06)	29,08 ^{a,b} (5,86)	6,66 ^{b,c} (4,10)	3,32 ^c (3,54)	32,16***	6, 77,18	.54
CBOCI	28,33 ^{a,c} (12,78)	27,20 ^{a,c} (9,92)	24,50 ^{a,c} (9,59)	10,60 ^b (2,30)	18,25 ^b (7,75)	31,22 ^c (6,40)	14,14 ^b (6,34)	14,23***	6, 90,11	.34

*Tipo AN: Pacientes con sintomatología de Anorexia Nerviosa; Tipo BN: Pacientes con sintomatología tipo Bulimia Nerviosa; Rec: Mujeres recuperadas de un TA; SubTA: Subclínicos de TA; SubTOC: Subclínicos de TOC; NC: No-Clínicos; IMC: Índice de Masa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; EAT: Eating Attitudes Test; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; ***p<.001; BF: Brown-Forsythe; .Los datos de las primeras 7 columnas corresponden a Media y (Desviación típica).*

INSTRUMENTOS

En este apartado se describen los instrumentos empleados en el presente trabajo agrupados por áreas: psicopatología alimentaria, psicopatología general, intrusiones mentales y creencias. En el anexo se pueden consultar las escalas en las versiones en español y también en inglés para los cuestionarios administrados a las muestras inglesas.

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DATOS PERSONALES

Antes de completar los cuestionarios que componían el protocolo se pidió a todos los participantes que leyeran una hoja de información sobre el estudio y firmaran, si así lo decidían, el consentimiento informado. También se resolvieron las dudas sobre el estudio, tales como el manejo de los datos o la confidencialidad. A continuación, sólo aquellas personas que aceptaron participar en el estudio cumplieron un registro de datos personales y sociodemográficos con la edad, sexo, peso, altura, estado civil (soltero, divorciado/ separado o viudo, casado o viviendo en pareja), nivel socio-económico (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto) y nivel de estudios (primarios/elementales, medios o superiores/universitarios). Además se les preguntó si habían padecido algún problema de salud mental en el último año que hubiera requerido atención especializada o si estaban recibiendo tratamiento psicológico o psicofarmacológico para algún problema mental en el presente.

2. AUTOINFORMES SOBRE SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

Cuestionario de las actitudes hacia la comida (EAT-26)

El EAT-26 (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), es una versión abreviada del EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). Consta de 26 ítems que evalúan un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios, principalmente con la AN, aunque también con BN. Cada ítem se puntúa en una escala tipo *Likert* que va desde “nunca” hasta “siempre”. Este instrumento, además de la puntuación total, que indica la gravedad de los síntomas, consta de las escalas *Dieta*, *Bulimia y preocupación por el alimento* y *Control oral*. Se ha empleado la versión y adaptación española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Este instrumento no tiene validez diagnóstica, sin embargo, es útil en el cribado de aquellas personas con elevado riesgo de padecer un TA por presentar una especial preocupación por los alimentos, su aspecto corporal y, en cierta medida, son susceptibles a la presión social para controlar su peso. Por tanto, para obtener la muestra de mujeres con riesgo de padecer un TA, en el presente estudio se empleó el punto de corte de 20 en la puntuación total, recomendado por el Instituto Nacional de la Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995), puesto que ese punto de corte ha demostrado una sensibilidad del 59% y una especificidad del 92,7%, y el porcentaje de clasificados correctamente es del 91,6% (Gandarillas et al., 2002). La consistencia interna (α Cronbach) obtenida en la muestra de población general del presente estudio es de 0,87 en la escala total, 0,84 en la subescala *Hacer dieta*, 0,70 para *Bulimia y preocupación por el alimento*, y 0,65 en *Control oral*. En la muestra de pacientes, la fiabilidad para la escala total fue de 0,82, en la subescala *Hacer dieta*, 0,75 para *Bulimia y preocupación por el alimento*, y 0,72 en *Control oral*.

Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (MBSRQ)

El MBSRQ (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*; MBSRQ-AS34; Brown, Cash, y Mikulka, 1990; Cash, 2004) es una medida de evaluación actitudinal de imagen corporal. La versión de 34 ítems consta de 5 escalas: *Evaluación de la apariencia*, que mide el grado de satisfacción general con la apariencia; *Orientación a la apariencia*, o grado de dedicación que la persona otorga a su aspecto físico; *Satisfacción con áreas corporales*, que evalúa la satisfacción con áreas específicas del cuerpo; *Preocupación por el sobrepeso*, que indica ansiedad y preocupación por la gordura, dieta y restricción, y por último, *Autoclasificación del peso*, donde la persona evalúa su propio peso desde muy bajo peso a elevado sobrepeso. Los ítems se contestan en un formato de respuesta de 5 puntos de 1 “En total desacuerdo/muy insatisfecha” a 5 “Totalmente de acuerdo/muy satisfecha”. La consistencia interna (α de Cronbach) de las escalas para la muestra de población general del presente estudio oscila entre 0,89 y 0,75, mientras que en la muestra de pacientes con TA la fiabilidad osciló entre 0,94 y 0,66. La traducción que empleamos en el presente estudio es una versión realizada por C. Perpiñá con fines de investigación.

Actitudes frente al cambio en trastornos de la conducta alimentaria (ACTA)

El ACTA (*Attitudes Towards Change in eating disorders*; ACTA; Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003) evalúa las actitudes de pacientes con trastornos alimentarios frente al cambio, siguiendo el modelo transteórico de los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente y a partir de información clínica registrada sistemáticamente acerca de las cogniciones, emociones y conductas del paciente. Consta de 59 ítems que se puntúan de 1 “nunca” a 5 “sí/siempre”, distribuidos en 6 sub-escalas: *Precontemplación*, *Contemplación*, *Decisión*, *Acción*, *Mantenimiento*, y *Recaída*. La consistencia interna (α de Cronbach) de las escalas en nuestra muestra de pacientes con TA fue la siguiente: *Precontemplación*= 0,85; *Contemplación*=0,70; *Decisión*=0,75; *Acción*=0,82; *Mantenimiento*=0,78; y *Recaída*=0,78.

3. AUTOINFORMES SOBRE SINTOMATOLOGÍA GENERAL (DEPRESIVA, ANSIOSA, OBSESIVO-COMPULSIVA, Y AUTOESTIMA)

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer y Brown, 1996) es un autoinforme muy empleado y validado, que evalúa la presencia y gravedad de sintomatología depresiva mayor. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3). El rango de puntuación es de 0 a 63 puntos, donde una puntuación entre 0 y 13 indicaría una presencia muy leve de síntomas, de 14 a 19 una presencia leve, entre 20 y 28 moderada y entre 29 y 63 sintomatología depresiva grave. Este cuestionario sólo se administró a las muestras españolas, y en concreto se utilizó la adaptación de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) que ha mostrado buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna en la muestra del estudio fue de 0,89 para población general y de 0,92 para pacientes.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El BAI (Beck Anxiety Inventory; BAI; Beck y Steer, 1993) es un auto-informe que evalúa los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad, como en desórdenes depresivos. Se emplea como instrumento de cribado en población general por su fácil utilización. Consta de 21 ítems que se contestan según una escala Likert de 4 puntos (de 0 a 3) que miden el grado de molestia de los síntomas de ansiedad. El rango de puntuación es de 0 a 63. Este cuestionario sólo se ha empleado en las muestras españolas, para las cuales se ha utilizado la traducción de Comeche, Díaz y Vallejo (1995). La consistencia interna del BAI en nuestra muestra de población general fue de 0,87, y 0,93 en pacientes con TA.

Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)

La RSE (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1989) ha sido empleada para evaluar el nivel de autoestima rasgo, o el sentimiento general de satisfacción y aprecio que una persona tiene hacia sí misma, el modo en que se valora y cómo se juzga. La versión empleada consta de 10 ítems estructurados en una escala tipo Likert con 4 categorías de respuesta de 0 “Muy en desacuerdo” a 3 “Muy de acuerdo”. Una puntuación alta es indicativa de alta autoestima. Este instrumento ha mostrado también unas buenas propiedades psicométricas en su validación al castellano (Baños y Guillén, 2000). La consistencia interna (α de Cronbach) de la escala en el presente estudio fue de 0,72 para población general y 0,82 para la muestra de pacientes con TA.

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI)

El CBOCI (*Clark- Beck Obsessive Compulsive Inventory*; C-BOCI; Clark y Beck, 2002) es un instrumento de *screening* para evaluar la frecuencia de síntomas obsesivos y compulsivos. Está compuesto de 25 ítems con dos subescalas (obsesiones y compulsiones) en una escala Likert de 4 puntos (0: “nunca” - 3: “con mucha frecuencia”). Se ha utilizado la adaptación y validación a la población española de Belloch, Reina, García-Soriano y Clark (2009). Para obtener la submuestra de población con riesgo de padecer TOC se ha empleado un punto de corte de 25, ya que se ha observado en población general que esta puntuación es indicativa de formas subclínicas del trastorno y presenta una especificidad del 95,6% y una sensibilidad del 100% (Belloch et al., 2009). En la muestra de población general del presente estudio se obtuvo una consistencia interna (α de Cronbach) de 0,90 para la escala total y 0,86-0,80 para las sub-escalas de *Obsesiones* y *Compulsiones* respectivamente, mientras que en la muestra de pacientes con TA la consistencia interna fue de 0,89 para la puntuación total, 0,85 para *Obsesiones* y 0,86 para *Compulsiones*.

4. AUTOINFORMES SOBRE INTRUSIONES MENTALES Y VARIABLES ASOCIADAS (EGODISTONÍA, EGODISTONÍA, IDEACIÓN SOBREVALORADA).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS)

Este autoinforme fue desarrollado por el grupo de trabajo liderado por los profesores A. Belloch y D. Clark (García-Soriano, Belloch, Morillo, y Clark, 2011), con el objetivo de superar algunas de las limitaciones previamente observadas con el ROII (Purdon y Clark, 1993). El INPIOS está compuesto por dos partes, la primera parte evalúa la frecuencia (de 0 "nunca" a 6 "siempre") con la que personas sin patología mental experimentan un listado de 48 pensamientos, imágenes o impulsos intrusos con contenidos típicamente obsesivos (p.ej., comprobación, limpieza, repetición, dudas, sexo, etc.) más dos ítems abiertos para que la persona escriba intrusiones que no estén en el listado. Los 48 pensamientos se agrupan en factores según su contenido: *Agresión, Religiosos/sexuales, Orden, Dudas, Contaminación, y Superstición*; a su vez los dos primeros factores hacen una agrupación de segundo orden, *Tipo I*, y el resto se agrupan en *Tipo II*. La segunda parte, dividida en A y B, evalúa por medio de una escala tipo Likert (de 0 "nunca" a 4 "extremadamente/siempre") y respecto a la intrusión escogida previamente como la más molesta, las consecuencias emocionales, interferencia, y valoraciones disfuncionales (parte A, 16 ítems), y las estrategias de control que la persona emplea para reducir la molestia generada por el pensamiento más molesto (parte B, 17 ítems). La segunda parte A se agrupa en los siguientes factores: *Reacciones emocionales, Control e interferencia, y Valoraciones disfuncionales*; mientras que para la segunda parte B los factores son los siguientes: *Estrategias generales del control de la ansiedad, Estrategias para el control de los pensamientos, Distracción, Necesidad de hacer algo, y el ítem "No hacer nada"*. Dado que el objetivo con el que se ha empleado el INPIOS es básicamente su comparación con las intrusiones de contenido alimentario, y puesto que no comparten la misma estructura factorial en la segunda parte, los datos se analizaron a nivel de ítems, por lo

que la consistencia interna no fue calculada. Sí que fueron calculados los índices de consistencia interna en los factores de la primera parte del INPIOS para la muestra de población general del presente estudio: *Agresión*= 0,86; *Religiosos/sexuales*= 0,87; *Orden*= 0,83; *Duda*= 0,89; *Contaminación*= 0,84; *Superstición*= 0,86.

Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS)

El INPIAS fue desarrollado por nuestro grupo de investigación en base al INPIOS, con el que comparte la misma estructura (Perpiñá, Roncero, y Belloch, 2008; Perpiñá, Roncero, Belloch, y Sánchez-Reales, 2011). La primera parte del INPIAS evalúa la presencia y frecuencia de 50 intrusiones mentales de contenido alimentario en los formatos de pensamiento, imagen e impulso, agrupados en 3 factores: *Apariencia y dieta*, *Ejercicio físico*, y *Comer alterado y purgas*. Igualmente que el INPIOS, por medio de una escala tipo Likert (0= “nunca” a 4= “extremadamente/siempre”) y respecto a la intrusión escogida previamente como la más molesta, la segunda parte-A evalúa las consecuencias emocionales, interferencia, y valoraciones disfuncionales a través de 16 ítems agrupados de 2 factores: *Consecuencias emocionales y significado personal de la intrusión*, y *Fusión pensamiento acción y responsabilidad personal*. Por lo que respecta a la segunda parte-B del INPIAS, ésta se compone de 17 ítems que miden las estrategias de control del pensamiento intruso escogido como más molesto, y los factores de esta parte son los siguientes: *Estrategias de afrontamiento ansioso*, *Estrategias de supresión*, *Rituales obsesivo-compulsivos*, *Distracción*, y los ítems “*Hacer lo que dicta la intrusión*” y “*No hacer nada*”. En el presente estudio, la consistencia interna de la primera parte del INPIAS fue respectivamente para la población general y la muestra de pacientes con TA de 0,97 y 0,96 para *Apariencia y dieta*, 0,90 y 0,94 para *Ejercicio físico*, y 0,78 y 0,82 para *Comer alterado y purgas*. En la segunda parte-A, la consistencia para población general y pacientes fue, respectivamente, 0,91 y 0,79 en *Consecuencias emocionales y significado personal*; y en el factor *Fusión pensamiento acción y responsabilidad* fue de 0,70 y 0,73. En la segunda parte-B, los índices fueron los siguientes: *Estrategias de afrontamiento*

ansioso= 0,81 y 0,73; *Estrategias de supresión*= 0,86 y 0,72; *Rituales obsesivo-compulsivos*= 0,79 y 0,68; y *Distracción*= 0,80 y 0,73.

Cuestionario de Egodistonia- versión Reducida (CED-R)

Este cuestionario consiste en una versión reducida y adaptada del *Ego-Dystonicity Questionnaire* (EDQ) creado por Purdon y colaboradores (2007) para evaluar intrusiones mentales alimentarias, y análogas a obsesiones. Consta de 27 ítems (versión final) con una escala tipo Likert de 0 “Completamente desacuerdo” a 5 “Completamente de acuerdo”. La validación y adaptación de este cuestionario está desarrollada en detalle en el Estudio 1 del presente trabajo.

Cuestionario de Egosintonía (CES)

El CES fue creado por nuestro grupo de investigación a partir del EDQ con el objetivo de evaluar la egosintonía de las intrusiones mentales alimentarias y análogas a obsesiones, por tanto, los 27 ítems (versión final) consisten en una versión opuesta -o en espejo- de cada uno de los que componen el CED-R. De la misma manera que para el CED-R, el proceso de creación y validación de CES se describe con detenimiento en el Estudio 1.

Escala de Ideas Sobrevaloradas (OVIS)

El OVIS (*Overvalued Ideas Scale*; OVIS; Neziroglu, Stevens, y Yaryura-Tobias, 1999) es una escala que fue construida para valorar la existencia de ideas sobrevaloradas en las obsesiones y compulsiones del TOC, y ha de ser administrada por el clínico. En el presente estudio se empleó la versión traducida para hispano hablantes de Yaryura-Tobías, a la que la doctoranda adaptó las instrucciones para incluir las intrusiones alimentarias, y realizó modificaciones puntuales para adecuar el idioma a la población española. Consta de 11 ítems que evalúan varios aspectos de la

creencia principal del paciente: *Fijeza o fuerza, Racionalidad, Certeza, Aceptación de los demás, Eficacia de las compulsiones, Insight, Resistencia, Estabilidad temporal y Duración*. Cada aspecto evaluado consta de tres preguntas que se puntúan en una escala de 1 a 10 con los que se obtiene una puntuación media para cada ítem. Este cuestionario fue administrado a las pacientes y mujeres recuperadas de un TA principalmente por la doctoranda, teniendo en cuenta el pensamiento intruso más molesto que escogieron en la segunda parte del INPIAS. Dado que el análisis realizado es a nivel de ítems, no se pudo calcular la consistencia interna.

5. AUTOINFORMES SOBRE CREENCIAS METACOGNITIVAS Y CREENCIAS NUCLEARES.

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)

El ICO (Belloch, et al., 2003; Cabedo et al., 2004; Giménez et al., 2004; Luciano et al., 2006; Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007) es un auto-infome diseñado por nuestro grupo de investigación para evaluar las diferentes áreas de creencias disfuncionales hipotéticamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. Se compone de 50 ítems que se contestan en una escala Likert de 7 puntos (de 1 “Completamente en desacuerdo” a 7 “Completamente de acuerdo”). Los ítems se agrupan en 8 sub-escalas de las cuales se obtiene una puntuación media: *Responsabilidad excesiva; Importancia de los pensamientos; Fusión pensamiento acción-probabilidad; Fusión pensamiento acción-moral; Importancia de controlar los pensamientos; Sobreestimación del peligro; Intolerancia a la incertidumbre y Perfeccionismo*. El rango de los índices de consistencia interna (α Cronbach) en nuestra muestra de población general según las escalas oscilan entre 0,88 y 0,75, y en la muestra de pacientes de 0,88 a 0,73.

Cuestionario de Esquemas de Young, versión breve (YSQ)

La versión breve del YSQ (Young *Schema Questionnaire*-Short Form version; YSQ; Young, 2005) se construyó a partir de la versión de 205 ítems. Esta versión evalúa con una escala tipo Likert (de 1 “Totalmente falso” a 6 “Me describe perfectamente”) a través de 75 ítems las siguientes dimensiones de creencias nucleares: *Abandono, Desconfianza/abuso, Privación emocional, Imperfección/vergüenza, Aislamiento social/alienación, Dependencia/incompetencia, Vulnerabilidad al daño, Enmarañamiento/Yo inseguro, Fracaso, Grandiosidad, Insuficiente autocontrol o autodisciplina, Subyugación, Autosacrificio, Búsqueda de aprobación y reconocimiento, Negatividad/pesimismo, Inhibición emocional, Metas inalcanzables, y Castigo*. Además, estas 18 creencias se agrupan en 5 dominios más generales: *Separación y rechazo, Deterioro en la autonomía y en el desempeño, Límites insuficientes, Dirigirse hacia los demás, y Sobrevigilancia e inhibición*. En el presente estudio hemos empleado la adaptación al español de Cid y Torrubia (2002). La consistencia interna (α Cronbach) en la muestra de población general de nuestro estudio oscilaron entre 0,84 y 0,68, mientras que en la muestra de pacientes los índices también fueron satisfactorios: de 0,87 a 0,67, excepto en el esquema *Grandiosidad* que mostró un α de 0,40, por lo que los resultados derivados de esta escala deberán ser interpretados con cautela.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS v.15 para Windows (SPSS, Chicago, IL, USA), excepto en los Análisis Factoriales Confirmatorios que se empleó el EQS v6.1 (Bentler, 2006). Para el cálculo de los tamaños del efecto se utilizó el *Effect Size Determination Program* (Wilson, 2001).

1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Se analizaron a nivel de ítems los estadísticos de tendencia central (media), dispersión (desviación típica), de la forma (asimetría) y los valores atípicos del CED-R y el CES. En algunos casos se exploraron los datos por medio de frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de la frecuencia de las intrusiones mentales recogidas por el INPIAS y el INPIOS se tuvo en cuenta la *Frecuencia Media Real* (FMR) según la cual sólo se consideran los ítems que la persona haya experimentado al menos alguna vez en su vida. Así, se divide el sumatorio de las frecuencias de los ítems entre el número de ítems con frecuencia mayor o igual a 1. Por tanto, pongamos que una persona A sólo ha experimentado una intrusión de las evaluadas con una frecuencia diaria= 5, mientras que otra persona B ha experimentado todas las intrusiones evaluadas pero con una frecuencia muy esporádica= 1, la FMR de la persona A será 5, y la media de la persona B será 1.

2. ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

La consistencia interna de las escalas empleadas en el estudio fueron calculadas con el alfa de Cronbach, considerándose aceptables valores cercanos a 0,70 (Garson, 2000). Para los análisis de validez criterial se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson. La estabilidad temporal entre el test y el retest con un intervalo temporal de 15 días del CED-R y el CES fueron calculadas por medio del Coeficiente de

Correlación Intraclase (CCI) que indica la proporción de variabilidad total que se debe a los sujetos, considerándose valores de CCI menores de 0,30 como indicativos de una consistencia mala o nula, entre 0,31 y 0,50 media, entre 0,51 y 0,70 moderada, entre 0,71 y 0,90 buena y valores mayores de 0,90 como indicativos de una consistencia muy buena (Pita, Pértega y Rodríguez, 2003).

3. ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Análisis de correlación

Para evaluar si existía relación entre diversas variables se llevaron a cabo análisis de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson. Además, para controlar el efecto de terceras variables en las relaciones se emplearon correlaciones parciales. Dada las diferencias en los tamaños muestrales entre grupos, y para reducir el Error tipo I derivado de las múltiples comparaciones, seguimos la corrección de Bonferroni según la cual se divide el $\alpha = 0,05$ entre el número de comparaciones realizadas, y se toma este nuevo valor como indicador de significación.

Análisis de regresión

Con el objetivo de averiguar la direccionalidad de las relaciones encontradas se recurrió a los análisis de regresión lineal múltiple con el método de “pasos sucesivos” para eliminar los predictores no significativos. Se empleó el coeficiente de correlación corregido al cuadrado o coeficiente de determinación. Para todos los análisis de regresión se tuvo en cuenta que hubiera un mínimo de 5 a 10 sujetos por predictor.

4. ANÁLISIS DE COMPARACIÓN DE MEDIAS

Para la comparación de medias de tipo nominal, se empleó el estadístico de Chi-cuadrado (χ^2), con la corrección de Monte Carlo en caso de que alguna casilla no tuviera ninguna observación. Además, para señalar la magnitud de la relación entre las

variables comparadas, en caso de que haber diferencias significativas, se empleó el coeficiente de contingencia, donde 0 señala independencia y 1 relación perfecta entre las variables.

Cuando las variables a comparar fueron de intervalo los análisis de diferencias entre dos grupos se realizaron mediante pruebas *t* de Student con las correcciones de *Levene* y las pruebas robustas correspondientes. Además, se calcularon los tamaños del efecto mediante la *d* de Cohen, considerándose bajos los valores de $d= 0,20$, medios entorno a 0,50 y grandes si $d= 0,80$ (Cohen, 1988).

Cuando contamos con múltiples variables dependientes a comparar y en el caso de comparaciones entre más de 2 grupos, se realizó en primer lugar Análisis Multivariados de Varianza (MANOVA), y cuando éstos fueron significativos se prosiguió con los Análisis de Varianza (ANOVA) unifactorial entre sujetos para averiguar en qué variables había diferencias significativas. Se analizó la homogeneidad de las varianzas con el estadístico de *Levene* y en el caso de no existir homogeneidad de varianzas sustituyó la prueba *F* por *Brown Forsythe*. Para las comparaciones a posteriori se emplearon las pruebas de *Tukey* cuando se cumplió el supuesto de homogeneidad de las varianzas y *Games-Howell* cuando no se cumplió dicho supuesto. Los tamaños del efecto fueron analizados según el estadístico η_p^2 , considerándose valores de $\eta_p^2 \leq 0,009$ como efectos pequeños, entre 0,058 y 0,13 como efectos medianos, y mayores de 0,14 como grandes (Cohen, 1973). Para controlar el peso de alguna variable que pudiera estar influyendo en las diferencias entre grupos, se llevaron a cabo Análisis de Covarianza (ANCOVA), introduciendo como covariables las medidas cuantitativas oportunas. Además, con el objetivo de analizar si las variables evaluadas diferenciaban los grupos de estudio se llevaron a cabo diversos análisis discriminantes con el método que introduce todas las variables independientes juntas, siguiendo la recomendación de Field (2005).

5. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CED-R Y CES

Análisis factorial exploratorio

Para analizar la estructura factorial del CED-R y CES se llevaron a cabo diversos Análisis Factoriales Exploratorios (AFE). Previamente se comprobó que se cumplieran los requisitos para realizar el AFE a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett (BTS), siendo deseable una $p < 0,05$. Se empleó el método de extracción de componentes principales, y se realizó una rotación ortogonal (Varimax). Se seleccionaron aquellos ítems con autovalor mayor a 1. Además, se observó el gráfico de sedimentación y el porcentaje de varianza explicado para valorar el número óptimo de factores. También se tuvo en cuenta las saturaciones factoriales de cada ítem sobre el factor considerando relevantes únicamente aquellos ítems con saturaciones $\geq 0,30$, y dado que se buscaba una estructura factorial en espejo del CED-R y CES se eliminaron aquellos ítems que no saturaron en los mismos factores.

Análisis factorial confirmatorio

Tras los AFE, para corroborar la estructura factorial de los cuestionarios CED-R y CES, se llevaron a cabo diversos Análisis Factoriales Confirmatorios (AFC) contando con los modelos extraídos por el AFE y comparando con varios modelos teóricos y empíricos. En todos los casos se siguió un procedimiento de análisis por ítems y se empleó el método de Máxima Verosimilitud por medio del Coeficiente normalizado de Mardia que indica si la distribución es normal a nivel global. En caso de que no lo fuera, se ha aplicado la corrección robusta, que corrige los problemas distribucionales de los datos. Para el análisis de la bondad de ajuste de cada modelo se siguieron los criterios de Hu y Bentler (1999), según los cuales, el modelo tendrá mejor ajuste cuanto más pequeño sea el valor de χ^2 , lo que indicará que la discrepancia entre el modelo y los datos es menor. Un Chi-cuadrado estadísticamente significativo indica que el modelo deja sin explicar una proporción significativa de la varianza de los datos, por lo que es deseable que no sea significativo; sin embargo, diferentes autores han señalado los problemas de este estadístico para la evaluación con muestras grandes y poca

variabilidad en los datos, ya que lleva a rechazar los modelos aunque los residuos sean bastante pequeños (Bentler y Bonnet, 1980; Hu y Bentler, 1995). Además, se escogieron una serie de índices, siguiendo el criterio de Bentler y Bonet (1980), porque aportan informaciones diferentes y relevantes sobre el ajuste del modelo. El índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*; CFI) expresa el ajuste del modelo con un modelo “nulo”, con ausencia de relación entre variables. El índice de bondad ajuste (*Goodness of Fit Index*; GFI) y el índice de bondad de ajuste corregido (*Adjusted Goodness of Fit Index*; AGFI) indican el porcentaje de varianza-covarianza que explica el modelo. El *Standardized Root Mean-Square Residual* (SRMR) y el *Root Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA) muestran la cantidad de error, el último penaliza aquellos modelos que no son parsimoniosos. A la hora de interpretar los índices se siguieron las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) que consideran índices de ajuste adecuados los valores de AGFI y CFI de 0,90 o mayores, y valores de RMSEA de 0,06 o menores. Además, establecen una regla que combina los puntos de corte de SRMR <0.08 y RMSEA <0.06 como criterios para considerar un modelo como aceptable.

6. ANÁLISIS DE RELACIONES MEDIACIONALES

Con el objetivo de analizar la posible mediación en ciertas relaciones entre variables se llevaron a cabo *Path Analysis* siguiendo el método de Máxima Verosimilitud por medio del Coeficiente normalizado de Mardia. Se partió de modelos hipotéticos basados en conocimientos teóricos, que fueron modificados en base a los índices de ajuste y la significación de los coeficientes estimados, eliminando los efectos no significativos. Los índices de ajuste que se tuvieron en cuenta, siguiendo el criterio de Bentler y Bonet (1980) fueron el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*; CFI), el índice de bondad ajuste (*Goodness of Fit Index*; GFI), el *Root Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), y para comparar entre modelos se empleó el criterio de información de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC), siendo los valores menores indicador de mejor ajuste, y cuanto más cercanos a cero indicador de una mayor parsimonia.

RESULTS

STUDY 1

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A SELF-REPORT INSTRUMENT TO ASSESS THE DIMENSIONALITY OF EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY OF MENTAL INTRUSIONS, ADAPTED TO EATING AND OBSESSIVE CONTENT.

This study outlines the steps followed in the development of an instrument for assessing egosyntonicity and egodystonicity adapted to mental intrusions with eating and obsessive content, which corresponds to the first objective of the present work.

In order to assess egodystonicity, we started with the *Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ)* created by Purdon et al. (2007), because this is the only questionnaire developed to assess the egodystonicity concept from a complete definition. The original questionnaire was composed of 37 items, of which 8 were deleted because of the low loadings in the factors. The final questionnaire had 29 items distributed in 4 factors: *Inconsistency with morals*, *Repugnance*, *Implications for personality*, and *Irrationality*. Every factor obtained a satisfactory internal consistency (range=.76 – .89).

Given our interest in assessing egosyntonicity, a questionnaire was developed with items whose meaning was opposed to the items of the EDQ. The process of development and validation of both questionnaires in a general population sample is described below.

1. TRANSLATION AND ADAPTATION OF EGODYSTONICITY QUESTIONNAIRE, AND DEVELOPMENT OF A NEW QUESTIONNAIRE TO ASSESS EGOSYNTONICITY.

As mentioned above, to evaluate egodystonicity we used the EDQ. We made use of the original 37 items from Purdon et al.'s (2007) instrument, including those items which were removed after the factorial reduction, to test whether any of them had relevance in the Spanish factorial structure. The translation and adaptation process was developed in several steps:

Phase I: Translation and first adaptation.

A first translation to Spanish was performed by three people from our research group. After that, a native English speaker carried out a back-translation, confirming the translation.

Phase II: Preparation of items to assess egosyntonicity.

Once the first version of the questionnaire was obtained, we proceeded to develop items with the opposite meaning with the help of a synonym and antonym dictionary (Blecua, 2006). For example, the item "I'm repulsed by this thought", in the egosyntonicity version was "I like to think this". In addition, 2 items were modified in both versions to avoid confusion:

"Even though distressing, I understand why I have it": This original item combines two slightly different aspects related to the intrusive thought: the distress caused when it intrudes into the mind, and the rationality of its intrusiveness. Given that in the egosyntonicity questionnaire a rationality dimension was included, we decided to delete the second part of the item as follows: *"This thought disturbs me"*.

“Not surprised I would have a thought like this”: This item was included in the egosyntonicity version of the questionnaire, and *“It surprises me that I have had a thought like this one”* was included in the egodystonicity questionnaire.

Phase III: Adaptation.

A first testing of the preliminary versions of both questionnaires was carried out. Seven clinical psychologists and 4 researchers from the research group, experts in ED and OCD, collaborated in the test. The group members were asked to fill in both questionnaires individually, keeping in mind an ED intrusive thought and an obsessive intrusive thought, and then evaluate the following aspects: (1) the concordance between items of the egodystonicity and egosyntonicity versions bearing in mind the intrusive thoughts they selected, (2) the understandability of the items, and (3) their applicability to thoughts with ED and OCD contents.

The changes were made mainly in order to make items more consistent with the eating psychopathology. It has to be taken into account that the original questionnaire was developed from the perspective of typical obsessional contents. As a result of this process, the following changes were made:

“This thought means I care about others”: This item was removed because it was not associated with eating intrusive thoughts.

“Thought does not reflect my fantasies”: Given that fantasies are not a relevant aspect of eating psychopathology, this item was translated as *“This thought does not reflect what I want”*.

“Thought makes my stomach turn”: In the adaptation, the allusion to distressing bodily sensations was removed, because they could be confused with aspects related to eating. As a consequence, this item was changed to *“I am repulsed by this thought”*.

“Thought is immoral”: The term moral was changed to virtue, more coherent with the eating psychopathology. Some patients with ED value their symptoms as a sign of virtue that makes them different and superior to other people. Consequently, we decided to keep the item *“If I think about this, it’s because I am an ethical, moral person”* to catch the morality meaning.

Phase IV: Pilot study with ED patients and general population.

Before assessing the factorial structure, and with the aim of further ensuring the understandability of the two questionnaires, they were answered by 4 ED patients (3 of them with an AN diagnosis and one with a BN diagnosis) and a group of 25 students in the last years of the Psychology degree program at the University of Valencia. Participants were told that the purpose of their collaboration was to test the questionnaires, and they should ask or write down any doubts or suggestions about the questionnaires. Every participant filled out both questionnaires with the most upsetting intrusive thought they had previously selected from the two questionnaires that assess ED-related (INPIAS) and OCD-related (INPIOS) intrusive cognitions, described in the instruments section. The students answered the questionnaires individually, in groups of five persons and with the presence of two researchers to consult any doubts, whereas patients answered questionnaires individually with only one researcher in the room. In general, most items were understood, and they fit the intrusive cognitions chosen by the participants well, with the exception of *“I need to verify that I am the kind of person the thought indicates I am”*, which presented difficulties with some eating intrusive thoughts. However, we decided to keep the item because of its relevance to the obsessive thoughts.

2. ANALYSES OF THE FACTORIAL STRUCTURE OF THE EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY QUESTIONNAIRES.

Once the egodystonicity and egosyntonicity questionnaires had been adapted and constructed, we proceeded to assess the adequacy of their factorial structure using exploratory and confirmatory factor analysis in the general population sample ($n=349$) and according to the most distressing ED-related intrusive thought. We decided to conduct these analyses for only the ED-related intrusions and not the OCD-related ones because the EDQ was originally designed to examine the egodystonicity of obsessional thoughts (Purdon et al., 2007), and our main objective was the examination of the egosyntonicity and egodystonicity of eating-related intrusive thoughts.

Exploratory Factor Analyses (EFA).

The factorial structures of the final versions of the Egodystonicity Questionnaire (Cuestionario de Ego-Distonia; CED) and the Egosyntonicity Questionnaire (Cuestionario de Ego-Sintonia; CES) were analyzed. Several EFA with Varimax rotation were performed separately for each questionnaire, once it had been verified that the data satisfied the psychometric criteria to carry out the EFA: KMO analyses were satisfactory for both questionnaires (.94 and .95, respectively) and the BTS analyses with significant indices were also satisfactory (CED: $\chi^2_{(630)}= 8589.58$; $p<.001$; CES: $\chi^2_{(630)}= 10452.71$, $p<.001$). Five factors were identified in each questionnaire, with eigenvalues >1 which explained 62.78% of the CED variance, and 67.53% of the CES. However, the scree plot indicated three factors with greater weight. We analyzed the resulting factor structures with 2 and 3 factors for each questionnaire. The 3-factor structure was more interpretable than the bi-factorial one, taking into account the item contents and the original English structure, and for this reason we decided to select it for subsequent analyses. Next, the three resulting factors were compared for each questionnaire, considering only the variables loading ≥ 0.30 . When the factors resulting

in CED and CES were compared, we observed that 9 items were not coherent with the factors in which they were included. Since we were looking for mirror factors that could be compared between them, we decided to remove these 9 items, thus obtaining a new structure of 27 items in each questionnaire. EFA were repeated with the new structure. The new version of the 27-item questionnaire CED was called *CED-reduced version* (CED-R) to differentiate it from the original 36 questionnaire items.

With the 27-item scales, psychometric criteria again were met for both the CED-R and CES. The KMO were .93 and .94, respectively, and we also found significant levels of BTM (CED-R: $\chi^2_{(351)} = 6492.47$; $p < .001$; CES-E: $\chi^2_{(351)} = 7159.496$, $p < .001$). In the case of CED-R, the 3 factors explained a total variance of 60.60%, and in the CES total variance was 61.91%. The items of factor 1 explained 26.18% of the variance of the CED-R and 26.30% of the CES, and the content was about the desire or absence of desire, respectively, for the thought to come true. The second factor, with a variance of 18.54% for the CED-R and 18.56% for the CES, was composed of items about the irrationality/rationality, the importance of the thought, and whether the thought is or not typical of the person. Finally, the third factor was associated with the ethics and morality of the thought, and explained a total of 15.88% of the variance in the CED-R and 16.84% in the CES. When the loadings of each item were analyzed, it was noted that the CED-R items "*I need to verify that I am not the type of person the thought indicates I am*" and "*This thought disturbs me*" loaded on different factors in both questionnaires. Following theoretical criteria, the decision was made to change the order of the items in the CED, so that they were as they appeared in the saturation in the CES, as this made more theoretical sense.

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

The next step was to compare the fit of different factor structures or models for the CES and CED separately, in order to confirm our factorial structure from EFAs. Models were proposed with the following criteria: a) methodological, b) empirical approaches, and c) rational models. Below, each model is explained:

Model 1 (methodological): This model tests the adequacy of a unifactorial structure of the questionnaires. The model was used to rule out the possibility that the instruments are not made up of items belonging to a single dimension.

Model 2 (theoretical): For each questionnaire the items were clustered in the 4 factors proposed by Purdon et al. (2007) in the original English version of the EDQ: *Inconsistency with morals, Repugnance, Implications for personality, and Irrationality*.

Model 3 (empirical): This model was based on the three-factor structure previously obtained with the EFAs. As discussed above, this model divides the 36 items into three factors: a) items about the desire or fear that thought comes true, b) items regarding rationality/irrationality and characteristic -or not- of the individual, and c) items about the ethics or morality of thought.

Model 4 (empirical and rational): This model is based on the previous one. It has the same 3 factors but excluding the 9 items that do not load in the same factors in the CED-R and CES, in order to achieve equivalent factors for each questionnaire.

Models 5 and 6 (methodological and empirical): It was tested whether joining the 36-item versions of the CED and CES (model 5=72 items) and the reduced 27-item versions (model 6=54 items), would be more adequate than previous models.

Table 7. Fit indices of confirmatory factor analysis models of CED and CES.

	<i>Model description</i>	χ^2	<i>GFI</i>	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>	<i>AGFI</i>
CED							
Model 1	Unifactorial	1950.6266 (325)	.505	.723	.121	.181	.425
Model 2	Purdon et al.	2087.5702 (588)	.615	.803	.087	.104	.56
Model 3	EFA	1682.2035 (591)	.709	.857	.074	.079	.672
Model 4	Reduced EFA	1076.8498 (321)	.729	.871	.083	.086	.681
Model 4.b	Model 4-modified	922.0832 (319)	.767	.897	.075	.078	.724
CES							
Model 1	Unifactorial	1982.5802 (325)	.518	.727	.120	.128	.440
Model 2	Purdon et al.	2604.27 (588)	.581	.772	.100	.105	.526
Model 3	EFA	2041.3557 (591)	.665	.836	.085	.075	.622
Model 4	Reduced EFA	1131.1514 (321)	.716	.867	.086	.077	.665
Model 4.b	Model 4-modified	948.3936 (319)	.765	.897	.076	.071	.722
CED & CES							
Model 5	Unifactorial (72 items)	7955.7100 (1377)	.278	.512	.119	.155	.222
Model 6	Unifactorial from Model 4 (54 items)	6732.2955 (1374)	.297	.603	.107	.142	.240

CES: Egosityntonicity Questionnaire; CED: Egodystonicity Questionnaire; EFA: Exploratory Factor Analysis; GFI: Goodness of Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation; SRMR: Standardized RMR; AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index. EFA: Factorial Exploratory Analysis.

To test the different models, several CFAs were performed using the method of Maximum likelihood estimation with robust correction (normalized coefficient of Mardia= 235.5722 and 227.8591 for CED-R and CES, respectively), because our data did not follow a normal distribution or normal multivariate. Table 7 shows the data of the indices obtained in different CFA.

As can be observed, following Hu et al. (1999), the model that most closely matched the criterion was model 4, since the value of χ^2 is lower. Moreover, index rates of this model were slightly closer to the criteria set CFI, GFI and AGFI >.90 and SRMR and RMSEA <.08.

In Model 4 two corrections were applied to suppress from the analysis the weight of the common variance between two pairs of items (i.e. the variance that they share outside their factor loadings). After these corrections, fit indexes of 4.b were

calculated, and these were satisfactory. In this case the indices move closer to the set criteria.

Table 8 shows the factor loadings of each item on the factors of the model. Loadings of all items were significant and high (Range from .46 to .90).

Table 8. Factor loadings of items on each questionnaire.

items	Factors	CED-R.EIT	CES.EIT
		λ	λ
1	F3	.55	.62
2	F1	.85	.88
3	F2	.46	.51
4	F2	.67	.62
5	F2	.65	.63
6	F3	.47	.67
7	F1	.77	.83
8	F2	.72	.68
9	F3	.76	.61
10	F1	.78	.86
11	F1	.65	.79
12	F1	.77	.79
13	F1	.86	.88
14	F3	.71	.72
15	F3	.66	.61
16	F1	.87	.90
17	F3	.73	.68
18	F2	.71	.70
19	F2	.28	.68
20	F3	.66	.69
21	F1	.86	.85
22	F1	.60	.69
23	F2	.66	.73
24	F2	.81	.65
25	F2	.74	.71
26	F2	.80	.75
27	F1	.85	.90

CED-R.EIT: Egodystonicity Questionnaire-Revised version- Eating Intrusive Thought. CES.EIT: Egosyntonicity Questionnaire- Eating Intrusive Thought; λ : factor loading.

Therefore, after making appropriate changes, the final model for both questionnaires was composed of 3 factors. Table 9 shows the names of the factors for both questionnaires, with examples of items in each.

Table 9. Definitive factors of CED-R and CES.

CED-R	CES
<p>Factor 1 (10 items) <i>Undesirability of thought and rejection of it coming true</i> e.g.: "I have never wanted this thought to happen in real life.", "I am repulsed by this thought".</p>	<p>Factor 1 (10 items) <i>Desirability of thought and for it to come true</i> e.g.: "The idea that this thought could come true is attractive to me.", "I like to think this".</p>
<p>Factor 2 (10 items) <i>Irrationality and incoherence with personality</i> e.g.: "How can a person like me have a thought like this one?", "This thought is irrational".</p>	<p>Factor 2 (10 items) <i>Rationality and coherence with personality.</i> e.g.: "It's logical for a person like me to have a thought like this one", "This thought is rational".</p>
<p>Factor 3 (7 items) <i>Immorality/inconsistency of thought with morals/ethics</i> e.g.: "Thinking this thought is immoral", "When I have this thought, I do anything I can to get it out of my head immediately".</p>	<p>Factor 3 (7 items) <i>Morality/consistency of thought with morals/ethics</i> e.g.: "Thinking this thought is a sign of virtue", "When I have this thought, I do whatever I can to keep it in my head".</p>

3. DESCRIPTIVE STATISTICS, RELIABILITY AND ASSOCIATIONS WITH CED-R AND CES.

Once the factor structure had been confirmed, the scores obtained by the general population sample were analyzed for each factor, as well as their data reliability and validity. In addition, in order to check whether the egodystonicity and egosyntonicity were part of the same dimension or they were independent constructs, correlations between the factors of both questionnaires were calculated.

Table 10 presents the data obtained in the CED-R and CES in the general population, answered regarding an IT with eating content and an IT with obsessive content. In analyzing the results, it is important to note the significance of the scores. It is noteworthy that scores on all factors are low, and virtually none of the factors is beyond the average score of 2.5= "somewhat agree", indicating that in this population, the selected IT is neither egosyntonic nor egodystonic, as the score indicates a neutral

middle-point. Only in regard to the obsessive IT, the Undesirable factor gets a 2.72. (See Table 10).

Table 10. Descriptive data and internal consistency of CED-R and CES with IT regarding eating and obsessive content in general population sample (n=349).

	<i>M (SD)</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Asymmetry</i>	α	<i>ICC</i>	<i>95% confidence interval</i>
<i>Eating IT</i>						
CES						
Desirable	1.35 (1.44)	0-5	0.76	.96	.97	.95 - .98
Rational. Coherent	2.50 (1.06)	0-5	-0.14	.89	.90	.85 - .94
Moral	1.10 (0.93)	0-4.43	0.98	.84	.90	.84 - .94
Egosyntonicity. Total	1.66 (0.99)	0-4.63	0.65	.95	.96	.95 - .97
CED-R						
Undesirable	2.02 (1.52)	0-5	0.38	.94	.89	.82 - .93
Irrational. Incoherent	1.48 (0.97)	0-4.60	0.49	.88	.70	.60 - .80
Immoral	1.24 (1.01)	0-4.29	0.52	.85	.82	.72 - .89
Egodystonicity. Total	1.58 (0.99)	0-4.33	0.27	.94	.86	.77 - .91
<i>Obsessive IT</i>						
CES						
Desirable	0.75 (1.09)	0-4.7	1.58	.95	.85	.76 - .91
Rational. Coherent	2.23 (1.13)	0-4.9	-0.13	.90	.88	.80 - .92
Moral	1.06 (0.86)	0-4.29	0.71	.82	.89	.82 - .93
Egosyntonicity. Total	1.35 (0.89)	0-4.16	0.64	.95	.91	.85 - .94
CED-R						
Undesirable	2.72 (1.53)	0-5.00	-0.32	.93	.86	.75 - .91
Irrational. Incoherent	1.60 (1.09)	0-5.00	0.64	.90	.87	.76 - .91
Immoral	1.38 (1.13)	0-5.00	0.79	.88	.88	.80 - .93
Egodystonicity. Total	1.90 (1.08)	0-4.93	0.22	.95	.90	.83 - .94

IT: Intrusive Thought; M(SD): Mean (Standard Deviation); ICC: Intraclass Correlation.

Reliability

The internal consistency of the factors on both questionnaires, assessed with Cronbach's α , were satisfactory for both types of IT (range for eating IT = .96 to .84; range for obsessive IT: .95 to .82) (see Table 10).

With a 14-day interval between test and retest, correlations between factors showed good temporal stability in both the eating and obsessive IT (range eating IT=.97 to .70; range obsessive IT = .91 -.85), (see Table 10).

Criterion validity

Pearson correlations were performed to verify the associations between factors of egodystonicity and egosyntonicity referring to eating and obsessive IT separately, with variables that were not directly related or evaluating the egodystonicity and egosyntonicity (see Table 11).

Regarding the eating IT, significant correlations were found between the factors of EAT *Bulimia* and *Diet* and *Rationality and coherence of thought*, and *Immorality*, while the *Undesirability* only correlated with *Diet*. *Oral control* (EAT) was not associated with any factor. *Obsessions* measured with the CBOCI showed significant correlations with the *Undesirable* and *Immoral* factors, and *Compulsions* (CBOCI) with *Rational* and *Immoral*. Depressive (BDI) and anxious (BAI) symptomatology correlated with the *Undesirability* and the *Immorality* of the eating IT.

As for the IT with obsessive content, a significant correlation was found between the *Diet* factor with the *Undesirable* and *Immoral* factors, while the *Bulimia* factor correlated with *Undesirable* and *Immoral*. The obsessions were associated with the 3 factors of egodystonicity and with the CES-*Rational*. In contrast, *Compulsions* were associated with the 3 factors of egosyntonicity and CED-R-*Immorality*. The depression and anxiety symptoms correlated with the *Immoral* factor, and depressive symptoms were also associated with the *Undesirable* factor of the obsessive IT.

Table 11. Bivariate correlations between egodystonicity and egosyntonicity factors and measures of eating psychopathology, obsessive, depressive and anxiety symptoms, in the general population.

	<i>EAT</i>			<i>CBOCI</i>		<i>BDI</i>	<i>BAI</i>
	<i>Diet</i>	<i>Bulimia</i>	<i>Oral control</i>	<i>Obsessions</i>	<i>Compulsions</i>		
<i>Eating IT</i>							
CES							
Desirable	-.08	.01	.00	.03	.12*	-.02	-.02
Rational. Coherent	.18***	.18***	.13*	.20*	.22***	.15**	.15**
Moral	-.04	.01	.02	.08	.14**	.01	.03
CED-R							
Undesirable	.32***	.16**	.09	.26***	.09	.24***	.17***
Irrational. Incoherent	-.02	-.07	-.04	.09	-.03	.04	.01
Immoral	.33***	.20***	.09	.38***	.21***	.31***	.22***
<i>Obsessive IT</i>							
CES							
Desirable	-.01	.03	.04	.09	.19***	.06	.08
Rational. Coherent	.09*	.13*	.05	.24***	.23***	.12*	.13*
Moral	.02	.06	.01	.14**	.18***	.08	.05
CED-R							
Undesirable	.21***	.16**	.12*	.29***	.10*	.21***	.16*
Irrational. Incoherent	.04	.02	.05	.22***	.03	.13*	.15*
Immoral	.23***	.18***	.12*	.48***	.23***	.28***	.27***

*EAT: Eating Attitude Test; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; *p≤.05; **p≤.01. Bonferroni correction: ***p≤.001*

Egodystonicity and egosyntonicity: One or two dimensions?

To check the relative independence of egosyntonicity and egodystonicity, correlations were calculated between the scores obtained on the CES and the CED-R in relation to eating and obsessive ITs independently (see Table 12). As expected, the correlation coefficients between total scores of the two questionnaires were negative for both types of IT, eating and obsessive. However, the sizes of the correlations were medium, indicating that the two questionnaires assessed two different but related constructs. The same pattern was observed for the subscales, with the exception of the lack of relationship between *Morality* and *Immorality* of the obsessive ITs.

Table 12. Bivariate correlations between egodystonicity and egosyntonicity in eating and obsessive IT.

CED-R	CES							
	Eating IT				Obsessive IT			
Eating IT	<i>Desirable</i>	<i>Rational</i>	<i>Moral</i>	<i>Egosynt.</i>	<i>Desirable</i>	<i>Rational</i>	<i>Moral</i>	<i>Egosynt.</i>
Undesirable	-.57***	-.12*	-.30***	-.42***	--	--	--	--
Irrational.	-.37***	-.45***	-.31***	-.44***	--	--	--	--
Immoral	-.30***	-.13*	-.20***	-.26***	--	--	--	--
Egodystonicity	-.53***	-.27***	-.32***	-.46***	--	--	--	--
Obsessive IT								
Undesirable	--	--	--	--	-.42***	-.10*	-.22***	-.29***
Irrational.	--	--	--	--	-.23***	-.40***	-.25***	-.35***
Immoral	--	--	--	--	-.08	-.12*	-.05	-.11*
Egodystonicity	--	--	--	--	-.33***	-.24***	-.22***	-.31***

CED-R: Egodystonicity Questionnaire-Reduced version; CES: Egosyntonicity Questionnaire; IT: Intrusive thought; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Summary of main results - Study 1

The aim of the present study was to develop an instrument to assess egosyntonicity and egodystonicity of mental intrusions related to appearance, diet, and physical exercise, as well as intrusions analogous to obsessions. Based on the Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ; Purdon, et al., 2007), we adapted and created two measures. The preliminary versions were tested counting on clinical psychologists and researchers who were experts in ED and OCD, psychology students and ED patients. According to their suggestions, some modifications were made to make the items more understandable and pertinent to ED psychopathology (it is important to note that the EDQ was developed in the OCD context).

The factorial structure analyses (EFAs and CFAs) showed as best solution a three-factor structure for each questionnaire, composed of 27 items with opposite meanings grouped as follows: The first factor (10 items) was called *Desirability of thought and for it to come true* and *Undesirability of thought and rejection of it coming true* on the CES and CED-R, respectively. The second factor (10 item) was called *Rationality and coherence with personality* (in CES), and *Irrationality and incoherence with personality* (in CED-R). The factor 3 (7 items) was called *Morality/consistency of thought with morals* (CES) and *Immorality/inconsistency of thought with morals* on the

CED-R. This factorial structure is somewhat different from the 4 factor structure of the original EDQ (Purdon et al., 2007): *Repugnance*, *Implications for personality*, *Irrationality*, and *Inconsistency with morals*.

When the general population scores were analyzed regarding their most unpleasant eating and obsessive IT, scores indicated that in this population, the ITs were neither egosyntonic nor egodystonic. Psychometric properties of both the CES and CED-R were satisfactory (internal consistency, temporal stability, and criteria validity). Concerning the dimensionality of ego-dystonicity/syntonicity, our data indicated that, as expected, these two constructs were negatively related. But the size of the correlation coefficients suggests that some specific aspects are unique to each construct.

In sum, our results point out the adequacy of the new CES and CED-R questionnaires to evaluate egosyntonicity and egodystonicity of ED and obsessional-related IT, and the need to evaluate these two constructs independently.

STUDY 2

ANALYSIS OF EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY OF INTRUSIVE THOUGHTS IN ED PATIENTS, SUBCLINICAL ED INDIVIDUALS, AND NON-CLINICAL PEOPLE.

Participants Study 2

To perform the analyses for Study 2, the different subtypes of ED were taken into account, except patients with non-purging BN ($n=5$) and patients with binge eating disorder ($n=3$) due to the low n . Therefore, of the 106 ED patients, the final group consisted of a total of 98 women.

To maintain the same nationality proportion in the sample of patients and the general population, and since the study included a nonclinical sample of 22 British women, a total of 28 Spanish women with no risk of ED or OCD were selected from the overall sample of 349 people. This sample was randomly selected with SPSS, excluding those with high risk of suffering ED (cutoff: $EAT \geq 20$), OCD (cutoff: $CBOCI > 25$) or both. Finally, the group consisted of a total of 50 people who will be called hereinafter the "non-clinical population", in order to differentiate it from the total sample of the general population used in the previous study.

1. EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY CHARACTERIZATION OF EATING INTRUSIVE THOUGHTS.

In this section we first assessed the presence and frequency of the eating IT in the various patient subtypes: ANR ($n=24$), ANP ($n=12$), BNP ($n=16$), restrictive ($n=32$) and purgative (14) types of EDNOS, ED-recovered individuals ($n=20$), ED subclinical

population ($n=12$) and non-clinical population ($n=50$). Then we analyzed the most unpleasant eating IT according to its egodystonicity and egosyntonicity across the groups. And finally, we studied the association between egodystonicity and egosyntonicity factors with variables of eating, obsessive, depressive and anxious psychopathology for patients and the non-clinical population separately.

IT's frequency across groups.

First we calculated the average of the frequency with which each group experienced the eating IT in INPIAS' factors (see Table 13). To undertake this analysis, the *actual mean* frequency for each group in each factor was used. This *actual mean* is calculated with the sum of the scores of the items comprising the factor, divided by the number of items whose frequency is greater than 0. This calculation reflects more accurately the actual frequency with which they experience the IT because it considers only those items that the person experiences at least once.

In general, thoughts about *Appearance and diet* and *Physical exercise* showed the greatest frequency across the groups. Significant differences were found between groups ($BF_{(1102.21)} = 31.00$, $p < .001$) on the thoughts from the first factor (*Appearance and diet*). Post-hoc analyses (*Games-Howell*) revealed that the non-clinical population and ED-recovered individuals experienced these IT less frequently than the other groups, including the subclinical group. However, there were no differences between subtypes of patients. Regarding the frequency of thoughts included in the *Physical exercise* factor, there were also significant differences among groups ($F_{(7,172)} = 21.64$, $p < .01$): the non-clinical subjects scored lower than the other groups, except the ED-recovered individuals, who did not differ from any group. Again, in this factor no differences were observed between subtypes of patients. Finally, in the factor that includes IT about *Purging and disordered eating*, significant differences were also found between subgroups ($BF_{(1102.21)} = 31.00$, $p < .001$), with the non-clinical and ED-recovered

individuals groups showing significantly lower frequency. In this factor, differences were found between subtypes of patients: the BNP group reported a higher frequency of these IT contents compared to the ANR subtype.

Table 13. Eating intrusive thoughts' frequency across groups in INPIAS' factors.

	INPIAS		INPIAS		INPIAS	
	<i>Appearance and dieting</i>		<i>Physical exercise</i>		<i>Purging and disordered eating</i>	
	<i>M (SD)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min-Max</i>
ANR	3.99 (0.84)	2.33-5.36	4.09 (1.47)	1.33-6.00	3.06 (1.01)	1.20-5.50
ANP	4.40 (1.12)	2.57-5.58	3.94 (1.48)	1.00-6.00	3.99 (1.14)	1.88-6.00
BNP	4.49(0.85)	2.82-5.83	4.21 (1.23)	2.17-6.00	3.95 (0.58)	3.00-5.57
EDNOS-R	4.32 (1.03)	1.62-5.86	4.13 (1.56)	1.00-6.00	3.28 (1.09)	1.20-5.38
EDNOS-P	4.41 (1.17)	2.31-5.58	4.15 (1.33)	1.2-6	3.74 (1.42)	1.5-5.375
REC	2.52 (0.87)	1.18-4.19	3.06 (1.13)	1-4.5	1.93 (0.78)	1-3.75
SubED	3.61 (0.89)	2.03-5.00	4.26 (0.88)	2.17-5.33	2.96 (0.86)	1.75-4.25
NC	1.98 (0.70)	1.00-3.94	2.62 (1.05)	1.00-4.67	1.57 (0.78)	0-3.00

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype. ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype. BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype. EDNOS-R: Eating Disorder Non Specified-Restrictive subtype. EDNOS-P: Eating Disorder Non Specified-Purgative subtype. REC: ED-recovered individuals. SubED: Subclinical ED group. NC: Non-Clinical sample; M (SD): Mean (Standard Deviation).

Eating intrusive thoughts chosen as most unpleasant by groups.

Most people, regardless of the group to which they belonged, chose as most unpleasant an IT from the *Appearance and diet* INPIAS' factor (range: 100% - 85%), although 18% of the non-clinical population chose an IT from the *Physical exercise* factor (see Table 14). However, the mean frequency with which IT were experienced does differ between groups ($F_{(7,172)}=21.64, p<.01$). The 5 groups of patients reported a daily frequency (5= *Very often. I have this intrusion daily*), followed by the subclinical ED group, which presented an average frequency of several times a week (4= *Often. I have this intrusion once or twice a week*). The frequency of the most unpleasant IT in ED-recovered individuals was slightly higher than once or twice a month, while the frequency in the non-clinical population was between a few times a year and once or twice a month (3= *Sometimes. I have this thought once or twice a month*, 2= *Occasionally. I had this thought a few times a year*). Post hoc tests (Tukey) showed that

the differences between the patient groups and the subclinical group were not significant. Moreover, ED-recovered individuals and the non-clinical population scored significantly lower than the clinical groups, but not lower than the subclinical group.

Table 14. Factors and frequency distribution of the most unpleasant eating intrusive thought across groups. (INPIAS).

	<i>Appearance and dieting</i>		<i>Physical exercise</i>		<i>Purging and disordered eating</i>		<i>Total</i> <i>M (SD)</i>
	<i>n (%)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n (%)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n (%)</i>	<i>M (SD)</i>	
ANR	23 (95.83)	5.22 (0.9)	1 (4.16)	5	0		5.21 (0.88)
ANP	11 (91.66)	5.36 (0.92)	0		1 (8.33)	6	5.42 (0.90)
BNP	14 (87.5)	5.36 (1.08)	0		2 (12.5)	5 (0)	5.31 (1.01)
EDNOS.R	30 (93.75)	5.4 (1)	1 (3.12)	6	1 (3.12)	6	5.44 (0.98)
EDNOS.P	12 (85.71)	5.58 (1)	0		2 (14.28)	5 (1.41)	5.50 (1.02)
REC	19 (95)	3.42 (1.46)	0		1 (5)	5	3.50 (1.47)
SubED	12 (100)	4.67 (1.56)	0		0		4.67 (1.56)
NC	41 (82)	2.88 (1.23)	9 (18)	3.63 (1.51)	0		3.00 (1.29)

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype. ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype. BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype. EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype. EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype. REC: ED-recovered individuals. SubED: Subclinical ED group. NC: Non-Clinical sample; M: Mean; SD: Standard Deviation.

In the second part of INPIAS, the IT chosen as the most unpleasant was appraised by clinical groups as very unpleasant; it interrupted their concentration, and was very difficult to control, without very much success in controlling it (see Table 15). Patient's scores were followed by the subclinical group, whereas Non-clinical and ED-recovered individuals showed significantly lower scores than every other group on *unpleasantness* and *interference*. However, they were able to control their ITs more than the majority of the clinical and subclinical groups.

Table 15. Unpleasantness, interference, control difficulty and success in controlling the most unpleasant eating intrusive thought across groups. (INPIAS).

	ANR	ANP	BNP	EDNOS. R	EDNOS. P	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Unpleasant	3.58 ^a (0.50)	3.50 ^{ac} (0.80)	3.69 ^a (0.60)	3.41 ^a (0.61)	3.50 ^{ac} (0.85)	2.55 ^c (1.05)	2.83 ^{ac} (0.83)	1.60 ^b (0.70)	30.36 ^{***}	7, 98.89	.58
Interf.	2.67 ^a (1.13)	2.83 ^a (0.94)	2.75 ^a (0.93)	2.50 ^a (1.22)	2.86 ^a (1.10)	1.65 ^b (1.14)	1.67 ^a (0.65)	0.66 ^b (0.82)	19.36 ^{***}	7,172	.44
Control dif.	3.50 ^a (0.72)	2.83 ^{ac} (1.11)	3.44 ^a (0.81)	3.25 ^a (1.02)	3.21 ^a (1.31)	1.50 ^c (1.19)	2.50 ^a (1.51)	0.76 ^b (0.80)	27.18 ^{***}	7,82.96	.57
Succes.	0.96 ^a (0.91)	1.08 ^{ac} (1.24)	0.69 ^a (0.79)	1.09 ^a (0.78)	1.07 ^a (1.00)	2.15 ^c (1.18)	1.33 (0.98)	2.14 ^{bc} (1.05)	8.26 ^{***}	7,172	.25

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample; BF: Brown Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : eta partial squared; Data on the first 8 columns are expressed in Means (Standard Deviation); *** $p < .001$.

For clinical groups, their eating intrusive thoughts had negative emotional consequences, as they reported anxiety and feelings of sadness, guilt, and shame. The non-clinical group experiences very low emotional consequences, significantly lower than the rest of the groups, followed by the ED-recovered individuals (see Table 16).

Table 16. Emotional consequences of the most unpleasant eating IT across groups. (INPIAS).

	ANR	ANP	BNP	EDNOS. R	EDNOS. P	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Anxiety	3.21 ^a (0.78)	3.00 ^a (0.95)	3.06 ^a (1.12)	3.16 ^a (0.68)	3.14 ^a (0.95)	1.65 ^b (1.09)	2.25 ^{ab} (0.87)	0.76 ^c (0.74)	37.80 ^{***}	7,172	.61
Sad	2.71 ^a (1.30)	2.50 ^{ac} (1.09)	3.00 ^a (1.15)	2.84 ^a (1.08)	3.00 ^a (1.11)	1.50 ^c (1.15)	2.17 ^a (0.94)	0.94 ^{bc} (0.79)	16.49 ^{***}	7,172	.40
Guilt	2.63 ^a (1.35)	2.08 (1.78)	2.25 (1.24)	2.09 (1.63)	2.71 ^a (1.49)	1.80 (1.36)	2.67 ^a (0.98)	1.12 ^b (1.04)	4.62 ^{**}	7,104.69	.17
Shame	2.50 ^a (1.38)	1.67 (1.50)	2.13 (1.50)	2.06 ^{ac} (1.61)	2.36 (1.65)	1.05 ^c (1.05)	2.42 ^a (0.90)	0.84 ^{bc} (0.96)	6.25 ^{***}	7,107.06	.21

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample; BF: Brown Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : eta partial squared; Data on the first 8 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p < .01$; *** $p < .001$.

The clinical groups reported some dysfunctional appraisals (see Table 17). They gave a lot of importance to their intrusive thoughts, the thoughts made them feel insecure about themselves and responsible for any negative consequences, and they thought it was important to control their IT. It is noteworthy that ED-recovered individuals

appraised their IT as having personal meaning to the same extent as the clinical groups, and they also thought that it was important to control their IT. The subclinical group appraised their IT as important, and making them feel insecure, and that it was important to control it. And finally, the non-clinical group, as would be expected, did show lower dysfunctional appraisal.

Table 17. Dysfunctional appraisals of the most unpleasant eating IT across groups. (INPIAS).

	ANR	ANP	BNP	EDNOS. R	EDNOS. P	REC	Sub ED	NC	F/BF	df	η^2_p
Th.	2.88 ^a	3.25 ^a	3.31 ^a	3.06 ^a	2.86 ^a	1.60 ^{bc}	2.25 ^{ac}	1.22 ^b	24.30 ^{***}	7,172	.50
Import.	(0.90)	(0.75)	(0.70)	(0.88)	(0.66)	(1.05)	(0.97)	(0.84)			
TAF.M.	1.92 ^a	1.42	1.63 ^a	1.91 ^a	1.57	1.40	1.67 ^a	0.52 ^b	5.20 ^{***}	7,126.85	.18
	(1.44)	(1.08)	(1.09)	(1.51)	(1.34)	(1.39)	(0.98)	(0.81)			
Personal.	2.13 ^a	1.58	2.63 ^a	2.19 ^a	2.36	2.30 ^a	1.92	1.16 ^b	3.45 ^{**}	7,95.01	.14
Mean.	(1.26)	(1.83)	(1.36)	(1.38)	(1.55)	(1.34)	(1.24)	(0.91)			
TAF.P	1.83 ^a	2.08 ^a	2.19 ^a	1.69 ^a	1.93 ^a	1.20 ^a	1.08 ^a	0.22 ^b	8.07 ^{***}	7,107.52	.27
	(1.52)	(1.38)	(1.52)	(1.55)	(1.49)	(1.24)	(0.67)	(0.55)			
Resp.	2.04 ^a	1.50	2.25 ^a	2.13 ^a	2.29	1.85	1.83	0.92 ^b	3.93 ^{***}	7,122.96	.14
	(1.49)	(1.09)	(1.24)	(1.66)	(1.59)	(1.46)	(1.11)	(0.90)			
Imp.cont	2.63 ^a	2.67	2.50 ^a	2.94 ^a	2.50 ^a	2.20	2.58 ^a	1.10 ^b	8.58 ^{***}	7,101.82	.29
	(1.17)	(1.50)	(1.26)	(1.01)	(1.29)	(1.44)	(1.00)	(0.86)			
Ov.threat	1.18	1.33	1.63	1.22	1.14	0.40	1.08 ^a	0.32 ^b	3.56 ^{**}	7,91.65	.14
	(1.10)	(1.44)	(1.50)	(1.56)	(1.56)	(0.94)	(0.51)	(0.62)			
Int.	2.75 ^a	3.25 ^a	3.00 ^a	2.53 ^a	2.71 ^a	1.65	2.50 ^a	0.96 ^b	12.39 ^{***}	7,110.91	.34
Uncert.	(0.90)	(0.75)	(1.21)	(1.32)	(1.44)	(1.53)	(1.09)	(0.97)			

Th:Import: Importance of thoughts; TAF.M: ThoughtAction Fusion.Moral; Personal.Mean: Personal meaning; TAF.P: Probability; Resp: Responsibility; Imp.cont.: Importance of control; Ov.threat: Overestimation of threat; Int.Uncert.: Intolerance to uncertainty; ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample; BF: Brown Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : eta partial squared; Data on the first 8 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Regarding the control strategies that participants use for their IT, the clinical groups employ mainly *Distraction* and *Do what the intrusion dictates*, whereas ED-recovered individuals used mainly *Distraction*. The subclinical group is notable in that they employ a large variety of control strategies such as *Distraction*, *Anxiety strategies* and *Suppression*; however, they do not do what the intrusion dictates. Finally, the non-clinical group did not use any control strategy very frequently, and they showed the highest scores on *Distraction* (see Table 18).

Table 18. Control strategies of the most unpleasant eating intrusive thought across groups. (INPIAS).

	ANR	ANP	BNP	EDNOS. R	EDNOS. P	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Anx.	1.81 (0.79)	2.03 (1.20)	1.95 (0.60)	1.87 (0.98)	1.71 (1.10)	1.92 (0.80)	2.07 (0.87)	1.43 (0.98)	1.48	7,172	
Supress.	2.19 ^a (0.55)	1.96 ^a (0.61)	1.69 ^a (0.80)	2.06 ^a (0.73)	1.71 ^a (0.68)	1.55 ^a (0.72)	2.14 ^a (0.80)	0.89 ^b (0.75)	12.6 ^{***}	7,172	.34
OCD rituals	1.04 ^a (0.92)	0.85 (0.73)	0.84 (0.78)	1.30 ^a (1.42)	1.09 (0.90)	0.55 (0.63)	1.13 ^a (0.53)	0.36 ^b (0.56)	4.52 ^{**}	7,119.35	.15
Distract.	2.38 (1.12)	2.46 (1.14)	2.31 (1.17)	2.36 (1.14)	1.82 (1.19)	2.78 ^a (1.14)	2.21 (1.01)	1.76 ^b (1.08)	2.38 [*]	7,172	.09
Do what dict.	2.13 ^a (1.42)	2.25 ^a (1.54)	2.38 ^a (1.41)	2.19 ^a (1.35)	2.57 ^a (1.40)	1.25 (1.12)	1.58 (1.44)	0.67 ^b (1.07)	7.61 ^{***}	7,172	.24
Do nothing	1.04 (1.33)	1.58 (1.16)	2.19 (1.22)	1.63 (1.48)	2.36 ^a (1.50)	1.25 (1.21)	0.75 ^b (1.22)	1.76 (1.30)	2.71 ^{**}	7,172	.10

Anx.: Anxiety; Supress.: Supression; Distract.: Distraction; Do what the dict.: Do what the intrusion dictates; ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample; BF: Brown Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : eta partial squared; Data on the first 8 columns are expressed in Means (Standard Deviation); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

In the second part of INPIAS, some patients were asked to report the format (*verbal, image or impulse*) in which they experience their most unpleasant intrusive thoughts. Although there were no differences among groups, the different distribution tendency is noteworthy (see Table 19): The majority of ANR (88,9%) and EDNOS-R (68,4%) experienced their intrusions in a verbal format, approximately half of the ANP and BNP experienced their intrusions as verbal, whereas the great majority of patients in the EDNOS purgative subtype group (77,8%) said that their IT was in the form of an image.

Table 19. Eating intrusive thought format distribution (*verbal, image, impulse*) depending on ED subtype. (INPIAS).

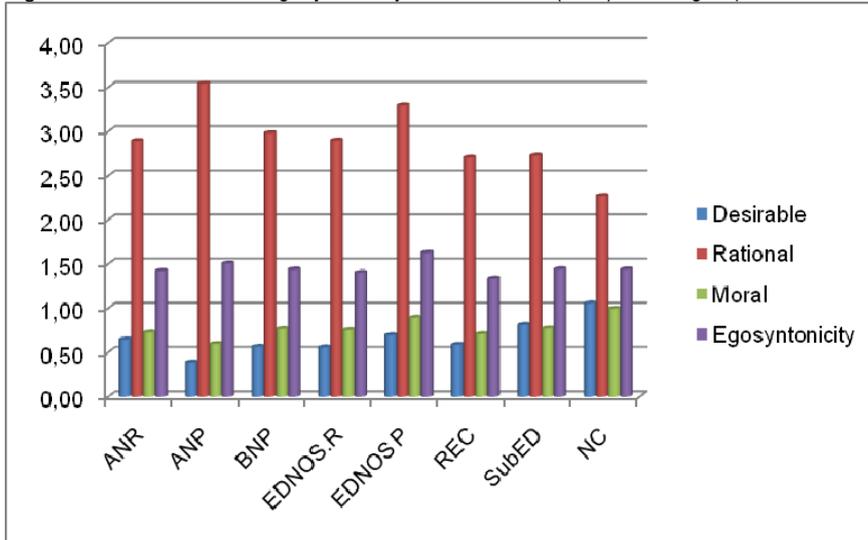
	<i>Verbal % (n)</i>	<i>Image % (n)</i>	<i>Impulse % (n)</i>
ANR	88.9 (8)	11.1 (1)	0
ANP	42.9 (3)	28.6 (2)	28.6 (2)
BNP	60 (3)	20 (1)	20 (1)
EDNOS.R	68.4 (13)	26.3 (5)	5.3 (1)
EDNOS.P	11.1 (1)	77.8 (7)	11.1 (1)

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype. ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype. BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype. EDNOS-R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype. EDNOS-P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype.

Egosyntonicity and egodystonicity regarding the most unpleasant eating intrusive thought.

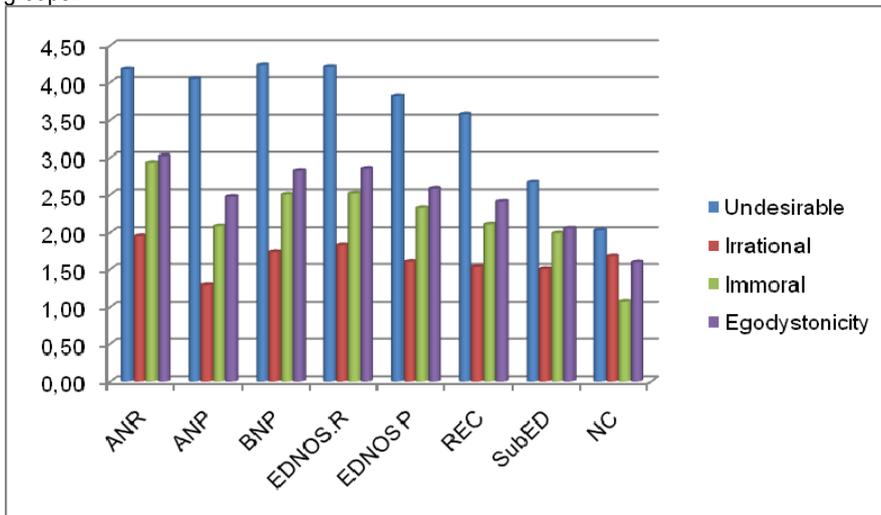
Regarding egosyntonicity, all groups except the non-clinical people *somewhat agreed* with the *Rational* factor (scores ≥ 2.5). However, no group rated their eating IT as *Desirable* or *Moral*. Figure 7 illustrates these data. Regarding the egodystonicity, again all groups except the non-clinical population rated their IT as *Undesirable*. The subclinical ED group slightly exceeded the frequency of 2.5. Eating ITs were rated as *Immoral* by the ANR, BNP and EDNOS restrictive type groups. As for the *Egodystonicity*-total score, it was ≥ 2.5 for all patients, except for ANP who scored 2.47 and EDNOS-P with 2.32. Subclinical and ED-recovered individuals groups did not reach 2.5 on the *Egodystonicity*-total score, in spite of assessing the IT as *Undesirable*. Figure 8 shows that the factor that stands out is the *Undesirability* of the thought across groups.

Figure 7. Mean scores on Egosityntonicity Questionnaire (CES) across groups.



ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample.

Figure 8. Mean scores on Egodystonicity Questionnaire-Reduced version (CED-R) across groups.



ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample.

Then for each group, differences between egosyntonicity and egodystonicity were analyzed for the 3 factors and total scores. In the clinical groups and the ED-recovered individuals, significant differences were found in the 4 pairs analyzed, with significantly higher scores in the factors *Undesirable*, *Rational and coherent*, *Immoral* and *Egodystonicity*-total score, and with most effect sizes between high and medium (range: 1.40-0.38). The subclinical group scored significantly higher on the *Undesirable* and *Immoral* factors compared to *Desirability* and *Morality*, respectively (see Table 20). The nonclinical population rated their IT as more *Undesirable* and more *Rational and consistent* with the person, in contrast with *Desirability* and *Irrationality* respectively, although as pointed out previously, in any case the means of the non-clinical population reached the score of 2.5 = "somewhat agree".

Table 20. *t* related test for related samples between CES and CED-R factors for each group.

	<i>Desirable-Undesirable</i>		<i>Rational-Irrational</i>		<i>Moral-Immoral</i>		<i>Egosyntonicity-Egodystonicity</i>		<i>df</i>
	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	
ANR	-7,98***	-1,15	2,87**	0,42	-8,08***	-1,18	-6,38***	-0,92	23
ANP	-6,77***	-1,40	5,15***	1,04	-4,77**	-1,20	-3,53**	-0,74	11
BNP	-7,25***	-1,28	2,15*	0,38	-3,52**	-0,62	-3,47**	-0,71	15
EDNOS.R	-9,70***	-1,21	4,20***	0,52	-7,07***	-0,88	-6,44***	-0,81	31
EDNOS.P	-4,09**	-0,77	2,80*	0,53	-3,06**	-0,58	-2,21*	-0,42	13
REC	-6,46***	-1,02	2,99**	0,47	-4,72***	-0,75	-3,38**	-0,53	19
SubED	-2,26*	-0,46	1,89	0,38	-2,98*	-0,63	-1,20	-0,26	11
NC	-3,61*	-0,34	2,49*	0,27	-0,71	-0,04	-1,01	-0,07	49

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS.R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS.P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample; *d*: Cohen's *d*; *df*: degrees of freedom; ****p*<.001; ***p*<.01; **p*<.05.

Differences in egosityntonicity and egodystonicity dimensions among ED patients, ED-recovered individuals, subclinical and non clinical sample.

In order to analyze possible differences among groups (ED patients, ED-recovered individuals, subclinical ED and non-clinical populations) on the CES and CED-R factors, first a MANOVA was carried out that indicated significant differences (Pillai's Trace $V = .70$, $F_{(42, 1032)} = 3.26$, $p < .001$, $\eta^2_p = .12$). The ANOVAS conducted showed significant differences between groups in the *Rational* factor ($F_{(7,172)} = 3.26$, $p < .001$, $\eta^2_p = .14$), where the non-clinical population scored lower than the ANP group and EDNOS-P. Regarding the factors *Undesirable* ($F_{(7,172)} = 14.22$, $p < .001$, $\eta^2_p = .37$), *Immoral* ($F_{(7,172)} = 11.23$, $p < .001$, $\eta^2_p = .31$), and *Egodystonicity*-total score ($F_{(7,172)} = 11.14$, $p < .001$, $\eta^2_p = .31$), the non-clinical population obtained lower scores than other groups, except when compared to the subclinical group.

Egosityntonicity, Egodystonicity, and Psychopathology Measures.

As shown in Table 21, in the ED patient group very few relationships were observed between egosityntonicity/egodystonicity and measures of psychopathology. The *Egosityntonicity*-total score and one of its components, *Rationality*, were moderately associated with the *Diet* subscale (EAT). Regarding Egodystonicity, only the *Irrationality/Incoherence* factor was shown to be associated with a low depression score and high self-esteem. However, when the Bonferroni correction was applied ($0.05/48 = .001$), none of these associations reached the criterion of $p \leq .001$.

Table 21. Bivariate correlations between psychopathology variables and egosyntonicity and egodystonicity factors in ED patients.

	EAT n=82			CBOCI n=88		BDI n=36	BAI n=36	RSE n=36	PANAS- n=35
	<i>Diet</i>	<i>Bulimia</i>	<i>Oral control</i>	<i>Obs</i>	<i>Comp</i>				
Desirable	.17	.05	.00	.08	.11	-.10	-.22	-.05	-.07
Rational. Coherent	.29**	.16	-.06	.04	.04	.24	.14	-.16	.26
Moral	.17	.03	-.01	.08	.12	.07	-.12	.03	-.09
Egosyntonicity.Total	.30**	.12	-.03	.10	.12	.12	-.06	-.09	.07
Undesirable	-.10	-.07	-.05	-.03	-.04	.00	.25	.02	.08
Irrational. Incoherent	-.12	-.05	.09	.13	.13	-.36*	-.18	.34*	-.22
Immoral	-.03	.01	.08	.15	.16	-.28	-.06	.20	-.18
Egodystonicity.Total	-.11	-.06	.05	.11	.10	-.31	-.01	.27	-.16

EAT: Eating Attitudes Test. CBOCI: Clark Beck Obsessive Compulsive Inventory; Obs.: Obsessions; Comp.: Compulsions; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; RSE: Rosenberg Self-Esteem scale; PANAS-: Positive And Negative Affect Scale negative subscale; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Table 22. Bivariate correlations between psychopathology variables and egosyntonicity and egodystonicity factors in non-clinical sample.

	EAT n=50			CBOCI n=50		BDI n=28	BAI n=28	RSE n=28	PANAS- n=28
	<i>Diet</i>	<i>Bulimia</i>	<i>Oral control</i>	<i>Obs</i>	<i>Comp</i>				
Desirable	.22	-.03	.44**	.01	.25	-.22	-.06	-.12	-.03
Rational. Coherent	.30*	.15	.40**	.17	.22	.02	.04	-.14	.27
Moral	.22	.01	.44**	.12	.32*	-.12	-.01	-.23	.09
Egosyntonicity.Total	.27	.04	.47***	.10	.29*	-.14	-.02	-.17	.10
Undesirable	.23	.12	-.08	.40**	.13	.41*	.13	-.34	.39*
Irrational. Incoherent	.11	.09	-.01	.05	.12	.38*	-.04	-.04	.14
Immoral	.38**	.22	.17	.47**	.27	.41*	.25	-.22	.53**
Egodystonicity.Total	.29*	.17	.02	.38**	.20	.46*	.14	-.25	.42*

EAT: Eating Attitudes Test. CBOCI: Clark Beck Obsessive Compulsive Inventory; Obs.: Obsessions; Comp.: Compulsions; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; RSE: Rosenberg Self-Esteem scale; PANAS-: Positive And Negative Affect Scale negative subscale; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$; ** $p \leq .05$; * $p \leq .01$.

The correlation pattern found in the non-clinical group is shown on Table 22. The Egosyntonicity (total score and three factors) was clearly associated with the *Oral Control* subscale (EAT). Moreover, the total score and the *Morality* factor were also related to the compulsions measure (CBOCI). However, the *Egodystonicity*-total score and one of its components, *Immorality of thought*, were associated with *Diet* (EAT), *Obsessions* (CBOCI) and negative emotional states (BDI and PANAS). Additionally, the *Undesirability* of IT was related to these same psychopathology measures, with the only exception of the *Diet* subscale (EAT). Nonetheless, only the relationship between the

Egosityntonicity-total score and *Oral control* (EAT) reached the Bonferroni correction ($p \leq .001$).

Summary of main results – Study 2. Section 1

In this section, we have tried to characterize eating-related IT in ED patients, ED-recovered individuals, subclinical and non-clinical populations. Regarding the experience of IT, intrusions about appearance and dieting were those experienced with more frequency across groups, and also the most frequently chosen as the most unpleasant, which could be due or related –at least in part- to their high frequency. It is also noteworthy that patients experienced the IT mainly in a verbal format (except the EDNOS purgative subtype). We did not evaluate how they elaborated those intrusions, which could be in a different format, as the Elaboration Intrusion Theory suggests.

Regarding the egosityntonicity and egodystonicity of the most unpleasant IT, the tendency was the same across groups, as they evaluated the IT as rational and coherent with the personality, immoral, undesirable and rejecting the idea that the thought could come true. In general, differences among groups were found only in the non-clinical sample compared with the other groups; as expected, they scored significantly lower than the rest, except for the subclinical group.

It is noteworthy that in the patient sample, neither egosityntonicity nor egodystonicity showed considerable associations with eating symptoms, and measures of obsessionality, depression, anxiety, self-esteem, and negative affect. However, in the non-clinical sample, the association between egosityntonicity and the *Oral control* factor stands out. Moreover, in general egodystonicity seemed to be associated with a general negative emotional state in the non-clinical population. This association was not observed in the ED patients, in whom the egosityntonicity and egodystonicity would be associated with other variables.

2. STUDY OF EGOSYNTONICTY AND EGODYSTONICTY RELATED TO RELEVANT VARIABLES OF INTRUSIVE COGNITIONS

This section examines egosyntonicity and egodystonicity, taking into account relevant variables such as the frequency of the most unpleasant eating IT, distress and other emotional consequences, difficulty and success in controlling the IT, its interference in daily activities, the associated dysfunctional appraisals, and the strategies used for its control.

2.1 Egodystonicity and egosyntonicity depending on the frequency of most unpleasant intrusive thought.

First we made groups based on the frequency with which they experienced the most unpleasant IT: low if less than weekly (range 1-3) and high if it was as often as several times a week or higher (range: 4-6). In the clinical groups 93,9% of patients experienced the IT with a high frequency, followed by the subclinical group (75%), ED recovered subjects (55%), and the non-clinical population (36%) (see Table 23). Differences were significant ($\chi^2_{(3)}=58.61; p<.001$).

Table 23. Distribution according to the frequency of the most unpleasant IT across the groups.

	<i>Low frequency n (%)</i>	<i>High frequency n (%)</i>
ANR	1 (4.2)	23 (95.80)
ANP	0	12 (100)
BNP	1 (6.30)	15 (93.80)
EDNOS-R	3 (9.40)	29 (90.60)
EDNOS-P	1 (7.10)	13 (92.90)
REC	9 (45)	11 (55)
SubED	3 (25)	9 (75)
NC	32 (64)	18 (36)

ANR: Anorexia Nervosa Restrictive subtype; ANP: Anorexia Nervosa Purgative subtype; BNP: Bulimia Nervosa Purgative subtype; EDNOS-R: Eating Disorder Non Specified Restrictive subtype; EDNOS-P: Eating Disorder Non Specified Purgative subtype; REC: ED-recovered individuals; SubED: Subclinical ED group; NC: Non-Clinical sample.

Then with the total sample of patients ($n=98$), we examined whether there were differences (t test) in egosyntonicity and egodystonicity depending on how often they experienced their most unpleasant IT. Results showed significant differences in all factors of the CES and CED-R between high and low frequencies, with large effect sizes, except for *Moral* and *Immoral* factors (see Table 24).

Table 24. Descriptive statistics, differences and Pearson's correlations in CES and CED-R factors in patients depending on the IT's frequency.

	<i>Freq.</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min.- Max.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>R_{xy} Freq.</i>
Desirable	Low	6	0.17 (0.21)	0-0.50	-3.10**	33.29	1.3	.12
	High	92	0.60 (1.09)	0-4.30				
Rational. Coherent	Low	6	1.85 (0.80)	0.80-2.90	-3.3***	96	1.42	.29**
	High	92	3.12 (0.91)	0-5.00				
Moral	Low	6	0.24 (0.33)	0-0.86	-3.45	8.86		.20*
	High	92	0.78 (0.76)	0-3.86				
Egosyntonicity.Total	Low	6	0.75 (0.39)	0.40-1.35	-2.78**	96	1.17	28**
	High	92	1.50 (0.65)	0.17-3.15				
Undesirable	Low	6	4.75 (0.27)	4.30-5.00	3.97**	3.97	1.67	-.12
	High	92	4.09 (1.22)	0.30-5.00				
Irrational. Incoherent	Low	6	2.53 (0.93)	1.50-3.50	2.03*	96	0.85	-.14
	High	92	1.69 (0.99)	0.00-5.00				
Immoral	Low	6	3.10 (1.40)	1.00-4.86	1.38	96		-.13
	High	92	2.50 (1.01)	0-4.86				
Egodystonicity.Total	Low	6	3.46 (0.68)	2.43-4.45	2.18*	96	0.92	-.18
	High	92	2.76 (0.77)	0.61-4.76				

Freq.: Frequency; *M(SD)*: Mean (Standard Deviation); *Min*: Minimum; *Max*: Maximum; *df*: degrees of freedom; *d*: Cohen's *d*; *R_{xy} Freq.*= Pearson's correlation with frequency; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Pearson's correlations were calculated between frequency and the CES and CED factors, and there was a significant and positive association found between frequency of the most unpleasant IT and *Rationality*, *Morality* and *Egosyntonicity*-total score (see Table 24). Then, to analyze whether the frequency predicted egosyntonicity factors, a series of regression analyses were carried out with frequency as the only predictor and with those variables which showed a significant association with frequency (*Rational*, *Moral*, *Egosyntonicity*-total score). The frequency only explained

9%, 4% and 8% of the total variance of *Rationality*, *Morality* and *Egosyntonicity*-total score, respectively (see Table 25).

Table 25. Regression analysis in patients. Dependent variables: *Rational*, *Moral*, *Egosyntonicity*-total score. Predictor variables: Frequency of the most unpleasant IT.

DV	Change R^2	β	t	p
Rational. Coherent	.09	.29	3.00	.003
Moral	.04	.20	2.04	.04
Egosyntonicity. Total	.08	.28	2.85	.000

DV: *Dependent Variable*.

Regarding the non-clinical population, taking into account the frequency with which they experience their most unpleasant eating IT, mean scores on each of the factors of CED-R and CES show that the group with high frequency rates its IT as *Rational* (scores ≥ 2.5 , "somewhat agree") (see Table 26). The scores on the remaining factors were < 2.5 . When means between groups are observed, a different pattern from that presented by the sample of patients is detected. In the non-clinical population, the more frequent their IT is, the more *Desirable*, *Rational*, and *Moral*, but also more *Undesirable* and *Immoral* it is. Differences were found between high and low frequency groups in CES factors and total scores, and marginally significant ones with *Immoral* ($p=.05$). Effect sizes were large for egosyntonicity factors and medium for *Immoral*.

In non-clinical individuals, Pearson's correlations showed significant associations exclusively between frequency of the most unpleasant IT and egosyntonicity factors and total score (see Table 26). Then, a regression analysis was calculated with the CES factors and *Immoral* as dependent variables, and it showed similar results to those observed in patients: the frequency of the most unpleasant IT predicted the egosyntonicity factors and total score (see Table 27).

Table 26. Descriptive statistics, differences, and Pearson's correlation in CES and CED-R factors in non-clinical sample depending on the IT's frequency.

	<i>Freq</i>	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>R_{xy Freq.}</i>
Desirable	Low	32	0.67 (.93)	0-3.10	-2.60**	25.06	0.77	.42**
	High	18	1.64 (.44)	0.00-3.90				
Rational. Coherent	Low	32	1.94 (.93)	0.00-4.90	-3.23**	48	0.95	.51***
	High	18	2.76 (.70)	1.80-4.10				
Moral	Low	32	0.71 (.77)	00-3	-2.94**	48	0.87	.41**
	High	18	1.44 (.97)	0.00-3.29				
Egosityntonicity.T	Low	32	1.10 (.78)	0.00-2.95	-3.42***	48	1.00	.49***
	High	18	1.95 (.93)	0.67-3.63				
Undesirable	Low	32	1.95 (.07)	0.10-4.60	-0.78	48		.00
	High	18	2.22 (.31)	0-4.40				
Irrational.Incoh.	Low	32	1.80 (.83)	0.20-4.00	1.34	48		-.22
	High	18	1.47 (.88)	0-3.20				
Immoral	Low	32	0.91 (.88)	0-3.14	-2.01*	48	0.59	.21
	High	18	1.44 (.90)	0-2.86				
Egodyntonicity.T	Low	32	0.56 (.75)	0.33-3.05	-0.63	48		.00
	High	18	1.71 (.94)	0-3.44				

Freq.: Frequency; *M(SD)*: Mean (Standard Deviation); *Min.*: Minimum; *Max.*: Maximum; *df*: degrees of freedom; *d*: Cohen's *d*; *R_{xy Freq.}*= Pearson's correlation with frequency; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Table 27. Regression analysis in non-clinical people. Dependent variables: CES factors and *Immoral*. Predictor variables: Frequency of the most unpleasant IT.

<i>DV</i>	<i>Change R²</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Desirable	.18	.42	3.21	.002
Rational. Coherent	.26	.51	4.16	.000
Moral	.17	.41	3.16	.003
Egosityntonicity.Total	.24	.50	3.95	.000

DV: Dependent Variable.

2.2 Association between unpleasantness, control difficulty and success in controlling the thought, and egosityntonicity and egodyntonicity.

The next step was to analyze separately for the sample of patients and the non-clinical population the associations between unpleasantness, interference, difficulty and success in controlling the most unpleasant eating IT, with egosityntonicity and egodyntonicity factors using bivariate correlations. Given the importance of the frequency with which they experience the IT, analyses were recalculated controlling the

frequency correlations to see if any relationship was ruled out. Once we had evidence of the associations between variables, a number of regression analyses were calculated to assess the directionality of these relationships.

The correlation analyses in the sample of patients are shown in Table 28. After controlling the frequency of the IT, some significant associations disappeared. However, the *Difficulty to control* the IT remained significantly associated with *Moral* and *Egosyntonicity*-total score. *Interference* was the variable with more significant relations with egosyntonicity and egodystonicity, it correlated with *Rationality* and *Egosyntonicity*-total scores -in a positive direction-, *Irrational*, *Immoral* and *Egodystonicity*-total score -in a negative direction: more interference equals more egosyntonicity and less egodystonicity. When the Bonferroni correction was applied, only associations between *Control difficulty* and some egosyntonicity factors and four out of the six associations of *Interference* reach the criterion ($.05/36=.001$).

Table 28. Bivariate correlations in patients between egosyntonicity and egodystonicity factors and unpleasantness, difficulty in control, success of control and interference.

	<i>Unpleasant</i>	<i>Control difficulty</i>	<i>Success control</i>	<i>Interference</i>
Desirable	-.07	.16	-.18	.08
Rational. Coherent	.17	.26** ^a	-.14	.37***
Moral	.11	.29***	-.13	.24** ^a
Egosyntonicity.Total	.08	.32***	-.22* ^a	.31***
Undesirable	.09	-.17	.15	-.12
Irrational. Incoherent	-.02	-.19	.16	-.24**
Immoral	.00	-.10	.08	-.30***
Egodystonicity.Total	.04	-.22* ^a	.18	-.30***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

Then we calculated a series of regression analyses considering as predictors those variables that had been associated with egosyntonicity and egodystonicity factors (see Table 29). The results showed that interference explained 14% of the explained variance of the *Rational and coherent* factor, while the *Difficulty of controlling* explained 8% and 10% of the variance of the *Moral* factor and the *Egosyntonicity*-total score. Regarding the egodystonicity, *Irrationality and incoherence*, *Immorality* and

Egodystonicity-total score were explained in a negative direction by *Interference* in percentages of 6%, 9% and 9% respectively.

Table 29. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: Unpleasantness, interference, and difficulty and success in control.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Desirable	Interference	.14	.37	3.96	.000
Rational. Coherent	Control difficulty	.08	.29	2.94	.004
Moral	Control difficulty	.10	.32	3.32	.001
Irrational. Incoherent	Interference	.06	-.24	-2.40	.018
Immoral	Interference	.09	-.30	-3.13	.002
Egodystonicity.Total	Interference	.09	-.30	-3.18	.003

DV: Dependent Variable.

The same analyses were also performed with the data from the non-clinical group. Pearson's correlations were slightly modified after controlling the frequency of IT (see Table 30). Specifically, we found that the correlations between *Unpleasantness* and the CED-R factors, and between *Success in controlling* and *Rationality*, remained significant. However, the relationship between *Interference* and *Immorality* was canceled, but two new relationships appeared between *Interference* and the *Irrational* factor and the *Egodystonicity*-total score. Surprisingly, none of the associations reached the criterion of the Bonferroni correction.

Table 30. Bivariate correlations in non-clinical population between egosyntonicity and egodystonicity factors and unpleasantness, difficulty in control, success of control and interference.

	<i>Unpleasant</i>	<i>Control difficulty</i>	<i>Success control</i>	<i>Interference</i>
Desirable	-.05	.17	-.08	.16
Rational. Coherent	.05	.26	-.33*	.18
Moral	-.08	.10	-.20	.12
Egosyntonicity. Total	-.03	.20	-.21	.17
Undesirable	.29*	-.02	-.12	.13
Irrational. Incoherent	.17	.16	.08	.25 ^b
Immoral	.36**	.22	-.26	.30* ^a
Egodystonicity. Total	.33*	.13	-.13	.26 ^b

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced; ^b= The association appears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

Then, to analyze whether the egosyntonicity and egodystonicity were predicted for the *Unpleasantness*, *Interference*, and *Success in controlling* the most unpleasant IT in the non-clinical population, a series of regression analyses were undertaken. The results show that regarding egosyntonicity, only *Success in control* negatively predicts 11% of the explained variance of *Rationality*. *Unpleasantness* was the only variable able to predict the *Undesirable*, *Immoral* factors and *Egodystonicity*-total score, with 8%, 13% and 11% of the explained variance, respectively (see Table 31).

Table 31. Regression analysis in non-clinical population. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: Unpleasantness, interference, and difficulty and success in control.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Rational. Coherent	Success in controlling	.11	-.33	-2.39	.021
Undesirable	Unpleasantness	.08	.29	2.10	.04
Immoral	Unpleasantness	.13	.36	2.67	.01
Egodystonicity. Total	Unpleasantness	.11	.33	2.41	.02

DV: Dependent Variable.

2.3 Association between emotional consequences of IT and egosyntonicity and egodystonicity

Using Pearson's correlations, independently in samples from patients and non-clinical population, the association was analyzed between the egosyntonicity and egodystonicity factors and emotional consequences caused by the most unpleasant eating intrusive thought: anxiety, sadness, guilt and shame. The question of whether the emotional consequences predicted egosyntonicity and egodystonicity was also examined through regression analysis.

In the patient sample, *Rationality*, *Morality* and the *Egosyntonicity*-total score were only associated with *Anxiety*. Regarding egodystonicity, only *Guilt* was associated with the *Undesirable* factor and in a reverse direction. None of the associations fit the Bonferroni criterion $p \leq .001$. After controlling the weight of the frequency in the associations between variables, correlations with *Anxiety* were canceled. However, the

association remained between *Guilt* and *Undesirable*, and showed a significant new association between *Guilt* and *Irrationality*. Results are on Table 32.

Table 32. Bivariate correlations in patients between egosyntonicity and egodystonicity factors and emotional consequences.

	<i>Anxiety</i>	<i>Sadness</i>	<i>Guilt</i>	<i>Shame</i>
Desirable	.08	-.10	.18	.12
Rational. Coherent	.21* ^a	.16	-.06	-.08
Moral	.20* ^a	.08	.11	.08
Egosyntonicity.Total	.22* ^a	.05	.11	.05
Undesirable	-.03	.13	-.29**	-.13
Irrational. Incoherent	-.03	.01	.16 ^b	.11
Immoral	-.10	-.04	.06	.13
Egodystonicity.Total	-.07	.05	-.05	.04

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced; ^b= The association appears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

In order to analyze whether the emotional consequences (*Anxiety* or *Guilt*) predicted egosyntonicity and egodystonicity, a series of regression analyses were carried out with the CES and CED-R factors as dependent variables. The results showed that *Anxiety* in patients predicted the factors *Rationality*, *Morality* and *Egosyntonicity*-total score, explaining 4% in each case. However, *Guilt* predicted 9% of the *Undesirability* (see Table 33).

Table 33. Regression analyses in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: anxiety, sadness, guilt and shame.

DV	Predictor V	Change R ²	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Rational. Coherent	<i>Anxiety</i>	.04	.21	2.06	.04
Moral	<i>Anxiety</i>	.04	.20	2.04	.04
Egosyntonicity.Total	<i>Anxiety</i>	.04	.22	2.18	.03
Undesirable	<i>Guilt</i>	.09	-.29	-3.01	.003

DV: Dependent variable.

In the non-clinical population (see Table 34), it can be observed that, regarding the egosyntonicity, *Guilt* was the only variable associated with the 3 factors and the total score of egosyntonicity, while *Sadness* was the only variable associated with *Immorality* and *Egodystonicity*-total score. Again, no association reached the Bonferroni correction criterion. After controlling the frequency of IT, associations between egosyntonicity and

guilt disappeared, but the relationship remained between *Sadness* and *Immorality* and *Egodystonicity*-total score.

Table 34. Bivariate correlations in non-clinical population between egosyntonicity and egodystonicity factors and emotional consequences.

	<i>Anxiety</i>	<i>Sadness</i>	<i>Guilt</i>	<i>Shame</i>
Desirable	0,12	0,17	0,28* ^a	-0,05
Rational. Coherent	0,26	0,18	0,37** ^a	0,17
Moral	0,16	0,10	0,28* ^a	0,08
Egosyntonicity.Total	0,19	0,17	0,34* ^a	0,06
Undesirable	0,05	0,26	0,01	0,26
Irrational. Incoherent	-0,07	0,09	-0,18	0,02
Immoral	0,15	0,36**	0,13	0,17
Egodystonicity.Total	0,05	0,29*	-0,01	0,19

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

Regression analyses showed that *Guilt* predicted 8%, 4%, 8% and 12% of the variance of the egosyntonicity factors, respectively, whereas *Sadness* explained 13% and 8% of the explained variance of the *Immorality* factor and *Egodystonicity*-total score, respectively (see Table 35).

Table 35. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: sadness and guilt.

DV	Predictor V	Change R^2	β	t	p
Desirable	Guilt	.08	.28	2.05	.04
Rational. Coherent	Guilt	.04	.37	2.77	.008
Moral	Guilt	.08	.28	2.03	.04
Egosyntonicity.Total	Guilt	.12	.34	2.53	.01
Immoral	Sadness	.13	.36	2.69	.01
Egodystonicity.Total	Sadness	.08	.29	2.09	.04

DV: Dependent Variable.

2.4 Association between dysfunctional appraisals of IT and egosityntonicity and egodystonicity

We wanted to evaluate the association between dysfunctional appraisals of the most unpleasant IT: *Importance of the IT*, *TAF-Moral*, *Personal meaning of the IT*, *TAF-Probability*, *Responsibility for preventing negative consequences*, *Importance of thought control*, *Overestimation of threat* and *Intolerance to uncertainty*, with egosityntonicity and egodystonicity. Then, in order to assess whether the dysfunctional appraisals predicted egosityntonicity and egodystonicity, a series of regression analyses, with the factors of CES and CED-R as dependent variables, were calculated.

The correlation analysis conducted on the sample of patients showed that the *Importance of the thought* was associated with *Rationality* and inversely with *Irrationality*, *Immorality* and *Egodystonicity*-total score. *TAF-Moral* was negatively associated with the factors *Rational*, *Moral* and *Egosityntonicity*-total score, and in a positive direction with *Irrationality*, *Immorality* and *Egodystonicity*-total score. The *Importance of thought control* had a negative association with *Rationality*, *Morality* and *Egosityntonicity*-total score. In contrast, *Personal meaning*, *TAF-Probability*, *Responsibility*, *Overestimation of threat* and *Intolerance to uncertainty* were not associated with the egosityntonicity and egodystonicity factors. Moreover, it is worth noting that neither *Desirability* nor *Undesirability* was associated with any dysfunctional appraisal (see Table 36). However, only the associations between *TAF-moral* and *Irrational*, *Immoral* and *Egodystonicity*-total score reached the criterion of the Bonferroni correction ($p < .001$).

After controlling the frequency of the IT, the association between the *Importance of thought* and *Undesirability* and *Egodystonicity*-total score was canceled. All other associations remained significant, and two new significant correlations appeared: *Responsibility* with *Rationality* in a negative direction, and positively between *Responsibility* and *Irrational*.

Table 36. Bivariate correlations in patients between egosyntonicity and egodystonicity factors and dysfunctional appraisals.

	<i>Import.</i>	<i>TAF-Moral</i>	<i>Personal meaning</i>	<i>TAF-Prob.</i>	<i>Resp.</i>	<i>Imp. of control</i>	<i>Overestim. threat</i>	<i>Int. Uncert.</i>
Desirable	-.03	-.09	.04	.06	-.01	-.07	-.01	.01
Rational. Coherent	.30**	-.28**	.11	.08	-.19 ^b	-.21*	-.02	.19
Moral	.13	-.23*	.19	.05	-.10	-.30**	.07	.03
Egosyntonicity.Total	.18	-.27**	.15	.09	-.13	-.25*	.01	.11
Undesirable	-.01	.03	-.02	-.10	-.04	.02	-.05	-.01
Irrational.	-.22* ^a	.41***	.07	-.05	.18 ^b	.15	.05	-.02
Incoherent								
Immoral	-.23*	.35***	.09	.08	.07	.16	.16	.06
Egodystonicity.Total	-.21* ^a	.35***	.06	-.04	.09	.15	.06	.01

Import.= Importance; *TAF-Moral*= Thought Action Fusion-Moral; *TAF-Prob.*= Thought Action Fusion-Probability; *Resp.*= Responsibility; *Imp. of Control*= Importance of controlling; *Overestim. threat*= Overestimation of threat; *Int. uncert.* = Intolerance to Uncertainty; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p < .001$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced; ^b= The association appears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

Table 37. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: dysfunctional appraisals.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Rational. Coherent	Importance of thought	.09	.28	3.10	.003
	TAF –Moral	.08	-.26	-2.70	.008
	Intolerance to uncertainty	.04	.22	2.38	.02
	Importance of controlling	.04	-.20	-2.11	.03
Moral	Importance of controlling	.09	-.30	-3.09	.003
	TAF –Moral	.07	-.27	-2.72	.008
Egosyntonicity. Total	TAF –Moral	.16	.41	4.50	.000
	Importance of thought	.05	-.22	-2.48	.015
Irrational	TAF –Moral	.12	.35	3.79	.000
	Importance of thought	.05	-.23	-2.53	.013
Immoral	TAF –Moral	.12	.35	3.70	.000
	Importance of thought	.04	-.21	-2.20	.03

DV: Dependent Variable; TAF: Thought Action Fusion.

To assess the directionality of the association found between the dysfunctional appraisals with egosyntonicity and egodystonicity, regression analyses were carried out only with those variables that showed significant associations (see Table 37). The results indicate that in the patient sample the *Importance of thoughts* predicted *Rationality* (9%), and negatively predicted *Irrationality* (5%); *Immorality* (5%) and *Egosyntonicity*-total score (4%). The *TAF-Moral* explained, in a negative direction, 8% of the variance of the *Rational* factor, and 7% of the *Egosyntonicity*-total score, and in a

positive direction 16% of the *Irrational* factor, 12% of *Immorality*, and 12 % of the *Egodyntonicity*-total score. *Intolerance to uncertainty* predicted 4% of the variance of *Rationality*. The *Importance of thought control* inversely predicted *Rationality* and *Morality* with 4% and 9% of the explained variance, respectively.

In the non-clinical population, the correlation analyses showed that *Importance of thought* correlated with *Rationality*, *Morality*, and the *Egosityntonicity*-total score. *TAF-Moral* was only associated with *Desirability* and in a negative direction. *TAF-Probability* correlated with *Immorality*. *Responsibility* correlated with *Immorality* and the *Egosityntonicity*-total score. *Overestimation of threat* was only associated with *immorality*. The *Personal meaning* of the IT was the only variable that was neither associated with egosityntonicity nor with egodyntonicity. Only *Intolerance to uncertainty* with *Immorality* and the *Egodyntonicity* factor reached the criterion of the Bonferroni correction (see Table 38).

Table 38. Bivariate correlations in non-clinical population between egosityntonicity and egodyntonicity factors and dysfunctional appraisals.

	<i>Import.</i>	<i>TAF-Moral</i>	<i>Personal meaning</i>	<i>TAF-Prob.</i>	<i>Resp.</i>	<i>Imp. of control</i>	<i>Overestim. threat</i>	<i>Int. Uncert.</i>
<i>Desirable</i>	.25	-.28*	-.09 ^b	-.06	-.04	.05	.06	-.10
<i>Rational. Coherent</i>	.36**	-.21	.16	.05	.01	.15	.22	.03
<i>Moral</i>	.33* ^a	-.22	-.03	-.12	.04	-.01	.26	-.02
<i>Egosityntonicity.Total</i>	.34** ^a	-.27	.01	-.05	-.00	.07	.19	-.04
<i>Undesirable</i>	.09	.18	.17	.16	.15	.00	.18	.36**
<i>Irrational.Incoherent</i>	-.24	.24	.17 ^b	.15	.15	.18	.10	.38**
<i>Immoral</i>	.06	.26	.24	.28* ^a	.31*	.17	.36**	.45***
<i>Egodyntonicity.Total</i>	-.02	.27	.23	.23	.24* ^a	.13*	.26	.47***

Import.: Importance; *TAF-Moral:* Thought Action Fusion-Moral; *TAF-Prob.:* Thought Action Fusion-Probability; *Resp.:* Responsibility; *Imp. of Control:* Importance of controlling; *Overestim. threat:* Overestimation of threat; *Int. uncert. :* Intolerance to Uncertainty; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p < .001$; ^a: The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced; ^b: The association appears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

When correlations controlling the IT frequency were recalculated, some associations changed. *Importance of thought* was no longer correlated with *Morality* and *Egosyntonicity*-total score. In *Personal meaning* there were two new associations with *Desirability* ($r_{xy}=-.27$) *Irrationality* ($r_{xy}=-.27$). The *TAF-Probability* lost its correlation with the *Immoral* factor. Finally, the association between *Responsibility* and *Egodystonicity* was cancelled.

The regression analysis carried out showed that *TAF-Moral* predicted the *Desirable* factor and the *Egosyntonicity*-total score by 8% and 7%, respectively. *Importance of thought* predicted *Rationality*, *Morality* and *Egosyntonicity*-total score by 13%, 11% and 11%, respectively. Regarding the egodystonicity, *Uncertainty* predicted all the egodystonicity factors and the total score, explaining 13%, 14%, 20% and 22% of the variance, respectively. In addition, the *Irrational* factor was predicted by *Importance of thought* (15%) (see Table 39).

Table 39. Regression analysis in non-clinical population. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: dysfunctional appraisals.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Desirable	TAF-Moral	.08	-.28	-2.06	.04
Rational. Coherent	Importance of thought	.13	.36	2.70	.009
Moral	Importance of thought	.11	.33	2.39	.02
Egosyntonicity. Total	Importance of thought	.11	.34	2.60	.01
	TAF-Moral	.07	-.27	-2.05	.04
Undesirable	Uncertainty	.13	.36	2.71	.009
Irrational. Incoherent	Uncertainty	.14	.51	3.95	.000
	Importance of thought	.15	-.41	-3.16	.003
Immoral	Uncertainty	.20	.45	3.45	.001
Egodystonicity. Total	Uncertainty	.22	.47	3.67	.001

DV: Dependent Variable; TAF: Thought Action Fusion

2.5 Association between control strategies of IT and egosyntonicity and egodystonicity.

In this section we evaluated the association between egosyntonicity and egodystonicity and the control strategies employed to diminish the distress caused by

the most unpleasant eating intrusive thought. Due to the large number of control strategies evaluated in Part B of the INPIAS, the analysis was carried out taking into account the grouping of strategies in the 6 factors of the INPIAS II-B: *Anxiety strategies*, *Thought-suppression*, *OCD rituals*, *Distraction*, *Do what intrusion tells me* and *Do nothing*.

As in the previous sections, with the aim of analyzing the associations between control strategies and egosityntonicity and egodyntonicity, correlation analyses were conducted in patients and the non-clinical population separately. Then, regression analyses were calculated to assess whether control strategies predicted egosityntonicity and egodyntonicity in the analyzed samples.

Table 40. Bivariate correlations in patients between egosityntonicity and egodyntonicity factors and control strategies.

	<i>Anxiety strategies</i>	<i>Supression</i>	<i>OCD Rituals</i>	<i>Distraction</i>	<i>Do what the IT dictates</i>	<i>Do nothing</i>
Desirable	-.16	-.07	-.06	-.06	.23*	-.04
Rational. Coherent	-.37***	-.27**	-.03	-.22* ^a	.40***	.32***
Moral	-.42***	-.29**	.02	-.31**	.37***	.26**
Egosityntonicity.Total	-.42***	-.28**	-.04	-.26**	.45***	.23*
Undesirable	.08	.06	.07	.03	-.20	.08
Irrational. Incoherent	.49***	.36***	.11	.15	-.29**	-.32***
Immoral	.45***	.39***	.16	.37***	-.23*	-.31**
Egodyntonicity.Total	.45***	.36***	.15	.25**	-.33***	-.23*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p < .001$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

In the sample of patients, Pearson's correlations showed that *Anxiety strategies*, *Distraction* and *Thought-suppression* were associated negatively with *Rationality*, *Morality* and *Egosityntonicity-total* score, and positively with *Irrationality*, *Immorality* and *Egodyntonicity-total* score, but distraction did not correlate with *Irrationality*. On the other hand, *Do what the intrusion dictates* and *Do nothing* were associated with *Egosityntonicity* (except *Do nothing* and the *Desirable* factor), and negatively with *Irrationality*, *Immorality* and the *Egodyntonicity-total* score. It is

noteworthy that strategies similar to OCD rituals (e.g. order) were not associated with either factor, egosyntonicity or egodystonicity. When the Bonferroni correction is applied, half of the associations reach the criterion $p < .001$ (see Table 40). After controlling the weight of the IT's frequency on the associations, most of the correlations remained significant, since only the correlation between *Distraction* and the *Rational* factor dropped-out.

Then we calculated a series of regression analyses to observe the directionality of the associations (see Table 41). In patients, *Do what the intrusion dictates* predicted the egosyntonicity factors and total score at a rate of 5%, 16%, 4% and 20% of the explained variance, respectively. *Anxiety strategies* negatively predicted the *Rational* factor (4%), *Morality* (17%) and *Egosyntonicity*-total score (6%). In contrast, *Anxiety strategies* predicted, with high percentages of explained variance and in a positive direction, the *Irrational* (24%), *Immoral* (20%) and *Egodystonicity*-total score (20%) factors. Finally, *Distraction* predicted only 5% of the *Immoral* factor.

Table 41. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: control strategies.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Desirable	Do what the IT dictates	.05	.23	2.31	.02
Rational. Coherent	Do what the IT dictates	.16	.29	2.88	.005
	Anxiety strategies	.04	-.23	-2.29	.02
Moral	Anxiety strategies	.17	-.32	-3.15	.002
	Do what the IT dictates	.04	.22	2.15	.03
Egosyntonicity. Total	Do what the IT dictates	.20	.33	3.32	.001
	Anxiety strategies	.06	-.27	-2.71	.008
Irrational	Anxiety strategies	.24	.49	5.48	.000
Immoral	Anxiety strategies	.20	.36	3.70	.000
	Distraction	.05	.23	2.41	.02
Egodystonicity. Total	Anxiety strategies	.20	.45	4.93	.000

DV: Dependent Variable.

In the non-clinical population sample, the pattern of associations was slightly different from that of the patients. In this case there was no association between the egosyntonicity and egodystonicity factors and *Anxiety strategies* or *Distraction*; however, OCD rituals were associated with *Desirability*, *Morality* and *Egosyntonicity*-total score.

Thought-suppression only correlated with *Irrational* and *Immoral* factors and *Egodystonicity*-total score. *Do what the intrusion dictates* was positively associated with *Desirable*, *Moral* and *Egosyntonicity*-total score, and negatively with *Undesirability*. Finally, *Do nothing* correlated with all factors of egosyntonicity and the total score and inversely with *Irrationality*.—Only some associations reached the Bonferroni correction criterion of $p < .001$ (see Table 42).

After controlling the weight of the frequency of associations, correlations between *OCD rituals* and *Do what the intrusion dictates* with the egosyntonicity factors were canceled. Also the association between *Do nothing* and the *Irrational* factor disappeared. Instead, two new associations emerged between *Thought-suppression* and *OCD rituals* and the *Undesirability* of the IT ($r_{xy} = .30$).

Table 42. Bivariate correlations in non-clinical population between egosyntonicity and egodystonicity factors and control strategies.

	<i>Anxiety strategies</i>	<i>Suppression</i>	<i>OCD Rituals</i>	<i>Distraction</i>	<i>Do what the IT dictates</i>	<i>Do nothing</i>
<i>Desirable</i>	.16	.20	.35** ^a	.10	.38** ^a	.32*
<i>Rational. Coherent</i>	.28	.17	.21	.21	.26	.41**
<i>Moral</i>	.12	.12	.37** ^a	.17	.29* ^a	.31*
<i>Egosyntonicity. Total</i>	.20	.18	.34** ^a	.17	.35** ^a	.38**
<i>Undesirable</i>	.09	.27 ^b	.03 ^b	.22	-.37***	-.13
<i>Irrational. Incoherent</i>	.10	.36**	.07	.11	-.17	-.30* ^a
<i>Immoral</i>	.16	.52***	.11	.19	-.12	-.09
<i>Egodystonicity. Total</i>	.14	.45***	.08	.21	-.27	-.20

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p < .001$; ^a= The association disappears by controlling the frequency with which the IT is experienced; ^b= The association appears by controlling the frequency with which the IT is experienced.

The regression analysis conducted with the non-clinical population showed that *Do what the IT intrusion dictates* positively predicted *Desirability* and *Egosyntonicity*-total score (14% and 12% of explained variance, respectively) and the *Undesirability* and *Egodystonicity* negatively (13% and 12%, respectively). *Doing nothing* to control the intrusion predicted all the factors and the total score for egosyntonicity (10%, 17%, 8%, and 15%, respectively). *OCD rituals* explained 14% of the *Moral* factor only. Finally,

Thought-suppression predicted all the factors and the total score for egodystonicity, accounting for 11%, 13%, 27% and 29% of variance, respectively (see Table 43).

Table 43. Regression analysis in non-clinical population. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: control strategies.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Desirable	Do what the IT says	.14	.37	2.89	.006
	Do nothing	.10	.32	2.46	.02
Rational. Coherent	Do nothing	.17	.41	3.08	.003
Moral	OCD rituals	.14	.35	2.71	.009
	Do nothing	.08	.29	2.24	.03
Egosyntonicity.Total	Do nothing	.15	.38	2.98	.005
	Do what the IT says	.12	.34	2.72	.009
Undesirable	Do what the IT says	.13	-.42	-3.23	.002
	Thought-suppression	.11	.34	2.60	.01
Irrational	Thought-suppression	.13	.33	2.55	.01
	Do nothing	.07	-.27	-2.06	.04
Immoral	Thought-suppression	.27	.52	4.22	.000
Egodystonicity.Total	Thought-suppression	.20	.50	4.09	.000
	Do what the IT says	.12	-.35	-2.87	.006

DV: Dependent Variable.

Summary of main results – Study 2. Section 2

In this section we studied egosyntonicity and egodystonicity according to some variables related to the most unpleasant eating IT, such as the frequency, emotional consequences, difficulty and successes in controlling it, interference in daily activities, the dysfunctional appraisals associated with it, and the strategies used for its control.

A priori it could be guessed that a greater frequency of the IT would be more distressing and more egodystonic; however, results showed the opposite direction. In patients, those who experienced the IT with higher frequency assessed their IT as more desirable and more rational, i.e. more egosyntonic, whereas patients with lower scores evaluated the IT as more undesirable and more irrational, i.e. more egodystonic. A similar pattern was found in regression analyses in patients and the non-clinical sample: in both cases frequency explained some factors of egosyntonicity. However, the percentage of explained variance was lower in patients (range of variance explained in patients: 1%-9%, vs. Non-clinical individuals range: 17%-26%).

We analyzed whether unpleasantness, interference, difficulty and successes in controlling were associated with egosyntonicity and egodystonicity. The pattern was different for patients and non-clinical individuals, but in both cases the predictability power was low (range: 14% - 6%). Surprisingly, in patients, the interference predicted the egodystonicity in a negative direction, and in a positive direction, it predicted desirability. *Difficulty in controlling* the IT predicted rationality and morality. However, in non-clinical individuals *Unpleasantness* was the variable which most predicted egodystonicity, in this case in the expected positive direction: the more unpleasant, the more egodystonic.

The association between emotional consequences and egosyntonicity and egodystonicity in patients and the non-clinical population was very scarce. Guilt had the highest predictive capacity for egosyntonicity in non-clinical individuals, and for undesirability in the case of ED patients, although in both cases the percentage of explained variance was low (range: 4% - 12%).

Regarding dysfunctional appraisals, TAF-moral was the most related to egosyntonicity and egodystonicity factors in patients, and it predicted from 8% to 16% of the explained variance. However, in the non-clinical population, the intolerance to uncertainty predicted egodystonicity factors (range: 13% - 22%), whereas the importance of the thought predicted egosyntonicity factors (range: 11% - 13%).

Control strategies used to reduce the distress provoked by the IT were the variables which showed the strongest associations with egosyntonicity and egodystonicity. In patients, *Do what the intrusion dictates* predicted egosyntonicity factors (range: 5% - 20%), and *Anxiety strategies* predicted egodystonicity factors (range: 20% - 24%). In non-clinical individuals, *Do nothing* and *Do what the intrusions dictates* are those with more predictive capacity for egosyntonicity factors (range: 8% - 15%), whereas *Suppression* predicted egodystonicity factors (range: 11% - 27%).

When the associations were controlled for the frequency of the most unpleasant thought, in general it was observed that it did not play an important role in the associations, except in the case of the emotional consequences, where it mediated the great majority of associations found between egosyntonicity/egodystonicity in patients and non-clinical individuals.

It is worth noting that the associations of the CES and CED-R factors computed in this section were with variables which consisted of one item each, except in the case of control strategies, which were factors. This fact could partly be responsible for the weak associations found in the present section.

3. WHAT ROLE DO EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY PLAY IN EATING INTRUSIVE THOUGHTS?

Bearing in mind the results obtained with the preceding correlations, and with the aim of clarifying the role that egosyntonicity and egodystonicity might play in the experience of eating IT in ED patients, we planned a series of Path analyses with interference, control strategies and egosyntonicity/egodystonicity of the most unpleasant thought. The decision was made to choose the *Interference* caused by these IT as the independent variable, and not the frequency or unpleasantness, because interference was more strongly associated with egosyntonicity and egodystonicity. Moreover, as noted in the previous correlational analysis, both egosyntonicity and egodystonicity were associated with most of the control strategies. In contrast, no significant correlations were found with emotional consequences or dysfunctional appraisals, except for *TAF-moral*. Then, to complete the model, an examination was performed of whether the *Interference* of the intrusions correlated with control strategies and *TAF-moral*. The results showed that *Interference* was associated with the strategies *Do what the thought dictates* ($r_{xy}=-.48, p<.001$), *Distraction* ($r_{xy}=-.24, p=.01$), *Do nothing* ($r_{xy}=.26, p=.01$), and

Thought-suppression ($r_{xy}=-.19$, $p=.05$), but not with *TAF-moral* or *Anxiety control strategies*.

With these data in mind, we proposed two theoretical models in which egosyntonicity/egodystonicity play different roles (see Figure 9 models A and B). In Model A, egosyntonicity and egodystonicity would mediate the relationship between the interference of the intrusive thought and the strategies employed to control it. Model B contains the strategies that mediate between the interference of the thought and egosyntonicity/egodystonicity. Several Path analyses were conducted, and the initial models were modified.

Table 44. Fit indices for Model A, Model B, and Models A and B modified.

	X^2 (df)	p	CFI	GFI	RMSEA	AIC
Model A	195.13 (16)	.000	.312	.635	.340	163.13
Model B	160.18 (13)	.000	.335	.628	.371	160.18
Model A-modified	3.78 (5)	.581	1.00	.987	.000	-6.21
Model B-modified	2.89 (2)	.235	.992	.986	.068	-1.107

CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation; AIC: Akaike's Information Criterion.

As shown in Table 44, the best indices were obtained with Model A-modified. All indices met the criteria (CFI, GFI > .90 and RMSEA < .08), and compared with the rest, the AIC index was lower. To make the corrections to the original Model A, associations established between egosyntonicity and egodystonicity, and between the different control strategies, were taken into account. In addition, we added a direct effect of *Interference* to the *Anxiety control strategies* factor. Figure 10 shows that all hypothesized associations were significant. *Interference* and *Egosyntonicity* explained 31% of the strategy *Do what the IT dictates*; and egodystonicity explained 20% and 13% of *Anxiety strategies* and *Thought-suppression*, respectively, while the *Interference* explained 9% of the egodystonicity and 10% of the egosyntonicity.

Figure 9. Theoretical models proposed in the relationship between Interference, Egodystonicity/egodystonicity and control strategies.

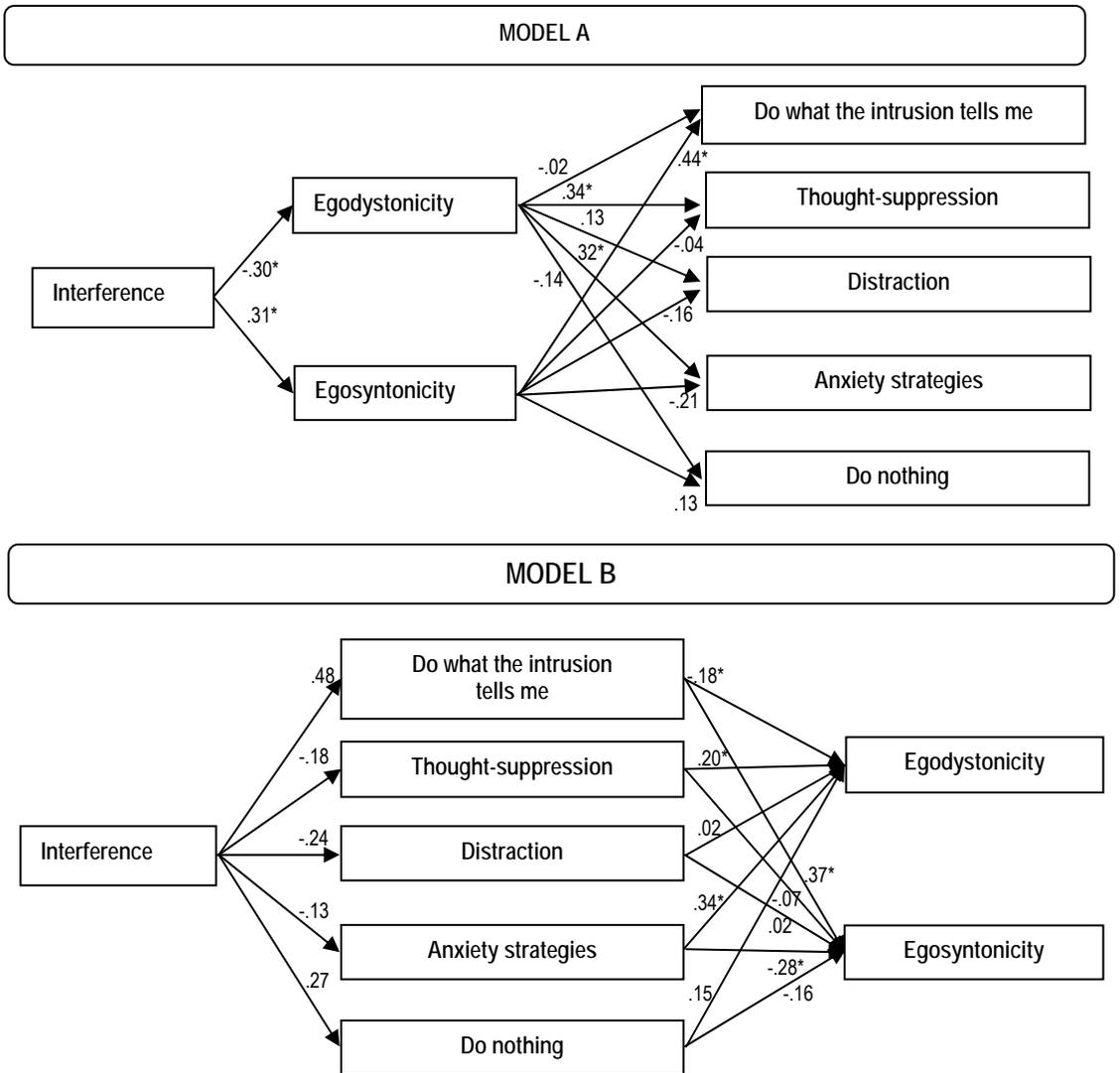
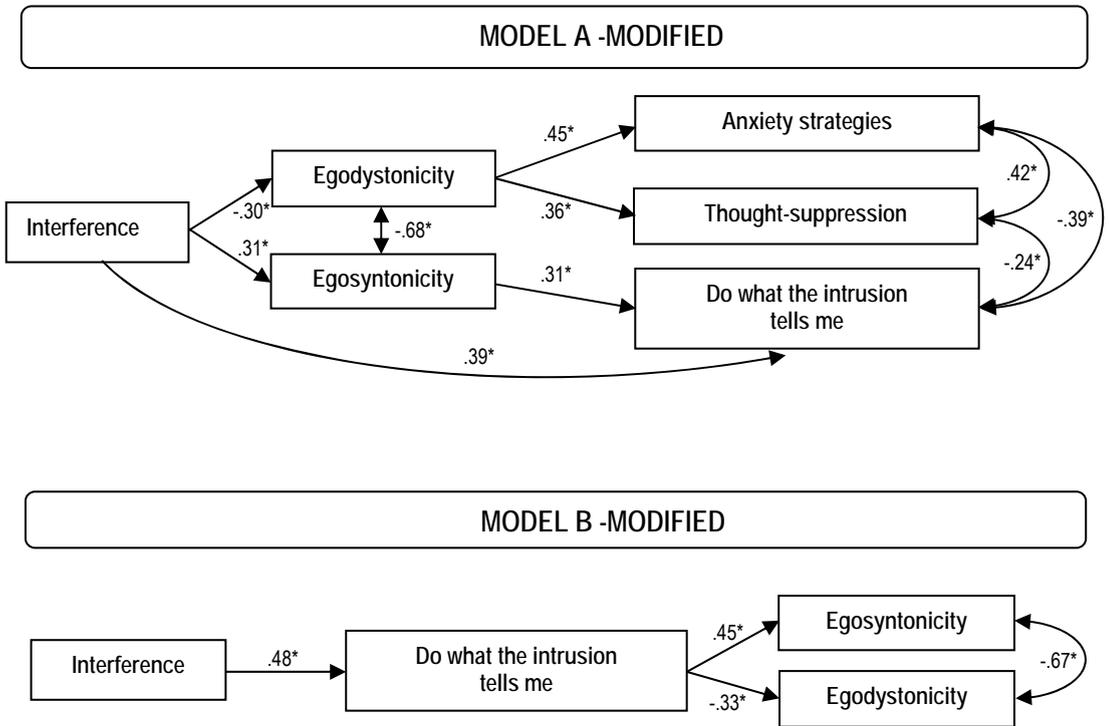


Figure 10. Final models after theoretical models were modified



Summary of main results – Study 2. Section 3

The Path analyses computed in order to clarify the role that egosityntonicity and egodyntonicity could play in the experience of eating IT in ED patients suggest that egosityntonicity and egodyntonicity mediate the relationship between interference and control strategies. The process is as follows: On the one hand, the interference will influence the egosityntonicity, and egosityntonicity will influence doing what the intrusion dictates. On the other hand, interference will influence the egodyntonicity in a negative direction, and it will influence employing anxiety control strategies and suppressing the thought. Moreover, a direct effect of interference was found in doing what the intrusion says.

It could be expected that the more interference caused by the IT, the more egodystonic it would be. However, interference had a negative effect on egodystonicity: the more interference, the less egodystonicity. As Purdon et al. (2007) describe, having a thought constantly in one's mind, which can be guessed by the interference caused, could make it less egodystonic, so that less egodystonicity would diminish the need to remove the IT.

It is necessary to say that, since our study is neither experimental nor longitudinal, we cannot assure the causal relationship between the variables. However, with the Path analysis we can affirm that the estimated relationships among the variables suggests that Model A is more explanatory and fits the statistical criteria better than Model B.

4. EGOSYNTONICITY, EGODYSTONICITY, AND OVERVALUED IDEATION.

This section examines whether the overvalued ideas dimensions, such as the strength with which the belief is held, the accuracy, and strength of resistance, evaluated with the *Overvalued Idea Scale* (OVIS), were associated with and predicted the egosyntonicity and egodystonicity scores. The OVIS was answered by patients, taking into account the most unpleasant eating IT chosen from the INPIAS. Since only ED patients ($n=98$) and ED-recovered women ($n=20$) completed the OVIS, the analyses in this section only refer to these two groups.

Table 45 presents the descriptive statistics obtained with the OVIS, and the differences (t tests) observed between ED-patients and ED-recovered subjects. As can be seen, patients maintain their beliefs about the most unpleasant eating IT with significantly higher strength and value it as more accurate than the ED-recovered individuals. In contrast, ED-recovered individuals think that others share the same belief

(*Opinion others*), while patients think that other people do not hold their same belief. Both groups rated their most unpleasant eating IT as equally reasonable, and the effectiveness of strategies used to reduce the anxiety produced by this IT were equally effective. It is noteworthy that no differences were found on *Insight* or *Resistance* between groups.

Table 45. Descriptive statistics and *t* tests for OVIS in ED patients and ED-recovered individuals.

		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i> - <i>Max</i>	<i>Perc.</i>			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>
				25	50	75			
Strength	Patients	8.34 (1.66)	3-10	7.5	9	10	4.01***	2.28	1.00
	Recovered	5.40 (3.19)	1-10	2.25	5.5	8			
Reasonableness	Patients	5.75 (3.04)	1-10	3	6	8	0.27	111	
	Recovered	5.55 (2.68)	1-10	4	6	7			
Accuracy	Patients	6.49 (2.86)	1-10	5	7	9	2.20*	111	0.54
	Recovered	4.95 (2.74)	1-10	2.25	5	6.75			
Other's opinion	Patients	4.57 (2.61)	1-10	2.25	4.5	6	-2.29*	111	0.56
	Recovered	6.00 (2.18)	2-10	5	6	8			
Effectiveness of strategies	Patients	7.34 (2.11)	1-10	6	8	9	-1.11	49.9	
	Recovered	7.89 (1.15)	6-10	7	8	9			
Insight	Patients	3.83 (3.24)	1-10	1	3	6	1.03	111	
	Recovered	3.00 (2.87)	1-10	1	1.5	3			
Resistance	Patients	5.83 (3.13)	1-10	3	6	8.5	1.87	111	
	Recovered	4.40 (2.89)	1-10	2	4	6			

Recovered: ED-recovered women; *M* (*SD*): Mean (Standard Deviation); *Min.*: Minimum; *Max.*: Maximum; *Perc.*: Percentile. *df*: degrees of freedom; *d*: Cohen's *d*.

To explore the association between egosyntonicity, egodystonicity, and dimensions of the overvalued ideation, Pearson's correlation analyses were performed. The results obtained with the ED patients appear on Table 46. These results indicate that the *Strength* with which the belief about the eating IT is maintained and the *Resistance* to that IT were the two dimensions of overvaluation most associated with egodystonicity and negatively with egosyntonicity. That is, the more strength and less resistance to the belief, the more egosyntonic and the less egodystonic. In contrast, neither others' opinions about the IT nor the effectiveness of the strategies used to diminish the anxiety caused by the IT were related to egodystonicity and egosyntonicity. The *Rationality and coherence* of the IT were associated with three dimensions of the OVIS: reasonableness, accuracy, and insight about that IT.

After controlling the weight of the most upsetting IT's frequency, all the associations observed in the bivariate correlations remained significant, indicating that the associations between these variables were independent from the frequency with which the eating IT were experienced.

Table 46. Bivariate correlations between egosyntonicity and egodystonicity factors with overvalued idea in patients.

	<i>Strength</i>	<i>Reasonable Accuracy</i>	<i>Other's opinion</i>	<i>Strategies' efficacy</i>	<i>Insight</i>	<i>Resistance</i>
Desirable	.31**	-.12	-.03	-.17	.05	-.09
Rational. Coherent	.37***	.46***	.43***	-.09	-.11	.37***
Moral	.37***	.17	.15	-.08	-.20	.14
Egosyntonicity.Total	.49***	.24*	.26**	-.12	-.04	.20
Undesirable	-.29**	.05	.01	.20	-.00	.09
Irrational.Incoherent	-.34***	-.51***	-.53***	-.03	.18	-.36***
Immoral	-.32**	-.36***	-.32**	-.06	.14	-.34***
Egodystonicity.Total	-.44***	-.37***	-.38***	.06	.14	-.27**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$.

In order to analyze whether the relevant overvalued idea's variables predicted egosyntonicity and egodystonicity factors, a series of regression analyses were carried out with those variables which showed a significant association (see Table 47). The *Strength* of the belief explained, on the one hand, the *Desirable* (9%), *Rational* (5%), and *Moral* (14%) factors, and total score egosyntonicity (24%), and on the other hand, in reverse, the *Undesirability* (8%) and total score of egodystonicity (19%). The factor of *Reasonableness* of the thought (OVIS factor) predicted in reverse 8% of *Desirable* factor, 22% of the *Rational* factor, 4% of the *Undesirable* factor, and in the negative, 13% of the *Immoral* factor. *Resistance* (reverse item) accounted for 7% and 5% of the *Moral* factor and total score of egosyntonicity in reverse, and explained 7%, 6% and 8% of *Irrationality*, *Immorality* and *Egodystonicity*-total score, respectively. That is, the higher morality and egosyntonicity, the less resistance, and greater irrationality, immorality and egodystonicity. *Insight* (reverse item) predicted the *Rational* factor by 4%. Finally, the *Accuracy* predicted negatively 28% of the explained variance of the *Irrational* factor.

Table 47. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosityntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: OVIS' variables.

DV	Predictor variable	Change R ²	β	t	p
Desirable	Strength	.09	.46	4.29	.000
	Reasonable	.08	-.33	-3.06	.003
Rational. Coherent	Reasonable	.22	.25	2.26	.02
	Insight	.04	.26	2.62	.01
	Strength	.05	.24	2.41	.01
Moral	Strength	.14	.29	2.98	.004
	Resistance	.07	.27	2.80	.006
Egosityntonicity.Total	Strength	.24	.42	4.53	.000
	Resistance	.05	.24	2.57	.01
Undesirable	Strength	.08	-.39	-3.51	.001
	Reasonable	.04	.23	2.04	.04
Irrational	Accuracy	.28	-.45	-5.07	.000
	Resistance	.07	-.28	-3.19	.002
Immoral	Reasonable	.13	-.28	-2.80	.006
	Resistance	.06	-.26	-2.60	.01
Egodystonicity.Total	Strength	.19	-.35	-3.76	.000
	Resistance	.08	-.30	-3.20	.002

DV: Dependent Variable.

The pattern of correlations obtained with the group of ED-recovered individuals is shown in Table 48. Results indicated that the *Strength* of the belief correlated with egosityntonicity factors and the total score, whereas the valuation of the IT as *Reasonable* was positively associated with *Rationality* and negatively with *Irrationality*, *Immorality* and the total score of egodystonicity. The effectiveness of the strategies used to reduce anxiety about the IT was negatively associated with the *Desirability* of the intrusion. *Insight* and *Resistance* (reverse items) were associated with *Immorality*: the more insight and resistance, the more immoral the IT is. *Resistance* also showed a negative relationship with *Morality*. Neither the accuracy of the belief nor the opinion of others was associated with egosityntonicity and egodystonicity factors. If Bonferroni correction is applied, only the relationship between *Strength* and Egosityntonicity, and *Reasonable* with *Immoral* and *Egodystonicity*-total score reach the criterion $p < .001$.

Table 48. Bivariate correlations between egosyntonicity and egodystonicity factors with overvalued idea in ED-recovered individuals.

	<i>Strength</i>	<i>Reasonable Accuracy</i>	<i>Other's opinion</i>	<i>Strategies Insight efficacy</i>	<i>Resistance</i>
Desirable	.59**	.14	.25	-.42	-.32
Rational.Coherent	.64**	.50*	.44	.01	.20
Moral	.60**	.31	.24	-.10	-.09
Egosyntonicity.total	.74***	.39	.38	-.21	-.07
Undesirable	-.39	-.41	-.33	.14	.35
Irrational.Incoherent	-.25	-.61**	-.34	-.23	.19
Immoral	-.12	-.70***	-.36	-.36	-.04
Egodystonicity.total	-.33	-.69***	-.42	-.15	.23

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p < .001$.

Given the small n in the group of ED-recovered individuals, regression analyses were calculated taking into account only the *Strength* and *Reasonableness* of the thought (OVIS), which have shown the highest associations with CES and CED-R (see Table 49). The *Strength* acted as a predictor in all egosyntonicity factors as well as the total score, with high percentages of variance explained: 34%, 41%, 37% and 54%, respectively. Moreover, the valuation of the IT as reasonable accounted for 37%, 48% and 47% of *Irrationality*, *Immorality* and *Egodystonicity*-total score.

Table 49. Regression analysis in ED-recovered individuals. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: OVIS' variables (*Strength* and *Reasonable*).

DV	Predictor variable	Change R^2	β	t	p
Desirable	Strength	.34	.58	2.96	.009
Rational. Coherent	Strength	.41	.64	3.52	.002
Moral	Strength	.37	.60	3.22	.005
Egosyntonicity.Total	Strength	.54	.74	4.64	.000
Irrational. Incoherent	Reasonable	.37	-.61	-3.24	.005
Immoral	Reasonable	.48	-.70	-4.12	.001
Egodystonicity.Total	Reasonable	.47	-.69	-4.03	.001

DV: *Dependent Variable*.

Summary of main results – Study 2. Section 4

When overvalued ideas variables were analyzed regarding the most unpleasant IT in ED patients and ED-recovered individuals, we found that patients hold their IT with more strength and believe that it is more accurate. ED-recovered individuals think that others share their same belief. Patients assume that others disagree more than agree with their belief. These data could mean that patients think they are “special” compared to the other people, or that their beliefs are abnormal. However, it was surprising that there were no differences in insight or resistance to the thought between groups, when more insight and less resistance could have been expected in patients (this tendency was observed but it did not reach significance).

Regarding the association between egosyntonicity and egodystonicity, a different pattern was found between patients and ED-recovered individuals. In both cases the predictive capacity of OVIs was high. For patients, egosyntonicity was predicted to a greater degree by the reasonableness of the IT (rational factor: 22% of explained variance) and the strength (24%), while egodystonicity was predicted by the accuracy and strength in a negative direction: the less accurate and less strength with which it is held, the more egodystonic the IT is, as would be expected. In ED-recovered individuals, strength predicted egosyntonicity (range 34% - 54%), whereas reasonableness predicted egodystonicity in a negative way: the less reasonable, the more egodystonic (range: 37% - 48%).

5. EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY ACROSS THE STAGES OF MOTIVATION TO CHANGE.

This section examines the egosyntonic and egodystonic properties of the IT in terms of motivation to change stages. The objective was to analyze whether the stages of motivation to change, assessed with the *Attitudes Towards Change in eating disorders* (ACTA), were associated with and predicted the egosyntonicity and egodystonicity of eating ITs in ED patients ($n=98$), on the one hand, and ED-recovered ($n=20$), on the other. First, we present the descriptive statistics for both groups of individuals in the stages of motivation to change, and we then present the results of the analyses of correlation and regression in both groups separately.

As shown in Table 50, as expected, patients scored higher on all factors except in the *Maintenance* phase, in which the ED-recovered individuals scored higher. For patients, the highest scores were in the stages of *Decision*, *Action* and *Relapse*.

Table 50. Descriptive statistics in the different stages of motivation to change (ACTA) in ED patients and ED-recovered individuals.

		<i>M (SD)</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Percentiles</i>		
				25	50	75
Precontemplation	Patients	15.15 (8.78)	0-40	8	16	20
	Recovered	6.53 (6.99)	0-21	0	4	11
Contemplation	Patients	19.20 (6.62)	1.82-32.73	14.54	20	24.54
	Recovered	6.79 (6.11)	0-20	3.64	4.54	9.09
Decision	Patients	21.13 (7.69)	0.91-32.73	16.36	22.73	26.36
	Recovered	5.9 (8.81)	0-25.45	0	1.82	9.09
Action	Patients	22.49 (8.02)	1-40	16	24	27
	Recovered	13.21 (11.67)	0-39	4	9	20
Maintenance	Patients	11.16 (6.73)	0-36	7	10	14
	Recovered	29.74 (7.03)	16-38	24	31	36
Relapse	Patients	22.07 (9.51)	0-40	14.28	22.86	30
	Recovered	8.04 (9.05)	0-24.29	0	4.28	12.86

Recovered: Ed-recovered women; *M (SD)*: Mean (Standard Deviation); *Min*: Minimum; *Max.*: Maximum; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

The correlations calculated for the sample of patients between the stages of motivation to change and egosyntonicity and egodystonicity factors showed that the *Precontemplation* stage was positively associated with *Rational and coherent*, the only

association that reached the Bonferroni correction criterion (see Table 51). Nonetheless, to a lesser degree but also significant, *Precontemplation* showed associations with *Moral* and *Egosityntonicity*-total score, and negatively with *Irrationality* of IT. The *Contemplation* stage correlated with *Morality* and *Egosityntonicity*-total score. The absence of significant positive associations between the Egodyntonicity caused by the eating IT and the stages of motivation to change is noteworthy. After controlling the frequency of the IT, all associations remained significant.

Table 51. Bivariate correlations between egosityntonicity and egodyntonicity factors and the stages of motivation to change in patients.

	<i>Precontemplation</i>	<i>Contemplation</i>	<i>Decision</i>	<i>Action</i>	<i>Maintenance</i>	<i>Relapse</i>
Desirable	.09	.14	.11	-.00	-.03	.09
Rational. Coherent	.36***	.13	.02	-.13	-.17	-.02
Moral	.27**	.29**	.18	-.07	-.12	.13
Egosityntonicity.Total	.33**	.25*	.14	-.09	-.14	.09
Undesirable	.03	-.11	-.12	-.07	.03	-.03
Irrational. Incoherent	-.28**	-.04	.06	.20	.20	.14
Immoral	-.09	.12	.14	.04	.02	.06
Egodyntonicity.Total	-.14	-.02	.02	.06	.11	.07

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$

In order to examine whether the stages of motivation to change predict egosityntonicity and egodyntonicity of ITs in patients, a series of regression analyses were conducted with the factors of CED-R and CES as dependent variables and the *Precontemplation* and *Contemplation* scores as predictors (see Table 52). *Precontemplation* predicted 13% to 11% of the variance of the *Rational* and *Egosityntonicity*-total score factors, and negatively *Irrationality* (8%). *Contemplation* predicted 8% of the variance of the *Moral* factor.

Table 52. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosityntonicity and egodyntonicity factors. Predictor variables: stages of motivation to change of ACTA: *Precontemplation* and *Contemplation*.

DV	Predictor variable	Change R^2	β	t	p
Rational. Coherent	<i>Precontemplation</i>	.13	.36	3.57	.001
Moral	<i>Contemplation</i>	.08	.29	2.79	.006
Egosityntonicity.Total	<i>Precontemplation</i>	.11	.33	3.21	.002
Irrational	<i>Precontemplation</i>	.08	-.28	-2.65	.01

DV: Dependent Variable.

Below are the results of Pearson's correlations calculated in the ED-recovered group. In this case, only the *Maintenance* and *Relapse* stages were taken into account, since the rest of the stages make no-sense in patients who have recovered from their disorder. As occurred with the patient group, no association was observed between the egodystonicity caused by the eating IT and *Maintenance* and *Relapse*. A negative association was found between *Maintenance* and the *Moral* factor and *Egosyntonicity*-total score. Both correlations remained significant after controlling the frequency of the IT. However, the level of significance did not reach the Bonferroni criteria (.05/16=.003).

Table 53. Bivariate correlations between egosyntonicity and egodystonicity factors and the stages of motivation to change in ED-recovered individuals.

	<i>Maintenance</i>	<i>Relapse</i>
Desirable	-.41	.23
Rational. Coherent	-.29	.42
Moral	-.52*	.42
Egosyntonicity. Total	-.48*	.43
Undesirable	.30	.01
Irrational. Incoherent	.14	-.11
Immoral	.06	.13
Egodystonicity. Total	.23	.01

* $p \leq .05$

Regression analyses were not calculated in this case due to the low association between variables which did not reach Bonferroni criteria.

Summary of main results – Study 2. Section 5

The evaluation of stages of motivation to change showed that ED patients were situated mainly in *Decision*, *Action* and *Relapse* stages, as would be expected, since almost all of them were receiving treatment at the time of the study. ED-recovered women were basically in a *Maintenance* stage of recovery. Associations between stages and egosyntonicity and egodystonicity were higher in patients than in ED-recovered, in whom they were very low. In patients, relationships were basically between the *Precontemplation* stage and egosyntonicity and ratioanlity, with a limited capacity of

predictability (11% and 13%): when the patient has a poor motivation to change, her thoughts are more likely to be appraised as rational and egosyntonic.

6. ASSOCIATION BETWEEN EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY AND BODY IMAGE VARIABLES IN PATIENTS.

Given the importance of body image in the content of the eating-related ITs and in the eating psychopathology in general, the associations between egosyntonicity and egodystonicity and body image variables were assessed with the *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). Pearson correlations were carried out to assess the degree of association, and then regression analyses were calculated to assess the directionality of the previously observed relationships. Since the English sample of patients did not complete the MBSRQ, analyses could only be carried out with the sample of Spanish patients. Since there were only 5 recovered subjects from the Spanish sample, no analyses with the MBSRQ were conducted for this group.

Table 54. Bivariate correlations between egosyntonicity and egodystonicity factors and body image variables (MBSRQ).

	<i>App. evaluation</i>	<i>App. Orient.</i>	<i>Body a. sat.</i>	<i>Overw. preocc.</i>	<i>Self-class. weight</i>
Desirable	0,32	0,00	-0,03	0,22	0,21
Rational. Coherent	-0,32	-0,08	-0,20	0,39**	0,22
Moral	-0,05	-0,03	-0,10	0,27	0,30
Egosyntonicity.Total	-0,06	-0,06	-0,16	0,42**	0,33*
Undesirable	-0,13	0,14	-0,02	-0,12	-0,36*
Irrational. Incoherent	0,53***	0,07	0,50***	-0,33*	-0,01
Immoral	0,30	0,09	0,28	-0,18	-0,11
Egodystonicity.Total	0,33*	0,14	0,36*	-0,30	-0,23

*App. evaluation: Appearance evaluation; App. orient.: Appearance orientation; Body a. sat.: Body Areas Satisfaction; Overw. preocc.: Overweight preoccupation; Self-class. weight: Self-classified weight; *p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001.*

As can be seen in Table 54, correlation analysis showed that egosyntonicity was associated with *Overweight preoccupation* and *Self-classified weight* in a positive direction. *Overweight preoccupation* was also associated with *Rationality* of thought. With regard to the factors of egodystonicity, *Irrationality* was the only factor associated with the body image factors evaluated, specifically *Appearance evaluation*, *Body areas satisfaction*, and negatively with *Overweight preoccupation*. The *Egodystonicity-total* score was only associated with *Appearance evaluation* and *Body areas satisfaction*.

The following table presents data on regression analyses performed to assess whether body image predicted egosyntonicity and egodystonicity. Only the variables that showed significant relationships in the correlation analysis were entered as predictors. With regard to the egosyntonicity, *Overweight preoccupation* predicted *Rationality* and *Egosyntonicity- total* score, explaining 15% and 17% of the variance, respectively. *Appearance evaluation* and *Body areas satisfaction* explained 28% of *Irrationality*, and 13% of the *Egodystonicity-total* score. The *Self-classified weight* predicted the *Undesirability* of thought, but negatively: when they assess the IT as less undesirable, patients evaluate their weight as being heavier.

Table 55. Regression analysis in patients. Dependent variables: egosyntonicity and egodystonicity factors. Predictor variables: body image variables (MBSRQ).

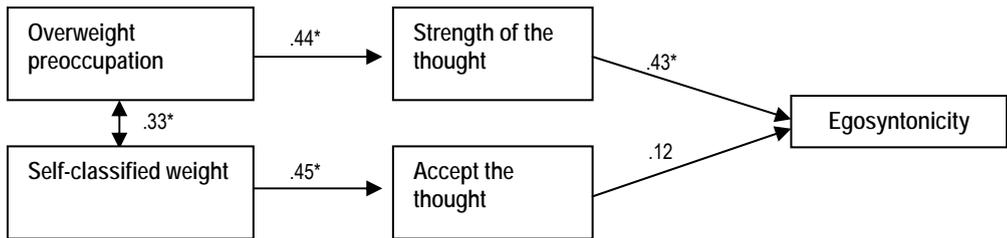
DV	Predictor variable	Change R ²	β	t	p
Rational. Coherent	Overweight preoccupation	.15	.39	2.48	.02
Egosyntonicity.Total	Overweight preoccupation	.17	.42	2.70	.01
Undesirable	Self-classified weight	.13	-.36	-2.32	.03
Irrational. Incoherent	Appearance evaluation	.28	.53	3.70	.001
Egodystonicity.Total	Body areas satisfaction	.13	.36	2.29	.02

DV: Dependent Variable.

Given the associations observed between body image and the egosyntonicity and egodystonicity measures, we wondered whether the overvalued idea would be based on this association. To examine this, a series of Path analyses were carried out. First, we checked that the *Strength* of the IT (measured with the OVIS) correlated with *Overweight preoccupation* ($r_{xy}=.46$, $p=.007$) and negatively with *Body areas satisfaction* ($r_{xy}=-.42$, $p=.01$). Moreover, *Resistance* (measured with the OVIS), was negatively associated (which means to *accept* the thought) with higher *Self-classified weight*

($r_{xy}=.48, p=.004$) and *Appearance satisfaction* ($r_{xy}=-.31, p=.05$). With these results in mind, we propose one possible model (the same for egodystonicity and egosyntonicity) of the mediation of the overvalued idea in the relationship between body image and egodystonicity/egosyntonicity (see Figure 11 and 12).

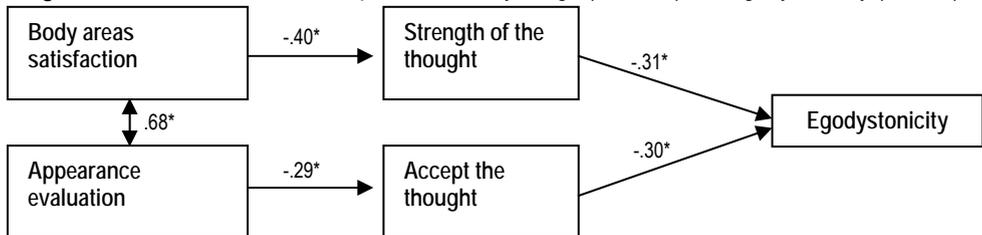
Figure 11. Model for the relationship between body image (MBSRQ) and egosyntonicity (CES).



* $p < .05$

As shown in Figure 11, the model proposed for egosyntonicity showed significant relationships in all the associations raised, except for *Accept the thought* and *Egosyntonicity*. Following the criteria of Hu and Bentler (1995, CFI, GFI>.90 and RMSEA <.08), we can say that the model fit indices were satisfactory in egosyntonicity (see Table 56). *Strength* and *Accept the thought* explained 20% of Egosyntonicity; *Overweight preoccupation* explained 19% of the variance of *Strength*, while *Self-classified weight* explained 20% of *Accept the thought*. Results show that the *Strength* with which the person holds the thought mediates the relationship between *Overweight preoccupation* and *Egosyntonicity*.

Figure 12. Model for the relationship between body image (MBSRQ) and egodystonicity (CED-R).



* $p < .05$

All relationships of the model for egodystonicity (see Figure 12) were statistically significant, and fit indices were satisfactory (see Table 56). *Strength* and *Accept the thought* explained 20% of the Egodystonicity variance, while *Body areas satisfaction* explained 16% of the variable *Strength*, and *Appearance evaluation* explained 8.8% of *Accept the thought*.

According to the model for egodystonicity, *Body areas satisfaction* and *Appearance evaluation* affect the strength to hold the thoughts and the Resistance to them, respectively. In turn, *Strength* and *Resistance* contribute inversely to egodystonicity. Therefore, the overvalued idea mediates the relationship between body image and the egodystonicity of the eating IT.

Table 56. Fit indices for egosyntonicity and egodystonicity models.

	χ^2 (df)	p	CFI	GFI	RMSEA
Egosyntonicity model	3.525 (5)	.62	1.00	0.973	0.000
Egodystonicity model	5.207 (5)	.39	0.996	0.959	0.029

CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation

Summary of main results – Study 2. Section 6

In ED patients an association was observed between some variables related to body image and the egosyntonicity and egodystonicity of the thought. Specifically, it was found that preoccupation with overweight predicted egosyntonicity (15% and 17% of explained variance), and satisfaction with body areas predicted egodystonicity (13%). The positive evaluation of appearance predicted irrationality of thought (28%), and the classification of weight as high predicted, in a negative direction, undesirability of thought (13%). In general, results show that satisfaction with body image is related to greater egodystonicity and lower egosyntonicity.

Given the associations found, we wanted to know whether the overvalued idea was mediating it. Path analyses suggest the following process regarding egosyntonicity: in patients, the preoccupation with their weight influences the strength with which the eating IT is held, and the strength in turn influences the egosyntonicity of the IT.

Regarding egodystonicity: being satisfied with one's body image influences holding the thought less strongly and fighting against it (not accepting it), and the strength of accepting the thought influences the evaluation of the IT as more egodystonic.

7. PRELIMINARY ANALYSIS OF EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY REGARDING INTRUSIVE THOUGHTS ANALOGOUS TO OBSESSIONS.

In order to examine differences between people with a high risk of suffering an ED or OCD in the egosyntonicity and egodystonicity caused by their most unpleasant IT (eating and obsessive, respectively), comparison analyses were performed. From the original general population sample ($n=349$), we extracted two groups equivalent in age, socioeconomic level, level of studies, marital status, and BMI (see Table 57). No difference was found in depressive or anxious symptoms. However, as expected, there were differences in the EAT ($t_{(28)}=12.34$; $p<.001$) and CBOCI scores ($t_{(28)}=12.36$; $p<.001$). Gender was distributed trying to resemble the distribution of ED and OCD in most epidemiological studies: woman represented 100% of the subclinical ED and 60% of the subclinical OCD participants.

Table 57. Socio-demographic and psychopathological variables for subclinical ED and OCD groups.

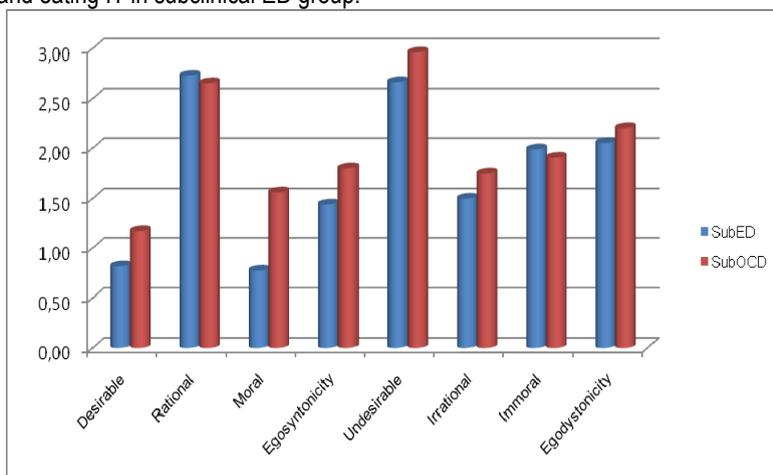
	Age	Socio-economic level	Studies	Marital status	BMI	BDI	BAI	EAT	CBOCI
SubED $n=12$	21.08 (1.24)	Medium 78.3%	High 74%	Single 100%	22.84 (1.24)	12.50 (11.92)	14.58 (10.19)	29.08 (5.87)	18.50 (7.76)
SubOCD $n=18$	20.94 (1.43)	Medium 72.2%	High 72.2%	Single 100%	22.13 (2.47)	9.56 (5.97)	12.39 (9.93)	6.67 (4.10)	31.22 (6.40)

SubED: Subclinical Eating Disorder sample; SubOCD: Subclinical Obsessive-Compulsive Disorder sample; BMI: Body Mass Index; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; EAT: Eating Attitudes Test; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; Data expressed in Mean (Standard Deviation) except when percentage.

Regarding the most unpleasant intrusive thought of the OCD subclinical group, 13 individuals (76.5%) chose an intrusion with reactive content, and mainly regarding doubts (47.1%).

Each item on the second part of INPIAS (for ED subclinical group) and INPIOS (for OCD subclinical group) was compared, and some differences between groups emerged: the subclinical ED group scored higher on some emotional consequences (*Sadness*: $t_{(28)}=2.21$, $p=.03$, $d=.90$; *Guilt*: $t_{(28)}=3.70$, $p=.001$, $d=1.51$; *Shame*: $t_{(28)}=4.55$, $p<.001$, $d=1.81$), and two dysfunctional appraisals (*TAF- moral*: $t_{(28)}=2.98$, $p=.006$, $d=1.22$; *Importance of control thoughts*: $t_{(28)}=2.69$, $p=.01$, $d=1.1$). Only on *Overestimation of threat* did the subclinical OCD group obtain higher scores than the ED subclinical group ($t_{(28)}=-2.03$, $p=.05$, $d=0.83$). Regarding control strategies, it was observed that the ED subclinical group more frequently employed *Self-punishment* as a control strategy ($t_{(28)}=2.20$, $p=.03$, $d=.90$).

Figure 13. Scores on CED-R and CES for obsessive IT in subclinical OCD group, and eating IT in subclinical ED group.



Comparisons of scores of CED-R and CES for the eating IT in the subclinical ED group and the obsessive IT in the subclinical OCD group showed no differences in any subscale except for *Moral*, where the subclinical ED group scored lower than the subclinical OCD group ($t_{(28)}=-2.37$; $p=.02$). It is noteworthy that both groups scored ≥ 2.5

which means “agree somewhat” on the *Rational* and *Undesirable* factors (see Figure 13).

Summary of main results- Study 2. Section 7

A small sample of ED and OCD subclinical individuals, equivalent in socio-demographic variables, was compared on the second part of INPIAS and INPIOS respectively. In comparison to the eating IT, it could be expected that obsessive ITs, a priori more egodystonic, would provoke worse emotional consequences and dysfunctional appraisals, and more control strategies would be employed to control them. However, differences emerged in a surprising direction. ED subclinical individuals reached higher scores on some emotional consequences (*Sadness, Guilt, and Shame*), and two dysfunctional appraisals (*TAF-Moral and Importance of control thoughts*), and they also more frequently employed *self-punishment*, a dysfunctional control strategy. Only on *Overestimation of threat* did the OCD subclinical group score higher than ED subclinical individuals. With regard to egosityntonicity and egodystonicity, surprisingly there were no differences in any factor except *Morality*, where subclinical OCD scored higher than the ED subclinical group.

STUDY 3

ANALYSIS OF CORE AND METACOGNITIVE BELIEFS ASSOCIATED WITH EATING INTRUSIVE THOUGHTS AND THEIR RELATIONSHIPS WITH THE EGOSYNTONICITY AND EGODYSTONICITY CAUSED BY THESE INTRUSIONS.

Participants Study 3

This Study was planned to fit our second main objective. The subjects included in this study were the following: 73 ED patients (37 patients were from the Spanish patients included in Study 2, plus 36 ED patients, also from Spain), ED-recovered individuals ($n=6$), subclinical ED individuals ($n=12$), subclinical OCD ($n=18$), and non-clinical population ($n=28$).

In order to compare groups on core beliefs and metacognitions, and given the small number of patients in some of the diagnostic groups, we decided to reorganize the clinical participants in groups according to the main ED diagnosis: AN or BN. We also included in the AN and BN groups subthreshold participants classified as EDNOS because they did not fully reach the criteria of AN or BN, for example, because their weight had been recovered, they had their menstruation, or the frequency of binges-purges was lower than twice a week. The patient group with a full or partial diagnosis of AN was called "Type AN" ($n= 37$), and the patient group with a full or partial diagnosis of BN was called "Type BN" ($n= 24$). Moreover, patients with BED were included in an independent group of 12 patients.

Specifically for this study, every participant completed the *Young Schema Questionnaire* (YSQ), which evaluates 18 core beliefs, and the *Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised* (OBSI-R), which assesses metacognitive beliefs typically attributed to OCD.

First, in this study we explored to what extent the core beliefs about oneself were related to the dysfunctional beliefs about the intrusive thoughts. Since these dysfunctional beliefs were originally postulated as specifically linked to intrusive obsessional thoughts, we then examined whether subclinical OCD subjects, compared to subclinical ED individuals, endorse these beliefs dimensions more. Additionally, the differences between these two groups of subjects would also be analyzed regarding core beliefs about oneself. The third set of analyses would focus on the relationships between core beliefs, the variables measuring psychopathology included in the study, and the egodystonicity/egosyntonicity caused by the most unpleasant eating IT. The differences between the groups of ED patients regarding core beliefs will be also examined. Finally, the fourth set of results would be devoted to the relationships between dysfunctional beliefs, the egodystonicity and egosyntonicity subsequent to that IT, and the psychopathology variables of the study (anxiety, depression, ED, and OCD).

1. CORE BELIEFS AND METACOGNITIVE BELIEFS

To assess whether beliefs about oneself were associated with metacognitive beliefs, bivariate correlations were performed between the domains of Young maladaptive schemes and the 8 beliefs subscales measured by the OBSI-R. These correlation analyses were followed by partial correlations controlling for the weight of depressive symptoms. To reduce type I error we used the Bonferroni correction ($.05/45=.001$), so a p -value greater than $.001$ was not considered significant. Furthermore, only in the case of patients, regression analyses were calculated to check whether the patterns predicted metacognitive beliefs or core beliefs in patients with ED. The results will be offered for each group separately.

The Table 58 shows that in the ED patient group, 12 of the associations between domains and metacognitive beliefs were significant at $p < .001$. However, after controlling depression scores, only half of the associations remained significant (see Table correlations with ***): the domain of *Disconnection and rejection* was associated with *Responsibility*, the *Importance of controlling thoughts* and *Overestimation of the threat*, and the domain *Overvigilance and inhibition* correlated with *Responsibility*, *Intolerance of uncertainty*, and *Perfectionism*.

Table 58. Bivariate correlations between core beliefs and metacognitive beliefs in patients ($n=73$).

	<i>Respons.</i>	<i>Imp.th.</i>	<i>TAF.P</i>	<i>TAF.M</i>	<i>Imp.cont.t</i>	<i>Over.threat</i>	<i>Int.Unc.</i>	<i>Perf.</i>
Disconnection	.50***	.36**	.43*** ^a	.31**	.38***	.67***	.42*** ^a	.32**
Impaired autonomy	.26*	.17	.28**	.12	.14	.53*** ^a	.31**	.25*
Impaired limits	-.08	.02	-.06	-.15	-.03	-.00	.03	.10
Other directedness	.35**	.22	.22	.31**	.20	.43*** ^a	.31**	.24*
Overvigilance & inhibition	.68***	.29	.35*	.40*	.41	.70*** ^a	.56***	.69***

Respons.: Responsibility; *Imp.th.:* Importance of thoughts; *TAF.P.:* Thought Action Fusion-Probability; *TAF.Moral:* Thought Action Fusion-Moral; *Imp.cont.t.:* Importance of controlling thoughts; *Over.threat:* Overestimation of threat; *Int.Unc.:* Intolerance to uncertainty; *Perf.:* Perfectionism; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$; ^a= The association disappears by controlling depression.

Then a series of regression analyses were carried out with 4 domains, excluding the *Impaired limits* domain because it was not associated with metacognitive beliefs. As shown in Table 59, the belief *Overestimation of threat* predicted 46% of the explained variance of the *Disconnection and rejection* domain, 28% of *Impaired autonomy*, 19% of *Other directedness*, and 49 % of the *Overvigilance and inhibition* domain. The latter domain is also explained by the *Perfectionism* belief(13%).

Table 59. Regression analysis in patients. Dependent variables: Core beliefs domains (YSQ). Predictor variables: OBSI-R factors.

DV	Predictor V	Change R ²	β	t	p
Disconnection & rejection	Overestimation of threat	.46	.68	7.63	.000
Impaired autonomy	Overestimation of threat	.28	.53	5.24	.000
Other directedness	Overestimation of threat	.19	.43	3.96	.000
Overvigilance and inhibition	Overestimation of threat	.49	.45	3.41	.002
	Perfectionism	.13	.43	3.26	.003

DV: Dependent Variable.

The correlation analysis in the ED subclinical population group did not show any coefficient whose significance was $p < .001$, probably due to the small size of this sample ($n=12$). Nonetheless, as shown in Table 60, there were some high correlations approaching the criterion $p < .001$ (range: $p = .005$ to $.007$). The relationship found in the domains of *Disconnection and rejection* and *Other directedness* stands out. After controlling for depression, associations were cancelled or increased to $p = .04$, except the associations between the belief *Importance of controlling thoughts* and the domains *Disconnection and rejection* ($r_{xy} = .69$; $p = .01$) and *Other directedness* ($r_{xy} = .70$; $p = .01$).

Table 60. Bivariate correlations between core beliefs and metacognitive beliefs in ED subclinical population ($n=12$).

	Respons.	Imp.th.	TAF.P	TAF.M	Imp.cont.t	Over.threat	Int.Unc.	Perf.
Disconnection	.36	-.07	.63* ^a	.33	.75**	.73** ^a	.62* ^a	.16
Impaired autonomy	.37	.02	.66** ^a	.43	.24	.33	.34	.32
Impaired limits	.33	-.10	.33	.18	.52	.34	.63* ^a	.48
Other directedness	.58* ^a	-.01	.72** ^a	.54	.75**	.68** ^a	.67** ^a	.33
Overvigilance & inhibition	.39	-.33	.40	.19	.41	.30	.62* ^a	.52

Respons.: Responsibility; Imp.th.: Importance of thoughts; TAF.P.: Thought Action Fusion-Probability; TAF.Moral: Thought Action Fusion-Moral; Imp.cont.t.: Importance of controlling thoughts; Over.threat: Overestimation of threat; Int.Unc.: Intolerance to uncertainty; Perf.: Perfectionism; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; ^a= The association disappears or is reduced to $p = .04$ when controlling depression.

In the non-clinical population, although neither of the coefficients reached the criterion $p < .001$, there were 5 associations very close to it (range: $p = .002$ to $.007$) (see Table 61). Relationships were established with the domains of *Impaired autonomy* and *Overvigilance and inhibition*. After controlling the weight of depression, associations remained with *Impaired autonomy* and beliefs: *Responsibility* ($r_{xy} = .64$; $p = .002$), *Thought Action Fusion-Likelihood* ($r_{xy} = .61$; $p = .005$), and *Overestimation of the threat* ($r_{xy} = .58$;

$p=.007$). In addition, the domains of *Overvigilance and inhibition* remained significant with *Intolerance of uncertainty* ($r_{xy}=.66$; $p=.002$), and a new one appeared with *Perfectionism* ($r_{xy}=.59$; $p=.006$), whereas with *Overestimation of the threat* p was reduced to $.01$ ($r_{xy}=.56$).

Table 61. Bivariate correlations between core beliefs and metacognitive beliefs in non-clinical population ($n=28$).

	<i>Respons.</i>	<i>Imp.th.</i>	<i>TAF.P</i>	<i>TAF.M</i>	<i>Imp.cont.t</i>	<i>Over.threat</i>	<i>Int.Unc.</i>	<i>Perf.</i>
Disconnection	37	.22	.30	.05	.31	.39	.22	.43*
Impaired autonomy	63**	.28	.61**	.32	.32	.57**	.48*	.52*
Impaired limits	39	.27	.34	.02	.17	.15	.01	.48*
Other directedness	38	.05	-.07	.09	.07	.10	.01	-.00
Overvigilance & inhibition	53*	-.05	.49*	.22	.54*	.57** ^a	.63**	.51* ^b

Respons.: Responsibility; *Imp.th.*: Importance of thoughts; *TAF.P.*: Thought Action Fusion-Probability; *TAF.Moral*: Thought Action Fusion-Moral; *Imp.cont.t.*: Importance of controlling thoughts; *Over.threat*: Overestimation of threat; *Int.Unc.*: Intolerance to uncertainty; *Perf.*: Perfectionism; * $p\leq.05$; ** $p\leq.01$; ^a= The association changes from $p=.007$ to $.01$ when controlling for depression; ^b= The association changes to $.01$ when controlling for depression.

2. CORE BELIEFS AND METACOGNITIVE BELIEFS IN SUBCLINICAL OCD PEOPLE IN COMPARISON WITH ED SUBCLINICAL PEOPLE.

Table 62 presents scores obtained on core beliefs (YSQ) for the ED and OCD subclinical groups. It is noteworthy that in any case, ED and OCD subclinical groups reached the score of 4, which means "sometimes true". Significant differences between groups were only found on *Incompetence* and *Insufficient self-discipline*, where the OCD subclinical group obtained higher scores than the ED subclinical group (see Table 62).

Table 62. Mean, standard deviation, and *t* test of ED and OCD subclinical groups in YSQ.

	<i>Sub ED</i>	<i>Sub OCD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>
Emotional deprivation	1.90 (1.16)	2.12 (1.07)	-.54	28	
Abandonment	3.08 (0.88)	3.51 (1.18)	-1.07	28	
Mistrust	2.22 (1.24)	2.70 (1.08)	-1.13	28	
Social isolation	1.65 (0.65)	2.29 (1.03)	-1.90	28	
Defectiveness	1.33 (0.49)	1.87 (0.90)	-1.87	28	
Failure	1.75 (1.15)	1.91 (0.76)	-0.46	28	
Incompetence	1.47 (0.38)	1.94 (0.57)	-2.54**	28	0.95
Vulnerability	2.00 (0.86)	2.49 (1.00)	-1.39	28	
Enmeshment	1.90 (1.09)	2.08 (0.51)	-0.60	14.26	
Subjugation	2.23 (1.18)	2.47 (0.65)	-0.63	15.46	
Self-sacrifice	3.33 (1.20)	3.33 (1.03)	0	28	
Emotional inhibition	2.18 (1.09)	2.67 (0.79)	-1.41	28	
Unrelenting standards	3.17 (1.27)	3.69 (0.87)	-1.31	28	
Entitlement	2.55 (0.79)	3.14 (0.97)	-1.76	28	
Insufficient self-discipline	2.12 (0.62)	2.99 (1.05)	-2.58**	28	0.96
Approval seeking	3.27(0.97)	3.58(0.97)	-.86	28	
Pessimism.	2.27(1.25)	2.89(0.99)	-.52	28	
Punitiveness	2.47(0.84)	2.69(0.77)	-0.75	28	

SubED: Subclinical ED sample; *SubOCD*: Subclinical OCD sample; Data from the first two columns are expressed in Mean (Standard Deviation); *df*: degrees of freedom; *d*: Cohen's *d*.

Table 63. Mean, standard deviation, and *t* test of ED and OCD subclinical groups in OBSI-R.

	<i>Sub ED</i>	<i>Sub OCD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>
Responsibility	4.08 (1.19)	4.02 (0.89)	.19	28	
Importance of thoughts	1.78 (0.88)	2.47 (1.04)	-2.13**	28	0.79
TAF-Probability	2.25 (1.21)	2.47 (1.18)	-.50	28	
TAF.Moral	3.35 (1.35)	2.99 (0.90)	.80	28	
Importance of controlling thoughts	3.92 (1.44)	4.24 (0.78)	-.73	28	
Overestimation of threat	3.22 (1.69)	3.71 (0.57)	-.89	17.06	
Intolerance to uncertainty	4.28 (1.59)	4.19 (0.95)	-.16	28	
Perfectionism	2.90 (1.29)	3.33 (0.95)	-.96	28	

TAF.: Thought Action Fusion; *SubED*: Subclinical ED sample; *SubOCD*: Subclinical OCD sample; Data from the first two columns are expressed in Mean (Standard Deviation); *df*: degrees of freedom; *d*: Cohen's *d*.

Regarding scores on the OBSI-R, the OCD subclinical group showed high scores (>4= “agree”) on *Responsibility*, *Importance of thought control*, and *Intolerance to uncertainty*, whereas the ED-subclinical group showed high scores on *Responsibility* and *Intolerance to uncertainty*. When comparing OBSI-R scores between groups, differences were found only on *Importance of thoughts*, where the OCD subclinical group scored higher than the ED subclinical group ($t_{(28)}=-2.13$; $p=.04$) (see Table 63).

3. RELATIONSHIP AMONG CORE BELIEF DOMAINS, PSYCHOPATHOLOGY MEASURES, AND EGOSYNTONICITY/EGODYSTONICITY.

In order to analyze the relationships among maladaptive schemes with eating, obsessive, depressive symptoms, and the egosyntonicity/egodystonicity of the IT, a series of correlation analyses were calculated. To reduce type I error, 18 schemes were reduced to the 5 domains presented by Young, and the significance level of $p<.001$ was applied following the Bonferroni correction.

The correlations of patients with ED showed that the domains were scarcely associated with eating psychopathology, since as Table 64 shows, there was only one significant relationship ($p<.001$) between *Diet* (EAT) and the domain *Overvigilance and inhibition*. However, obsessions, compulsions, depression and anxiety were associated with multiple YSQ domains (see Table 65). In general, the domain *Impaired autonomy* was the one most related with psychopathology, since it was associated with compulsions, depression, anxiety and low self-esteem.

In the subclinical ED group ($n=12$) only one significant negative association was found between *self-esteem* and the *Disconnection and rejection* domain ($r_{xy}=-.76$; $p<.001$). As for the non-clinical population ($n=28$), none of the relationships obtained a

significance level of $p < .001$, and only the domain *Impaired autonomy* correlated with *self-esteem* ($r_{xy} = -.52$; $p = .004$).

Table 64. Correlations among YSQ domains with EAT and MBSRQ in patients (n=73).

YSQ Domains	EAT		MBSRQ					
	Diet	Bulimia	Oral Control	Appear. evaluation	Appear. orientation	Body areas satisfact.	Overw. Preocc..	Self-clas. weight
Disconnection/rejection	.15	.06	.17	-0.19	-.07	-.17	.10	-.06
Impaired autonomy	.07	.03	.05	-0.23	-.06	-.20	.02	-.01
Impaired limits	-.17	.00	-.26*	0.19	-.11	.18	-.15	.19
Other self-directedness	.05	-.07	.06	-0.13	-.07	-.13	.10	.12
Overvigilance and inhibition	.40***	.04	.34*	-0.20	.05	-.28	.13	.04

YSQ: Young Schema Questionnaire; EAT: Eating Attitudes Test; MBSRQ: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire. App. evaluation: Appearance evaluation; App. orient.: Appearance orientation; Overw. preocc.: Overweight preoccupation; Self-class. weight: Self-classified weight; ** $p \leq .01$, Bonferroni correction: *** $p \leq .001$.

Table 65. Correlations among YSQ domains and CBOCI, BDI, BAI and RSE in patients (n=73).

YSQ Domains	CBOCI	BDI	BAI	RSE	
	Obsessions	Compulsions			
Disconnection/rejection	.40***	.44***	.46***	.34**	-.35**
Impaired autonomy	.37**	.48***	.55***	.52***	-.43***
Impaired limits	.07	.09	.06	-.09	.04
Other self-directedness	.45***	.37**	.41***	.24*	-.38**
Overvigilance and inhibition	.28	.28	.38*	.43***	-.35*

YSQ: Young Schema Questionnaire. CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; Obses.: Obsesiones; Compuls.: Compulsions; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$; Bonferroni correction: *** $p \leq .001$.

Then we assessed whether the core beliefs were associated with egosyntonicity and egodystonicity. No core belief was associated with any factor of the CES and CED-R in patients, the subclinical population or the non-clinical population.

3.1. Core Beliefs: Differences Between Groups.

For these analyses, the main ED diagnosis (full diagnosis and subthreshold: Type AN, and Type BN) and patients with BED were taken into account. Patients were also compared with ED-recovered individuals, the subclinical ED group, and the non-clinical population.

Following a MANOVA with core beliefs that indicated significant differences (Pillai's Trace $V= 1.47$, $F_{(90,310)}= 1.43$, $p<.01$; $\eta_p^2=30$), a series of ANOVAs were carried out calculating differences between subgroups. Then, given the importance of depressive symptoms in the core beliefs about oneself, a series of ANCOVAS were calculated controlling for BDI. The following section presents the results found in 18 schemes grouped into five domains.

Disconnection and rejection domain

This domain includes the schemes: *Emotional deprivation*, *Abandonment/instability*, *Mistrust/abuse*, *Social isolation/alienation*, and *Defectiveness/shame*.

The calculated ANOVA showed significant differences in the 5 schemes (see Table 66). It is note worthy that no difference was found between the clinical groups. Regarding *Emotional deprivation*, Type AN, Type BN and BED patients scored significantly higher than the non-clinical individuals, whereas the Subclinical ED group and the ED-recovered scored significantly less than Type BN patients. In the *Abandonment* and *Mistrust* schemes, Type BN patients scored higher than non-clinical groups. Regarding the *Social isolation* scheme, Type AN and BN patients and BED scored significantly higher than the rest of the groups: non-clinical, ED-recovered individuals and subclinical. Finally, concerning the *Defectiveness/shame* schema, Type AN and BN patients and BED scored higher than the ED-recovered group and the subclinical and non-clinical populations.

After controlling for depression, differences in *Emotional deprivation* ($F_{(5,111)}=6.20$; $p<.001$; $\eta^2_p=.22$), *Social isolation* ($F_{(5,111)}=3.21$; $p<.001$; $\eta^2_p=.13$) and *Defectiveness/shame* ($F_{(5,111)}=4.39$; $p<.01$; $\eta^2_p=.16$) remained significant, and those found in *Abandonment* ($F_{(5,111)}=1.81$; $p>.05$) and *Mistrust* ($F_{(5,111)}=1.17$; $p>.05$) disappeared.

Table 66. Mean and standard deviations and differences among groups in Disconnection and rejection domain core beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Emotional deprivation	2.86 ^{a,b} (1.26)	3.66 ^a (1.41)	2.97 ^{a,b} (1.25)	1.60 ^{b,c} (0.71)	1.90 ^{b,c} (1.16)	1.62 ^c (0.62)	11.37***	5,71.66	.32
Abandonment	3.45 (1.26)	3.86 ^a (1.17)	2.98 (1.30)	2.36 (1.05)	3.08 (0.88)	2.71 ^b (0.85)	3.79**	5,112	.15
Mistrust	2.72 (1.25)	2.89 ^a (1.07)	2.13 ^a (0.72)	1.68 (0.69)	2.22 (1.24)	2.04 ^b (0.85)	3.02**	5,112	.12
Social isolation	2.88 ^a (1.10)	2.50 ^a (0.84)	2.07 (0.95)	1.60 ^b (0.37)	1.65 ^b (0.65)	1.81 ^b (0.43)	9.82***	5,73.66	.26
Defectiveness	2.93 ^a (1.22)	2.28 ^a (1.10)	2.27 ^a (0.82)	1.28 ^b (0.30)	1.33 ^b (0.49)	1.54 ^b (0.4)	15.86***	5,84.19	.33

Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; ** $p\leq.01$; *** $p\leq.001$.

Through discriminant analysis, three functions arose. The first function accounted for 94.7% of the variance ($\Lambda=0.60$; $X^2_{(15)}=57.54$; $p<.001$; R^2 canonical=.37) in contrast to the second function (4.4%), which was not significant without the first one, and the third function, which only accounted for 0.9% of the variance. The first function differentiated clinical individuals (as a group) from ED-recovered, subclinical and non-clinical individuals, and consisted of *Defectiveness/shame* ($r=.78$), *Emotional deprivation* ($r=.78$) and *Social isolation* ($r=.64$).

Impaired limits domain

The domain *Impaired limits* includes the schemes *Entitlement/grandiosity* and *Insufficient self-control/self-discipline*.

The ANOVAs performed showed differences in both schemes (see Table 67). On *Entitlement*, Type BN patients scored significantly higher than the non-clinical group, whereas on *Insufficient self-discipline*, subclinical ED and non-clinical individuals scored lower than the 3 clinical groups. After controlling depression, differences remained significant for the two schemes (*Entitlement*: $F_{(5, 111)}=2.29$; $p<.05$; $\eta^2_p=.10$; *Insufficient self-discipline*: $F_{(5, 111)}=4.73$; $p<.001$; $\eta^2_p=.18$).

Table 67. Mean and standard deviations and differences among groups in *Impaired limits* domain core beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Entitlement	2.94 (0.88)	3.12 ^a (0.87)	2.97 (0.93)	2.28 (0.7)	2.55 (0.79)	2.44 ^b (0.62)	2.83**	5,112	.11
Insufficient self-discipline	3.12 ^a (1.16)	3.21 ^a (0.98)	3.91 ^a (0.89)	2.72 (1.55)	2.12 ^b (0.62)	2.38 ^b (0.67)	6.15***	5,14.75	.24

Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; ** $p\leq.01$; *** $p\leq.001$.

The calculation of the discriminant function showed two functions; both functions together accounted for 95% of the variance ($\Lambda=.76$, $X^2_{(6)}=31.69$, $p<.001$, R^2 canonical=.23), but removing the first function the second function only explained 5% of the variance and was no longer significant. The first function was composed of the core belief *Insufficient self-discipline* ($r=.90$), and differentiated patients from non-clinical groups (ED-recovered, subclinical and non-clinical individuals).

Overvigilance and inhibition domain

Included in the *Overvigilance and inhibition* domain are the schemes, *Pessimism/negativity*, *Emotional inhibition*, *Unrelenting standards*, and *Punitiveness*.

Of the 4 schemes that make up this domain, differences were found between non-clinical individuals and Type AN and BN patients on *Emotional inhibition* and *Pessimism* schemes, and with Type BN on *Punitiveness* (see Table 68). However, these differences disappeared when controlling the weight of depression (*Emotional inhibition*: $F_{(5,111)}=1.67$; $p>.05$ and *Pessimism*: $F_{(5,111)}=1.10$; $p>.05$; *Punitiveness*: $F_{(5,111)}=0.66$; $p>.05$).

Table 68. Mean and standard deviations and differences among groups in Overvigilance and inhibition domain core beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/ BF	df	η^2_p
Pessimism/negativity	3.11 ^a (1.13)	3.40 ^a (0.84)	3.60 (1.41)	2.08 (0.83)	2.27 (1.25)	2.08 ^b (0.74)	5.32***	5,112	.26
Emotional inhibition	2.95 ^a (1.16)	3.11 ^a (1.18)	2.92 (1.19)	2.00 (0.91)	2.18 (1.09)	1.95 ^b (1.15)	4.18***	5,112	.16
Unrelenting standards	3.70 (1.26)	3.67 (1.13)	3.39 (1.12)	3.40 (1.16)	3.17 (1.27)	2.87 (0.83)	2.15	5,112	
Punitiveness	2.82 (1.25)	3.20 ^a (1.20)	3.40 (1.28)	2.04 (0.59)	2.47 (0.84)	2.04 ^b (0.79)	2.97**	5,112	.16

Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; ** $p\leq.01$; *** $p\leq.001$.

The discriminant function showed three functions. The three accounted for 91.5% of the variance, but the second and the third only explained 6.2% and 2.3%, respectively, and they were not significant if the first function was removed. The first function included the *Pessimism* ($r=.92$) and *Emotional inhibition* ($r=.60$) core beliefs ($\Lambda=.69$, $X^2_{(12)}=28.25$, $p<.001$, R^2 canonical=.29), differentiating patients from ED-recovered, subclinical and non-clinical individuals.

Impaired autonomy and performance

The domain *Impaired autonomy* groups the schemes *Failure*, *Dependence/incompetence*, *Vulnerability to harm or injury* and *Enmeshment/undeveloped self*.

Differences were found in the 4 schemes (see Table 69). On *Failure*, Type AN patients differed from the non-clinical group. Regarding the scheme *Dependence/Incompetence*, Type AN and BN patients scored higher than subclinical and non-clinical groups. On *Vulnerability*, Type AN and BN groups scored higher than ED recovered women and non-clinical individuals. Finally, for the scheme *Enmeshment/Undeveloped self*, differences were found between ED-recovered and Type AN patients and non-clinical groups. After controlling for depression, all the differences found in previous schemes disappeared (*Failure*: $F_{(5,111)}=0.81$; $p>.05$; *Dependence*: $F_{(5,111)}=2.34$; $p>.05$; *Vulnerability*: $F_{(5,111)}=0.61$; $p>.05$; *Enmeshment*: $F_{(5,111)}=2.57$; $p>.05$).

Table 69. Mean and standard deviations and differences among groups in Impaired autonomy and performance domain core beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Failure	2.94 ^a (1.18)	2.57 (1.37)	2.70 (1.56)	2.12 (1.33)	1.75 (1.15)	1.76 ^b (0.58)	3.80**	5,43.11	.17
Dependence	2.57 ^a (1.06)	2.21 ^a (0.81)	2.67 (1.34)	1.96 (1.18)	1.47 ^b (0.38)	1.56 ^b (0.49)	5.60**	5,29.32	.22
Vulnerability	2.62 ^a (1.01)	2.56 ^a (1.15)	2.25 (1.05)	1.48 ^b (0.41)	2.00 (0.86)	1.73 ^b (0.63)	4.85***	5,74.64	.16
Enmeshment	2.91 ^a (1.10)	2.54 ^{a,c} (1.21)	3.14 ^{a,c} (1.50)	1.52 ^b (0.36)	1.90 (1.09)	1.81 ^{b,c} (0.71)	5.96***	5,55.69	.21

Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; ** $p\leq.01$; *** $p\leq.001$.

The discriminant analysis showed that three functions accounted for 86.3%, but the second and the third only explained 10% and 0.3% of the variance, and they did not reach significance when the first function was removed. The first function ($\Lambda=.69$; $X^2_{(12)}=41.47$; $p<.001$, R^2 canonical=.27) was composed mainly of the schemes

Dependence/incompetence ($r = .80$) and *Enmeshment/undeveloped self* ($r = .78$), and differentiated between clinical groups, on the one hand, and non clinical, subclinical and ED recovered women, on the other.

Other directedness domain

The *Other directedness domain* groups the schemes *Subjugation*, *Self-sacrifice*, and *Approval seeking/recognition seeking*.

Groups were different in two of the three schemes and for both, *Subjugation* and *Self-sacrifice*, the non-clinical group scored less than the Type AN and BN patients (see Table 70). After controlling for depression, differences disappeared in the *Subjugation* scheme ($F_{(5,111)}=1.21$; $p>.05$), and remained significant in *Self-sacrifice* ($F_{(5,111)}=2.47$; $p=.03$; $\eta^2_p=.10$).

Table 70. Mean and standard deviations and differences among groups in Other directedness domain core beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Subjugation	3.12 ^a (0.89)	2.72 ^a (0.97)	2.93 (1.20)	2.20 (1.11)	3.08 (0.88)	1.84 ^b (0.66)	5.62***	5,42.11	.24
Self-sacrifice	3.60 ^a (1.04)	3.96 ^a (1.16)	3.41 (0.74)	2.80 (1.15)	3.33 (1.2)	2.64 ^b (0.7)	5.45***	5,112	.20
Approval seeking	3.34 (1.13)	3.16 (0.97)	3.66 (0.98)	3.08 (0.87)	3.27 (0.97)	2.89 (0.83)	1.24	5.112	

Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; *** $p \leq .001$.

Three functions accounted for 93.7% of the explained variance, but the second and third only explained 6% and 0.2%, respectively. Once again, the first function of the discriminant analysis differentiated between patients vs. ED-recovered individuals, subclinical and non-clinical ($\Lambda=.73$; $X^2_{(9)}=34.75$; $p<.001$, R^2 canonical=.25). The schemes included in this function were *Subjugation* ($r = .91$) and *Self-sacrifice* ($r = .78$).

Summing up, results showed that differences in core beliefs were mainly between non-clinical individuals and clinical groups, but no differences arose between ED subtypes. Specifically, those core beliefs able to discriminate between groups were: *Defectiveness/shame, Emotional deprivation, Social isolation, Insufficient self-discipline, Pessimism, Emotional inhibition, Dependence/ Incompetence, Enmeshment / Undeveloped self, Subjugation, and Self-sacrifice.*

4. RELATIONSHIPS AMONG METACOGNITIVE BELIEFS, PSYCHOPATHOLOGY VARIABLES, AND EGOSYNTONICITY/EGODYSTONICITY.

This set of analyses was calculated in order to ascertain whether metacognitive beliefs were significantly associated with the psychopathology measures and the egosyntonicity and egodystonicity subsequent to the IT. To reduce type I Error, a significance level of $p < .001$ was taken into account.

Table 71. Correlations among OBSI-R with EAT and MBSRQ in patients (n=73).

	EAT			MBSRQ				
	Diet	Bulimia	Oral control	Evaluat. aparience	Orient aparience	Body areas satisfaction	Overweight Preoccupation	Self-classif weight
Respons.	.26***	.19*	.31**	-.27**	-.05	.18	.25**	.01
Imp.thought	.21*	.17	.09	-.11	-.07	.04	.19*	.03
TAF.Prob.	.11	.11	.06	-.08	-.18	.01	.12	.07
TAF.Moral	.35***	.23*	.39***	-.22*	.12	.20*	.28**	.03
Imp.t.control	.24**	.32**	.25**	-.09	.01	.03	.14	.04
Over.threat	.35***	.34***	.28**	-.26**	-.06	.27**	.20*	-.02
Intol.Uncert.	.32**	.25**	.33**	-.04	.11	.11	.25**	-.04
Perfectionism	.20	.06	.24*	-.30**	-.01	.31**	.06	.08

EAT: Eating Attitudes Test; MBSRQ: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire; Respons.: Responsibility; Imp.thought.: Importance of thoughts; TAF.Prob.: Thought Action Fusion-Probability; TAF.Moral: Thought Action Fusion-Moral; Imp.t.control: Importance of controlling thoughts; Over.threat: Overestimation of threat; Intol.Uncert.: Intolerance to uncertainty.; * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; Bonferroni Correction: *** $p < 0,001$.

As can be observed in Table 71, metacognitive beliefs were only significantly associated with eating psychopathology, but not with body image (the associations were weak). Specifically, the EAT *Diet* subscale was associated with *Responsibility*, *TAF-moral*, and *Overestimation of threat*; *Bulimia* was related to *Overestimation of threat*; and *Oral control* was associated with *TAF-moral*.

The metacognitive beliefs were related to depressive, anxious, and obsessive-compulsive psychopathology. However, as expected, the highest correlations were with obsessive-compulsive scores, specifically with the *Compulsions* subscale (Table 72).

Table 72. Correlations among OBSI-R and CBOCI, BDI, BAI and RSE in patients.

	<i>BDI</i>	<i>BAI</i>	<i>RSE</i>	<i>CBOCI</i> <i>Obsessions</i>	<i>Compulsions</i>
Responsibility	.40***	.38***	-.26**	.33***	.39***
Importance of thoughts	.34***	.17	-.18	.32**	.29**
TAF. Probability	.29**	.29**	-.13	.15	.38***
TAF. Moral	.36***	.21*	-.21*	.34***	.36***
Importance of controlling thoughts	.15	.17	-0.03	.29**	.38***
Overestimation of threat	.48***	.43***	-.49***	.52***	.54***
Intolerance to uncertainty	.30**	.24**	-.11	.35***	.46***
Perfectionism	.37***	.21**	-.24**	.28**	.41***

*TAF: Thought Action Fusion; BDI: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory; RSE: Rosenberg Self-esteem Scale; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; **p<.01. ***p<.001; Bonferroni correction: ***p<.001.*

When these associations were calculated with non-clinical and subclinical people separately, the only coefficient that reached the criterion of $p<.001$ was the one obtained between *Self-Esteem* and the belief of *Overestimation of threat* ($r_{xy}=-.92$; $p<.001$) in subclinical people.

Metacognitive beliefs showed some associations with egosyntonicity factors in patients, subclinical and non-clinical individuals that were still significant after controlling for obsessive symptoms (CBOCI) in the case of patients and subclinical individuals. In patients, *CES-Rational* correlated with *FPA-Probability* ($r_{xy}=.35$, $p=.04$); whereas for ED-subclinical, *CES-Desirable* was related to *Importance of controlling thoughts* ($r_{xy}=-.61$,

$p=.03$), *Intolerance to uncertainty* ($r_{xy}=-.71$, $p=.01$) and *CES-Moral* with *Importance of thoughts* ($r_{xy}=.59$, $p=.04$). Every association remained significant after controlling for CBOCI. In non-clinical individuals *CES-Rational* was associated with *Importance of controlling thoughts* ($r_{xy}=.41$, $p=.03$), *Intolerance to uncertainty* ($r_{xy}=.38$, $p=.03$), and *Perfectionism* ($r_{xy}=.38$, $p=.04$). It is noteworthy that significances were low for every association and did not reach the criterion $p<.001$.

4.1. Metacognitive beliefs: differences between groups.

In this section, the scores from the OBSI-R will be presented for patients of different subtypes, non-clinical people and the subclinical group. Table 73 shows the means for each group.

With the aim of analyzing differences among groups, first a MANOVA was performed which showed significant differences (Pillai's trace: $V=.65$; $F_{(40,540)}=2.03$; $p<.001$; $\eta^2_p=.13$). In a second step, several ANOVAS were computed (see Table 73). Results show differences between groups in all the beliefs. For *Responsibility*, *TAF-Moral*, *Importance of thought control*, and *Perfectionism*, Type AN and BN patients scored significantly higher than the non-clinical group. On *Importance of thoughts*, Type AN and BN patients scored higher than ED-recovered women, subclinical ED and the non-clinical population. For *TAF-Probability*, ED-recovered and non-clinical individuals scored lower than Type BN patients. For *Overestimation of threat*, Type AN and BN patients showed higher scores than ED-recovered and non-clinical individuals. Finally, on *Intolerance to uncertainty*, the non-clinical group scored lower than Type AN and BN patients, whereas ED-recovered individuals scored lower than Type BN patients.

Given the differences among non-clinical groups and patients on obsessive symptoms (CBOCI), and keeping in mind that these metacognitive beliefs have been related to OCD, analyses were repeated controlling for the obsessive-compulsive symptoms. Every difference disappeared when ANCOVAs with CBOCI as covariate

were computed. But before concluding that obsessive symptoms were due to obsessionality, ANCOVAs were repeated first with depression symptoms (BDI) and then with anxiety symptoms (BAI). When BDI was introduced, two differences remained significant: *Importance of controlling thoughts* ($F_{(5,109)}=2.82$, $p=.02$, $\eta^2_p=.11$) and *TAF-Probability* ($F_{(5,109)}=3.01$, $p=.01$, $\eta^2_p=.12$). However, when BAI was introduced, every difference remained significant, except for *FPA-Moral*, and *Responsibility*.

Table 73. Mean and standard deviations and differences among groups in metacognitive beliefs.

	Type AN	Type BN	BED	REC	SubED	NC	F/BF	df	η^2_p
Responsibility	4.00 ^a (1.23)	4.08 ^a (1.21)	3.71 (0.93)	3.14 (0.81)	4.08 (1.19)	3.15 ^b (0.86)	3.09**	5,111	.12
Importance of thoughts	2.93 ^a (1.31)	2.90 ^a (1.15)	2.70 (0.94)	1.40 ^b (0.25)	1.78 ^b (0.88)	2.09 ^b (0.82)	6.67***	5,93.3	.19
FPA.Probability	2.49 (1.26)	3.35 ^a (1.63)	2.12 (0.97)	1.46 ^b (0.63)	2.25 (1.21)	1.83 ^b (1.11)	5.59***	5,87.3	.17
FPA.Moral	3.64 ^a (1.31)	3.82 ^a (1.41)	2.82 (1.12)	2.38 (1.20)	3.35 (1.35)	2.61 ^b (0.92)	4.20**	5,111	.16
Importance control thoughts	4.46 ^a (1.38)	4.56 ^a (1.30)	4.15 (1.35)	3.20 (1.66)	3.92 (1.44)	3.13 ^b (1.04)	5.45***	5,111	.20
Overestimation of threat	3.88 ^a (1.18)	3.93 ^a (1.26)	3.07 (0.92)	2.14 ^b (0.64)	3.22 (1.69)	2.66 ^b (0.77)	6.45**	5,52.5	.22
Intolerance to uncertainty	4.57 ^{a,c} (1.35)	4.74 ^a (1.36)	4.37 (0.90)	3.00 ^{b,c} (1.17)	4.28 (1.59)	3.31 ^b (1.06)	5.34**	5,111	.19
Perfectionism	4.04 ^a (1.54)	4.23 ^a (1.64)	4.15 (1.50)	2.95 (1.29)	2.90 (1.29)	2.77 ^b (0.97)	4.69**	5,111	.17

TAF: Thought Action Fusion; Type AN: ED patients with AN symptoms; Type BN: ED patients with BN symptoms; BED: Binge Eating Disorder; SubED: Subclinical ED sample; NC: Non-Clinical sample; Data on the first 6 columns are expressed in Means (Standard Deviation); BF: Brown-Forsythe; df: degrees of freedom; η^2_p : partial eta squared; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A discriminant analysis computed with the OBSI-R factors showed three functions. The three functions accounted for 67.8% of the explained variance, but the second and third did not remain significant if the first was removed. The first function ($\Lambda=0.59$; $X^2_{(24)}=58.36$; $p<.001$, R^2 canonical=.29) was mainly composed of the metacognitions: *Importance of thoughts* ($r=.73$) and *Importance of thought control* ($r=.70$), and differentiated patients from ED-recovered, subclinical and non-clinical women.

Summary of main results – Study 3

Study 3 began with the analysis of associations between core beliefs (YSQ) and metacognitive beliefs (OBSI-R). Taken together, the correlation patterns depict a similar picture for clinical and subclinical ED individuals. *Overestimation of threat* was the most important belief dimension associated with the core beliefs.

When ED and OCD subclinical individuals were compared on core beliefs, the OCD subclinical group scored higher on *Incompetence* and *Insufficient self-control*. When scores were compared for metacognitive beliefs (OBSI-R), OCD subclinical individuals scored higher on *Importance of thoughts*, a belief which has been postulated as highly relevant by cognitive OCD models.

In patients, core belief domains were associated with a general negative emotional affect (obsessionality, depressive and anxious symptoms, and self-esteem). Only the *Diet* (EAT) factor was related to the *Overvigilance and inhibition* domain. In the subclinical and non-clinical, only self-esteem correlated with the *Disconnection/rejection* and *Impaired autonomy* domains, respectively. The schemes that differentiated clinical individuals from ED-recovered, subclinical and non-clinical individuals were *Defectiveness/shame*, *Emotional deprivation*, *Social isolation*, *Insufficient self-discipline*, *Pessimism*, *Emotional inhibition*, *Dependence/Incompetence*, *Enmeshment/Undeveloped self*, *Subjugation*, and *Self-sacrifice*.

Analyses of metacognitive beliefs in patients showed associations with eating symptoms and body image. As in core beliefs, metacognitions were related to a general negative emotional affect (BDI, BAI, and CBOCI), with the association with compulsive symptoms being higher. Regarding subclinical individuals, only *Self-esteem* was significantly associated with *Overestimation of threat*, and no association was found for the non-clinical group. Differences between groups were found mainly among non-clinical and Type AN and BN patients. However, no difference was observed among the patient subtypes or among the non-clinical groups: ED-recovered, subclinical and non-

clinical individuals. In general, obsessionality and depressive symptoms accounted for the differences found between groups. The two main metacognitive beliefs that discriminated among clinical and non-clinical groups (ED-recovered, subclinical and non-clinical) were *Importance of thoughts* and *Importance of thought control*.

The study assessed whether the core and metacognitive beliefs were associated with egosyntonicity and egodystonicity in patients, the subclinical population or the non-clinical population. No core belief was associated with any factor of the CES and CED-R in any group. However, metacognitive beliefs showed some associations with egosyntonicity factors that remained significant after controlling for obsessive symptoms (CBOCI) in patients and subclinical individuals.

DISCUSIÓN

OBJETIVO 1

EGOSINTONÍA Y EGODISTONÍA DE LAS INTRUSIONES MENTALES.

El principal objetivo del presente trabajo fue analizar la egosintonía y egodistonía de las intrusiones mentales de contenido alimentario y análogo a obsesiones. Generalmente, los TA se han definido como egosintónicos (p. ej. Vitousek y Hollon, 1990), mientras que el TOC y las obsesiones, componente principal del trastorno, se caracterizan por su egodistonía (Rachman y Hobson, 1980; Clark, 2004). Así según nuestro punto de vista, esta característica podría representar una de las principales diferencias entre ambos trastornos a nivel cognitivo, aunque hasta la fecha no se ha llevado a cabo ningún análisis específico desde una perspectiva multidimensional, es decir, que abarque los diversos componentes que hipotéticamente caracterizan tanto a la egodistonía como a la egosintonía. En consecuencia, con este planteamiento nos marcamos dos objetivos: primero examinar la egosintonía y egodistonía asociada a las intrusiones mentales de contenido alimentario y obsesivo, y segundo, analizar la relación que mantienen las creencias nucleares y metacogniciones con la egosintonía y egodistonía generadas por las intrusiones mentales. Los resultados se comentan a continuación.

Creación y análisis de las propiedades psicométricas de dos instrumentos para evaluar la egosintonía y egodistonía

Para poder llevar a cabo el análisis de la egosintonía y egodistonía, primero tuvimos que adaptar y crear dos instrumentos específicos que nos permitieran evaluar ambos constructos. Partimos de una de las definiciones más completas de la egodistonía, la desarrollada por Purdon et al. (2007) en el contexto de las obsesiones del TOC. Según estos autores los componentes de la egodistonía asociada a las obsesiones serían cuatro: 1) la consistencia de esos pensamientos con la moral, creencias, valores y actitudes, 2) su consistencia con las preferencias y conducta

pasada, 3) su consistencia con la idea que mantiene una persona acerca de qué es racional, y 4) la reacción emocional y resistencia a tales pensamientos. Sobre la base de esta caracterización diseñaron el Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ) del que hemos partido para nuestro estudio.

En primer lugar se realizó una traducción y retrotraducción al español del EDQ. Además, dado nuestro interés en analizar la egosintonía, creamos un nuevo cuestionario formado por las mismas preguntas del cuestionario de egodistonia pero con significado opuesto. Las versiones preliminares de ambos cuestionarios fueron puestas a prueba en varias sesiones contando con la participación de nuestro equipo de investigación, pacientes con TA y población general. Los cuestionarios fueron completados teniendo en cuenta las intrusiones escogidas como más molestas de los cuestionarios INPIAS e INPIOS, es decir, con intrusiones alimentarias y análogas a obsesiones. Tras las modificaciones sugeridas por el equipo de investigación, tanto las pacientes con los PI alimentarios, como la población general con PI alimentarios y análogos a obsesiones, informaron que todos los ítems eran comprensibles. Sólo se observaron complicaciones en uno de los ítems a la hora de aplicarlo a intrusiones alimentarias (*Necesito comprobar que soy/no soy el tipo de persona que el pensamiento sugiere que soy*), pero se decidió mantenerlo por la relevancia que tenía en cuanto a las intrusiones obsesivas.

Una vez las versiones de ambos instrumentos estuvieron corregidas y adaptadas se procedió al análisis de su estructura factorial mediante AFE y AFC. Los análisis se realizaron con los cuestionarios completados teniendo en cuenta intrusiones alimentarias ya que, como hemos mencionado, nuestro principal objetivo era el estudio de las intrusiones alimentarias, y son las que más problemas podrían plantear en relación al cuestionario, puesto que el cuestionario original de egodistonia fue creado para el análisis de las intrusiones obsesivas. Mediante el AFE se llegó a una estructura de tres factores excluyendo 9 ítems de cada cuestionario que no saturaban en los mismos factores. Esta versión posteriormente se confirmó como la más satisfactoria de

aquellos modelos probados en el AFC. Por tanto, finalmente contamos con el *Cuestionario de Ego-Distonia-Reducido* (CED-R), y el *Cuestionario de Ego-Sintonía* (CES), ambos formados por 27 ítems agrupados en 3 factores en espejo, con significados opuestos. El primer factor estuvo compuesto por 10 ítems cuyo contenido versaba sobre la indeseabilidad/deseabilidad del pensamiento con ítems del CED-R y CES como: *“Nunca he deseado que este pensamiento ocurra en la vida real”* vs. *“Quisiera que este pensamiento se hiciera realidad”* o *“Me repugna este pensamiento”* vs. *“Me gusta pensar esto”*. Por tanto, a este primer factor lo llamamos *“Indeseabilidad del pensamiento y rechazo de que se convierta en realidad”* en el caso de CED-R, y *“Deseabilidad del pensamiento y deseo de que se convierta en realidad”* en el CES. El segundo factor estaba formado por 10 ítems acerca de la irracionalidad del pensamiento, por ejemplo *“¿Cómo puede una persona como yo tener un pensamiento como este?”* vs. *“Es lógico que una persona como yo tenga pensamientos como estos”*. Este factor se llamó *“Irracionalidad e incoherencia con la personalidad”* (CED-R) y *“Racionalidad y coherencia con la personalidad”* (CES). Finalmente, el tercer factor agrupó 7 ítems sobre la inmoralidad del pensamiento con ítems como *“Pensar esto es inmoral”* vs. *“Pensar esto es señal de virtud”*, *“Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para quitármelo inmediatamente de la cabeza”* vs. *“Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para mantenerlo en la cabeza”*. Así, el tercer factor se le llamó *“Inmoralidad/inconsistencia del pensamiento con la moral y ética”* y *“Moralidad, consistencia del pensamiento con la moral y la ética”* (CES).

Al comparar la estructura resultante de nuestro CED-R con aquella encontrada en el cuestionario original (EDQ) observamos que el factor 1 *“Indeseabilidad”* agrupó sobre todo ítems que en la versión original pertenecían al factor *“Repugnancia”* (6 ítems). Sin embargo en este factor se encontraban también ítems de los factores originales *“Implicación para la personalidad”* (2 ítems), *“Irracionalidad”* (1 ítem), e *“Inconsistencia con la moral”* (1 ítem). En el factor 2 *“Irracionalidad”* se encontraban sobre todo ítems del factor *“Irracional”* (5 ítems), aunque también de los factores *“Inconsistencia con la moral”* (3 ítems), e *“Implicaciones para la personalidad”* (2 ítems).

El factor 3 “*Inmoralidad*”, agrupó 3 ítems del factor original “*Inconsistencia con la moral*” y 4 de “*Implicaciones para la personalidad*”. Por tanto, no se replicó la estructura factorial original, lo cual podría deberse en parte a que los cuestionarios EDQ se completaron con pensamientos con contenido relacionado al TOC, mientras que el CED-R y CES se completaron según pensamientos relacionados con los TA. Además, las instrucciones que se dieron a los participantes también fueron diferentes, mientras que en el estudio de Purdon y colaboradores (2007) se les dio la definición de la egodistonia y egosintonía de los pensamientos y completaron el EDQ con un pensamiento propio, en nuestro caso los participantes completaron el CES y CED-R con el pensamiento más molesto del listado de intrusiones del INPIAS. Por otra parte, este resultado nos sugiere que las dimensiones evaluadas según la definición de egodistonia de Purdon y cols. (2007) están relacionadas entre sí.

Si se analiza con detenimiento el contenido de los factores de los nuevos cuestionarios observamos que la estructura de tres factores se asemeja a la estructura tripartita del Yo propuesta por Higgins (1987) en la Teoría de la Discrepancia. Así, por lo que se refiere a la egosintonía (CES), nuestro factor “*Deseabilidad del pensamiento y deseo de que se convierta en realidad*” correspondería con un *Yo ideal*, la representación de las aspiraciones y deseos de la persona. El segundo factor, “*Racionalidad y coherencia con la personalidad*”, se asociaría al *Yo real*, las características que las personas creen que poseen. Y el factor “*Moralidad, consistencia del pensamiento con la moral y la ética*” correspondería al *Yo debido*, o representación del propio sentido del deber, obligación o responsabilidad. Por otra parte, respecto a los factores de la egodistonia (CED-R), tendríamos que acudir a las reformulaciones de la Teoría de la Discrepancia de Higgins realizadas por Markus y Nurius (1986) y Ogilvie (1987) que plantean la existencia de un *Yo temido* y un *Yo indeseado*, respectivamente. Carver, Lawrence y Scheier (1999) plantearon que el *Yo temido* y el *Yo indeseado* podrían formar parte de un mismo constructo, o al menos ser dos constructos muy relacionados, ya que ambos hablan de la representación del Yo en el que la persona no

desea convertirse, y ambos ejercen una fuerza motivacional que les lleva a evitar o a escapar de las representaciones temidas.

Respecto a los datos obtenidos de CES y CED-R de la población general cabe subrayar que ni las intrusiones alimentarias ni las obsesivas son egosintónicas ni egodistónicas. Destacan para ambos tipos de PI la racionalidad y la indeseabilidad. Sin embargo, el único factor que sobrepasa el 2,5 (que significa estar algo de acuerdo) es el factor sobre la indeseabilidad del pensamiento en referencia a los PI obsesivos, mientras que respecto a los PI alimentarios la puntuación en el factor Racional es de 2,5. Por tanto, en población general se observa una ligera tendencia hacia el predominio de la egosintonía en los PI alimentarios en contra de la egodistonía de los PI obsesivos, al menos por lo que respecta a la racionalidad e indeseabilidad de los mismos.

Los análisis de consistencia interna y fiabilidad test-retest con 14 días de intervalo fueron satisfactorios para el CES y el CED-R. Respecto a la validez de criterio, las correlaciones encontradas entre medidas de psicopatología general (BDI, BAI) con las específicas de síntomas alimentarios y obsesivo-compulsivos fueron significativas aunque moderadas, similares a las encontradas en el estudio del cuestionario original, con depresión y ansiedad (Purdon et al., 2007). A pesar de que el contenido de las intrusiones análogas a obsesiones son diferentes en ambos estudios, de contenido sexual y violento en el del grupo de Purdon (de tipo autógeno según la denominación de Lee y Kwon, 2001) y mayoritariamente de contenido reactivo (76.5%) y específicamente de dudas (47.1%) en el nuestro, ambos estudios se asemejan en las asociaciones encontradas con síntomas obsesivo-compulsivos. En el EDQ original la sintomatología TOC se asoció casi exclusivamente con en el factor "*Implicaciones para la personalidad*", y en nuestro caso, las correlaciones con obsesiones del CBOCI fueron más elevadas con el factor *Inmoral*, que agrupa un gran número de los ítems originales del factor *Implicaciones para la personalidad*. Tal y como era de esperar el CES y CED-R relativo a un PI alimentario correlacionó con un mayor número de factores del EAT, y en general con los factores *Racional*, *Indeseable* e *Inmoral*. En cambio, por lo que

respecta al PI obsesivo destaca el número de correlaciones con el CBOCI, en concreto las obsesiones con los factores de egodistonia y las compulsiones con la egosintonía. Este dato sugiere que la egodistonia del TOC se asocia básicamente con las obsesiones, mientras que las compulsiones no resultan tan egodistónicas en la medida que cumplen una función clara, al menos a corto plazo: reducir el malestar y la ansiedad generada por las obsesiones. Como es natural, esta idea deberá ser convenientemente contrastada con población clínica. Por otro lado, tanto el tamaño como el número de asociaciones que hemos obtenido entre las medidas de psicopatología y las de egodistonia y egosintonía, indican que se trata de constructos claramente diferenciados: es decir, que para calibrar el grado de egodistonia/egosintonía de un síntoma obsesivo o uno alimentario, no es suficiente con obtener un indicador del grado de psicopatología asociada a ese síntoma.

Por otra parte, respecto a la independencia o dependencia de la egosintonía y egodistonia encontramos que las correlaciones entre ambos cuestionarios fueron de nuevo significativas y moderadas, sugiriendo que CES y CED-R evalúan constructos que comparten aspectos comunes pero se diferencian en otros. Esta diferenciación es especialmente acusada en los factores *Moralidad-Inmoralidad* que no mostraron asociación significativa entre ellos. Esta ausencia de correlación entre dos factores “espejo” sugiere que un mismo pensamiento o producto mental (en este caso, las intrusiones obsesivas) posee aspectos tanto congruentes como incongruentes con los valores morales de las personas, lo cual podría deberse al contenido mayoritariamente autógeno de las intrusiones obsesivas.

En resumen, podemos afirmar que el CES y el CED-R son cuestionarios fiables y válidos para evaluar la egosintonía y egodistonia de los PI. Además, los resultados señalan que la egosintonía y la egodistonia están formados por más de un aspecto relativamente independiente. Por otra parte, la moderada asociación entre ambos cuestionarios parece indicar que la egosintonía y la egodistonia no forman una única

dimensión, y están mejor evaluadas de manera independiente, puesto que la ausencia de egodistonía no implica egosintonía.

Para llevar a cabo los distintos análisis cuyos resultados se discuten a continuación, hemos de recordar que se tuvieron en cuenta 8 grupos de participantes, todas ellas mujeres. Cinco de los grupos estuvieron compuestos por pacientes con diferentes subtipos diagnósticos de TA (ANR, ANP, BNP, TCANE tipo restrictivo, y TCANE tipo purgativo), además se contó con la participación de un grupo de mujeres que estaban recuperadas de un TA en el momento de la evaluación, un grupo de mujeres con elevado riesgo de padecer un TA, y mujeres de la población general sin riesgo de TA. Los grupos de pacientes y de población general estuvieron compuestos por mujeres de nacionalidad española e inglesa, con una proporción aproximada de 60%-40% respectivamente. En el Estudio 3 la muestra clínica se compuso de 73 pacientes con TA españolas, las cuales fueron agrupadas en función de si la sintomatología era de tipo AN, BN o tenían diagnóstico de trastorno por atracón.

Pensamientos Intrusos Alimentarios

Por lo que respecta a los PI alimentarios, el análisis de las frecuencias medias reales (para la que se tiene en cuenta sólo el número de PI que se ha experimentado al menos con una frecuencia de 1, "*He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida*") mostró que a través de los grupos de comparación las intrusiones que se experimentaron con una mayor frecuencia fueron las de *Aspecto físico y dieta* (factor 1-INPIAS), y *Ejercicio físico* (factor 2-INPIAS). En el caso de las pacientes y del grupo subclínico la frecuencia media con la que experimentaban estos PI era de entre "*una o dos veces por semana*" y "*a diario*". En cambio para el factor 3, compuesto por ítems sobre comer alterado y purgas, la frecuencia media era entre "*una o dos veces al mes*" y "*una o dos veces por semana*". En los grupos de personas recuperadas de TA y no clínicos, la frecuencia de sus intrusiones fue escasa, varió entre "*una o dos veces en toda mi vida*", y "*una o dos veces al mes*". Las frecuencias halladas en población subclínica y no clínica concuerda con la encontrada en anteriores estudios de nuestro

grupo de investigación (Perpiñá et al., 2008; Sánchez-Reales, Roncero, Perpiñá y Belloch, 2009). Al comparar entre los grupos encontramos que los no-clínicos y mujeres recuperadas de TA puntuaron menos que el resto de grupos en dos de los tres factores: *Aspecto físico y dieta* y *Comer alterado y purgas*. En el factor de *Ejercicio físico* el grupo no-clínico puntuó significativamente menos que el resto de grupos excepto que las mujeres recuperadas de un TA, mientras que éstas últimas no mostraron diferencias con ningún grupo. Destaca la similitud entre subtipos de pacientes en la frecuencia con la que experimentaban las intrusiones, lo que apunta a un componente cognitivo común a las pacientes que como se puede observar en los resultados, se reduce con la recuperación del trastorno. Por tanto, puede pensarse que la disminución de intrusiones de este tipo, puede ser considerado como un indicador de recuperación de un TA. Sólo se encontraron diferencias entre BNP y ANR en las intrusiones del factor 3-*Purgas y comer alterado*, en el que las pacientes con BNP puntuaron más que el grupo ANR. Este dato podría deberse a la frecuencia con la que experimentan las intrusiones sobre atracción y purgas las pacientes con BNP, que representan 5 de los 8 ítems que componen el factor. Por otra parte, el hecho de que las personas con alto riesgo de padecer un TA tengan una frecuencia de los PI comparables al presentado por las pacientes, quizá podría ser tenido en cuenta en programas de prevención. Una elevada frecuencia de intrusiones mentales obtenidas en el INPIAS podría interpretarse como una señal de riesgo. Así el INPIAS quizá pueda ser empleado como una medida complementaria a los cuestionarios que evalúan directamente síntomas alimentarios, posiblemente más susceptibles de completarse de forma más “deseable” o estar influidos por la negación del trastorno (Vandereycken y Vanderlinden, 1983). Además, también es interesante destacar que la población general, aunque con menor frecuencia, también experimenta PI alimentarios. En estudios anteriores incluso en población general se ha observado una asociación entre la obsesividad y una mayor frecuencia de las intrusiones, peores consecuencias emocionales, valoraciones disfuncionales y un mayor empleo de estrategias para su control (Roncero, Perpiñá, Belloch y Reina, 2008; Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2010). Nuestros resultados concuerdan con la observación que fue destacada en un primer momento por Rachman

y de Silva en 1978 acerca de la universalidad de este tipo de cogniciones, y que ha sido posteriormente apoyada en estudios no sólo con PI análogos a obsesiones (p. ej., Belloch et al., 2004; Morillo et al., 2007; Purdon y Clark, 1993, 1994), sino también en otros trastornos como el TEPT (p. ej., Davies y Clark, 1998). Además, en el caso concreto de los TA, la experimentación de este tipo de intrusiones estará influida necesariamente por la preocupación y la importancia que la sociedad actual deposita en el aspecto físico como un valor necesario, reflejado en el llamado “descontento normativo” (Rodin et al, 1984). Por otra parte, el hecho de que la población general sin riesgo de padecer un TA experimente estas intrusiones aporta evidencias acerca del continuo normalidad-patología, existiendo diferencias cuantitativas y no cualitativas entre no-clínicos y pacientes. Estos resultados son similares a los obtenidos en anteriores estudios realizados por nuestro equipo con el empleo del INPIAS. En el estudio de Perpiñá y colaboradores (2011) también se encontraron diferencias entre población sin riesgo y con riesgo de padecer un TA en la frecuencia con la que experimentaban los PI alimentarios en los tres factores del INPIAS. Por otro lado, los resultados de Sánchez-Reales (2009) fueron similares a nivel de diferencias entre población general y pacientes con TA, aunque la frecuencias de los grupos de pacientes fue ligeramente menor que en el presente estudio, con frecuencias que rondaban “*una o dos veces por semana*”. Esta pequeña discrepancia puede deberse a diferencias en la conciencia o la gravedad del problema puesto que la totalidad de la muestra en aquel estudio estaba recibiendo tratamiento en el momento de la evaluación, mientras que algunas de las pacientes que componen la muestra de nuestro trabajo no recibían tratamiento.

Cuando se pidió a las participantes que escogieran el PI más molesto de la lista de 50 intrusiones del INPIAS, la mayoría escogió un PI del factor 1 sobre *Apariencia y dieta*, independientemente del grupo al que pertenecieran. Sin embargo, y como era de esperar, sí que hubo diferencias en cuanto a la frecuencia con la que los experimentaba cada grupo. Las pacientes, sin distinción de subtipos, experimentaban sus intrusiones diariamente, lo cual es coherente con las observaciones clínicas y los

estudios que han señalado que las pacientes pasan gran parte de su tiempo ocupadas e inundadas por pensamientos e intrusiones sobre la comida, el aspecto físico, el peso, etc. con la consecuente molestia que esto les acarrea (Fairburn, 2008; Woolrich et al., 2008). Al grupo de pacientes les siguió en frecuencia la población subclínica, con una frecuencia media de varias veces a la semana. A continuación se encontraba el grupo de mujeres recuperadas de un TA, con una frecuencia de varias veces al mes, y finalmente, el grupo no-clínico, con una frecuencia entre mensual y anual. Las diferencias, de nuevo, se encontraron entre no-clínicos y mujeres recuperadas con las pacientes, mientras que el grupo subclínico se situó en medio y sin diferenciarse del resto de grupos.

Es interesante destacar que esta es la primera vez que se comparan puntuaciones de intrusiones mentales entre mujeres recuperadas de un TA con pacientes y población subclínica. Resulta llamativo el hecho de que las mujeres recuperadas experimenten sus intrusiones con una frecuencia menor al grupo de población con riesgo de TA. Esto quizá pueda deberse a que las mujeres recuperadas traten en mayor medida de librarse de sus intrusiones o evitar que éstas aparezcan de algún modo, o quizá de no seguir el flujo del pensamiento cuando éstas aparecen.

Si comparamos las frecuencias de las intrusiones alimentarias más molestas con intrusiones análogas a obsesiones y obsesiones obtenidas en el trabajo de García-Soriano (2008), llama la atención que tanto en población general como en pacientes las frecuencias son similares: la población no clínica en nuestro estudio mostró una frecuencia media real de 3,00 (DT=1,29), mientras que en el estudio de García-Soriano, respecto a intrusiones análogas a obsesiones en la población general la frecuencia media real fue de 3,37 (DT= 1,35). Además, en pacientes con TA la frecuencia ronda entre 5,21 y 5,50, mientras que en pacientes con TOC la frecuencia media fue de 5,62 (DT= 0,56).

En las puntuaciones de la segunda parte del INPIAS quedó reflejado que para todos los grupos, excepto para la población no clínica, sus intrusiones resultaban muy

molestas, y aunque sólo a las pacientes parecía interferirles en su concentración, tanto a ellas como a la población subclínica les resultaba bastante complicado controlar las intrusiones. En concreto, las pacientes mostraron una mayor interferencia y una mayor dificultad de control, y además mostraron más valoraciones disfuncionales como darle importancia a las intrusiones y un significado personal, sentimientos de inseguridad, y atribuirse la responsabilidad de evitar cualquier consecuencia negativa, junto con la necesidad de controlar las intrusiones. Quizá por estas valoraciones, las intrusiones tenían consecuencias negativas en su estado de ánimo, sintiéndose ansiosas, tristes, y culpables. Además, si seguimos el modelo cognitivo de las intrusiones propuesto desde el TOC, este estado de ánimo negativo motivaría la necesidad de controlar las intrusiones, como efectivamente vemos reflejado en los datos, pues las pacientes trataron de distraerse para controlar los pensamientos. Sin embargo, es importante decir que las pacientes con mucha frecuencia se dejaron llevar por sus intrusiones, e hicieron lo que éstas les dictaban, probablemente por el propio significado personal que tienen las intrusiones para ellas, ya que tratan de cuestiones relacionadas con la apariencia y la dieta, coherente con lo que desean conseguir: la delgadez y el control de su cuerpo.

Estos datos son coherentes con el estudio de Woolrich, Cooper y Turner (2008), los cuales evaluaron en una pequeña muestra de pacientes TA las consecuencias, las valoraciones que hacen las pacientes de sus pensamientos, y las estrategias que emplean para su control. Las consecuencias emocionales negativas fueron principalmente disminuir el estado de ánimo e incrementar la ansiedad, y todas las valoraciones que hicieron de sus pensamientos fueron negativas (p. ej. *No soy normal, otros no tienen pensamientos de este tipo, ¿Por qué tengo que tener estos pensamientos?, Mis pensamientos son peligrosos e incontrolables, etc.*). Sin embargo, es interesante destacar que a pesar de este tipo de valoraciones, las pacientes apuntaron que una utilidad de sus pensamientos era incrementar su motivación, por supuesto en un sentido disfuncional, no terapéutico. Además, según el modelo cognitivo de Cooper (2000; 2004) sobre los TA, los pensamientos con ideas sobre la comida, el

peso y la figura servirían para tratar de distraer la atención de la persona de pensamientos negativos sobre el Yo. Sin embargo, detener estos pensamientos les resultará muy complicado y lo interpretarán como una falta de control sobre sus pensamientos o de que están engordando, lo que de nuevo induce a experimentar un afecto negativo.

Por lo que respecta a las mujeres recuperadas de un TA, llama la atención que, a pesar de que sus intrusiones les resultan desagradables, y de que parece que todavía les otorgan un significado personal a las mismas y valoran importante su control, los PI no tienen un efecto negativo en su estado de ánimo, lo cual es un buen indicador junto con el hecho de que no se esfuerzan mucho en controlar las intrusiones, empleando la distracción como estrategia más frecuente, y no seguir lo que la intrusión dicta. Por otra parte, encontramos que la población de riesgo también tenía dificultades para controlar sus intrusiones, atribuían una gran importancia a los pensamientos, que les hacían sentir inseguras, valoraban como importante su control, y además les hacían sentir ansiosas, tristes, culpables y avergonzadas por tener los pensamientos. Quizá por todo esto, el grupo subclínico fue el que más estrategias para su control empleó con una frecuencia significativa, como la distracción, pero también las estrategias típicas de los trastornos de ansiedad, además de la supresión, una estrategia asociada a la patología y que en estudios experimentales con comida se ha asociado a un efecto rebote en la frecuencia de los pensamientos e incluso un aumento de la ingesta de la comida que se trataba de suprimir (Pop et al., 2004). Finalmente, como era de esperar, el grupo no clínico no experimentó ninguna consecuencia emocional negativa por sus intrusiones, y lograba su control precisamente al no realizar ningún esfuerzo especial para suprimirlas o neutralizarlas. Esta es una diferencia extraordinariamente importante con las obsesiones de los pacientes TOC, que se esfuerzan activamente por neutralizar o suprimir sus intrusiones.

Respecto al formato con el que experimentaban las pacientes sus PI, la mayoría de ellas informaron que sus intrusiones aparecían en formato verbal, a

excepción del subgrupo TCANE de tipo purgativo, que dijeron experimentar sus PI mayoritariamente como imágenes en cualquiera de los 5 sentidos o combinación de ellos. Precisamente los únicos estudios que se han llevado específicamente sobre las imágenes experimentadas por pacientes con TA fue en pacientes con componente purgativo (Somerville et al., 2007; Hinrichsen et al., 2007) y en ambos casos encontraron que más de la mitad de las pacientes experimentaban imágenes espontáneas, que cuanto más vívidas y más elementos sensoriales tenían, peores consecuencias emocionales conllevaban. En nuestro estudio cabe destacar que a las pacientes se les pregunta por intrusiones mentales que aparecen en la mente en contra de la propia voluntad, interrumpiendo la actividad diaria, pero no sabemos si a estas intrusiones se les sigue una elaboración del pensamiento, quizá en formato de “preocupación” o “worry” similar al característico del TA. Según la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo, esta elaboración de la intrusión podría tener un formato de imagen asociada a una mayor carga emocional (Kavanagh et al., 2005). De hecho, en esta teoría se postula que un rasgo clave en la elaboración del deseo es el desarrollo de imágenes o fantasías sobre el objeto de consumo, donde las imágenes no se restringen al contenido visual, sino que pueden implicar los 5 sentidos. El motivo es que las imágenes activan procesos cerebrales relacionados con la percepción. Los autores sugieren que la activación de esos procesos provoca respuestas emocionalmente similares. Existen una serie de investigaciones en el contexto de esta teoría con muestras de población general y gente que hacía dieta, donde las imágenes (específicamente imágenes visuales y olfativas, no las auditivas) empleadas como interferencia en el proceso de *craving*, funcionaban como distractor y reducían el *craving* hacia la comida. Además, se ha observado que las imágenes relacionadas con comida son capaces de causar niveles mayores de deseo (Harvey et al., 2005; Kemps y Tiggemann, 2009). Así, quizá las pacientes experimenten una intrusión en formato verbal (“Estoy gorda” o “Detrás de un kilo ganaré otro y otro”) que a continuación sería elaborado en formato visual con las imágenes de su propio cuerpo. De hecho, un estudio llevado a cabo por el grupo de Cooper (Cooper, Deepak, Grocutt, y Bailey, 2007) sobre la experiencia de “sentirse gorda” en pacientes con AN ha demostrado que en esta experiencia se entremezclan

sensaciones internas visuales, olfativas y auditivas. A pesar de que los datos sobre el formato en el presente estudio los hemos recabado por medio de entrevistas con las pacientes, conviene interpretarlos con precaución por la dificultad que entraña que la persona sea consciente del formato con el que experimentan sus PI. El tema de las imágenes mentales en la patología alimentaria está por explorar aunque los pocos estudios realizados hasta la fecha señalan que podría tratarse de un ámbito muy relevante para la comprensión de los TA y en el tratamiento de los mismos (véase revisión de Tatham, 2011). Y aunque los datos obtenidos no nos permiten llegar a conclusiones fiables sobre el formato con el que las pacientes con TA experimentan sus intrusiones, sí podemos señalar que al menos para algunos subtipos de pacientes con TA las imágenes podrían jugar un papel relevante en sus intrusiones mentales. En estos casos, podría ser interesante poner en marcha técnicas terapéuticas específicas como las focalizadas en la reescritura de imágenes, y quizá técnicas apoyadas con RV que han mostrado resultados prometedores con TA (p. ej. Cardi et al., 2011).

Egodistonia y egosintonía de los PI más molestos

Una vez se analizaron las intrusiones alimentarias en los diferentes grupos, se pasó a valorar la egosintonía y egodistonia de los PI más molestos. En los grupos de pacientes y el grupo de mujeres recuperadas de TA destacaron la *Indeseabilidad del pensamiento y rechazo de que se convierta en realidad, Inmoralidad e inconsistencia con la moral y la ética*, pero por otro lado la intrusión fue valorada como *Racional y coherente con la personalidad*. En conjunto, las intrusiones alimentarias no parecen ser ni completamente egosintónicas ni completamente egodistónicas. Se observa una concordancia del pensamiento con la personalidad, con el *Yo real*, y además son valorados como racionales pensamientos que en la mayoría de los casos serán completamente contrarios a la realidad, como por ejemplo las intrusiones sobre el sobrepeso. Sin embargo, los evalúan como indeseables, lo cual podría estar en gran medida determinado por el contenido principalmente negativo de los PI “*Estoy gorda*”, “*Le da asco mi aspecto*”, o “*No debería haber comido nada de esto*”, que representa el

reflejo de su *Yo temido* o *Yo indeseado*, un Yo con sobrepeso y poco atractivo a los demás. Encontramos una incongruencia en cuanto a que lo siente como racional e importante para ella, pero en cambio lo valora como inmoral, siente que es inaceptable tener este tipo de pensamientos, lo cual probablemente les cause un malestar por la inconsistencia entre lo que soy y lo que debería ser. Estos datos son coherentes con las observaciones de Garner y Bemis (1982) sobre que la conducta de las pacientes no es valorada por ellas mismas como “ego-alien” puesto que concuerdan con su meta: la tan anhelada delgadez. En todo caso, lo ajeno al sentido del Yo serían la comida y el sobrepeso. Por otra parte, no encontramos diferencias entre subtipos de pacientes indicando que se trata de un aspecto común o transdiagnóstico, a diferencia de lo observado con el EDQ original en pacientes con TOC con diferentes subtipos de obsesiones (Purdon et al., 2007). De hecho, en un estudio de nuestro equipo con población general comprobamos que las intrusiones de contenido autógeno (i.e. sexual, religioso y agresivo) eran más egodistónicas que las de tipo reactivo, y específicamente más irracionales e inmorales (Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2011).

Teniendo en cuenta la limitación de nuestros datos, dado que evaluamos la egosintonía y egodistonía de un solo PI, y que nuestra medida no evalúa exactamente los componentes del Yo, si interpretáramos los resultados sobre la base de la Teoría de la Discrepancia, la cercanía o concordancia encontrada entre el *Yo real* y el *Yo temido*, podría ser la responsable de la motivación o el impulso para evitar o luchar contra ese *Yo temido* (Carver et al., 1999; Markus y Nurius, 1986). Así, esta discrepancia impulsaría a la paciente a actuar de modo patológico por ejemplo con el ayuno o las purgas, por tanto, funcionando como un factor de manteniendo el trastorno. Además, esta discrepancia determinaría su estado de ánimo, pudiendo provocar sentimientos negativos (Heppen y Ogilvie, 2003; Ogilvie, 1987) tal y como se demuestra en los estudios realizados por el grupo de Higgins (Strauman y Higgins 1988; Moreti y Higgins, 1990). Estos autores observaron que el tipo de malestar experimentado por los estudiantes que participaron en su estudio dependía de cuál era la discrepancia de mayor magnitud (*Yo ideal* o *Yo debido*). Además los cambios en la intensidad y

dirección del malestar se asociaron a la magnitud de la discrepancia (Higgins, Bond, Klein y Strauman, 1986). Por otra parte, en nuestro caso la discrepancia entre el *Yo real* y el *Yo ideal*, que vendría asociado a las bajas puntuaciones en el factor *Deseabilidad del pensamiento y deseo de que se convierta en realidad* y las altas puntuaciones en *Racionalidad y coherencia con la personalidad*, concuerda con estudios realizados sobre la discrepancia entre estos dos Yoes y su asociación con la sintomatología alimentaria (Cash y Deagle, 1997; Snyder, 1997; Szymansky y Cash, 1995).

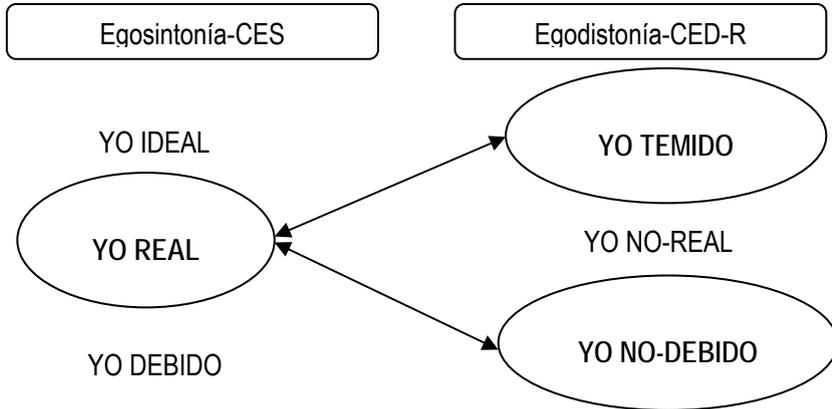
También resulta llamativo el hecho de que las pacientes evalúen sus PI como moralmente inaceptables. Parece como si se reprocharan tener ese tipo de pensamientos, aunque quizá lo que les resulte inaceptable sea la importancia otorgada a los mismos o la forma con la que lo experimentan, más que el contenido del pensamiento en sí. Precisamente la inconsistencia con la moral fue el único factor del original EDQ que se asoció a la sintomatología obsesiva aunque en sentido negativo (Purdon et al., 2007), y Rachman (2007) indica que este factor es el que representa el núcleo del concepto de la egodistonia. En este matiz convendría profundizar en posteriores estudios.

En conjunto, los aspectos destacados de la egosintonía y egodistonia de las intrusiones alimentarias en el caso de las pacientes se asociarían a los siguientes Yoes representados en la Figura 14.

Por lo que respecta a la egosintonía y egodistonia de los PI en población subclínica la tendencia fue la misma que seguían las pacientes y mujeres recuperadas, destacando la *Racionalidad*, *Indeseabilidad*, y la *Inmoralidad*, aunque sólo las dos primeras superaron la puntuación que indicaba estar de acuerdo (2,5). Así, aunque con puntuaciones relativamente bajas, también se puede observar una cercanía entre el *Yo real* y el *Yo indeseado* o *temido*, al igual que en las pacientes y mujeres recuperadas de un TA. Sin embargo, curiosamente el grupo subclínico no llega a evaluar sus PI como inmorales. Por tanto, la inmoralidad del pensamiento, componente nuclear de la

egodistonia según Rachman (2007), podría representar la diferencia entre los clínicos y los que nunca han presentado la patología.

Figura 14. CES y CED-R en relación con los diferentes Yoes.



Finalmente, en la población sin riesgo de TA, aunque las puntuaciones aquí no llegaron a 2,5 en ningún caso, se encontraron diferencias entre la *Deseabilidad* e *Indeseabilidad* a favor de la *Indeseabilidad*, y en *Racionalidad* e *Irracionalidad*, a favor de la primera, siguiendo la tendencia de la muestra subclínica, señalando la dimensionalidad en estos factores.

Cuando se comparó a los diferentes grupos de participantes, en general se encontraron diferencias significativas entre el grupo no-clínico y el resto de participantes, -excepto los subclínicos- en los factores más relevantes: *Racional*, *Indeseable*, e *Inmoral*. Esta diferencia entre la población no-clínica y el resto de grupos en la egosintonía, y en concreto sobre la egodistonia de las intrusiones, fue uno de los aspectos que remarcaron Rachman y de Silva (1978) acerca de las diferencias entre las intrusiones análogas a obsesiones en población general y las obsesiones clínicas. Tal y como apuntan nuestros resultados, la población sin riesgo se diferenciaría del resto de grupos en que las intrusiones alimentarias no formarían una parte tan esencial de su sí mismo. En cambio, en pacientes, subclínicos y también en las mujeres recuperadas de

un TA, el físico forma parte esencial del autoconcepto como se ha señalado a lo largo de la historia desde planteamientos más tempranos sobre la AN como son los de Bruch (1973). Además, este dato es coherente con la idea que planteaba Higgins (1987) en su teoría, según la cual una norma cultural es más probable que afecte al Yo si ésta está internalizada como un ideal personal, en vez de simplemente en comparación a un estándar cultural. Una norma cultural se puede considerar internalizada cuando un estándar público o colectivo se convierte en un ideal para la persona y la adherencia a estas normas puede conllevar que algunos aspectos de las mismas se conviertan en centrales o partes del autoconcepto de la persona. El valor cultural, ahora egosintónico para la persona, se convierte entonces en un valor personal, y algo socialmente prescrito, se convierte en un hábito o decisión personal. El hecho de que la muestra de pacientes recuperadas muestre unos niveles de egosintonía y egodistonía comparables a los encontrados en pacientes nos sugiere que la relevancia del aspecto físico y la dieta para el sí mismo, o la internalización del estándar cultural de delgadez, es algo estable en el tiempo y que no desaparece tras la recuperación del trastorno, lo cual podría influir en que la persona continúe siendo vulnerable a los TA o asociarse a la elevada tasa de recaídas de las pacientes con TA, como han demostrado algunos estudios sobre factores de recaída en TA (p. ej. Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock y Woodside, 2004; McFarlane, Olmsted, y Trottier, 2008).

Por lo que respecta a los diferentes componentes de la egosintonía y egodistonía, éstos mostraron en las pacientes una baja asociación con medidas de psicopatología. Destaca la relación positiva entre la *Racionalidad y coherencia* del pensamiento y el factor *Dieta* del EAT, que indica una preocupación por la figura corporal, deseo de estar más delgada, y la evitación de comidas con alto contenido calórico, lo cual es coherente con un autoconcepto dominado por cuestiones del aspecto físico. Este factor del EAT recuerda a la característica de ideación sobrevalorada que existe en estas pacientes, la cual haría valorar sus PI como racionales y coherentes con su persona. Sin embargo, como Vitousek y Hollon indican (1999, pg.204), las pacientes podrían llegar a admitir la irracionalidad de los

pensamientos si se hiciera en referencia a cualquier otra persona, puesto que valoran sus creencias sobre el peso como particularmente relevantes para su Yo, aunque no como “leyes universales” aplicables a todas las personas por igual.

Al analizar a la población sin riesgo de TA, este grupo mostró unas asociaciones mayores y un patrón diferente que la muestra de pacientes. Destaca la relación entre los factores de egosintonía con el Control Oral del EAT, factor que se asocia a un elevado riesgo de padecer un TA, compuesto por ítems como “me controlo en las comidas”, o “los demás preferirían que yo comiera más”. Por tanto, de la misma manera que en el caso de la frecuencia de las intrusiones mentales, el hecho de valorar un PI como egosintónico podría ser un indicador de riesgo de padecer un TA. Además, aunque en una menor medida, la egosintonía de los PI en este grupo se asoció a las compulsiones, y en cambio, la egodistonia se asoció a un estado de ánimo negativo en general con correlaciones entre los factores de CED-R con sintomatología obsesiva y depresiva, y afecto negativo. Por tanto, existe una diferencia sustancial entre las variables de psicopatología asociadas a la egosintonía y egodistonia en ambas muestras: clínica vs. no-clínica.

Para analizar si la frecuencia con la que se experimentaba las intrusiones alimentarias estaba asociada al grado de egosintonía y egodistonia, se dividió a los participantes en función de si experimentaban sus PI más molestos con una frecuencia menor o mayor a la semanal. En la muestra total de pacientes se encontraron diferencias con tamaños de efecto grandes en 4 de los 6 factores de CES y CED-R, excepto en los factores *Moral* e *Inmoral*. Las pacientes con una frecuencia elevada de intrusiones valoraron sus PI alimentarios como más egosintónicos que aquellas que las experimentaban poco. Por el contrario, esas pacientes cuyos PI tenían una frecuencia menor a la semanal evaluaron su intrusiones como más egodistónicas. En un principio, y atendiendo a la matización que realizó Morillo (2004) de la relevancia que podía tener para la egodistonia el “cómo” se experimentan los pensamientos (p.ej. la frecuencia) frente al contenido, podríamos pensar que por el hecho de tener PI alimentarios con

mucha frecuencia, éstos fueran valorados como más egodistónicos por lo excesivo que resultan, a pesar de que el contenido sea valorado como egosintónico. Sin embargo, en las intrusiones alimentarias vemos que esto no se cumple, sino todo lo contrario, los resultados indican que a mayor frecuencia, mayor egosintonía. Este dato podría estar reflejando el hecho de que, precisamente por tratarse de pensamientos coherentes con el sí mismo, su presencia, aun siendo intrusiva (y por lo tanto, no voluntaria), no resulta egodistónica. En este sentido, la egodistonía de la intrusión alimentaria no parece asociarse a su frecuencia. Este mismo patrón se repitió en la muestra sin riesgo de padecer un TA: una mayor frecuencia del PI alimentario se relacionó y predijo el 24% de la varianza explicada de la egosintonía de los mismos. Así, parece que en personas sin la patología, el hecho de que presente una mayor frecuencia de intrusiones alimentarias se asociaría a que estos pensamientos, o lo que es lo mismo, la preocupación por la apariencia y la dieta, sean un aspecto relevante del Yo.

A continuación se analizó si variables relativas a las intrusiones mentales se asociaban a la valoración egosintónica o egodistónica de las mismas. Por lo que respecta a la molestia, la interferencia, y el control de las mismas, en la muestra de pacientes destacaron las asociaciones entre egosintonía con la dificultad de controlar las intrusiones y la interferencia causada por las mismas. En cambio, la egodistonía sólo se asoció a la interferencia. Además, ninguna de estas relaciones estuvieron mediadas por la frecuencia de la intrusión. Los análisis de regresión, aunque con porcentajes de varianza explicada bajos, mostraron que el hecho de que una intrusión alimentaria interfiera con la concentración y las actividades de la paciente, predecirá que ésta sea valorada como deseable y el deseo de que se convierta en realidad. También predijo la valoración de la intrusión como menos irracional e inmoral, esto es, como menos egodistónica. Por otra parte, la dificultad en el control de la intrusión predice que el pensamiento sea valorado como moral, racional y coherente con el sí mismo. De nuevo como en el caso de la frecuencia, podría pensarse que un PI que interfiera o resulte difícil de controlar se asociaría a una mayor egodistonía, sin embargo, en el caso de las intrusiones alimentarias parece que la tendencia es la contraria: cuanto más interfiere y

cuanto más difícil le resulta controlar el pensamiento, más egosintónico, y menos egodistónico. Este resultado demuestra que las intrusiones alimentarias tienen un patrón diferente al observado en el caso de las obsesiones del TOC. También conviene destacar el hecho de que la molestia no se haya mostrado asociada a la egodistonía, como podría ser esperable. Estas asociaciones son coherentes con la propia naturaleza del trastorno si interpretamos que interferencia y dificultad de controlar indican que la persona, en este caso paciente con TA, pasa una parte significativa de tiempo ocupada con este tipo de pensamientos como se ha demostrado en una serie de estudios (p. ej. Serpell et al., 1999; Woolrich et al., 2008). Y dado que las pacientes valoran el aspecto físico y el control de la dieta como algo fundamental en sus vidas (Bruch, 1973), resulta coherente que interferencia y dificultad para controlar se asocien a la egosintonía, y en cambio no a la molestia. Este resultado sería una diferencia entre las obsesiones que molestan a los pacientes porque les acercan a un Yo que rechazan, mientras que en las pacientes TA, las intrusiones les acercan a lo que desean ser (Garner y Bemis, 1982; Garner y Garfinkel, 1982).

Ahora bien, ¿qué sucede en población general?, ¿seguirá este mismo patrón de asociaciones? Al repetir los análisis en mujeres sin riesgo de padecer un TA las relaciones con la interferencia, la molestia y el control fueron muy diferentes a las encontradas en pacientes. Aunque las asociaciones no alcanzaron la significación marcada por la corrección de Bonferroni, la tendencia de las relaciones con CES y CED-R fue con las variables de molestia y el logro de controlar el PI, pero ni la interferencia ni la dificultad de control se asociaron, dato lógico teniendo en cuenta que hablamos de una población a la que sus PI no les causan ni interferencia, ni les resultan difíciles de controlar, aunque sí ocasiona alguna molestia. Además, a pesar de que los niveles de predicción fueron bajos (rango de 8% al 13%), conviene destacar que en la muestra no clínica la racionalidad del pensamiento fue predicha por el logro en el control del PI, y en cambio, la indeseabilidad, inmoralidad y egodistonía fue predicha por la molestia del pensamiento. Por tanto, encontramos en este caso una direccionalidad esperable y acorde con las descripciones sobre egodistonía relativas a las obsesiones:

una mayor molestia de la intrusión se asocia a una mayor egodistonía. Precisamente la población sin riesgo de TA difiere de la muestra clínica en que cuestiones sobre el aspecto físico no constituyen un aspecto central del autoconcepto, por tanto no son egosintónicas, aunque tampoco sean egodistónicas, probablemente porque su contenido es coherente con la normativa social imperante en nuestro contexto.

A continuación se llevaron a cabo los análisis oportunos para averiguar si las consecuencias emocionales provocadas por los PI alimentarios se asociaban a la egosintonía y egodistonía de los mismos. En la muestra de pacientes las asociaciones entre CES y CED-R con la ansiedad, la tristeza, culpa y la vergüenza fueron muy bajas, y no llegaron a superar la corrección de Bonferroni. Sólo destacar la asociación entre la ansiedad y la egosintonía, que estuvo mediada por la frecuencia con la que se experimentaba el PI, y por otra parte, la culpa, que predijo un 9% de la varianza de la indeseabilidad del pensamiento y el rechazo de que se convierta en realidad en sentido negativo. Así, cuanto mayor es el sentimiento de culpa por tener el pensamiento, menor es la indeseabilidad del pensamiento. Por tanto quizá la culpabilidad que sienten las pacientes por el hecho de tener la intrusión indique una menor gravedad o un mayor grado de conciencia de enfermedad, que se ve reflejado en el descenso de la indeseabilidad del pensamiento, esto es, se vuelve más neutro (tal y como lo valoran la población sin riesgo y las personas recuperadas).

Al analizar esas mismas asociaciones en las mujeres sin riesgo de TA, se encontró un perfil diferente. Aunque aquí también la asociación entre las variables fue muy baja. Sin embargo, es interesante destacar que la culpa se asociaba a una mayor egosintonía y esta relación estaba mediada por la frecuencia, a diferencia que en la muestra de pacientes. Este resultado, podría deberse a que para una persona sin patología, el hecho de tener este tipo de tipo de pensamientos con cierta frecuencia puede llegar a ocasionarle sentimientos de culpa cuando este pensamiento se valora como egosintónico. Además, también existe una relación entre la tristeza y la inmoralidad del pensamiento. Este patrón de asociaciones en conjunto podría reflejar

una especie de lucha entre sentir que un PI es egosintónico, pero a la vez valorarlo como inmoral, por lo que afloran sentimientos de culpa y tristeza.

Otro aspecto relevante en relación a los PI son las metacogniciones o valoraciones disfuncionales que se les atribuye a los mismos. El OCCWG (1997) destacó en relación al TOC las siguientes creencias: *Importancia de los pensamientos*, compuesta por la *FPA-moral* y *FPA-probabilidad*, *Significado personal del pensamiento*, *Responsabilidad*, *Sobreestimación de la amenaza*, *Intolerancia a la incertidumbre*, y *Perfeccionismo*. Estas mismas valoraciones son evaluadas a través del INPIAS en referencia al PI más molesto y mediante análisis de correlación y regresión comprobamos si se asociaban a la egosintonía y egodistonía de los PI alimentarios. Por lo que respecta a la muestra de pacientes con TA, cabe destacar que ni la deseabilidad ni la indeseabilidad de los PI se asociaron a las valoraciones. La importancia otorgada a los pensamientos intrusos se asoció de manera inversa a la egodistonía de los mismos, y la importancia de controlar los pensamientos se asoció de manera negativa a la racionalidad y moralidad. Sin embargo, la única creencia que superó la corrección de Bonferroni fue el FPA-Moral, que se asoció a la egodistonía, y en menor medida también se asoció a la racionalidad y moralidad en sentido negativo, además predijo estos mismos factores con unos porcentajes de varianza explicada moderados (12%-16%). Por tanto, si analizamos los resultados en sentido estricto, sólo la inaceptabilidad del pensamiento (FPA-Moral) se asoció con la irracionalidad e incoherencia con la personalidad y la inmoralidad del pensamiento. A pesar de la limitación de unas asociaciones muy leves, resulta interesante lo que sugieren los resultados: si una paciente tiene un pensamiento sobre el aspecto físico y lo valora como importante, será más probable que lo evalúe como racional y coherente con la persona, y por tanto no sentirá la necesidad de controlarlo. En cambio, si este mismo pensamiento lo evalúa como poco importante e inaceptable, probablemente será valorado como irracional, incoherente con la personalidad e inmoral. Estos resultados señalan una diferencia importante entre las intrusiones alimentarias y las obsesiones, puesto que respecto a la génesis del TOC se ha destacado la valoración sobre la importancia del pensamiento

(Belloch, et al., 2007; OCCWQ, 2001, 2003), pero en el caso de las obsesiones la asociación esperable sería: a mayor importancia de las obsesiones, mayor egodistonia, y no mayor racionalidad y coherencia con la personalidad, tal y como hemos encontrado en nuestro estudio.

Por otra parte, es interesante que la valoración más relevante en cuanto a la relación entre intrusiones con la egosintonía y la egodistonia sea precisamente con la FPA. Como se ha comentado en el capítulo 3 del marco teórico, ésta es la única creencia relativa al TOC que ha sido especialmente adaptada a los TA en forma de *Fusión Pensamiento-Figura (Thought-Shape Fusion)*. En nuestro caso sólo un aspecto de los tres que componen esta distorsión se asoció a la egodistonia de los TA: la inaceptabilidad del pensamiento, precisamente asociada a la egodistonia del mismo, lo cual apoya la idea de que esta valoración pueda estar en la base del mantenimiento de las intrusiones mentales. Por otra parte, en varios estudios se ha demostrado que no sólo el componente moral de la FPA, sino también el perceptivo, y el de probabilidad se asocian a la patología alimentaria (Radomsky et al., 2002; Shafran et al., 1999) y además pueden ser relevantes en relación a las intrusiones. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por nuestro equipo en el que se evaluaron las creencias típicamente asociadas al TOC, se encontró que tras controlar el peso de la obsesividad, los grupos de pacientes con BNP y trastorno por atracón se diferenciaron del grupo no clínico en la FPA-Moral y la FPA-Probabilidad respectivamente (Roncero et al., 2011), aunque en este estudio se evaluaban las creencias generales sobre los pensamientos, no necesariamente asociadas a cuestiones alimentarias. En cambio, en el experimento con pacientes TA realizado por Coelho y colaboradores (2008), en el que indujeron el FPA haciendo imaginar a la persona que ingería una cantidad importante de alimentos altamente calóricos, esta creencia se asoció a la culpabilidad, sentimientos de haber obrado de una manera moralmente incorrecta, a sentimientos de haber engordado, y también a un mayor empleo de estrategias de neutralización del pensamiento. Si bien es cierto que en el presente estudio no evaluamos el componente perceptivo, sí

evaluamos la FPA-Probabilidad y no encontramos asociación con la egodistonía ni con la egosintonía.

Cuando estos mismos análisis se repitieron en la población no clínica las asociaciones fueron ligeramente diferentes a las encontradas en pacientes. En este caso, la importancia de los pensamientos se asoció y predijo la egosintonía, mientras que la inseguridad provocada por el PI se asoció y predijo la egodistonía. Por tanto, de la misma manera que en pacientes, que una persona sin riesgo de TA valore un PI como importante, se asociará a una mayor egosintonía, pero en cambio, que el PI le haga sentirse insegura, y no que el pensamiento sea inaceptable, se asociará a la egodistonía. También se encontraron asociaciones con la FPA-Probabilidad, la responsabilidad, y la sobreestimación del peligro con la inmoralidad del pensamiento, aunque no llegaron a predecirla.

Con lo visto acerca de las valoraciones sobre los PI, podemos decir que tanto pacientes como población sin riesgo valoran sus intrusiones con cierto grado de disfuncionalidad, mínima en población no clínica, que a su vez se asocian a cómo valoran sus pensamientos en relación al Yo. Resulta llamativo que ni aún en el caso de las pacientes, el significado personal de las intrusiones se asocie a la egosintonía y a la egodistonía de los mismos. Quizá este resultado se deba a la interpretación que hayan dado al ítem con que se evalúa esta valoración *“En qué medida te planteas si la intrusión revela algo sobre el tipo de persona que eres, sobre tu valía personal o tus capacidades”* en la que puntúan una media de 2 *“creo que revela algo sobre mí”*. Podría ser que las pacientes hayan interpretado esta pregunta en relación a las capacidades personales, con lo que las intrusiones alimentarias tienen una menor relación. Sería necesario una evaluación más exhaustiva de esta valoración, quizá con un mayor número de ítems, para asegurarnos que estamos midiendo el significado personal del pensamiento.

A continuación se comprobó si la egosintonía y egodistonía se asociaba a las estrategias que se emplean para controlar las intrusiones mentales. Los análisis se

realizaron con la parte II-B del INPIAS, que evalúa la frecuencia con la que se pone en marcha un listado de 17 estrategias agrupadas en los siguientes factores: *Estrategias de afrontamiento ansioso*, *Supresión*, *Rituales TOC*, *Distracción*, y dos ítems: *Hacer lo que indica la intrusión* y *No hacer nada para controlar el pensamiento*. En pacientes se encontraron una serie de asociaciones que además no estaban mediadas por la frecuencia del pensamiento y que alcanzaron el criterio de la corrección de Bonferroni. La racionalidad y coherencia con la personalidad, y la moralidad del pensamiento se asociaron negativamente a las estrategias de ansiedad y a la supresión, en cambio positivamente a “Hacer lo que dicta la intrusión”, y sólo en el caso de la racionalidad con “No hacer nada”. Aunque la que más predijo la racionalidad fue “Hacer lo que dicta la intrusión” en un 16%, y respecto a la moralidad, las estrategias de afrontamiento ansioso en sentido negativo y en un 17%. Por lo que respecta a la irracionalidad e inmoralidad, se asociaron positivamente con las estrategias de ansiedad, la supresión, la distracción (sólo con la inmoralidad), y “No hacer nada” con la irracionalidad en sentido negativo. Para ambos factores, las estrategias de tipo ansioso fueron las que más predijeron con un porcentaje de varianza explícita elevado (24% y 20%). Hay que destacar que ni la deseabilidad ni la indeseabilidad se asociaron a las estrategias de control de manera significativa. Por tanto, teniendo en cuenta que las pacientes de nuestra muestra evaluaron sus PI como racionales y coherente probablemente actúen en base al mismo, haciendo dieta, por ejemplo. Sin embargo, hemos visto que también valoran sus intrusiones como inmorales, por lo que, paradójicamente, en ocasiones emplearían estrategias de tipo ansioso para su control, como por ejemplo razonar, intentar tranquilizarse y relajarse, o convencerse de que todo está bien.

Esta asociación encontrada en las pacientes con TA es muy significativa en cuanto a las semejanzas-diferencias que tendrían los TA con el TOC. Según nuestros resultados, la egodistonia asociada a las intrusiones alimentarias, o al menos un aspecto del mismo como es la inmoralidad, como decíamos, asociado a la egodistonia del TOC (Rachman, 2007), estaría esencialmente asociado al empleo de estrategias ansiosas, no a rituales del tipo compulsiones como lavar o limpiar, comprobar, o repetir

varias veces una acción o pensamiento, y por lo que respecta a la supresión se encontraron algunas asociaciones, aunque no llegó a predecir ningún factor. Precisamente la supresión es una estrategia que ha demostrado ser disfuncional, y aunque los resultados no son concluyentes, en ocasiones se han observado un aumento en la frecuencia de los pensamientos, especialmente cuando se deja de suprimir (Wegner, 1994). Sin embargo, esta estrategia no es específica de TOC (Belloch et al. 2009; Muris, Merckelbach, y Horselenberg, 1996), también se ha observado en TEPT (Rosenthal et al. 2000), y en intrusiones más egosintónicas como las de la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada (Beavers, et al., 1999; Belloch et al, 2009; Harvey y Bryant, 1998; Muris et al. 1997), y también en relación a la patología alimentaria (Woolrich et al. 2008; Soetens et al., 2008). Por otra parte, la estrategia de autocastigo, una estrategia que sí ha demostrado en varios estudios ser más específica del TOC (e.g. Abramowitz, Whiteside, Kalsky y Tolin, 2003; Amir, Cashman, y Foa, 1997; Belloch et al., 2009), en nuestro estudio no ha destacado ni se ha relacionado con la egosintonía ni con la egodistonía de las intrusiones alimentarias.

Al realizar el análisis en la muestra de población sin riesgo de TA, las asociaciones encontradas fueron significativamente diferentes de las observadas en pacientes. En primer lugar por la cantidad de asociaciones, sólo tres de ellas superaron la corrección de Bonferroni, y el resto estuvo en gran medida relacionada con la frecuencia de las intrusiones. Destacó la predicción de la supresión para la inmoralidad (27%), que también predijo un 11% y un 13% de la indeseabilidad y la irracionalidad. Por otra parte, la racionalidad fue predicha por “no hacer nada” (17%). Por tanto, vemos que el patrón de asociaciones es diferente al de las pacientes. En este caso cuando un pensamiento es egodistónico la tendencia será a emplear la supresión, que implica cierto esfuerzo, y como veíamos antes, se asocia a la patología. Este dato es congruente con los resultados obtenidos en anteriores estudios sobre población no clínica, donde se ha observado que cuanto más molesta y egodistónica es una intrusión de tipo obsesivo, mayor es la necesidad de “hacer algo” para controlarla (Ladouceur et al., 2000; Morillo et al., 2007).

Resumiendo las asociaciones encontradas entre egosintonía y egodistonía, hay que destacar que las relaciones han sido mayores en la muestra de pacientes en comparación con la población sin riesgo, aunque en los dos casos, las asociaciones más consistentes se han encontrado con algunas de las valoraciones disfuncionales y estrategias de control. Por otra parte, el perfil de asociaciones también ha sido significativamente distinto entre ambos. En la muestra de pacientes han destacado la dificultad de controlar los PI y la interferencia, frente a la molestia y el logro en el control que se asoció al CES y CED-R en no clínicos. Respecto a consecuencias emocionales, en pacientes destacó la ansiedad y la culpa, frente a la culpa y tristeza en no clínicos, aunque en ambos casos estuvieron mediadas por la frecuencia del PI. La valoración más relevante en pacientes fue el TAF-Moral, frente a la importancia del pensamiento y la intolerancia a la incertidumbre de la muestra de no clínicos. Y finalmente, las estrategias de tipo ansioso y hacer lo que indicaba la intrusión predijeron CES y CED-R en pacientes, frente a la supresión y hacer lo que indicaba la intrusión en población general. Estos resultados sugieren que pese a que la población sin riesgo de padecer un TA también experimente intrusiones de tipo alimentario con cierta frecuencia, la manera de manejarlas y las consecuencias que acarrear son diferentes que en las pacientes, y la relación que mantienen estas variables con la egosintonía y egodistonía del pensamiento podrían ser un factor relevante en la explicación de las diferencias entre ambas.

Al analizar con detenimiento el perfil observado en pacientes respecto a la egosintonía y egodistonía, por la racionalidad y coherencia con la que son evaluadas las intrusiones, y además por la asociación entre las estrategias de tipo ansioso con la egodistonía, en contra de otras estrategias como el autocastigo o rituales tipo TOC, nuestros resultados sugieren que las intrusiones alimentarias tienen una naturaleza más cercana a las preocupaciones ansiosas caracterizadas por la egosintonía que a las obsesiones propias de los pacientes TOC, caracterizadas por la egodistonía (Langlois, Freeston, y Ladouceur, 2000; Purdon y Clark, 1999). En nuestro estudio no preguntamos a las pacientes si continuaban pensando en sus intrusiones, pero una

hipótesis que podemos plantear es que elaborarían estos pensamientos o los mantendrían “en la cabeza” a pesar de resultarles molestos en alguna medida, ya que entre otras cosas los resultados indican que las pacientes hacen lo que dicta la intrusión y se ha observado en estudios que las valoran como útiles en la motivación (Woolrich et al., 2008). De hecho, fuera de protocolo preguntamos a las pacientes que contestaban afirmativamente al ítem de CES “*Cuando tengo este pensamiento hago lo que sea para mantenerlo en mi cabeza*” las razones para querer mantener el pensamiento, a lo que nos contestaban que les servía para controlar lo que comían, les ayudaba a no engordar. En palabras de una de las pacientes: “*El pensamiento me incomoda pero me ayuda a llevar un orden y a comer -mejor-*”.

Una vez se obtuvo un perfil de las relaciones más significativas en pacientes entre las variables de los PI y la egosintonía y egodistonia, propusimos dos modelos en los que la egosintonía y egodistonia jugaba un papel diferente en relación con la interferencia de los pensamientos y las estrategias de control de los mismos. Los resultados de los análisis *Path* indicaron que la egodistonia mediaba la relación entre la interferencia y las estrategias de control tipo ansioso y la supresión. Mientras que la egosintonía mediaba entre la interferencia y hacer lo que indica la intrusión, aunque en este caso se observó un efecto indirecto desde la interferencia a la estrategia. Lo que resulta más llamativo es la direccionalidad entre las variables en referencia a la egodistonia: Cuanto más interfiere un PI en la actividad de la paciente menos egodistónico resulta, y a su vez, menor es la necesidad de poner en marcha estrategias para su control. Por tanto, si una intrusión interfiere, uno de los factores que determinará el empleo o no de estrategias para su control será si éste es valorado como egodistónico. En principio este proceso será diferente en relación a las obsesiones del TOC, puesto que es esperable que la interferencia causada por una obsesión se asocie a una mayor egodistonia, y ésta a un mayor esfuerzo en el control. De hecho, según plantean algunos autores, la egodistonia sería lo que diferenciaría a las obsesiones de otro tipo de cogniciones como las que se observan en la depresión o en la ansiedad generalizada u otras preocupaciones de la vida diaria (Clark, 2004; Langlois et al., 2000;

Purdon y Clark, 1999). Sin embargo, tal y como plantean Purdon y colaboradores. (2007), para algunos tipos de obsesiones la persistencia de las obsesiones a través del tiempo podría tener como consecuencia que el sentido del sí mismo sea modificado para hacerse coherente con éste y así reducir la disonancia. Por tanto, el tipo de asociación encontrada en TA, podría darse también en algunos tipos de obsesiones, puesto que una mayor interferencia a lo largo del tiempo podría hacer que la egodistonia experimentada en un principio disminuyera al acomodar el sí mismo al pensamiento y esto hacer menos necesario el control del mismo. Este proceso sería una especie de rendición a la obsesión *“para qué voy a luchar contra él, no tengo remedio, yo soy así”*, que no se corresponde totalmente con el caso de las pacientes TA puesto que no sería una rendición: *“Mis pensamientos sobre mi imagen, la dieta y el peso acaparan toda mi atención, pero para mí es importante tener un buen físico, por tanto no voy a luchar contra los pensamientos, voy a hacer lo que me digan”*. Finalmente, destacar que no podemos asegurar la relación causal encontrada entre las variables puesto que nuestro estudio no es ni longitudinal ni experimental. Por tanto, podemos decir que con los datos que tenemos, a nivel estadístico la direccionalidad que más se ajusta al criterio estadístico es la que hemos comentado. En el futuro será necesario plantear estudios longitudinales o experimentales para poder asegurar las relaciones estadísticas encontradas.

Egodistonia, egosintonía, y patología alimentaria

La sobrevaloración de la apariencia física y el peso constituye uno de los rasgos característicos (Vituosek y Hollon, 1990) y diagnósticos de los TA (APA, 2002). Por ello quisimos averiguar si ciertas características de la idea sobrevalorada como la fuerza de la creencia o el grado de racionalidad, se asociaban a la egosintonía y egodistonia de las intrusiones mentales sobre temática alimentaria. El cuestionario OVIS fue completado por pacientes y mujeres recuperadas de un TA respecto a la intrusión más molesta del INPIAS. Previo a los análisis se compararon los resultados en el OVI en ambos grupos. Como era de esperar, las pacientes mantuvieron su creencia

sobre la intrusión con una mayor fuerza que las mujeres recuperadas. Las pacientes opinaban que su creencia era más cierta que errónea, a pesar de que el resto de la gente no estaba de acuerdo con la misma. Por tanto, como Vitousek y Hollon (1990) señalan, parece que las pacientes son capaces de reconocer que sus creencias no necesariamente se aplican al resto, así “alimentos prohibidos” para ellas, sí pueden ser consumidos por el resto de la gente. En cambio, las mujeres recuperadas admitían que su creencia era más errónea que cierta y opinaban que su creencia era compartida por el resto de la gente. Esto es, reconocerían que su preocupación por la apariencia y el peso sería compartida por el resto de la gente, reflejo del “descontento normativo” que existe en la población general (Rodin et al., 1984). Cuando se les preguntó si creían que su creencia estaba ocasionada por su problema alimentario, aunque las pacientes recuperadas mostraron un mayor insight, las diferencias entre grupos no fueron significativas. Este resultado podría deberse a que la gran mayoría de pacientes que componía la muestra clínica se encontraba bajo tratamiento psicológico, por lo que es de suponer que tienen una cierta conciencia de enfermedad.

Los análisis realizados para evaluar la relación entre la idea sobrevalorada y la egosintonía y egodistonía revelaron una direccionalidad esperable en las asociaciones: Una mayor sobrevaloración de la creencia se relaciona con una mayor egosintonía, y viceversa. En concreto, en la muestra de pacientes la egosintonía se asoció a una mayor fuerza de la creencia, a valorarla como correcta, racional, independiente del TA, y a una escasa resistencia. Por el contrario, la egodistonía se asoció a una menor fuerza, racionalidad, certeza, a una mayor resistencia, y a creer que el TA era el responsable de la creencia. Además, las relaciones fueron independientes de la frecuencia con la que se experimentaba la intrusión. Respecto a las predicciones, destaca que la valoración del pensamiento como racional predijo en un 22% la racionalidad y la coherencia con la personalidad. Este resultado no sorprende, puesto que se trata de valoraciones muy similares, aunque con matices diferentes: mientras que el OVIS evalúa si es racional y lógico, el factor del CES evalúa la racionalidad, pero también la relevancia del mismo para la persona. Por lo que respecta a la egodistonía,

la valoración del pensamiento como incorrecto o poco cierto predijo la irracionalidad (28%). También la fuerza con la que se sostiene la creencia fue relevante, predijo la puntuación total de egosintonía (24%) y en sentido negativo la puntuación total de egodistonia (19%). Por tanto, los resultados indican que cuando las personas evalúan sus intrusiones alimentarias como positivas e importantes para sí mismas -es decir, les otorgan las características típicas de una idea sobrevalorada- la intrusión resulta egosintónica. De hecho, Veale (2002) considera que la egosintonía es un aspecto de la idea sobrevalorada, lo que las diferencia de las obsesiones.

Por lo que respecta a la muestra de mujeres recuperadas, se comprobó que las asociaciones significativas entre las variables de la idea sobrevalorada y CES y CED-R eran pocas. Destacaron la fuerza del pensamiento, que predijo los factores de egosintonía con un elevado poder predictivo (rango 34%-54%), y en el caso de la egodistonia, el ser racional en sentido negativo (rango: 37%-48%). Por tanto, aunque la cantidad de asociaciones fue menor en la muestra de mujeres recuperadas y sus intrusiones no llegaban a ser evaluadas como ideas sobrevaloradas en comparación con la muestra clínica, las asociaciones que tenían en común reflejaban la misma tendencia: Sostener una creencia con más fuerza, valorarla como racional y lógica, se asocia a la egosintonía de la misma, y una menor egodistonia.

En conjunto, estos resultados sugieren que las intrusiones alimentarias, independientemente de su frecuencia, son evaluadas de manera positiva. Es este proceso valorativo el que diferencia las consecuencias de estas intrusiones de las que tienen la mayoría de las intrusiones obsesivas. Mientras que éstas suelen ser valoradas negativamente (de ahí los planteamientos actuales sobre las creencias disfuncionales que hipotéticamente están en el origen y mantenimiento del TOC), las alimentarias son evaluadas de manera positiva. A partir de este proceso evaluativo, las intrusiones alimentarias no sólo no son rechazadas sino que son, por así decir, deseadas porque “sintonizan” o concuerdan con los valores de la persona, de ahí su egosintonía. A partir de aquí, las creencias generales sobre el aspecto físico y sus corolarios

comportamentales (dieta, ejercicio, etc.), incrementan su fijeza/fuerza, su racionalidad, su coherencia, y la falta de resistencia a ellas, lo que llevaría a convertir tales creencias generales en auténticas ideas sobrevaloradas, como señala Vandereyken (2006).

Asociada a la ideación sobrevalorada característica de los TA está la negación o baja conciencia de la enfermedad, que representa uno de los aspectos más problemáticos de los TA y que explica en gran medida la resistencia al tratamiento. Son muchos los estudios que han tomado como indicador del *insight* las fases de motivación al cambio propuestas por Prochaska y DiClemente (1982), y en concreto el estadio de *Precontemplación* como bajo *insight* (Vandereyken, 2006). Además, en varios estudios se ha encontrado relación entre una mayor motivación al cambio con una menor sintomatología TA (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003; Zaitsoff y Taylor, 2009). En nuestro estudio se evaluaron las fases de motivación al cambio en la que se encontraban pacientes y mujeres recuperadas por medio del ACTA, cuestionario específico para patología alimentaria. Como era de esperar, y dado que la mayoría de las pacientes se encontraban en tratamiento, en el grupo de pacientes destacaron las puntuaciones en las fases de *Contemplación*, *Decisión* y *Acción*, mientras que las mujeres recuperadas obtuvieron puntuaciones elevadas en la fase de *Mantenimiento* y bajas en las demás. Al calcular si se asociaban las puntuaciones de las fases a la egosintonía y egodistonia se observó en la muestra de pacientes que principalmente las asociaciones se encontraban entre la fase de *Precontemplación* y *Contemplación* con la egosintonía, aunque la *Precontemplación* también correlacionó negativamente con la irracionalidad del pensamiento. Cabe destacar la predicción de la fase de *Precontemplación* a la racionalidad del pensamiento (13%) y la egosintonía (11%). Precisamente, como decíamos, el estadio de *Precontemplación* ha sido empleado como un indicador de la negación de la enfermedad en pacientes con TA (Vandereyken, 2006). Así, según nuestros resultados, en aquellas pacientes que todavía no consideran que tienen una enfermedad, y por tanto no sienten la necesidad cambiar o recibir tratamiento, será más probable que valoren su intrusión como más racional y coherente con su personalidad. Esto nos sugiere que la egosintonía de las intrusiones alimentarias

podría tomarse como un indicador de la poca conciencia de enfermedad o negación del trastorno alimentario que puede resultar de utilidad en la exploración psicopatológica precisamente por tratarse de una medida indirecta, y especialmente con aquellas pacientes que presenten una baja motivación al cambio cuando llegan a la clínica como las pacientes más jóvenes, y las pacientes con diagnóstico de AN (Casasnovas et al., 2007).

Por lo que respecta a las mujeres recuperadas, sólo se encontraron dos asociaciones entre *Mantenimiento* con la moralidad del pensamiento y la egosintonía (como puntuación total) en sentido negativo: estar en la fase de *Mantenimiento* se asocia a una menor egosintonía y moralidad del pensamiento. De hecho, el mantenimiento se ha asociado a unos menores niveles de psicopatología alimentaria evaluada con diferentes cuestionarios (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003). De nuevo, unos menores niveles de egosintonía se asociaron a la recuperación del trastorno. Sin embargo la significación fue muy baja, por lo que no se realizaron los análisis de regresión.

Como consideración final a la discusión de los resultados en relación con las fases de motivación al cambio cabe decir que a pesar de que el ACTA ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas en nuestra muestra y en anteriores estudios (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2003), hay que tener en cuenta una de las limitaciones que se plantea con la evaluación de las fases de cambio con la mayoría de instrumentos, y sobre todo en las pacientes con BN. Como algunos autores señalan con la mayoría de instrumentos no puede valorarse la motivación al cambio en función de los diferentes síntomas, lo cual podría representar un problema porque las pacientes pueden estar muy motivadas a no tener más atracones, pero no a dejar de controlar su peso (Treasure et al., 1999a). También hay que tener en cuenta que la motivación al cambio puede variar incluso entre sesiones.

Otra característica crucial en la patología alimentaria es la insatisfacción con la imagen corporal, asociada a la sobrevaloración de la misma, y que se ha planteado

como un factor predisponente a los TA (Garner, 2004; Guidano y Liotti, 1983; Thompson, 1992). Por ese motivo quisimos averiguar si la satisfacción corporal, o mejor dicho, la insatisfacción corporal, se asociaba a la egosintonía y egodistonía de las intrusiones alimentarias. Los resultados indicaron que tal y como era de esperar, la preocupación excesiva por el sobrepeso predecía la racionalidad y coherencia con la personalidad, y la egosintonía del pensamiento, mientras que la satisfacción corporal predijo la irracionalidad y la egodistonía como puntuación total. Por tanto, los resultados sugieren que el temor al sobrepeso, la excesiva vigilancia del propio peso, la dieta, y la restricción son más importantes a la hora de valorar una intrusión como egosintónica que la propia insatisfacción corporal. En cambio, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal sí está asociada a una mayor/menor egodistonía del pensamiento, en concreto una mayor satisfacción hará que la persona valore la intrusión como irracional e incoherente con la personalidad. Nuestros resultados van en la línea de los estudios que muestran que la relevancia de la discrepancia entre el *Yo real* con el *Yo ideal* y *Yo debido* basados en atributos de la imagen corporal en relación a la sintomatología alimentaria (Bessenoff, 2006; Forston y Stanton, 1992; Harrison, 2001; Synder, 1997; Szymansky y Cash, 1995).

A continuación se realizaron una serie de análisis *Path* para comprobar si la relación entre la imagen corporal y la egosintonía y egodistonía estaba mediada por la fuerza con la que se sostiene el pensamiento y la aceptación o resistencia al mismo, o lo que es lo mismo, por la adscripción de creencias sobrevaloradas al PI. Por lo que respecta a la egosintonía la relación entre la preocupación por el sobrepeso y la egosintonía parece estar mediada por la fuerza del pensamiento, con el siguiente orden: la preocupación por el sobrepeso afectaría a la fuerza y ésta a la egosintonía. En cambio, en la egodistonía tanto la fuerza como la aceptación del pensamiento mediarían en la relación, y el proceso sería el siguiente: la satisfacción con áreas corporales específicas hará que el pensamiento se mantenga con menor fuerza, y a la vez, la fuerza hará que la egodistonía sea menor, así a mayor satisfacción, mayor egodistonía. Por otro lado la satisfacción general con la imagen corporal hará que la persona se

resista a la creencia, y esta resistencia hará que aumente la egodistonia. Este dato apoya la idea de la relevancia del tratamiento de la imagen corporal que ha sido incluida en muchos programas de evaluación y tratamiento de los TA (Garner, 2004; Slade, 1988; Thompson, 1992), puesto que mejorar la satisfacción con la imagen corporal según nuestros datos, posiblemente tendría un efecto en egosintonía y egodistonia del pensamiento al disminuir la sobrevaloración del mismo. Además, este resultado pone de relieve los planteamientos de Higgins (1987) sobre la relevancia de la internalización del estándar cultural como propio a la hora de afectar al Yo, ya que según nuestros datos sólo cuando se sobreestima la importancia de la apariencia física, la imagen corporal será valorada como relevante para el Yo. Así, que una persona esté insatisfecha con su cuerpo no tendrá consecuencias en su sentido de Yo a menos que sobreestime la importancia de la imagen corporal, tal y como señalaban los resultados de Bessenoff y Snow (2006), los cuales encontraron en chicas estudiantes que las discrepancias entre el *Yo real* y *Yo ideal* desde su propio punto de vista mediaban la relación entre la discrepancias entre el *Yo real*-*Yo debido* desde el punto de vista de la sociedad y los sentimientos de vergüenza asociados al cuerpo.

Egodistonia y Egosintonía en TOC y TA: análisis comparativo en población subclínica

Dado que no contamos con una muestra de pacientes diagnosticados con TOC para poder comparar con las pacientes con TA, quisimos hacer un análisis tentativo a nivel de población subclínica, comparando al grupo con un elevado riesgo de padecer un TA con un grupo extraído también de la población general de personas con elevado riesgo de padecer un TOC. Los grupos estaban equiparados en variables socioeconómicas. En primer lugar comparamos las puntuaciones en la segunda parte de INPIAS para los subclínicos TA y del INPIOS del grupo subclínico TOC.

En ambos grupos, las intrusiones resultaban molestas en un grado similar, e interferían de manera leve en su concentración. Respecto a la frecuencia, en ambos

casos los PI eran experimentados con una frecuencia cercana a una o dos veces por semana, como es esperable, mayor a la que ha sido informada en anteriores estudios en población general en las que también se han empleado cálculos de la frecuencia media real (García-Soriano, 2008; Sánchez-Reales, 2009). Sin embargo, para el grupo subclínico TA sus intrusiones tenían unas peores consecuencias emocionales, se sentían más tristes, más culpables, y experimentaban más vergüenza por tener sus PI que el grupo subclínico de TOC. Además, también valoraron su intrusión como más inaceptable, y su control como más importante. En cambio, el grupo subclínico TOC obtuvo mayores puntuaciones en la valoración sobre el peligro que podría acarrear tener el PI. Por lo que respecta a las estrategias, y probablemente por la falta de diferencias en la molestia, interferencia y frecuencia entre las dos muestras, no se encontraron diferencias en el empleo de estrategias para su control, y a pesar de que para la muestra subclínica TA la intrusión tenía peores consecuencias emocionales, sólo se encontraron diferencias en el autocastigo, una estrategia que ha destacado por su asociación con el TOC, como se comentaba anteriormente. No obstante, en este caso fue el grupo subclínico TA quien dijo emplearla con mayor frecuencia. Los resultados obtenidos en las muestras subclínicas, difieren de los datos al comparar pacientes con TOC de pacientes con TA obtenidos en un estudio anterior de nuestro grupo, donde los pacientes con TOC obtuvieron mayores puntuaciones en molestia, FPA-Moral, responsabilidad, importancia de controlar el pensamiento aunque sólo respecto a los grupos ANP y BNP, pero no de ANR. También los pacientes con TOC se diferenciaron en la sobreestimación de la amenaza, puntuando más que todos los subtipos de TA (Roncero, García-Soriano, Perpiñá y Belloch, 2011). Estos datos sugieren que existe una diferencia entre los clínicos y las personas que no han tenido patología, por lo que los resultados no serían extrapolables a la población clínica.

A continuación se compararon la egosintonía y egodistonía entre las poblaciones de riesgo de TA y TOC, donde también se encontraron puntuaciones similares. Sólo el grupo subclínico de TOC evaluaron sus intrusiones como más morales, aunque las puntuaciones no llegaron a 2,5= *“algo de acuerdo”*. Observando las

puntuaciones, ambos grupos valoraron sus PI como racionales y coherentes con su personalidad y al mismo tiempo como indeseables. Este resultado es muy llamativo puesto que la tendencia que sigue la población subclínica de TA es la misma a la encontrada en pacientes con TA, sin embargo, los datos de la muestra subclínica TOC son algo más sorprendentes ya que hubiera sido esperable la valoración de sus intrusiones como inmorales, irracionales e incoherentes con su personalidad. En un estudio reciente llevado a cabo por Clark y Purdon (2009) encontraron que entre los motivos para tratar de librarse de las intrusiones análogas a obsesiones presentes en población no clínica estaba la valoración del pensamiento como inmoral, no ético e inconsistente con su Yo ideal. En cambio, nuestra muestra los valoró como racionales y coherentes con su personalidad. Nuestro resultado puede deberse a dos causas principalmente, la primera es que nuestra muestra no es clínica, por tanto sus intrusiones no llegan a ser obsesiones y la persona efectivamente las valora como pensamientos racionales. Por otra parte, podría estar influyendo el contenido de las intrusiones escogidas como más molestas, puesto que la gran mayoría forman parte de las obsesiones categorizadas como reactivas (Lee y Kwon, 2001), más cercanas al “worry” característico del TAG: dudas, contaminación, y orden, que tienden a ser valoradas como menos egodistónicas y más racionales y realistas en comparación a las autógenas (García-Soriano, 2008; Langlois et al., 2000; Lee y Kwon, 2001).

En este punto, y dado el patrón que hemos encontrado en ambos tipos de intrusiones en la población subclínica: Racional y coherente con la personalidad (Yo real), pero a la vez Indeseable (Yo temido), quizá lo que compartan intrusiones alimentarias e intrusiones obsesivas de tipo reactivo, y lo que causa la molestia de estas intrusiones, sea la cercanía o la poca discrepancia desde el punto de vista de la persona entre el “como soy” con el “como temo ser” y “como no debo ser”. En un estudio llevado a cabo por Ferrier y Brewin (2005) encontraron que la discrepancia entre el *Yo real* y el *Yo temido* en pacientes con TOC y otro grupo de pacientes con trastornos de ansiedad no difirió en términos de distancia, aunque sí en relación con las características del *Yo temido*. Mientras que los pacientes TOC temían un Yo peligroso,

malvado e inmoral, el otro grupo clínico definió a su *Yo temido* como ansioso y deprimido, y sus discrepancias sí fueron menores a las encontradas en el grupo de no clínicos. También coinciden Aardema y O'Connor (2007) en señalar la importancia del *Yo temido* en el TOC, donde los pacientes se centran en un Yo "como podría ser" y no en el Yo "como es", que tiene en la base una falta de confianza en el sí mismo, una excesiva monitorización y una desconfianza en el Yo "como es" lo cual provoca una desconfianza en el Yo.

OBJETIVO 2.

ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS NUCLEARES Y METACOGNICIONES.

Algunos autores han señalado la importancia de las creencias nucleares y las metacogniciones en los TA (p. ej. Cooper et al., 2009; Waller et al., 2007). Además, su estudio podría ser beneficioso para abordar los tratamientos sobre todo de pacientes que se resisten al tratamiento. Por ello, en un primer momento evaluamos si las creencias nucleares sobre el Yo se asociaban a las creencias metacognitivas. En la muestra de pacientes destacó la predicción por parte de la *Sobreestimación del peligro* de las dimensiones de *Separación y rechazo*, y *Sobrevigilancia e inhibición* con unos porcentajes de varianza explicada muy elevados: 46% y 49% respectivamente. Ni en la población subclínica ni en la no clínica las asociaciones alcanzaron la corrección de Bonferroni, y en cualquier caso, el patrón fue diferente en ambas muestras.

A continuación, y de manera tentativa, comparamos la muestra de población con riesgo de TA con la muestra con elevado riesgo de TOC en las creencias nucleares y metacogniciones. Se encontraron diferencias sólo en 2 creencias nucleares: los subclínicos de TOC indicaron sentirse más incompetentes, y tener una peor autodisciplina, lo que parece indicar que incluso en población de riesgo las creencias nucleares podrían ser relevantes. Respecto a las metacogniciones, los subclínicos TOC daban más importancia a sus pensamientos que la muestra de población subclínica de TA, lo cual parece congruente con los autores que han destacado el interés de la valoración sobre la *Importancia del pensamiento* en la génesis de las obsesiones, como Rachman (1997) o Wells (2000).

Creencias nucleares y su asociación con variables relevantes de los PI.

Desde las primeras descripciones de los TA, y en concreto de la AN, estos trastornos han sido descritos con fracasos y frustraciones que no necesariamente están asociados con la apariencia física (p. ej. Bruch, 1988; Cooper et al. 1998). Recientemente se vienen estudiando los esquemas característicos de estas pacientes, pero el problema es que los autores utilizan el término “esquema” para describir diferentes constructos. En este estudio hemos optado por evaluar las creencias descritas por Young por medio del YSQ por dos motivos, primero porque la mayoría de estudios de creencias nucleares se han realizado con esas mismas creencias, permitiendo comparar nuestros resultados, y en segundo lugar porque ha mostrando buenas propiedades psicométricas en estudios con muestras de pacientes TA (p. ej. Waller et al., 2000).

En la muestra de pacientes las asociaciones entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos y la sintomatología alimentaria fueron escasos, destacando la *Sobrevigilancia e inhibición* con el factor *Dieta* del EAT. El factor del EAT evalúa la excesiva preocupación por la apariencia y la restricción, por lo que no resulta extraño que se asocie precisamente con un dominio relacionado con la supresión de los sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas, establecerse metas rígidas, y llevar una conducta ética a expensas de la felicidad y autoexpresión. En ambos casos se valoran aspectos que se asocian a la psicopatología alimentaria, y específicamente a la restrictiva, que se ha descrito típicamente por sus rasgos de perfeccionismo, rigidez y escrupulosidad moral (Bastiani et al., 1995; Bardone-Cone et al, 2007; Shafran et al., 2002). Sin embargo, ningún dominio se relacionó con la imagen corporal, pero sí con un estado de ánimo negativo general: síntomas obsesivo-compulsivos, depresivos y ansiosos, lo cual sugiere que los esquemas pudieran asociarse a una mayor gravedad en cuanto a comorbilidad afectiva. Cabe destacar que como era esperable, se observó relación entre la baja autoestima y 4 de las 5 dimensiones, aunque sólo superó la

corrección de Bonferroni el *Deterioro en la autonomía*, dominio asociado al fracaso y a la incompetencia. Por lo que respecta a la población subclínica y no clínica sólo se encontraron asociaciones entre la baja autoestima y los dominios *Desconexión y rechazo* y *Deterioro en la autonomía*, respectivamente.

Cuando se analizó si las creencias nucleares se relacionaban a la egodistonia y egosintonía, los resultados señalaron que no había asociación alguna en las muestras evaluadas. Este dato no nos sorprende, puesto que la egosintonía y egodistonia se refieren a aspectos del sí mismo pero en relación con una única intrusión mental, por lo que era complicado hallar asociaciones entre estos niveles tan distales de la psicopatología alimentaria.

A continuación se llevaron a cabo análisis para averiguar las diferencias entre grupos en los esquemas desadaptativos. Respecto al dominio *Separación y rechazo*, tras controlar los síntomas depresivos se mantuvieron las diferencias entre grupos en los esquemas *Aislamiento social*, *Privación emocional*, e *Imperfección/vergüenza*, los cuales discriminaron entre los grupos clínicos de mujeres recuperadas, subclínicos y no clínicos. Este resultado es coherente con anteriores estudios sobre creencias nucleares en pacientes con TA que han demostrado que los esquemas del dominio *Separación y rechazo* son especialmente relevantes en TA (p. ej. Jones et al., 2005; Lawson et al., 2007; Leung 2007; Roncero, Perpiñá, y Azrilevich, 2011; Unoka et al., 2007, 2010). Waller y colaboradores (2002) plantearon que dos de los 4 esquemas más relevantes en la bulimia eran los de *Imperfección/vergüenza*, y *Fracaso*, que también forma parte del mismo dominio. Además, las creencias de este dominio se han planteado como especialmente dañinas, pues se forjan en la infancia, en el núcleo familiar, por lo que resultan más complicadas de modificar. Por otra parte, una de las pocas investigaciones sobre el impacto de los esquemas en el tratamiento señaló a la *Imperfección/vergüenza* como predictor de una peor respuesta al tratamiento en un grupo de BN, indicando lo que ya señalaron Treasure y Schmidt (2001), sobre la relevancia de dirigirse a las creencias nucleares en terapia, a veces como primer objetivo, para poder avanzar.

En el dominio *Límites insuficientes* sólo el esquema *Insuficiente auto-disciplina* discriminó entre clínicos y el resto de grupos, y a nivel de grupos se observó que los 3 grupos clínicos se diferenciaron de subclínicos y no clínicos, a pesar de que esta creencia es la tercera que planteó Waller (2000, 2002) como característica de la patología bulímica.

Respecto al dominio *Sobrevigilancia e inhibición*, que destacó por su asociación con el factor *Dieta* del EAT, llama la atención que los esquemas capaces de diferenciar entre clínicos y el resto de grupos fueron el *Pesimismo*, que no se destaca en estudios anteriores por su asociación con los TA, y la *Inhibición emocional*. Por el contrario, ni las *Metas inalcanzables*, ni el *Autocastigo* entraron en la función discriminante. En la *Inhibición emocional* sólo las pacientes con sintomatología tipo AN y BN se diferenciaron del grupo no clínico. En un estudio anterior, este esquema predijo la frecuencia de los atracones (Waller, 2000), y también se asoció a la restricción del EDI-II (Waller, 2002). Además, sorprende que en el esquema de *Metas inalcanzables* no se hayan observado diferencias entre grupos, pues es un esquema que se ha asociado especialmente al TOCP y al perfeccionismo (Reeves y Taylor, 2007; Waller, 2002), por lo que sería esperable haber encontrado diferencias al menos entre las pacientes tipo AN y los no-clínicos.

En los resultados sobre el dominio *Deterioro en la autonomía* se encontraron diferencias entre grupos en los 4 esquemas que componen el dominio, siendo los esquemas de *Dependencia/incompetencia* y *Apego inseguro* los que diferenciaron a los grupos clínicos del resto. Precisamente, el esquema de *Dependencia e incompetencia* se ha observado en otros estudios como relevante en la patología alimentaria (Lawson et al., 2007; Leung et al., 2007; Waller et al., 2002), y parece que media entre las relaciones paternas y la sintomatología TA (Jones et al., 2005; Turner et al., 2005). Además, se asocia al concepto *Powerlessness* con el que se ha caracterizado a las pacientes con TA (Wolff y Serpell, 1998; Guidano y Liotti, 1983), y a las creencias

nucleares destacadas por Cooper y colaboradores (1998) como los sentimientos de inutilidad, y de falta de valía personal.

Finalmente, en el dominio *Dirigirse hacia los demás*, se encontraron diferencias en *Subyugación* y *Autosacrificio* entre las pacientes con sintomatología AN y BN con no clínicas, y ambos formaron parte de la función capaz de distinguir entre clínicos y el resto de grupos. Ambos esquemas se han destacado en otros estudios de creencias nucleares en TA (p. ej. Jones, et al., 2005). Además, tanto la *Subyugación* como el *Autosacrificio* implican una excesiva entrega hacia los demás en detrimento de las propias necesidades, recogido en el concepto de *Selflessness*, que se ha asociado a la patología alimentaria (Bachar et al., 2002, 2010; Bachner-Melman et al., 2007).

En resumen, según nuestros resultados las creencias nucleares efectivamente se asocian a la patología alimentaria, presentes en mayor medida en pacientes que en población no clínica. En concreto, los esquemas de *Imperfección/vergüenza*, *Privación emocional*, *Aislamiento social*, *Insuficiente autodisciplina*, *Pesimismo*, *Inhibición emocional*, *Dependencia/incompetencia*, *Apego inseguro*, *Subyugación* y *Autosacrificio*, parecen importantes a la hora de caracterizar a las pacientes en comparación al resto de grupos. Además, el dominio *Separación y rechazo*, parece el más relevante. Estos datos concuerdan con otros estudios anteriores que también han empleado el YSQ, señalando la importancia de cuestiones nucleares del Yo en estos trastornos, como ya habían señalado otros autores décadas atrás, al destacar un Yo débil, desagradable (p. ej. Garner y Bemis, 1982; Guidano y Liotti, 1983). También concuerda con estudios llevados a cabo siguiendo la teoría de la discrepancia, según los cuales, también las discrepancias entre los diferentes Yoes en general, no sólo las asociadas a atributos de la imagen corporal, se asociaron a la patología alimentaria (Higgins et al., 1992; Strauman et al., 1991). Por tanto, a pesar de que no existe un consenso sobre cuáles son los esquemas específicos de los TA, el acercamiento en terapia a las creencias nucleares sobre el Yo con su evaluación y tratamiento puede ser especialmente relevante. Además, posteriores estudios deberían esclarecer si, como Rachman (2007)

plantea respecto al TOC, las visiones negativas de uno mismo no podrían estar influidas o ser consecuencia de la lucha continua con el trastorno.

Creencias metacognitivas y su asociación con variables relevantes de los PI.

El estudio de estas valoraciones metacognitivas puede ser importante, ya que podrían estar asociadas al desarrollo y mantenimiento del trastorno (Coelho et al., 2008; Shaffran, 2002) y en concreto asociarse al desarrollo y mantenimiento de las intrusiones alimentarias, y además esclarecer semejanzas y diferencias con el TOC (Shaffran, 2002).

Cuando analizamos las asociaciones entre las creencias obsesivas y la psicopatología general encontramos principalmente asociación con los síntomas compulsivos, y con el estado de ánimo negativo en general: depresión, ansiedad, menor autoestima y obsesividad. Además, también encontramos asociaciones leves con la imagen corporal y mayores con la sintomatología alimentaria, destacando la asociación entre el factor *Dieta* y la *Responsabilidad*, *TAF-Moral* que también se asoció al factor *Control oral*, y finalmente con la *Sobreestimación del peligro*, también relacionada con el factor *Bulimia*.

Dado que estas metacogniciones se han planteado como la base que hará que la persona valore de una manera disfuncional sus pensamientos y esto a su vez, aumente el afecto negativo asociado al mismo, podríamos esperar que las creencias metacognitivas se asociaran a la egodistonía de los PI. Sin embargo, todas las asociaciones significativas entre egosintonía y egodistonía de las intrusiones alimentarias con las metacogniciones fueron con los factores de egosintonía, no de egodistonía. Este resultado es coherente si recordamos que la egosintonía de los PI alimentarios es precisamente lo que se asoció a la patología y a la poca conciencia de enfermedad. En pacientes las asociaciones muestran que la creencia general de que tener un pensamiento aumenta la probabilidad de que éste ocurra (*FPA-Probabilidad*)

se asocia a la racionalidad del PI alimentario más molesto. En población subclínica, que un pensamiento sea valorado como deseable se asoció una menor creencia general de la importancia de controlar los pensamientos, y menor intolerancia a la incertidumbre, y la valoración del pensamiento como moral se asoció a la creencia acerca de la importancia de los pensamientos. En el grupo no clínico llama la atención que las creencias disfuncionales se asociaron a la valoración de un pensamiento como racional, en concreto se asoció a una mayor *Importancia de controlar los pensamientos*, mayor *Intolerancia a la incertidumbre*, y mayor *Perfeccionismo*. Precisamente estas tres creencias están muy asociadas a la caracterización de la patología restrictiva: la necesidad de control y de previsibilidad o simplicidad (Vitousek y Hollon, 1990), y al perfeccionismo (Bastiani et al., 1995; Halmi et al., 2000). En el estudio de Humpherys, Clopton y Reich (2007) con población general, estos autores encontraron en una muestra de estudiantes una asociación significativa entre las creencias TOC medidas con el *Obsessional Beliefs Questionnaire* (OBQ) y síntomas de TA en una muestra de 160 estudiantes, donde el *Perfeccionismo* predijo el 5% de la varianza de la sintomatología alimentaria, y fue el responsable de la relación entre los TA y el TOC. Por tanto, la creencia sobre el perfeccionismo parece tener un papel importante tanto en la relación con el TOC como con la egosintonía de las intrusiones alimentarias. De manera tentativa, la importancia de esta creencia para ambos trastornos, y su demostrada relación con el TPOC en diversos estudios, sugiere que aspectos centrales de este trastorno de personalidad constituya un nexo de unión entre el TOC y los TA.

A continuación valoramos si existían diferencias entre los grupos de participantes. Las diferencias básicamente se encontraron entre los subtipos AN y BN de TA con el grupo de no clínicos. El grupo de trastorno por atracón no se diferenció de ningún grupo. Por otra parte, las mujeres recuperadas puntuaron significativamente menos que las pacientes de los grupos tipo AN y BN en *Importancia de los pensamientos*, *FPA-Probabilidad* y *Sobreestimación de la amenaza*. Tras controlar el efecto de la depresión en las diferencias encontradas, todas se anularon menos en *Importancia de controlar los pensamientos* y *TAF-Probabilidad* que a su vez estuvieron

mediadas por la obsesividad, ya que se anularon tras controlar con el CBOCI. Por tanto, es interesante destacar que las diferencias en la *Importancia de controlar los pensamientos* y la *FPA de tipo probabilidad* se explican por las diferencias en la sintomatología obsesivo-compulsiva. En el estudio llevado a cabo por Lavender, Shubert, de Silva y Treasure (2006) sobre creencias obsesivas en pacientes TA y pacientes TOC, no encontraron diferencias entre subtipos AN, BN y TCANE en la mayoría de las escalas. Los pacientes con TA puntuaron más que los pacientes recuperados en todas las escalas excepto en *Responsabilidad*. Además, también puntuaron más que los pacientes con trastornos de ansiedad diferentes al TOC, y a los pacientes TOC en casi todas las escalas. Una limitación importante que presenta el estudio fue la imposibilidad de controlar la gravedad de la patología y que no se exploró la comorbilidad TOC en la muestra de TA. Por lo tanto, dado que no se controló el nivel de obsesividad, los resultados (nivel elevado de creencias obsesivas en pacientes TA) podrían explicarse por una elevada comorbilidad de TOC en las pacientes. En cambio, en nuestro estudio ninguna de las pacientes presentaba comorbilidad con TOC, y pese a eso se comprobó que todas las diferencias se debieron a la sintomatología depresiva y obsesiva. Además, las diferencias entre nuestros resultados y el de Lavender y colaboradores (2006) podría deberse a diferencias en la gravedad del TA, pues hay que tener en cuenta que la mayoría de nuestras pacientes estaban bajo tratamiento.

El análisis discriminante mostró que la *Importancia de los pensamientos* y la *Importancia de controlar los pensamientos* fueron las únicas creencias que discriminaron entre clínicos y no clínicos. La relevancia de la creencia sobre la *Importancia de los pensamientos* se ha demostrado en diversos estudios a través de la creencia FPF (Rachman y Shaffran, 1999; Shafran et al., 1999), y también se ha destacado la valoración sobre la importancia del pensamiento respecto a escalada de las intrusiones como origen del TOC (Belloch, et al., 2007; OCCWQ, 2001, 2003). Pero si volvemos a los resultados del objetivo anterior sobre las valoraciones disfuncionales y egosintonía y egodistonia, observamos que la *Importancia de los pensamientos* tenía una relación negativa con la egodistonia en pacientes, por tanto, diferente a lo

esperable con el TOC. Por otra parte, la *Importancia de control*, se ha planteado como un rasgo esencial en la patología alimentaria (p. ej. Polivy y Herman, 2002; Slade, 1982), según Fairburn (1998) la necesidad de control del sí mismo se ve dominada por un control sobre la alimentación, dado que proporciona de un control que es directo, tangible y evidente. Sin embargo, a pesar de que el trastorno les aporta una sensación de control sobre su cuerpo, en ocasiones se sienten a su vez controladas por el trastorno (Serpell et al., 1999) y sus pensamientos (Woolrich et al., 2008). En este caso, en pacientes con TA también encontramos una direccionalidad no esperada en relación a la *Importancia de controlar los pensamientos*, pues a mayor racionalidad y moralidad del pensamiento, menor es la necesidad de controlar la intrusión. Por tanto, el hecho de que estas dos creencias diferencie a los clínicos con TA de los no clínicos podría sugerir una similitud con lo estudiado sobre el TOC, sin embargo es precisamente algo que los distingue, puesto que probablemente por la diferente naturaleza de los pensamientos, la relación con la patología es distinta: cuanto mayor es la gravedad de una paciente con TA más egosintónicos son sus pensamientos y menor será la importancia de controlarlos. En cambio, cuando la paciente haya mejorado y valore el pensamiento como más egodistónico, menor importancia que le otorgará al mismo.

Por tanto, tomando en conjunto nuestros resultados sobre las creencias generales y las valoraciones disfuncionales de las intrusiones, con los resultados de anteriores estudios sobre estas variables en TA, parece que tanto los estudios que han evaluado las metacogniciones atribuidas al TOC (p. ej. Humpherys et al., 2007; Lavender et al., 2006; Roncero et al., 2011), como las que valoran otro tipo de metacogniciones, como en los estudios de grupo de Cooper (p. ej. Cooper et al., 2007; Woolrich et al., 2008) donde también encuentran niveles elevados de metacogniciones en pacientes TA, todos indican que las creencias de los pensamientos en estas pacientes podrían jugar un papel importante en la patología, por lo que quizá las pacientes se beneficien de sesiones educativas y/o reestructuración cognitiva centrada en este tipo de distorsiones que les ayuden a manejar de una manera más funcional sus pensamientos. Sin embargo, también podemos asegurar que todavía estamos lejos de

establecer un perfil de cuáles son las creencias relevantes en estas pacientes, si existen diferencias entre subtipos y si las valoraciones se modifican según la gravedad del trastorno, como nuestros datos parecen sugerir. Por otra parte, no pensamos que el hecho de encontrar estas valoraciones que se han atribuido típicamente a los TOC en las pacientes con TA pueda tomarse como evidencia sobre la relación entre ambos trastornos. Y decimos esto por dos razones principalmente, la primera porque ni siquiera en el TOC se ha llegado a un consenso sobre cuáles son las creencias más importantes, sino que hay que tener en cuenta los diferentes contenidos de las obsesiones a la hora de poder establecer un patrón de creencias como se ha visto en diversos estudios (p. ej. Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2006; Emmelkamp y Aardema, 1999; Giménez et al., 2004; Siev, Steketee, Fama, y Wilhelm, 2011), y seguramente también influyan otros factores como la gravedad del trastorno. Y segundo, porque estas valoraciones no se han observado únicamente en el TOC, también parece que jueguen un papel relevante en otros trastornos de ansiedad (Morillo, 2004; Tolin et al., 2006), y otros trastornos no ansiosos como por ejemplo en la depresión (Morillo, 2004; Julien et al. 2007), y el juego patológico (Anholt et al., 2004). Así, quizá tener en cuenta factores intrínsecos a las cogniciones, como pueda ser la egosintonía y egodistonia de las mismas, ayude a establecer un patrón de las valoraciones disfuncionales características entre diferentes tipos de pensamientos, que no de trastornos.

SUMMARY OF DISCUSSION

Objective 1. egosyntonicity and egodystonicity of intrusive thoughts.

The main objective of this study was to analyze the egosyntonicity and egodystonicity of eating related intrusive thoughts and intrusive thoughts analogous to obsessions. Generally, ED has been defined as egosyntonic (e.g. Vitousek and Hollon, 1990), while OCD and obsessions, the main components of the disorder, are characterized by egodystonicity (Rachman and Hobson, 1980; Clark, 2004). In our view, this feature may represent one of the main differences between the two disorders at a cognitive level, although to date there has been no specific analysis from a multidimensional perspective. To carry out the analyses of egodystonicity and egosyntonicity, we adapted and created two specific instruments based on the Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ; Purdon et al., 2007). Following the process of analyzing the factorial structure and reducing the items, we obtained the *Ego-dystonicity Questionnaire-Reduced version* (CED-R) and the *Ego-syntonicity Questionnaire* (CES), each composed of 27 items grouped into 3 factors, but with opposite meanings. Factor 1 (10 items) was called "*Undesirability of thought and refusal to become reality*" (CED-R) vs. "*Desirability of thought and desire to become a reality*" (CES); Factor 2 (10 items) was called "*Irrationality and inconsistency with the personality*" (CED-R) vs. "*Rationality and consistency with the personality*" (CES); and Factor 3 (7 items) was called "*Immorality / inconsistency of the thought with morality and ethics*" vs. "*Morality, consistency of thought with morality and ethics*" (CES). This factorial structure did not replicate the original one found in the Purdon et al. study (2007). This may be due in part to the fact that the original EDQ was completed with thoughts with content related to OCD, whereas the CED-R and CES were completed with thoughts related to ED. Moreover, the instructions given to the participants were also different.

The analysis of the new factors resembles the tripartite structure of the Self proposed by Higgins (1987) in the Self-Discrepancy Theory. Our factor "*Desirability of thought and desire to become a reality*" would be the *Ideal Self*, the representation of the aspirations and wishes of the person. The second factor, "*Rationality and consistency with the personality*", would be associated with the *Actual Self*, the characteristics that people think they have. And the factor "*Morality, consistency of thought with morality and ethics*" would correspond to the *Ought Self*, or the representation of one's sense of duty, obligation or responsibility. Regarding the egodystonicity factors (CED-R), they would correspond to the reformulation by Markus and Nurius (1986) and Ogilvie (1987), which posed the existence of *Undesired and Feared Selves*, representing the Self the person does not want to become and acting as a motivational force to avoid or escape the feared representations (Carver, Lawrence, and Scheier, 1999).

The reliability and validity analyses indicated that both the CES and CED-R are reliable and valid questionnaires to assess the egodystonicity and egosyntonicity of IT. Results points out that egodystonicity and egosyntonicity consist of more than one aspect, which are relatively independent. Moreover, the moderate association between the two questionnaires suggests that egodystonicity and egosyntonicity do not form a single dimension, but are best evaluated independently.

Eating Intrusive Thoughts

The comparison between groups on the eating intrusive thoughts showed that non-clinical samples recovered from ED, and women scored lower than other groups on two of the three factors: *Physical Appearance and diet* and *Disordered eating and purging*. There is a noteworthy similarity between subtypes of patients in the frequency of experiencing intrusions, which suggests a cognitive component common to the patients that would decrease with recovery from the disorder. Therefore, it could be hypothesized that the decrease in intrusions could be an indicator of recovery from an ED. Moreover, the fact that people at high risk of ED show a frequency comparable to that presented by ED patients could be taken into account in prevention programs. A

high frequency of mental intrusions obtained with the INPIAS could be interpreted as a sign of vulnerability. Perhaps the INPIAS can be used as a complementary measure to the questionnaires that directly assess eating symptoms, which may be more likely to be completed in a more "desirable" way or influenced by the denial of the disorder (Vandereycken and Vanderlinden, 1983).

Our results are consistent with the observation first highlighted by Rachman and de Silva in 1978 about the universality of this kind of cognitions, and subsequently supported by studies with other types of IT, not only those analogous to obsessions (e.g. Belloch et al., 2004, Morillo et al., 2007, Purdon and Clark, 1993, 1994). Moreover, in the case of ED, experiencing this type of intrusions is necessarily influenced by the concern and importance that modern society gives to appearance as an important value, reflected in the so-called "normative discontent" (Rodin et al, 1984).

When participants were asked to choose the most upsetting IT from the list of 50 intrusions on the INPIAS, the majority chose an IT from the *Appearance and diet* factor, regardless of the group to which they belonged. However, differences were found between groups in frequency. It is noteworthy that recovered women experience their intrusions less frequently than the group of people at risk of ED. This may be due to the fact that recovered women were further treated to get rid of the intrusion or prevent it from appearing in any way, or perhaps to avoid following the flow of the thought when it appears. If we compare the frequencies of the most upsetting eating-related intrusion with intrusions analogous to obsessions and obsessions obtained in the work by García-Soriano (2008), it is striking that we find similar frequencies in both the general population and patients. On the one hand, the non-clinical population in our study showed a frequency of 3.00 (SD = 1.29) vs. 3.37 (SD = 1.35) in the study by García-Soriano. Moreover, in ED patients the frequency was between 5.21 and 5.50, vs. 5.62 (SD = 0.56) in OCD patients.

Regarding the consequences for all groups except the non-clinical population, their intrusions were very upsetting, although they only seemed to interfere with the

concentration of the patients. Both patients and subclinical ED women find their IT quite difficult to control. The patients also showed more dysfunctional appraisals like giving importance and personal meaning to their IT, feeling insecure, and attributing to themselves the responsibility for avoiding any negative consequences, along with the need to control intrusions. Perhaps for these appraisals, the intrusions have negative effects on mood, causing patients to feel anxious, sad, and guilty. Furthermore, if we follow the cognitive model proposed on intrusions in OCD, this negative mood will trigger the need to control the intrusion, as indeed we see reflected in the data, because the patients attempt to be distracted in order to control the thoughts. However, it is important that patients too often did what the thoughts dictated to them, probably because of the personal meaning of their intrusions, as they deal with issues related to appearance and diet, consistent with what we want to achieve: thinness and body control. As for the ED recovered women, it is striking that, although their intrusions are unpleasant, and they give personal meaning to them and think it is important to control them, the IT does not have a negative effect on their mood, which is a good indicator, along with the fact that they do not put much effort into controlling the IT, frequently using distraction as a strategy and not following what the intrusion dictates.

Regarding the format in which patients experienced their IT, most of them reported that their intrusions appeared in a verbal format, except for the EDNOS purging type subgroup, who said they experienced their IT mostly as images. The only studies that have specifically analyzed the images experienced by patients with ED were with patients with a purgative component (Somerville et al., 2007, Hinrichsen et al., 2007), and in both cases it was found that more than half of the patients experienced spontaneous images, where the more vivid and sensory the elements were, the worse the emotional consequences. We do not know if these intrusions were followed by an elaborative process of the thought, perhaps in a way similar to the worry characteristic of Generalized Anxiety Disorder, which, following the Elaborated Intrusion Theory of Desire, could have an image format associated with greater emotional consequences (Kavanagh et al., 2005).

Egodystonicity and egosyntonicity of the most upsetting intrusive thoughts.

The groups of patients and the group of ED recovered women stressed the *Undesirability of the thought and refusal to become reality*, and *Immorality and inconsistency with morality and ethics*. However, the intrusion was assessed as *Rational and consistent with personality*. Thus, eating-related intrusions do not seem to be either completely egodystonic or egosyntonic. There is an observed concordance with the personality, with the *Actual Self*, and, moreover, they are valued as rational thoughts, in most cases completely contrary to reality, such as intrusions about overweight. However, the IT were evaluated as undesirable, which may be largely determined by their contents, which are mainly negative: "*I'm fat*," "*I look horrible*" or "*I shouldn't have eaten any of this*", representing their Feared or Undesired Self, an overweight and unattractive Self. Moreover, we found no differences between patient subtypes, indicating that it is a trans-diagnostic aspect, unlike what has been observed with different subtypes of obsessions (Purdon et al., 2007).

Taking into account the limitations of our data, as we evaluate the egodystonicity and egosyntonicity of one IT, and the fact that our measure does not assess the exact components of the Self, if we interpret the results based on the Self-Discrepancy Theory, the proximity or concordance found between the *Actual* and *Feared Self* might be responsible for the motivation or the urge to avoid or combat the feared Self (Carver et al. 1999; Markus and Nurius, 1986). Thus, this discrepancy would prompt the patient to act in a dysfunctional way, such as fasting or purging, thus functioning as a maintaining factor of the disorder. In addition, the discrepancy between the *Actual Self* and the *Ideal self*, which would be associated with low scores on the *Desirability* factor and high scores on the *Rational factor*, could be the cause of the distress produced by the thoughts, since, as has been observed in other studies, this discrepancy determines the welfare of the person (Hepp and Ogilvie, 2003; Ogilvie, 1987) and is consistent with studies on the discrepancy between these two Selves and its association with food

symptoms (Cash and Deagle, 1997; Snyder, 1997; Szymansky and Cash, 1995). In the subclinical population, the same trend was found as in patients and ED recovered women, highlighting the rationality, undesirability, and immorality, although only the first two exceeded the score indicating agreement (2.5). Interestingly, the subclinical group did not assess their IT as immoral. Therefore, immorality, the core component of egodystonicity according to Rachman (2007), could mean the difference between patients and those who have never had the disease. Finally, in the population without risk of ED, although they did not score more than 2.5 in any factor, differences were found between the *Desirability* and *Undesirability* of the IT, and between *Rationality* and *Irrationality*, in favor of the former, following the trend of the sub-clinical sample and indicating the dimensionality of these factors.

The comparison between groups showed significant differences between the non-clinical sample and the other participants, except the subclinical group, in the most important factors: *Rational*, *Undesirable* and *Immoral*. This difference between the non-clinical population and the other groups in egosyntonicity, and especially egodystonicity, was one of the aspects stressed by Rachman and de Silva (1978) regarding the differences between the intrusions analogous to obsessions in the general population and clinical obsessions. As our results indicate, people without risk of ED would differ from other groups in that the eating IT do not represent such an essential part of them. In contrast, in patients, subclinicals and ED recovered women, appearance is an essential part of their Self, as has been noted throughout history from the earliest approaches to AN, such as that of Bruch (1973).

The fact that the sample of recovered patients shows levels of egodystonicity and egosyntonicity comparable to those found in patients suggests that the importance of physical appearance and diet to the self, or the internalization of the cultural standard of thinness, is stable over time and does not disappear after recovery from the disorder, which could make the person continue to be vulnerable to the ED, and might be associated with the high relapse rate of patients with ED, as demonstrated by some

studies on relapse factors in ED (e.g. Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock and Woodside, 2004; McFarlane, Olmsted, and Trottier, 2008).

The components of egodystonicity and egosyntonicity in patients showed a low association with psychopathology measures, highlighting the positive relationship between *Rationality and coherence of thought* and the *Diet EAT* factor, which indicates a concern with body shape, the desire to be thinner, and avoidance of foods high in calories, consistent with a Self dominated by issues of physical appearance. The population without risk of ED showed larger associations and a different pattern. In this case, egosyntonicity factors were associated with the *EAT Oral Control* factor, which indicates a high risk of an ED. Therefore, just as in the case of the frequency of mental intrusions, valuing their IT as egosyntonic could be a risk indicator for an ED.

Patients with a high frequency of intrusions rated their eating IT as more egosyntonic than those who experience them less frequently. In response to Morillo's affirmation (2004) about the relevance to the egodystonicity of "how" the thoughts are experienced (e.g. frequency) versus the content, we might think that having an eating IT very often would cause it to be rated as more egodystonic because it would seem excessive, even when the content is evaluated as egosyntonic. However, for eating IT this is not true; on the contrary, the results indicate that the higher the frequency, the greater the egosyntonicity. This finding may reflect the fact that, precisely because the thoughts are coherent with the person, their presence, although intrusive (and therefore, not voluntary), is egodystonic. This same pattern was repeated in the sample without risk of an ED.

With regard to the management of intrusions, an IT which interferes or is difficult to control would be likely to be associated with greater egodystonicity; however, the trend is reversed: the more interference and the more difficult it is to control the thought, the more egosyntonic and the less egodystonic it is. Therefore, eating intrusions have a different pattern from the one observed in the case of OCD obsessions. Nor was unpleasantness associated with egodystonicity, as might be expected. These results are

consistent with the nature of the disorder if we interpret that the difficulty to control and the interference indicate that the person, in this case a patient with ED, spends a significant portion of time occupied with such thoughts, as demonstrated in a series of studies (e.g. Serpell et al., 1999, Woolrich et al., 2008). And given that patients value appearance and control of diet as something fundamental in their lives (Bruch, 1973), it is consistent for the difficulty in controlling and interference to be associated with egosyntonicity and not unpleasantness. This result would mark a difference between obsessions that upset patients because they come to represent a Self that is rejected, and the intrusions of ED patients, which are closer to what they want to be (Garner and Bemis, 1982, Garner and Garfinkel, 1982). However, people without risk of ED showed the expected directionality consistent with descriptions of egodystonicity of obsessions: greater unpleasantness of the intrusion is associated with higher egodystonicity. Precisely the population without risk of ED differs from the clinical sample, for whom questions about physical appearance are central to the self and, therefore, not egosyntonic.

The relationship between the emotional consequences of eating IT and egodystonicity and egosyntonicity was very low. In patients, the greater the feeling of guilt for having the thought, the lower its undesirability was. In women without risk of ED, the associations reflected a kind of struggle between feeling that an IT is egosyntonic and yet valuing it as immoral, with feelings of guilt and sadness.

The findings about the dysfunctional appraisals of IT indicate that both patients and the population without risk assess their intrusions with some degree of dysfunctionality, which in turn is associated with how to value their thoughts in relation to their Selves. The unacceptability of the thought (*FPA-Moral*) was associated with *Irrationality and inconsistency with the personality* and the *Immorality* of the thought. Indeed, this dysfunctional appraisal is the only one that has been especially adapted to the ED in the form of *Thought-Shape Fusion*, although in our case only one aspect of the three that make up this distortion was associated with the egodystonicity of the ED: the

unacceptability of the thought, associated precisely with the egodystonicity, which supports the idea that this appraisal may form the basis of maintaining the intrusive thought. Despite the limitation of very mild associations, results suggest that, if a patient has a thought about appearance and values it as important, it is more likely that he or she will evaluate it as rational and consistent with the person and, therefore, not feel the need to control it. But if the same thought is evaluated as unimportant and unacceptable, it is likely to be valued as irrational, inconsistent with the personality and immoral. These results indicate a significant difference between eating IT and obsessions as, regarding the genesis of OCD, the importance of thoughts has been emphasized (Belloch, et al. 2007; OCCWQ, 2001, 2003). However, for the obsessions the association would be expected to be as follows: the greater the importance of the obsessions, the more egodystonicity, but not a greater rationality and consistency with personality, as we found in our study.

The control strategies used to reduce the anxiety of IT showed a high association with egodystonicity and egosyntonicity factors which was not mediated by the frequency of the intrusion. According to our results, *Immorality*, as mentioned, associated with OCD (Rachman, 2007), would essentially use strategies associated with anxiety, not the typical rituals such as washing and cleaning compulsions, checking, or repeating an action or thought several times, and with regard to suppression, some associations were found, but they did not predict any factor. Suppression alone is a strategy that has proven to be dysfunctional, and although the results are not conclusive, they have occasionally shown an increase in the frequency of thoughts (Wegner, 1994). However, this strategy is not specific to OCD (Belloch et al. 2009; Muris, Merckelbach, and Horselenberg, 1996), as it has also been observed in PTSD and depression, (Beavers et al. 1999; Belloch et. al, 2009, Harvey and Bryant, 1998, Muris et al. 1997, Rosenthal et al. 2000), and also in relation to eating pathology (Woolrich et al. 2008; Soetens et al., 2008). With regard to the population without risk, it was found that when a thought was egodystonic the tendency was to use suppression, which involves some effort. This finding is consistent with the results of previous studies in a non-clinical

population, where it has been observed that the more annoying and egodystonic the intrusion analogous to obsessions is, the greater the need to "do something" to control it (Ladouceur et al. 2000, Morillo et al., 2007).

By analyzing in detail the profile in patients regarding egodystonicity and egosyntonicity, the rationality and consistency with the personality and the association between egodystonicity and anxious control strategies suggest that the intrusions are closer in nature to anxious worry -characterized by egosyntonicity- than to obsessions of OCD patients, which are characterized by egodystonicity- (Langlois, Freeston and Ladouceur, 2000, Purdon and Clark, 1999). Our study did not ask patients if they elaborated or continued thinking about their intrusions, but one hypothesis is that they make these thoughts develop or remain in "their heads", in spite of being upsetting to some extent, since the results indicate that patients do what the intrusions dictate, and it has been observed in studies that they are evaluated as useful in motivation (Woolrich et al., 2008).

The Path analysis performed indicated that the more an IT interferes with the patient's activity, the less egodystonic it is, and in turn, the lower the need to implement strategies for its control. Therefore, if an IT interferes, one of the factors that determines the use or not of control strategies is whether it is valued as egodystonic. In theory, this process will be different from the OCD obsessions, since it is expected that the interference caused by an obsession would be associated with greater egodystonicity, and thus with a greater effort to control it. In fact, as many authors have discussed, the egodystonicity is what would differentiate the obsessions from other cognitions, such as those seen in depression or GAD or other concerns of daily life (Clark, 2004, Langlois et al., 2000, Purdon and Clark, 1999). However, as posed by Purdon et al. (2007), for some types of obsessions, the persistence over time could result in the sense of Self being modified and becoming consistent with the personality, which implies the reduction of dissonance. Therefore, the type of association found in ED could also occur in some types of obsessions, as increased interference over time could make egodystonicity

decrease at first to accommodate the Self to the thought and make it less necessary to control it. This process would be a kind of surrender to the obsession, "*why should I fight it, I have no choice, I'm like that*", which does not correspond completely with the situation of ED patients since it would not be a case of surrendering: "*My thoughts on my image, diet and weight get all my attention, but for me it is important to have a good physique, so I will not fight the thoughts, I'll do what they say*". Finally, note that we cannot guarantee the causal relationship between variables found, since our study is not longitudinal or experimental. Therefore, we can say that with the data we have, statistically the directionality that best fits the statistical criteria is the one we have discussed.

Analyses conducted to assess the relationship between the overvalued idea and egodystonicity and egosyntonicity revealed the expected directionality in the associations: Greater overestimation of the belief was associated with a higher egosyntonicity and vice versa. Moreover, the relationships were independent of the frequency with which they experienced the intrusion. The results indicate that when people evaluate their eating IT as positive and important for themselves -that is, they give them the typical characteristics of an overvalued idea-, the intrusion becomes egosyntonic. In fact, Veale (2002) considers that the egosyntonicity differentiates obsessions from overvalued ideas. ED recovered women did not assess their intrusions as overvalued ideas, even though the associations reflected the same trend as in patients: Holding a belief with more strength and appraising it as rational and logical is associated with more egosyntonicity and less egodystonicity.

Overall, the results suggest that eating IT, regardless of their frequency, are evaluated positively by most people. This process differentiates the evaluative consequences of these intrusions from those of the obsessive intrusions. Eating IT not only are not rejected but they are, in a certain way, desirable because they "tune in" or agree with the values of the person, hence the egosyntonicity. From here, the general beliefs about physical appearance and its behavioral corollaries (diet, exercise, etc...)

increase their strength, rationality, coherence, and lack of resistance to them, converting these general beliefs into authentic overvalued ideas, as noted by Vandereyken (2006).

Based on associations between egosyntonicity and egodystonicity and the stages of motivation to change, it was observed that those patients who do not yet consider to be suffering from a disease are more likely to interpret their intrusions as more rational and consistent with their personality. This suggests that the egosyntonicity of eating IT could be taken as an indicator of poor insight or denial of the eating disorder, which can be useful in exploring psychopathology. In ED recovered women associations were very low, but again lower levels of egosyntonicity were associated with recovery from the disorder.

Regarding the variables of body image, results indicate that the fear of being overweight, excessive preoccupation about one's weight, diet, and restraint are more important when evaluating an intrusion as egosyntonic than one's body dissatisfaction. Instead, satisfaction/dissatisfaction with body image itself was associated with a higher/lower egodystonicity; in particular greater satisfaction is associated with assessing the intrusion as irrational and inconsistent with the personality. Our results are in line with studies showing the relevance of the discrepancy between *Actual Self* and *Ideal Self* based on attributes of body image in relation to eating symptomatology (Bessenoff, 2006; Harrison, 2001; Forston and Stanton, 1992; Snyder, 1997; Szymansky and Cash, 1995). The path analysis showed that the relationship between *Overweight preoccupation* and egosyntonicity may be mediated by the strength of the thought, as follows: concerns about being overweight affect the strength, and the strength, in turn, will affect the egosyntonicity. In contrast, for egodystonicity, both strength and acceptance of the thought would mediate the relationship, and the process would be as follows: On the one hand, satisfaction with specific body areas would imply that the thought is held with less strength, while the strength will cause a lower egodystonicity; therefore, the greater the satisfaction, the greater the egodystonicity. On the other hand, overall satisfaction with body image will cause the person to resist the belief, and this

resistance will increase the egodystonicity. According to our data, improving satisfaction with body image may have an effect on the egodystonicity and egosyntonicity of the thought, since it reduces its overvaluation.

We carried out a tentative analysis with the subclinical population in order to compare eating and obsessive IT. We compared a group with a high risk of an ED with a group at high risk of OCD, also extracted from the general population. Both groups rated their IT as rational and consistent with their personality and, at the same time, as undesirable. The subclinical ED trend is the same as the one found in patients with ED. However, more surprising were the subclinical OCD sample scores, since it had been expected that they would value their intrusions as immoral, irrational and inconsistent with personality. In a recent study conducted by Clark and Purdon (2009), they found that the reason for trying to get rid of the obsession-like intrusions present in the non-clinical population was that the thought was appraised as immoral, unethical and inconsistent with their *Ideal Self*. In contrast, our sample assessed their obsessive IT as rational and consistent with their personality. Our result may be due to two main causes: the first is that our sample is not clinical, which means that their intrusions are not obsessions, and so they assess them as being rational thoughts. The second cause could be the content of the intrusions chosen as most upsetting, since the great majority were reactive obsessions (Lee & Kwon, 2001), which tend to be appraised as less egodystonic and more rational and realistic compared to autogenous obsessions (Langlois et al., 2000, Lee and Kwon, 2001, García-Soriano, 2009), and are, therefore, closer to the "worry" characteristic of GAD.

Given the pattern we found in both types of intrusions in the subclinical population, rational and consistent with the personality (*Actual Self*), but also undesirable (*Feared Self*), perhaps what the eating intrusions and reactive obsessive intrusions share, and what causes the distress about these intrusions, is the proximity between the "How I am" with "How I fear being" and "How I should not be". A study carried out by Ferrier and Brewin (2005) found that the discrepancy between *Actual Self* and *Feared*

Self in OCD patients and another group of patients with anxiety disorders did not differ in terms of distance, but in relation to characteristics of the *Feared Self*. They also agree with what Aardema and O'Connor (2007) pointed out about the importance of the *Feared Self* in OCD, where patients are focused on a *Self* "as it could be" not the *Self* "as it is".

Objective 2. Core and metacognitive beliefs analyses

When we compared the sample of population at risk of ED with the sample at high risk of OCD on core beliefs and metacognitions, we observed that subclinical OCD appraised themselves as being more incompetent and having less self-discipline. This result shows us that core beliefs could be relevant even in at-risk populations. With regard to metacognitions, the subclinical OCD gave more importance to their thoughts in comparison to the ED subclinical sample, which seems consistent with what the authors have stressed regarding the interest of the importance of thoughts in the genesis of obsessions, as in Rachman (1997) and Wells (2000).

With regard to core beliefs, the results indicated that the most important schemes in characterizing patients compared to other groups without pathology are those of *Imperfection/shame*, *Emotional deprivation*, *Social isolation*, *Insufficient self-discipline*, *Pessimism*, *Emotional inhibition*, *Dependence/incompetence*, *Insecure attachment*, *Subjugation* and *Self-Sacrifice*. Moreover, the *Separation and rejection* domain seems the most relevant. When we analyzed whether core beliefs were related to egosyntonicity and egodystonicity, results indicated that there was no association. This finding is not surprising, since egodystonicity and egosyntonicity are related to aspects of the *Self*, but only regarding a single intrusive thought, so it was difficult to find associations between these quite distal levels of eating psychopathology. However, we did find that core beliefs were associated with eating pathology and a general negative mood: obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms, therefore, were associated with greater severity and affective comorbidity. Our results are consistent

with previous studies that have also used the YSQ, noting the importance of core issues of the Self in these disorders, as already indicated by others decades ago, when they highlighted a weak and undesirable Self (e.g. Garner and Bemis, 1982; Guidano and Liotti, 1983). Therefore, although there is no consensus on what the specific core beliefs relevant to ED are, the approach in therapy to core beliefs about the Self, evaluating and treating them, may be especially relevant. In addition, further studies should clarify whether, as Rachman (2007) proposed with regard to OCD, negative views of Self may be influenced or may be the result of struggling with the disorder.

We evaluated the metacognitions that have been proposed as responsible for people appraising their thoughts in a dysfunctional way, which in turn would increase the negative affect associated with them. Therefore, we expected that metacognitive beliefs would be associated with the egodystonicity of IT. However, all associations between the egosyntonicity and egodystonicity of eating IT and metacognitions were with the egosyntonicity factors, not egodystonicity. In fact, it is consistent if we remember that in the eating IT, egosyntonicity is what is associated with the pathology and the lack of insight. The discriminant analysis showed that the *Importance of thoughts* and the *Importance of controlling thoughts* were the only beliefs that discriminated between clinical and nonclinical groups. The relevance of the belief about the importance of thoughts has been shown in several studies through the *Thought Shape Fusion* (Rachman and Shaffran, 1999, Shafran et al., 1999), and the appraisal of the importance of thoughts in the genesis of OCD has also been emphasized (Belloch, et al. 2007; OCCWQ, 2001, 2003). However, results of the previous objective showed that the *Importance of thoughts* related to the eating IT was negatively associated with egodystonicity in patients, in contrast to what would be expected with OCD. Regarding the *Importance of controlling thoughts*, it is remarkable that the need for control has emerged as an essential feature in eating pathology (e.g. Polivy and Herman, 2002; Slade, 1982). In this case, in ED patients there was also an unexpected directionality found in relation to the importance of controlling thoughts; the more rational and moral a thought is, the less the need to control the intrusion. Therefore, the fact that these two

beliefs differentiate clinical from nonclinical people may suggest a similarity with OCD. However, this is precisely something that distinguishes them, probably due to the different nature of the thoughts, as the relationship with the disease is different: the greater the severity of an ED patient, the more egosyntonic their thoughts are and the less important it is to control them. However, when patients are less severe they value their thoughts as more egodystonic, and they give them less importance.

Studies that have evaluated metacognitions related to OCD (e.g. Humpherys et al., 2007, Lavender et al. 2006; Roncero et al., 2011), and other metacognitions (e.g. Cooper et al., 2007, Woolrich et al., 2008), in ED patients or in relation to eating symptomatology, indicate that they may play an important role in the disorder, so that these patients may benefit from educational sessions on such appraisals to help them manage the thoughts in a more functional way. However, we are still far from establishing a profile of what the relevant beliefs in these patients are, whether there are differences between subtypes, and whether the appraisals vary depending on the severity of the disorder, as our data seem to suggest. Moreover, we do not think that finding these appraisals, which have been typically attributed to OCD, in patients with ED can be taken as evidence of the relationship between the two conditions for two reasons: first, because not even in OCD has there been a consensus on what the most important beliefs are, and the different contents of the obsessions must be taken into account in order to establish a pattern (Belloch, Morillo, and Garcia-Soriano, 2006; Emmelkamp and Aardema, 1999, Giménez et al. 2004; Sieve, Steketee, Fama and Wilhelm, 2011), as well as other factors that may also affect the severity of the disorder; and second, these appraisals have not only been observed in OCD, but they also seem to play an important role in other anxiety disorders, and even in depression or pathological gambling (Anholt et al., 2004; Julien et al. 2007; Morillo, 2004; Tolin et al., 2006). Thus, taking into account factors intrinsic to cognitions, including egosyntonicity and egodystonicity, may help to establish a pattern of dysfunctional appraisals between different types of thoughts, but not different disorders.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que no evaluamos el *worry*, quizá con el PSWQ, puesto que como indica Rachman al plantear las limitaciones del trabajo de Purdon y colaboradores (2007) la egodistonia es el punto básico que define las diferencias entre las obsesiones y el *worry*. Respecto al análisis de la egosintonía y egodistonia de las intrusiones alimentarias y obsesivas, el contenido de dichas intrusiones estuvo centrado en apariencia física y dieta, e intrusiones sobre dudas, respectivamente, por lo que nuestros resultados no sabemos si serán extrapolables al resto de contenidos. Además, tal y como señalan Purdon y colaboradores (2007), la egodistonia parece no tener una relación lineal con la gravedad del TOC ni en el tiempo, y nuestros análisis han sido realizados en pacientes en un momento concreto en el que estaban en tratamiento, por tanto con cierta conciencia de enfermedad. Por otra parte, nuestra muestra clínica estuvo exclusivamente formada por pacientes con TA, lo que no nos permite realizar una comparación fiable con la egosintonía y egodistonia propia de las obsesiones del TOC. Sin embargo, el empleo de la muestra subclínica nos permite aportar datos a nivel dimensional para mejorar el conocimiento en la relación TA-TOC, siendo el estudio de la población general un primer paso para clarificar la relación, tal y como defiende Wu (2008) en su aproximación dimensional a la relación entre los TA y el TOC.

Por otra parte, nuestro estudio se ha basado en medidas de autoinforme, aunque se tuvo un especial cuidado con la muestra clínica, con la que se completó gran parte de los cuestionarios en una entrevista. Y precisamente esta representa otra limitación, mientras que la población general completó los cuestionarios individualmente, aunque en presencia de un investigador, las pacientes completaron los cuestionarios con la ayuda directa del clínico o investigador, así, estas dos situaciones pueden haber influido de manera diferente en las respuestas de los participantes.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Sería interesante para posteriores estudios analizar de manera longitudinal si aquellas pacientes con unos menores niveles de egosintonía en relación a sus intrusiones mentales se recuperan antes, y si tras la recuperación las pacientes que obtienen mayores puntuaciones de egosintonía son más proclives a las recaídas. También sería interesante poder determinar qué tipo de elaboración cognitiva sigue a las intrusiones alimentarias en las pacientes con TA, y cuál es el formato más común (verbal, imagen o impulso) o el que tiene una mayor relevancia clínica. Además, de la misma manera que la motivación al cambio oscila en el tiempo, también la intrusividad de los pensamientos así como la egosintonía podrían variar, por lo que su estudio a nivel longitudinal podría aportar información valiosa.

Por otra parte, en la línea de prevención, sería interesante saber si en adolescentes la presencia de intrusiones mentales alimentarias que se siguen de consecuencias negativas y asociadas a una mayor egosintonía es capaz de predecir el riesgo de padecer un TA en el futuro o se asocian al padecimiento futuro de un TA.

Respecto al TOC, y dado que se han observado diferencias entre subtipos de obsesiones respecto a la egodistonia en anteriores estudios, sería interesante evaluar si llegan a valorar sus obsesiones no sólo las de tipo reactivo, sino también las autógenas, como egosintónicas o al menos con algún aspecto de la egosintonía.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS- OBJECTIVE 1

The first specific objective that we established in the present work was to analyze the egodystonicity and egosyntonicity of intrusive thoughts in ED patients, ED recovered women, people at high risk of ED and a non clinical population.

Previously we adapted and created two questionnaires to evaluate the egodystonicity and egosyntonicity: CED-R, based on the EDQ, and CES. Both were composed of 27 items with 3 factors opposite in meaning: 1) *“Undesirability of thought and rejection of it coming true”* vs. *“Desirability of thought and for it to come true”*; 2) *“Irrationality and incoherence with personality”* vs. *“Rationality and coherence with personality”*; 3) *“Immorality/inconsistency of thought with morals”* and *“Morality/consistency of thought with morals”*. The psychometric properties of both questionnaires were satisfactory. The results showed that egodystonicity and egosyntonicity consist of more than one aspect and do not form a single dimension, but are relatively independent, so that their evaluation must be performed separately.

1.1 The analysis by groups of egodystonicity and egosyntonicity of the most upsetting IT, whose content was mainly about physical appearance and diet showed that they could not be categorized as completely egodystonic or as completely egosyntonic. The trend was the same in patients recovered from an ED, women at risk and non-clinical people. Patients and ED-recovered women assessed their IT as rational and consistent with their personality, but also undesirable and immoral. Women at risk of ED assessed their IT as rational and consistent with their personality, and as undesirable. Finally, women without risk of ED showed high scores on rationality and consistency, and undesirability of thought. Therefore, women who had suffered an ED at some point seemed to be distinguished from those who had not on the immorality of the intrusions. However, when an examination was made of whether there were differences in scores between groups, only non-clinical women differed from patients and women recovered from ED.

1.2 The egosyntonicity and egodystonicity of eating intrusive thoughts were associated with the frequency in patients and the non-clinical population: people experiencing intrusions with greater frequency, evaluated them as more egosyntonic, although the percentages of explained variance were low.

In patients, the interference of the intrusions in the concentration and the daily activity predicts that they are evaluated as desirable, less irrational and immoral. Moreover, the control difficulty predicts their appraisal as rational and moral. However, in the non-clinical population, success in controlling the IT predicted rationality, and the unpleasantness predicted egodystonicity, specifically the undesirability and immorality.

The associations between egodystonicity and egosyntonicity with the emotional consequences in patients and non-clinical population were very low and mediated by the IT's frequency. In patients the association between anxiety and egosyntonicity stood out, and guilt with the undesirability of the thought but in a negative direction, while the non-clinical population stressed the relationship between guilt and egosyntonicity.

With regard to dysfunctional appraisals, the undesirability of the thought was associated with the irrationality, inconsistency with the personality and immorality in patients. To a lesser degree it was also observed that the more important the IT, the less egodystonicity, whereas the more rational and moral the IT, the less important is its control. In contrast, in the non-clinical population, the more important the thought, the more egosyntonic, whereas the more insecurity it caused, the greater the egodystonicity.

Control strategies were the variables that showed the highest relationship with egosyntonicity and egodystonicity in patients. The associations were lower in the non-clinical population and mediated by the IT's frequency. In patients, the more rational the thought was, the less effort made to control it, because apparently they let themselves be carried away by the intrusion or did nothing to control it. Furthermore, when the IT was appraised as more moral, fewer anxious control strategies were employed.

However, when it was valued as irrational and immoral, the person was more likely to engage in an effort to control it, in particular using anxious-type control strategies, suppression or distraction. In contrast, in the non-clinical population thought suppression predicted that the IT was appraised as unethical, undesirable and irrational, whereas do nothing to control thought predicted that it was appraised as rational.

The Path analyses conducted showed that egosyntonicity and egodystonicity mediated the relationship between interference and some control strategies. Specifically, the more an intrusive thought interferes, the more egosyntonic it is, and the more likely the person is to do what the intrusion says. On the other hand, the more the thought interferes, the less egodystonic it is, and the lower the use of anxiety and suppression control strategies.

1.3 In the analysis in patients of associations between egosyntonicity and egodystonicity and variables relevant to eating pathology, we found that egosyntonicity was associated with the overvaluation of the IT, and also to being in a stage of *Precontemplation*, and with concerns about be overweight. Regarding the egodystonicity, it was associated with a lower overvalued ideation; In addition, greater satisfaction with body image was associated with egodystonicity. Through Path analyses we found that the overvaluation of the intrusion mediated the relationship between body image and egosyntonicity/ egodystonicity. As for the recovered women, the overall trend of the associations between the variables studied was the same, although with some exceptions. Being in the *Maintenance* phase was associated with a lower egosyntonicity, and the reduced strength was related to higher egodystonicity of the intrusive thought.

1.4 Given that we did not have a clinical OCD population, we compared women with high risk of ED with a sample of people at high risk of OCD. For each sample respectively, eating intrusive thoughts and intrusions analogous to obsessions showed comparable levels of egosyntonicity and egodystonicity. Both groups rated their most unpleasant intrusions as rational and consistent with the personality, and as undesirable. As for immorality, the ED subclinical population showed higher scores on the morality of

thought. Therefore, we cannot conclude that the eating intrusions are completely egosyntonic or the obsessive intrusions are completely egodystonic, at least in at-risk populations.

CONCLUSIONS- OBJECTIVE 2

The second main objective was to analyze core and metacognitive beliefs in female patients, ED recovered women, populations at risk of ED and OCD, and a non-clinical population, and their relationship with egosyntonicity and egodystonicity.

The core and metacognitive beliefs were associated only in the sample of patients, where the *Overestimation of threat* predicted *Separation and rejection* and *Overvigilance and inhibition* domains. Neither in the subclinical population nor in the non-clinical population were the two types of beliefs associated.

Again, given that we did not have an OCD clinical population, we compared those at risk of an ED with people at risk of OCD on core and metacognitive beliefs. Differences were found in 3 beliefs, since the OCD subclinical sample scored higher on *Incompetence*, *Low self-discipline*, and *Importance of thoughts*. Therefore, although we cannot extrapolate the data to clinicians, it is interesting that even in subclinical populations, the beliefs differentiated the two populations.

2.1 In the patient sample, the core beliefs' domains were associated especially with a general negative mood and low self esteem, and only *Overvigilance and inhibition* was associated with the EAT *Diet* factor. However, we found no association with egodystonicity or egosyntonicity.

The specific schemes that distinguished between clinical and non-clinical groups (including ED- recovered women) were *Social isolation*, *Defectiveness/shame*, *Emotional deprivation*, *Insufficient self-discipline*, *Pessimism*, *Emotional inhibition*,

Dependence/incompetence, Enmeshment, Self-sacrifice and Subjugation. It is worth noting that there were no differences between subtypes of patients.

2.2 With regard to metacognitive beliefs typically associated with OCD, in our study, on the one hand, in ED patients these beliefs were shown to be mostly related to the compulsive symptoms and negative mood in general, and to a lesser degree, to body image and eating symptomatology. On the other hand, only egosyntonicity was related to metacognitive beliefs. In the subclinical ED and non-clinical samples, some associations were also found between egosyntonicity and *Intolerance to uncertainty, Importance of control, Importance of thoughts, and Perfectionism*.

In general, comparisons between groups showed that patients with AN and BN symptoms scored significantly higher than non-clinical people. However, the differences were mediated by depressive and obsessive symptoms. Specifically, the *Importance of thoughts* and the *Importance of controlling thoughts* were able to discriminate between patients and the rest of the groups.

FINAL CONCLUSION

The main objective that has guided this work was to increase the understanding of the relationship between ED and OCD by studying the nature of intrusive thoughts through their egodystonicity and egosyntonicity and their associations with core and metacognitive beliefs. So the question we ask here is:

Can eating intrusions be categorized as obsessions on the basis of the egosyntonicity and egodystonicity caused by them?

Based on our results, the eating intrusive thoughts would not be completely egosyntonic because they also present egodystonic elements. However, both egodystonicity and egosyntonicity show a pattern of associations different from what could be expected of obsessions; in turn, this pattern seems to be similar to the *worry* in

generalized anxiety disorder. For example, we have seen that the more intrusive thoughts interfere and are difficult to control, the more egosyntonic and less egodystonic they are. Therefore, this is different from what in principle applies to OCD, where it is expected that the interference and the difficulty of control could be associated with the egodystonicity. The basis of this difference is probably the different egosyntonic and egodystonic natures of these disorders, which are also inferred by the different patterns of associations in eating IT patients and the non-clinical population, more similar to what is expected in OCD: the more interference, the more egodystonicity. However, the analysis of the egodystonicity and egosyntonicity of intrusions similar to obsessions in the population highly vulnerable to OCD shows the same pattern as with the eating intrusions: The IT is appraised as rational and undesirable. Therefore, we cannot state that the eating IT are completely egosyntonic or that certain intrusions similar to obsessions are completely egodystonic. If we drew a continuum between obsessions and worry, as suggested by Lee and Kwon (2003), autogenous obsessions would be located at the end of the pure obsessions, and the reactive between the two. Our data indicate that eating intrusive thoughts may be placed between autogenous obsessions and worry.

With regard to the relationship between egosyntonicity and egodystonicity and core beliefs and metacognitive beliefs, according to the results, core beliefs are not associated with egodystonicity or egosyntonicity, probably because they represent distant levels of psychopathology. However, they do show some associations with metacognitive beliefs, in particular with *TAF-probability*, the *Importance of controlling thoughts*, *Intolerance of uncertainty* and *Perfectionism*. Despite this, it is premature to interpret whether these associations are relevant to the relationship between ED and OCD. One possible line of research that could provide relevant data would be to study the dysfunctional appraisals of thoughts with common features, such as their egodystonicity/egosyntonicity.

Moreover, although the egodystonicity and egosyntonicity were appraised regarding just one intrusive thought, we observed that the egosyntonicity was associated with low insight in ED patients, and egodystonicity seems to be a factor of a good prognosis, consistent with findings on the egodystonicity in OCD, where less egodystonicity has been associated with increased severity of the disorder (Purdon et al., 2007). In addition, patients with reactive obsessions, more egosyntonic, are less motivated toward treatment and obtain a poorer response to cognitive therapy (Belloch, Cabedo, Carrió, and Larson, 2010). To the extent that egosyntonicity and egodystonicity have been linked to poor insight or denial of the disorder, perhaps they could arise as an indirect measure of eating pathology, with less chance of being answered in a "socially desirable" way (Vandereycken and Vanderlinden, 1983), offering an advantage over more direct measures such as the EAT. In addition, following the observations of Shafran, Cooper and Fairburn (2003), our data also suggest that it might be interesting to investigate how individual patients value their thoughts, in order to design a more effective treatment approach, because if a patient assesses his or her intrusions as egosyntonic and, therefore, has no interest in controlling them, being trained to handle the IT in a more functional way would not be beneficial. Instead, basic issues would have to be addressed, such as the reasons why the person evaluates the IT as rational and consistent.

Given the novelty of our study, it has the essentially exploratory purpose of examining the egodystonicity and egosyntonicity of eating intrusive thoughts and their comparison to obsessions. Therefore, the data must be interpreted with caution, and further studies are needed to replicate or refute our results, using longitudinal or experimental designs that can provide more robust conclusions about the directionality of the relationships.

BIBLIOGRAFÍA

- Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 182-197.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S., & Tolin, D.F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 529-540.
- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pershad, D., & Verma, S. K. (1975). Phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry, 127*, 342-348.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Forbes, D., & Oddy, W. H. (2009). Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: A population-based pregnancy cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 800-809.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 775-777.
- Alcañiz, M., Botella, C., Perpiñá, C., Baños, R., Lozano, J. A., Montesa, J., et al. (2000). A new realistic 3D body representation in virtual environments for the treatment of disturbed body image in eating disorders. *Cyberpsychology & Behavior, 3*, 433-439.
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review, 29*, 638-646.
- American Psychological Association, A. (2002). *DSM IV manual diagnóstico & estadístico de los trastornos mentales. texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Anderluh, M. B., Tchaturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits' in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry, 160*, 242-247.
- Andersen, A. E., & Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 391-397.
- Anholt, G., Emmelkamp, P., Cath, D., van Oppen, P., Nelissen, H., & Smit, J. (2004). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? *Behaviour Research and Therapy, 42*, 529-537.
- Araujo, D. M., Santos, G. F., & Nardi, A. E. (2010). Binge eating disorder and depression: A systematic review. *World Journal of Biological Psychiatry, 11*, 199-207.
- Bachar, E., Latzer, Y., Canetti, L., Gur, E., Berry, E. M., & Bonne, O. (2002). Rejection of life in anorexic and bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 43-48.
- Bachar, E., Gur, E., Canetti, L., Berry, E., & Stein, D. (2010). Selflessness and perfectionism as predictors of pathological eating attitudes and disorders: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review, 18*, 496-506.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., Ebstein, R. P., & Bachar, E. (2007). The relationship between selflessness levels and the severity of anorexia nervosa symptomatology. *European Eating Disorders Review, 15*, 213-220.
- Baños, R., & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports, 87*, 269-274.
- Baker, J. H., Maes, H. H., Lissner, L., Aggen, S. H., Lichtenstein, P., & Kendler, K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 576-586.

- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 648-658.
- Bardone-Cone, A. M., Maldonado, C. R., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., et al. (2008). Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality, and maltreatment. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 697-704.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*, 384-405.
- Bardone-Cone, A. M., & Cass, K. M. (2006). Investigating the impact of pro-anorexia websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review, 14*, 256-262.
- Bardone-Cone, A. M., & Cass, K. M. (2007). What does viewing a pro-anorexia website do? an experimental examination of website exposure and moderating effects. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 537-548.
- Barnes, R. D., Fisak, B., Jr., & Tantleff-Dunn, S. (2010). Validation of the food thought suppression inventory. *Journal of Health Psychology, 15*, 373-381.
- Barth, F. D. (1988). The treatment of bulimia from a self psychological perspective. *Clinical Social Work Journal, 16*, 270-281.
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 39*, 966-969.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 147-152.
- Beato-Fernández, L., & Rodríguez-Cano, T. (2003). Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). development and psychometric properties. *Actas Españolas de Psiquiatría, 31*, 111-119.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression .2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2nd ed.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, D., Casper, R., & Andersen, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: A study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 389-395.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Becker, D. F., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry, 51*, 531-537.
- Becker, E., Rinck, M., Roth, W., & Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 39-55.
- Beevers, C., Wenzlaff, R., Hayes, A., & Scott, W. (1999). Depression and the ironic effects of thought suppression: Therapeutic strategies for improving mental control. *Clinical Psychology-Science and Practice, 6*, 133-148.

- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Designing a new instrument to assess dysfunctional beliefs of the obsessive-compulsive disorder: preliminary results of the Obsessive Beliefs Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 235-250.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2006). Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 65-78.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007). Are the dysfunctional beliefs that predict worry different from those that predict obsessions? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 438-448.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: Which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 376-388.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G. & Clark, D. A. (2009). El inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOC): Validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 95-105
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2011). Ego-syntonicity and Ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (en prensa)*, DOI 10.1007/s10862-011-9255-4).
- Bentler, P. M. (2006). EQS 6.1 structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P. M., & Bonnet, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Berry, L., Andrade, J., & May, J. (2007). Hunger-related intrusive thoughts reflect increased accessibility of food items. *Cognition & Emotion*, 21, 865-878.
- Berry, L., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioral reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17, 126-137.
- Bessenoff, G. R. (2006). Can the media affect us? social comparison, self-discrepancy, and the thin ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 239-251.
- Bessenoff, G. R., & Snow, D. (2006) Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. *Sex Roles*, 54, 727-731.
- Bienvenu, O., Samuels, J., Riddle, M., Hoehn-Saric, R., Liang, K., Cullen, B., et al. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287-293.
- Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2053-2065.
- Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 186-191.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-462.

- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J. (1983). Preliminary exploration of worry - some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects - distraction from more emotionally distressing topics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Bouchard, C., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Brewin, C., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1131-1142.
- Brouwer, A. C., Mirabel-Sarron, C., & Guelfi, J. D. (2009). Eating disorders: Assessment of obsessive-compulsive disorders and their influence on clinical symptoms. *Annales Medico-Psychologiques*, 167, 693-698.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body Self-Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. New York: Vintage/Random House.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics*. New York: Basic Books.
- Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bulik, C. M., Hebebrand, J., Keski-Rahkonen, A., Klump, K. L., Reichborn-Kjennerud, T., Mazzeo, S. E., et al. (2007). Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 52-60.
- Bulik, C. M., & Kendler, K. S. (2000). "I am what I (don't) eat": Establishing an identity independent of an eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1755-1760.
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., et al. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1000-1006.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 886-895.
- Bulik, C. M., Thornton, L. M., Root, T. L., Pisetsky, E. M., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biological Psychiatry*, 67, 71-77.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 704-707.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 12, 421-433.

- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Giménez, A., & Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Calero, A., Krug, I., Davis, K., Lopez, C., Fernández-Aranda, F. F., & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 243-259.
- Cardi, V., Kan, C., Roncero, M., Harrison, A., Lounes, N., Tchanturia, K., Meyer, C. & Treasure, J. (2011). Mealtime support in anorexia nervosa: a within-subject comparison study of a novel vodcast intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (en prensa).
- Cardi, V., Krug, I., Perpiñá, C., Mataix-Cols, D., Roncero, M., y Treasure, J. (2011). The use of a nonimmersive virtual reality programme in anorexia nervosa: A single case-report. *European Eating Disorders Review*, (en prensa).
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 671-679.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783-792.
- Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C. M., et al. (2007). Motivation to change in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review*, 15, 449-456.
- Cash, T. (2004). Body-image assessments: Manuals and questionnaires. Disponible desde la página web del autor en www.body-images.com.
- Cash, T., & Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression & Anxiety*, 8, 96-104.
- Cassin, S., & von Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the spanish version. *Evaluación psicológica/psychological assessment*, 7, 175-190.
- Castro-Fornieles, J., Bigorra, A., Martínez-Mallen, E., Gonzalez, L., Moreno, E., Font, E., et al. (2011). Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *European Eating Disorders Review*, 19, 46-54.
- Chernin, K. (1985). *The hungry self: Women, eating, and identity*. Times Books.
- Chowdhury, U., Gordon, I., Lask, B., Watkins, B., Watt, H., & Christie, D. (2003). Early-onset anorexia nervosa: Is there evidence limbic system imbalance? *International Journal of Eating Disorders*, 33, 388-396.
- Cid, J. (2007). *La terapia de esquemas: De la conceptualización a la intervención*. Talleres pre-congreso. V Congreso de WCBCT. Barcelona, Junio de 2007:
- Cid, J., & Torrubia, R. (2002; Septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioral therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en el XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Maastrich, Netherlands.
- Claes, L., Nederkoom, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196-203.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714.

- Clark, D. A. (2004a). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2004b). *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research and therapy*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Clark, D. A., & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena? *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- Clark, D. A., Feldman, J., & Channon, S. (1989). Dysfunctional thinking in anorexia and bulimia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 377-387.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2009). Mental control of unwanted intrusive thoughts: A phenomenological study of nonclinical individuals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 267-281.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. En D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 1-29). New York, NY, US: Guilford Press.
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10, 359-375.
- Coelho, J. S., Carter, J. C., McFarlane, T., & Polivy, J. (2008). "Just looking at food makes me gain weight": Experimental induction of thought-shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 219-228.
- Cohen, J. (1973). Eta-squared and partial eta-squared in fixed factor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 107-112.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Field, A. (2005).
- Comeche, M. I., Díaz, M. I., & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios & Escalas. Ansiedad, Depresión & Habilidades Sociales*. Madrid: UNED, Fundación Universidad-Empresa.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.
- Cooper, M. J., Deepak, K., Grocutt, E., & Bailey, E. (2007). The experience of feeling fat in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 15, 366-372.
- Cooper, M. J., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., & Tovee, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.
- Cooper, M. J., & Fairburn, C. G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia-nervosa and bulimia-nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 501-511.
- Cooper, M. J., Grocutt, E., Deepak, K., & Bailey, E. (2007). Metacognition in anorexia nervosa, dieting and non-dieting controls: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 113-117.
- Cooper, M. J., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 895-898.
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 60-64.

- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*, 27-35.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 213-230.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (2000). *Bulimia nervosa: A cognitive therapy programme for clients*. London: Jessica Kingsley.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (2009). *Treating bulimia nervosa and binge eating. an integrated metacognitive and cognitive therapy manual*. New York: Routledge.
- Cooper, M. J., Todd, G., Turner, H., & Wells, A. (2007). Cognitive therapy for bulimia nervosa: An A-B replication series. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*, 402-411.
- Cooper, M. J., Todd, G., Woolrich, R., Somerville, K., & Wells, A. (2006). Assessing eating disorder thoughts and behaviors: The development and preliminary evaluation of two questionnaires. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 551-570.
- Cooper, M. J., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 215-218.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 1-16.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia-nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 385-389.
- Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Cognitive behaviour therapy for eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Special Issue: Developments in the Theory and Practice of Cognitive and Behavioural Therapies, 36*, 713-722.
- Crane, A. M., Roberts, M. E., & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 581-588.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa. let me be*. London: Academic Press.
- Csipke, E., & Home, O. (2007). Pro-eating disorder websites: Users' opinions. *European Eating Disorders Review, 15*, 196-206.
- Culber, K. M., & Klump, K. L. (2007). Should eating disorders be included in the OCD spectrum? En S. Abramowitz, S. Taylor & D. McKay (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. New York: Elsevier Ltd.
- Dally, P. (1969). *Anorexia nervosa*. New York: Grune and Stratton.
- Davies, M., & Clark, D. (1998). Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 571-582.
- de Zwaan, M., Strnad, A., & Lennkh, C. (1997). Does comorbid OCD influence the severity of the eating disorder in patients with anorexia and bulimia nervosa? *Biological Psychiatry, 42*, 140-342.
- Dejonckheere, P., Braet, C., & Soetens, B. (2003). Effects of thought suppression on subliminally and subliminally presented food-related stimuli. *Behaviour Change, 20*, 223-230.
- Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R., Nedeljkovic, M., & Bhar, S. (2007). "We do not see things as they are, we see them as we are": A multidimensional worldview model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 217-231.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review, 25*, 415-432.

- Du Bois, F. S. (1949). Compulsion neurosis with caquexia. *American Journal of Psychiatry*, *106*, 1207-1235.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 291-300.
- Dugas, M., Freeston, M., Ladouceur, R., Rheaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 253-261.
- Duval, S., & Wicklund, R. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2007). Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 67-71.
- Eddy, K. T., Dorer, D. L., Franko, D. L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 245-250.
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 191-201.
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 207-211.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319-345.
- Elfhag, K., & Linne, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, *13*, 1070-1076.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Meta-cognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 319-145.
- Engel, S. G., Corneliusen, S. J., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., le Grange, D., Crow, S., et al. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *38*, 244-251.
- Erskine, J. A. K., & Georgiou, G. J. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*, *54*, 499-503.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. En D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy. En C. Fairburn (Ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorder*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 691-701.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, *198*, 8-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007a). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1705-1715.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders ("CBT-E"): An overview. En C. G. Fairburn (Ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. (pp. 23-34). New York, US: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., Oconnor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective-study of outcome in bulimia-nervosa and the long-term effects of 3 psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairchild, H., & Cooper, M. (2010). A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary development and validation. *Eating Behaviors*, 11, 239-246.
- Fallon, B., Klein, B., & Liebowitz, M. (1993). Hypochondriasis - treatment strategies. *Psychiatric Annals*, 23, 374-381.
- Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E. M., Martínez-Viana, C., Sánchez, I., Granero, R., Penelo, E., et al. (2009). Predictors of early change in bulimia nervosa after a brief psychoeducational therapy. *Appetite*, 52, 805-808.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Graner, R., Ramón, J. M., Badia, A., Giménez, L., et al. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49, 476-485.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., et al. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157, 147-157.
- Ferrier, S. & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and Obsessive-Compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1363-1374.
- Festinger, L. (1942). Wish, expectation, and group standards as factors influencing level of aspiration. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37, 184-200.
- Fichter, M. M., & Noegel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 255-263.
- Fletcher, B. C., Kupshik, G. A., Uprichard, S., Shah, S., & Nash, A. S. (2008). Eating disorders and concurrent psychopathology: A reconceptualisation of clinical need through rasch analysis. *European Eating Disorders Review*, 16, 191-198.
- Fontenelle, L., Mendlowicz, M., & Versiani, M. (2005). Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 30-37.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D., Matthews, M., Skolnick, N., & Katz, J. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia-nervosa and bulimia-nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21-29.
- Forston, M. T., & Stanton, A. L. (1992). Self-discrepancy theory as a framework for understanding bulimic symptomatology and associated distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 103-118.
- Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S., Wagner, A., & Kaye, W. H. (2004). Neuroimaging studies in eating disorders. *Cns Spectrums*, 9, 539-548.
- Franko, D. L. (1997). Ready or not? stages of change as predictors of brief group therapy outcome in bulimia nervosa. *Group*, 21, 39-45.

- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population: II. associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Freeston, M., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335-348.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freid, C. M. (2007). *Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: The development of the obsessive beliefs about size and eating survey (OBBSES)*. Tesis no publicada. Vanderbilt University.
- Frost, R., Steketee, G., Amir, N., Bouvard, M., Carmin, C., Clark, D. A., et al. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: A meta analysis. *Archives of Womens Mental Health*, 10, 133-140.
- Gale, C., Holliday, J., Troop, N. A., Serpell, L., & Treasure, J. (2006). The pros and cons of change in individuals with eating disorders: A broader perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 394-403.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A. R., Galan, I., Leon, C., et al. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-42.
- García-Soriano, G. (2008). Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal. Universidad de Valencia.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Gard, M., & Freeman, C. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-12.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., et al. (1995). Bulimia-nervosa in a canadian community sample - prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Gargallo, M., Fernández-Aranda, F., & Raich, R. (2003). Bulimia y trastornos de personalidad: Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 335-349.
- Garner, D. M. (2004). The eating disorder inventory-3 (EDI-3). *International Journal of Eating Disorders*, 35, 478-479.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979) Eating attitudes test- Index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982) The eating attitudes test- Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.
- Garson, G. D. (2000). Scales and Standard Measures. En *Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>.
- Geist, R. A. (1989). Self psychological reflections on the origins of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 5-27.
- Geller, J., Zaitsoff, S. L., & Srikaneswaran, S. (2005). Tracking readiness and motivation for change in individuals with eating disorders over the course of treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 611-625.
- Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrió, C., & Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 1-17.
- Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., et al. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia?. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 772-778.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Rein, Z., Lang, F., Venisse, J. L., et al. (2006). Is major depressive episode related to anxiety disorders in anorexics and bulimics?. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 91-98.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., et al. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37-49.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., et al. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117, 245-258.
- Golden, N. H., Ashtari, M., Kohn, M. R., Patel, M., Jacobson, M. S., Fletcher, A., et al. (1996a). Are the structural brain changes of anorexia nervosa reversible? A longitudinal study using quantitative MRI. *Journal of Adolescent Health*, 18, 114-114.
- Golden, N. H., Ashtari, M., Kohn, M. R., Patel, M., Jacobson, M. S., Fletcher, A., et al. (1996b). Reversibility of cerebral ventricular enlargement in anorexia nervosa, demonstrated by quantitative magnetic resonance imaging. *Journal of Pediatrics*, 128, 296-301.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
- Gowers, S. G., Crisp, A. H., Joughin, N., & Bhat, A. (1991). Premenarcheal anorexia-nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 515-524.
- Grabe, H. J., Thiel, A., & Freyberger, H. J. (2000). Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 449-453.

- Grave, R. D., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: Prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 346-352.
- Grilo, C. M. (2006). *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press.
- Grilo, C., Lozano, C., & Masheb, R. (2005). Ethnicity and sampling bias in binge eating disorder: Black women who seek treatment have different characteristics than those who do not. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 257-262.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society (London)*, 7, 22-28.
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review*, 11, 58-71.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., et al. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa - implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62, 776-781.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., et al. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 308-319.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.
- Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia-nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., et al. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 308-319.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47, 205-211.
- Harnden, J., McNally, R., & Jimerson, D. (1997). Effects of suppressing thoughts about body weight: A comparison of dieters and nondieters. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 285-290.
- Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 289-323.
- Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35, 392-398.
- Harvey, A., & Bryant, R. (1998). The effect of attempted thought suppression in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 583-590.
- Harvey, K., Kemps, E., & Tiggemann, M. (2005). The nature of imagery processes underlying food cravings. *British Journal of Health Psychology*, 10, 49-56.

- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Heppen, J. B., & Ogilvie, D. M. (2003). Predicting affect from global self-discrepancies: The dual role of the undesired self. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 347-368.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality-disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigotti, N. A., & PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 355-361.
- Herzog, D. B., Thomas, J. G., Kass, A. E., Eddy, K. T., Franko, D. L., & Lowe, M. R. (2010). Weight suppression predicts weight change over 5 years in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 177, 330-334.
- Hickford, C. A., Ward, T., & Bulik, C. M. (1997). Cognitions of restrained and unrestrained eaters under fasting and nonfasting conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 71-75.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability - how magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.
- Higgins, E. T., Vookles, J., & Tykocinski, O. (1992). Self and health - how patterns of self-beliefs predict types of emotional and physical problems. *Social Cognition*, 10, 125-150.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: A component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1325-1339.
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Dhokia, R. (2007). Core beliefs and social anxiety in the eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 12, 14-18.
- Hoek, H. W., Bartelds, A. I. M., Bosveld, J. J. F., Vandergraaf, Y., Limpens, V. E. L., Maiwald, M., et al. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Holden, N. L. (1990). Is anorexia-nervosa an obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 1-5.
- Hollander, E. (1993a). Obsessive-compulsive spectrum disorders - an overview. *Psychiatric Annals*, 23, 355-358.
- Hollander, E. (1993b). En Hollander E. (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hollander, E. (2005). Obsessive-compulsive disorder and spectrum across the life span. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 79-86.
- Hollander, E. (2010). En Hollander E., Zohar J., Sirovatka P. J. y Reiger D. A. (Eds.), *Obsessive-compulsive spectrum disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., et al. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder - selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.

- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? the case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety, 25*, 317-329.
- Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders - introduction. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 3-6.
- Hoyer, J., Becker, E., & Roth, W. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety, 13*, 89-96.
- Hsu, L. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19*, 681-700.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. En R.H Hoyle (Ed). *Structural Equation Modelling: Concepts, Issues and Applications*. Sage. Thousand Oaks, CA, pg. 77-99.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 61*, 348-358.
- Humphreys, J. D., Clopton, J. R., & Reich, D. A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: Cognitive and affective similarities. *Eating Disorders, 15*, 247-259.
- Inagaki, T., Horiguchi, J., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J., & Seno, H. (2002). Late onset anorexia nervosa: Two case reports. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 32*, 91-95.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19-65.
- Jaisooriya, T. S., Reddy, Y. C., & Srinath, S. (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: Results from an indian study. *Comprehensive Psychiatry, 44*, 317-323.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Raich, R. M., Alonso, P., Krug, I., Jaurieta, N., et al. (2007). Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61*, 581-581.
- Johnston, L., Bulik, C., & Anstiss, V. (1999). Suppressing thoughts about chocolate. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 21-27.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review, 13*, 237-244.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V. W., Luty, S. E., et al. (2008). Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 47-56.
- Joughin, N. A., Crisp, A. H., Gowers, S. G., & Bhat, A. V. (1991). The clinical-features of late onset anorexia-nervosa. *Postgraduate Medical Journal, 67*, 973-977.
- Julien, D., O'Connor, K.P., & Aardema, F. (2007) Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review, 27*, 366-383.
- Katsounari, I. (2009). Self-esteem, depression and eating disordered attitudes: A cross-cultural comparison between cyprriot and british young women. *European Eating Disorders Review, 17*, 455-461.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2004). Beating the urge: Implications of research into substance-related desires. *Addictive Behaviors, 29*, 1359-1372.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychological Review, 112*, 446-467.

- Kavanagh, D. J., May, J., & Andrade, J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 241-254.
- Kay, D. W. K., & Leigh, D. (1954). The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *Journal of Mental Science, 100*, 411-431.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry, 60*, 179-183.
- Keel, P. K., Fichter, M., Quadflieg, N., Bulik, C. M., Baxter, M. G., Thornton, L., et al. (2004). Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Archives of General Psychiatry, 61*, 192-200.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health, 37*, 120-127.
- Kemps, E. & Tiggemann, M. (2009). Competing visual and olfactory imagery tasks suppress craving for coffee. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 17*, 43-50.
- Key, A., O'Brien, A., Gordon, I., Christie, D., & Lask, B. (2006). Assessment of neurobiology in adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 14*, 308-314.
- Kichler, J. C., & Crowther, J. H. (2001). The effects of maternal modeling and negative familial communication on women's eating attitudes and body image. *Behavior Therapy, 32*, 443-457.
- Klein, D. N., & Riso, L. P. (1993). Psychiatric disorders. problems and boundaries. En C. G. Costello (Ed.). *Basic issues in psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 97-103.
- Klump, K. L., Kaye, W. H., & Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 215-225.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1897-1907.
- Kozak, M., & Foa, E. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 343-353.
- Krieg, J. C. (1991). Eating disorders as assessed by cranial computerized-tomography. *Fuel Homeostasis and the Nervous System, 291*, 223-229.
- Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., et al. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*, 82-87.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Di Bernardo, M., et al. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence, 97*, 169-179.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1994). Intrusive memories of childhood abuse during depressive episodes. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 525-528.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Gagnon, F., Thibodeau, N., Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 179-187.

- Langlois, F., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive-intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 157-173.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 163-173.
- Lasègue, E. C. (1873). On hysterical anorexia. *Medical Times Gazette*, 2, 265-266.
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 331-342.
- Lawson, R., Lockwood, R., & Waller, G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: A role for trauma? *International Journal of Eating Disorders*, 35, 295-300.
- Lawson, R., Waller, G., & Lockwood, R. (2007). Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eating Behaviors*, 8, 305-310.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 736-741.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 145-156.
- Leung, N., & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors*, 8, 65-72.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. En L. Smolak, & M. P. Levine (Eds.), *Developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 235-257). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D., & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Li, C. R., & Chen, S. (2007). Obsessive-compulsiveness and impulsivity in a non-clinical population of adolescent males and females. *Psychiatry Research*, 149, 129-138.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa - psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Lilenfeld, L. R. R., Jacobs, C. H., Woods, A. M., & Picot, A. K. (2008). A prospective study of obsessive-compulsive and borderline personality traits, race and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 16, 124-132.
- Lochner, C., & Stein, D. (2006). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 353-361.
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, 114, 100-121.

- Luciano, J. V., Morillo, C., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2006; Septiembre). Confirmatory factor analysis of the Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised. Póster presentado en el "36th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies", Paris (Francia).
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 717-732.
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Goncalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- Markus, H. (1977). Self-schema and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Martínez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., et al. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: The bulimia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 15, 13-23.
- Matsunaga, H., Kaye, W. H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., & Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999a). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., et al. (1999b). Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 53, 661-666.
- Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., & Kiriike, N. (1999c). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 337-342.
- May, J., Andrade, J., Panabokke, N., & Kavanagh, D. (2004). Images of desire: Cognitive models of craving. *Memory*, 12, 447-461.
- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale - development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 425-445.
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S., Bulik, C. M., Aggen, S. H., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2010). A twin study of specific bulimia nervosa symptoms. *Psychological Medicine*, 40, 1203-1213.
- Mazzeo, S. E., Slof, R., Tozzi, F., & Bulik, C. M. (2004). Constitutional thinness in males: Association with obesity and eating disordered behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 231.
- McDonald, K., & Thompson, J. (1992). Eating disturbance, body-image dissatisfaction, and reasons for exercising - gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 289-292.
- McFarlane, T., Olmsted, M. P., & Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 587-593.
- McLean, A., & Broomfield, N. M. (2007). How does thought suppression impact upon beliefs about uncontrollability of worry? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2938-2949.

- Meyer, C., Leung, N., Feary, R., & Mann, B. (2001). Core beliefs and bulimic symptomatology in non-eating-disordered women: The mediating role of borderline characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 434-440.
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S., & Clark, D. (2005). Unwanted memories of assault: What intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 613-628.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- Milos, G. F., Spindler, A. M., Buddeberg, C., & Cramer, A. (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 276-285.
- Monteleone, P., Di Genio, M., Monteleone, A. M., Di Filippo, C., & Maj, M. (2011). Investigation of factors associated to crossover from anorexia nervosa restricting type (ANR) and anorexia nervosa binge-purging type (ANBP) to bulimia nervosa and comparison of bulimia nervosa patients with or without previous ANR or ANBP. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 56-62.
- Morgan, J. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D., & Jimerson, D. C. (2007). Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381-385.
- Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 108-123.
- Morillo, C. (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones clínicas: Acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo-compulsivo*. Tesis no publicada. Universidad de Valencia.
- Morillo, C., Belloch, A., & Garcia-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moulton, R. (1942). A psychosomatic study of anorexia nervosa including the use of vaginal smears. *Psychosomatic Medicine*, 4, 62-74.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: Factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 501-513.
- Muris, P., Merckelbach, H., Horselenberg, R., Sijtsenaar, M., & Leeuw, I. (1997). Thought suppression in spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 769-774.
- Nasser, M. (1988). Eating disorders-The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 184-187.
- Nasser, M. (1994). Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary-school girls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 25-30.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., & Yaryura-Tobias, J. A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 209-216.
- Niler, E. R., & Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Norris, D. L. (1979). Clinical diagnostic-criteria for primary anorexia-nervosa - analysis of 54 consecutive admissions. *South African Medical Journal*, 56, 987-993.
- Norris, M. L., Boydell, K. M., Pinhas, L., & Katzman, D. K. (2006). Ana and the internet: A review of pro-anorexia websites. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 443-447.

- Núñez-Navarro, A., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E., Villarejo, C., Diaz, I. S., Augmantell, C. M., et al. (2011). Differentiating purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 44*, 488-496.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 7, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory-part I. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 863-878.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review, 23*, 57-74.
- O'Connell, C., Larkin, K., Mizes, J., & Fremouw, W. (2005). The impact of caloric preloading on attempts at food and eating-related thought suppression in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 42-48.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 173-182.
- Ogilvie, D. M. (1987). The undesired self: A neglected variable in personality research. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 379-385.
- Oliver, K., & Huon, G. (2001). Eating-related thought suppression in high and low disinhibitors. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 329-337.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review, 28*, 366-386.
- Palmer, H. D., & Jones, M. S. (1939). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry, 41*, 856-860.
- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 194*, 10-17.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Part II. the nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 101-110.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2573-2580.
- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 590-594.
- Peirce, A. G. (2007). From intrusive to oscillating thoughts. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*, 278-286.
- Pérez-Rivera, R. (2006). *El espectro obsesivo-compulsivo. El trastorno obsesivo-compulsivo y su espectro* (pp. 223-238). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Perpiñá, C., & Borra, C. (2010). Body-esteem and teasing in female binge-eaters: developing a negative body image. *Psicología Conductual, 18*, 91-104.
- Perpiñá, C., Botella, C., & Baños, R. (2003). Virtual reality in eating disorders. *European Disorders Review, 11*, 261-278.

- Perpiñá, C. & Roncero, M. (2010; Octubre). El espectro obsesivo compulsivo: ¿hay cabida para los trastornos alimentarios? Symposium: Trastorno obsesivo compulsivo: quo vadis. *VII Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y psicopatología (AEPCP)*. Benicassim, España.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Eating-related intrusions in a community sample: Development and validation of the eating-related intrusive thoughts INPIAS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 137-158.
- Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A. & Sánchez-Reales. (2011). Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*, 109, 108-126.
- Perpiñá, C., Roncero, M, Sánchez-Reales, S. & Belloch, A. (2008; Septiembre). Comparison between obsessive intrusive thoughts and eating related intrusive thoughts. Póster presentado en el 38 *EABCT Annual Congress*. Helsinki, Finlandia.
- Pértega, S., & Rodríguez, E. (2003). La fiabilidad de las mediciones clínicas: El análisis de concordancia para variables numéricas. *Cuadernos de atención primaria*, 10, 290-296.
- Pigott, T. A., Altemus, M., Rubenstein, C. S., & Hill, J. L. (1991). Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1552-1557.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 367-376.
- Pop, M., Miclea, S., & Hancu, N. (2004). The role of thought suppression on eating-related cognitions and eating pattern. *International Journal of Obesity*, 28, S222.
- Preti, A., Usai, A., Miotto, P., Petretto, D. R., & Masala, C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*, 159, 86-94.
- Price-Evans, K., & Treasure, J. (2011). The use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 65-70.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 19, 276-288.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects .1. content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects .2. cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Purdon, C., Cripps, E., Faull, M., Joseph, S., & Rowa, K. (2007). Development of a measure of egodystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 198-216.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (1991). A psychological approach to the study of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 11, 461-464.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (2007) Self-constructs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 257-261.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Radomsky, A. S., De Silva, P., Todd, G., Treasure, J., & Murphy, T. (2002). Thought-shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1169-1177.
- Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S., & Fava, G. A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727-731.
- Raffray, T., & Pelissolo, A. (2007). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder. Comorbidites des troubles obsessionnels compulsifs. *Revue du Praticien*, 57, 37-41.
- Raney, T. J., Thornton, L. M., Berrettini, W., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., et al. (2008). Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 326-332.
- Rasmussen, S., & Eisen, J. (1989). Clinical-features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S., & Eisen, J. (1992). The epidemiology and differential-diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rassin, E., & Muris, P. (2007). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1065-1070.
- Ravaldia, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., et al. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36, 247-254.
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104.
- Reyes-Rodriguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., et al. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73, 491-497.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135-147.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201-215.
- Reynolds, M., & Salkovskis, P. M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population: An attempted replication. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 259-265.
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2003). Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 18, 118-127.

- Rieger, E., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. V. (2002). The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 24-38.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267-307.
- Roncero, M., García-Soriano, G., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010; Octubre). Creencias obsesivas en población con y sin riesgo de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos alimentarios. Póster presentado en el *VII Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)*. Benicassim, España.
- Roncero, M., García-Soriano, G., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2011; Mayo). Estudio de las intrusiones como base de la relación entre los trastornos alimentarios y obsesivo-compulsivo. Análisis a nivel de subtipos. Comunicación; *VIII Congreso de la Asociación Española de Estudios de Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA)*. Burgos, España.
- Roncero, M., García-Soriano, G., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2011; Junio). Relationship between OCD and ED. How do patients interpret and manage their intrusions? Póster presentado en el *VII Congress of Cognitive Psychotherapy*. Estambul, Turquía.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Azrilevich, P. (2011; Mayo). Estudio diferencial de las creencias nucleares en pacientes con trastornos alimentarios, pacientes recuperadas, personas con alto riesgo de padecer un trastorno alimentario y población general. Comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación Española de Estudios de Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA)*. Burgos, España.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2010). Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios y en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (2), 101-113.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2010; Junio). Consequences of the eating related intrusive thoughts and their relation with a negative body image. Póster presentado en el *VI World Congress of the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT)*. Boston, EEUU.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & García-Soriano, G. (2011). Study of obsessive compulsive beliefs: Relationship with eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 457-470.
- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernández-Aranda, F., Brandt, H., et al. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 14-21.
- Rose, K. S., Cooper, M. J., & Turner, H. (2006). The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Eating Behaviors*, 7, 410-418.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press. Disponible en: <http://www.bsos.umd.edu/socy/Research/rosenberg.htm>
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lynch, T. R., & Follette, V. (2006). Thought suppression mediates the relationship between negative mood and PTSD in sexually assaulted women. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 741-745.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, 49, 45-53.
- Rowa, K., & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 1-11.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1453-1465.

- Rowe, S. L., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, F. A., Frampton, C., Bulik, C. M., et al. (2010). Does avoidant personality disorder impact on the outcome of treatment for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 43, 420-427.
- Rubenstein, C. S., Altemus, M., Pigott, T. A., Hess, A., & Murphy, D. L. (1995). Symptom overlap between ocd and bulimia-nervosa. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 1-9.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa - ominous variant of anorexia-nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sacker, I., & Buff, S. (2007). *Regaining your self. understanding and conquering the eating disorder identity*. Florida: Health Communications, Inc.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry & Human Development*, 39, 261-272.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems - a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Richards, C., & Forrester, G. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrao, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., et al. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 315-325.
- Sánchez-Reales, S. (2009). *Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo compulsivo: Análisis de variables cognitivas y de personalidad*. Tesis no publicada. Universidad de Valencia,
- Sánchez-Reales, S., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2009; Mayo). Pensamientos intrusos de contenido obsesivo vs. Alimentario. Comparación entre pacientes con trastorno alimentario y trastorno obsesivo compulsivo. Póster presentado en el VII Congreso de la Asociación Española de Estudios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA). Palma de Mallorca.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7-21.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sawdon, A. M., Cooper, M., & Seabrook, R. (2007). The relationship between self-discrepancies, eating disorder and depressive symptoms in women. *European Eating Disorders Review*, 15, 207-212.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Schupakneuberg, E., & Nemeroff, C. J. (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia-nervosa - implications for a metaphorical perspective of body as self. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 335-347.

- Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Jason Aronson.
- Selzer, R., Hibbert, M., Patton, G., & Bowes, G. (1996). Dieting as a risk factor for the development of eating disorder in adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 18*, 114-114.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clinical Psychology Review, 22*, 647-669.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders, 25*, 177-186.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Nelson, L., & Robinson, P. H. (2003). The interpretation of symptoms of severe dietary restraint. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 887-894.
- Shafran, R., & Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 399-408.
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 167-179.
- Shafran, R. (2002). *Eating disorders and obsessive compulsive disorder*. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review, 21*, 879-906.
- Shipherd, J., & Beck, J. (1999). The effects of suppressing trauma-related thoughts on women with rape-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 99-112.
- Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2011). Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*, 167-176.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of dsm-III-R eating disorders and personality-disorders. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 403-416.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional-analysis of anorexia-nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 167-179.
- Slade, P. D. (1988). Body-image in anorexia-nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153*, 20-22.
- Slof, R., Mazzeo, S., & Bulik, C. (2003). Characteristics of women with persistent thinness. *Obesity Research, 11*, 971-977.
- Snyder, R. (1997). Self-discrepancy theory, standards for body evaluation, and eating disorder symptomatology among college women. *Women & Health, 26*, 69-84.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P., & Roets, A. (2006). 'When suppression backfires' - the ironic effects of suppressing eating-related thoughts. *Journal of Health Psychology, 11*, 655-668.
- Soetens, B., Braet, C., & Moens, E. (2008). Thought suppression in obese and non-obese restrained eaters: Piece of cake or forbidden fruit? *European Eating Disorders Review, 16*, 67-76.
- Soh, N. L., Touyz, S. W., & Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review, 14*, 54-65.
- Solyom, L., Freeman, R. J., & Miles, J. E. (1982). A comparative psychometric study of anorexia-nervosa and obsessive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 27*, 282-286.

- Somerville, K., Cooper, M., & Hackman, A. (2007). Spontaneous imagery in women with bulimia nervosa: An investigation into content, characteristics and links to childhood memories. *Journal of Behavior therapy and experimental Psychiatry*, 38, 436-446.
- Sours, J. A. (1980). *Starving to death in a sea of objects*. New York: Jason Aronson.
- Southgate, L., Tchanturia, K., Collier, D., & Treasure, J. (2008). The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review*, 16, 451-462.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., et al. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193-207.
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8, 364-373.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., et al. (1992). Binge eating disorder - a multisite field trial of the diagnostic-criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Starr, S., & Moulds, M. (2006). The role of negative interpretations of intrusive memories in depression. *Journal of Affective Disorders*, 93, 125-132.
- Stein, D. (2000). Advances in the neurobiology of obsessive-compulsive disorder - implications for conceptualizing putative obsessive-compulsive and spectrum disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 545-561.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1331-1341.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Strauman, T. J., & Glenberg, A. (1994). Self-concept and body-image disturbance - which self-beliefs predict body-size overestimation. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 105-125.
- Strauman, T. J., Higgins, E. T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of Personality*, 56, 685-707.
- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., & Higgins, E. T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 946-956.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., & Einhorn, A. (1995). The yale-brown-cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 237-245.
- Surgenor, L. J., Horn, J., Plumridge, E. W., & Hudson, S. M. (2002). Anorexia nervosa and psychological control: A reexamination of selected theoretical accounts. *European Eating Disorders Review*, 10, 85-101.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253-274.
- Szymanski, M., & Cash, T. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory - expansion of the body-image ideals questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 134-146.
- Tatham, M. (2011). The role of imagery-based techniques in cognitive-behavioural therapy for adults with eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 32, 1101-1109.

- Tchanturia, K., Morris, R. G., Anderluh, M. B., Collier, D. A., Nikolaou, V., & Treasure, J. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: An examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 545-552.
- Thiel, A., Zuger, M., Jacoby, G. E., & Schussler, G. (1998). Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
- Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 263-268.
- Thompson, J. K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM IV diagnostic category & Body Image Disorder. En M. Hersa, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 35-51). Sycamore, IL: Sycamore.
- Thornton, C., & Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
- Thornton, L. M., Dellava, J. E., Root, T. L., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2011). Anorexia nervosa and generalized anxiety disorder: Further explorations of the relation between anxiety and body mass index. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 727-730.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Treasure, J. (2006). Where do eating disorders lie on the diagnostic spectrum and what does it mean. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 27-31.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 4-18.
- Treasure, J., Uher, R., & Campbell, I. (2003; Septiembre). The brain and eating disorders. Comunicación presentada en el 16th Congress of the European-College-of-Neuropsychopharmacology. Praga, República Checa.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-114.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Troop, N. A., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2001). Specificity in the relationship between depressive and eating disorder symptoms in remitted and nonremitted women. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 306-311.
- Turner, H., & Cooper, M. (2002). Cognitions and their origins in women with anorexia nervosa, normal dieters and female controls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 242-252.
- Uher, R., Brammer, M. J., Murphy, T., Campbell, I. C., Ng, V. W., Williams, S. C. R., et al. (2003). Recovery and chronicity in anorexia nervosa: Brain activity associated with differential outcomes. *Biological Psychiatry*, 54, 934-942.
- Uher, R., Murphy, T., Brammer, M. J., Dalgleish, T., Phillips, M. L., Ng, V. W., et al. (2004). Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1238-1246.

- Unoka, Z., Tolgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 199-204.
- Unoka, Z., Tolgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 425-431.
- Van Hook, E., & Higgins, E. T. (1988). Self-related problems beyond the self concept: Motivational consequences of discrepant self guides. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 625-633.
- Vandereycken, W., & Hoek, H. W. (1992). Are eating disorders culture-bound syndromes. En A. Halmi (Ed) *Psychobiology Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls*. New York: New York University Press.
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa - A conceptual review: Part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review*, 14, 341-351.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5, 133-140.
- Vitousek, K., & Hollon, S. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1703-1708.
- Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Wray, N. R., & Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 239-244.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., et al. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 276-284.
- Waller, G. (2003). Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 458-464.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 118-124.
- Waller, G., Corderly, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders. A comprehensive treatment guide*. New York: Cambridge University Press.
- Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3, 171-178.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2005). Schema-focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorders. En L. P. Riso, P. L. du Toit & J. E. Young (Eds.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide*. New York: American Psychiatric Association.

- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. En L. P. Riso, P. L. du Toit & J. E. Young (Eds.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide* (pp. 139-175). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Waller, J. V., Kaufman, M. R., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change - 'how' is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69, 139-146.
- Ward, T., Bulik, C., & Johnston, L. (1996). Return of the suppressed: Mental control and bulimia nervosa. *Behaviour Change*, 13, 79-90.
- Wegner, D. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D., Schneider, D., Carter, S., & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C., & Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *British Journal of Psychiatry*, 194, 168-174.
- Wenzlaff, R. M. (2005). Seeking solace and finding despair: The persistence of intrusive thoughts in depression. En D. A. Clark (Ed.). *Intrusive thoughts in clinical disorders* (pp. 54-85). New York: Guilford Press.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D., & Roper, D. (1988). Depression and mental control - the resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882-892.
- Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2010). Risk factors for clinically significant importance of shape and weight in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 206-215.
- Williamson, D., Gleaves, D., & Stewart, T. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 1-10.
- Williamson, D. A., Martin, C. K., & Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18, 1073-1088.
- Wilson, D. (2001). *Effect Size Determination Program*. [<http://mason.gmu.edu/~dwilsonb/pa.html>]. Accessed on January 11, 2011.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Wolf, G., & Serpell, L. (1998). A cognitive model and treatment strategies for anorexia nervosa. En H. Hoek, J. Treasure, & M. Katzman (Eds.). *Neurobiology of Eating Disorders* (pp. 400-421). Chichester: Wiley.
- Wonderlich, S. A., Fullerton, D., Swift, W. J., & Klein, M. H. (1994). 5-year outcome from eating disorders - relevance of personality-disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 233-243.

- Woolrich, R. A., Cooper, M. J., & Turner, H. M. (2006). A preliminary study of negative self-beliefs in anorexia nervosa: A detailed exploration of their content, origins and functional links to "not eating enough" and other characteristic behaviors. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 735-748.
- Woolrich, R. A., Cooper, M. J., & Turner, H. M. (2008). Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: A preliminary study. *European Eating Disorders Review, 16*, 11-20.
- Wu, K. D. (2008). Eating Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: A Dimensional Approach to Purported Relations. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 393-400.
- YaryuraTobias, J., & Neziroglu, F. (1997). *Obsessive-compulsive disorder spectrum. pathogenesis, diagnosis, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2005). Young schema questionnaire short form. (3rd ed.; YSQ-S3). New York: Schema therapy institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2008). Impulsivity in non-clinical persons with obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences, 44*, 1824-1830.
- Zaitsoff, S. L., & Taylor A. (2009). Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17*, 227-33.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet, 355*, 721-722.

ABREVIATURAS

ACTA	Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta Alimentaria/ <i>Attitudes Towards Change in eating disorders</i>
AN	Anorexia Nerviosa/ <i>Anorexia Nervosa</i>
ANR	Anorexia Nerviosa subtipo Restrictivo/ <i>Anorexia Nervosa Restrictive subtype</i>
APA	Asociación Americana de Psicología/ <i>American Psychology Association</i>
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck/ <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-III/ <i>Beck Depression Inventory-II</i>
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia Nerviosa/ <i>Bulimia Nervosa</i>
BNP	Bulimia Nerviosa subtipo Purgativo/ <i>Bulimia Nervosa Purgative subtype</i>
CBOCI	Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck/ <i>Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory</i>
CED-R	Cuestionario de Egodistonia- versión Reducida/ <i>Egodystonicity questionnaire-Reduced version</i>
CES	Cuestionario de Egosintonía/ <i>Egosyntonicity questionnaire</i>
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico de los trastornos mentales versión IV Texto revisado/ <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised text</i>
EAT	Eating Attitudes Test
EDNOS	Eating Disorder Non Otherwise Specified
EDQ	Ego-Dystonicity Questionnaire
FMR	Frecuencia Media Real
FPA	Fusión Pensamiento Acción
ICO	Inventario de Creencias Obsesivas
IMC	Índice de Masa Corporal
INPIAS	Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios
INPIOS	Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos
IT	Intrusive thought/s
MBSRQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
OBO	Obsessive Beliefs Questionnaire/ Cuestionario de creencias obsesivas
OCCWG	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group/ Grupo de trabajo de las cogniciones obsesivas-compulsivas
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OVI	Overvalued Idea Scale
PAN	Pensamiento/s Automático/s Negativo/s
PI	Pensamiento/s Intruso/s
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RSE	Rosenberg Selfesteem Scale
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TAF	Thought Action Fusion
TCANE	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático

TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TOCP	Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad
vs.	<i>versus</i>
YSQ	Young Squeuma Questionnaire

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

α	alfa de Cronbach
χ^2	chi-cuadrado
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AGFI	Índice de Bondad de Ajuste Corregido/ <i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>
AIC	<i>Akaike's Information Criterion</i>
ANCOVA	Análisis de la Covarianza/ <i>Analysis of Covariance</i>
ANOVA	Análisis de la Varianza/ <i>Analysis of Variance</i>
BTS	Prueba de Esfericidad de Bartlett
BF	Brown-Forsythe
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Índice de Ajuste Comparativo/ <i>Comparative Fit Index</i>
<i>d</i>	<i>d</i> de Cohen/ <i>Cohen's d</i>
D.T.	Desviación Típica
df	Degrees of freedom
DV	Dependent Variable
EFA	Exploratory Factor Analysis
F	F de Fisher
GFI	Índice de bondad de ajuste/ <i>Goodness of Fit Index</i>
gl	grados de libertad
ICC	Intraclass Correlation Coeficient
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
M	Media/ <i>Mean</i>
MANOVA	Análisis Multivariante de Varianza/ <i>Multivariate Analysis of Variance</i>
η^2_p	eta cuadrado parcial
p	probabilidad
r_{xy}	coeficiente de correlación de Pearson
RMSEA	Promedio del error de aproximación/ <i>Root Mean-Square Error of Approximation</i>
SD	Standard Deviation
SRMR	Promedio de los residuales estandarizados/ <i>Standarized Root Mean-Square Residual</i>
t	<i>t</i> de Student

ANEXOS



HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

Estudio de la egodistonia en los pensamientos intrusos alimentarios.

Nos gustaría invitarte a participar de manera totalmente voluntaria en este trabajo de investigación. Antes de decidir si quieres participar, es importante que comprendas la finalidad del proyecto y en qué consistirá tu colaboración.

Por favor, tómate tu tiempo para leer detenidamente la siguiente información. Puedes preguntarnos cualquier cosa que no te quede clara.

- Esta investigación evalúa pensamientos molestos relacionados con el aspecto físico, la dieta y el ejercicio físico que la mayoría de la gente experimenta de vez en cuando. Estos pensamientos se nos meten en la cabeza en contra de nuestra voluntad e interrumpen lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En ocasiones puede resultarnos difícil controlarlos, es decir quitarlos de la cabeza, pararlos, dejar de pensar en ellos, a pesar de que nos esforcemos e intentemos no pensar en ellos. Nosotros estamos interesados en la manera en la que afrontas este tipo de pensamientos.
- El objetivo de estudio es analizar en población general y personas que padecen o han padecido un trastorno alimentario, hasta qué punto los pensamientos molestos entran en conflicto con partes de ellos mismos como la moral, actitudes, preferencias, hábitos, creencias, conductas o racionalidad, cómo de molestos resultan, y qué estrategias emplean para controlarlos.
- Buscamos la colaboración de personas que padezcan trastornos alimentarios y población no-clínica, con edades comprendidas entre los 16 y los 65.
- Tu colaboración consistirá en completar una serie de cuestionarios, algunos de los cuales podrás llevarte a casa y completarlos tranquilamente cuando tengas tiempo libre, otros los completarás con la ayuda de un entrevistador. En total, la participación te llevará aproximadamente 2 horas y media.
- Completarás un cuestionario en el que se pregunta sobre la frecuencia con la que experimentas pensamientos sobre la comida, el aspecto físico, peso y ejercicio físico (*p.ej. En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento de: todo lo que he comido tendré que quemarlo haciendo ejercicio*), y cómo los evalúas (*p.ej. Este pensamiento es molesto; No quiero volver a tener este pensamiento nunca*), y qué estrategias empleas para controlarlos (*p. ej. Trato de distraerme viendo la tv*). Otros cuestionarios tratan sobre las actitudes hacia la comida y los trastornos alimentarios (*p. ej. Siempre me preocupo por la comida; puedo estar relajada incluso cuando como en público*), y sobre obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida (*p. ej. Nunca o muy rara vez tengo pensamientos intrusos obsesivos sobre contaminación*).
- La información de los cuestionarios es anónima. Todos los participantes pueden terminar su colaboración en cualquier momento del estudio, sin embargo, una vez los participantes finalizan la colaboración, los datos se meterán en una base de datos anónima y no podrán eliminarse del estudio.
- Si decides participar, te pediremos que leas esta información y firmes un consentimiento informado. Si tienes cualquier pregunta, por favor, contáctanos: maria.roncero@uv.es Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Av. Blasco Ibañez, 21 46010, Valencia.

Nombre y apellidos del entrevistador: _____

Tfno. de contacto del entrevistador: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

REFERENCIA/IDENTIFICACIÓN:

EDAD: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

SEXO: Varón Mujer PROFESIÓN: _____

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios)

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad haya requerido atención especializada? SI NO

☞ A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE CUESTIONARIOS A LOS QUE TIENES QUE CONTESTAR SEGÚN LAS INDICACIONES CONCRETAS QUE SE DAN EN CADA UNO DE ELLOS.

☞ POR FAVOR, RESPONDE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS.

☞ TEN EN CUENTA QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. ÚNICAMENTE NOS INTERESA CONOCER TU PROPIA EXPERIENCIA

TODOS LOS DATOS SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE

INFORMATION SHEET FOR PARTICIPANTS

PNM/09/10-13 Study of ego-dystonicity related to eating intrusive thoughts

YOU WILL BE GIVEN A COPY OF THIS INFORMATION SHEET

An examination of the eating intrusive thoughts.

We would like to invite you to participate in this postgraduate research project. You should only participate if you want to; choosing not to take part will not disadvantage you in any way. Before you decide whether you want to take part, it is important for you to understand why the research is being done and what your participation will involve. Please take time to read the following information carefully and discuss it with others if you wish. Ask us if there is anything that is not clear or if you would like more information.

- This research evaluates unpleasant thoughts that most people experience from time to time. These thoughts may suddenly intrude into our minds against our will and interrupt what we are doing or what we are already thinking. Frequently, it is difficult to control these unwanted intrusive thoughts. No matter how hard we try, it can be difficult to get them out of our mind or stop them from re-appearing. We are interested in the way you deal with these thoughts.
- The purpose of the study is to analyze in non-clinical individuals and patients suffering eating disorders, to what extent unpleasant thoughts come into conflict with parts of themselves like morals, attitudes, beliefs, preferences, habits, behaviours or rationality; as well as to know how distressing they are, and which control strategies people use to control those thoughts.
- We would like to recruit females suffering -or recovered- from eating disorders and a comparison population (females), and whose age is between 18 and 65. Participants must be English speakers. We will ask you to read information about this study and provide your consent.
- If you agree to take part, we will ask you to participate in a short (10 minute) interview (this may be done by phone or face to face in the Guy's Hospital). And then, you will be asked to complete two packs of questionnaires (pen and paper version): You can find the first pack attached to the newsletter, and for the second one we will ask you to fill them in the Hospital or by phone (or via skype/msn) (the second pack will take 40 minutes aprox.). We will post to your home a FREEPOST envelope to return the first pack to the Hospital. If you do not agree to take part or if you do not fulfil the requirements, your data will be immediately destroyed.
- There are some questionnaires which ask about the presence and how often do you have thoughts about eating, body shape and weight (e.g. *I am eating and suddenly the thought comes into my mind about I shouldn't eat any of these*) and how do you assess them (e.g. *It is somewhat unpleasant; I don't ever want to have that thought again; I believe that this thought is irrational, etc.*), which strategies do you use to control them -if you try to do it- (e.g. *I distract myself by thinking of other things*). The other questionnaires ask about attitudes toward eating, and the eating disorder -if it is the case- (e.g. *Find myself preoccupied with food, I can be relaxed and happy even when I have to eat in public*), and obsessions and compulsions not related to eating (e.g. *I never or rarely have obsessional intrusive thoughts, images or impulses of dirt or contamination*).

- Data from the questionnaires will be anonymous. We will ensure all information remains confidential. Only the lead researcher will be able to access the codes that link your identity to the information you provide, and only the anonymous data will be shared with other researchers. All participants are able to withdraw at any point during the study but once the study is completed data will be anonymously inputted into a database. Therefore, once participants have completed the project data cannot be withdrawn from the study.
- If you decide to take part, you will be given this information sheet to keep and be asked to sign a consent form.
- You may withdraw your data from the project at any time up until it is transcribed for use in the final report.

If you have any questions, please contact us here:

Maria Roncero and Prof Janet Treasure

Eating Disorders Unit

Department of Academic Psychiatry

5th Floor Bermondsey Wing

Guy's Hospital, London

SE1 9RT

0207 1880 168

maria.roncero@kcl.ac.uk, j.treasure@kcl.ac.uk

It is up to you to decide whether to take part or not. If you decide to take part you are still free to withdraw at any time and without giving a reason.

If this study has harmed you in any way you can contact King's College London using the details below for further advice and information:

Maria Roncero and Prof Janet Treasure

Eating Disorders Unit

Department of Academic Psychiatry

5th Floor Bermondsey Wing

Guy's Hospital, London

SE1 9RT

0207 1880 168

maria.roncero@kcl.ac.uk , j.treasure@kcl.ac.uk

CONSENT FORM FOR PARTICIPANTS IN RESEARCH STUDIES

PNM/09/10-13 Study of ego-dystonicity related to eating intrusive thoughts



Please complete this form after you have read the Information Sheet and/or listened to an explanation about the research.

Title of Study: _____

King's College Research Ethics Committee Ref: _____

- Thank you for considering to take part in this research. The person organizing the research must explain the project to you before you agree to take part.
- If you have any questions arising from the Information Sheet or explanation already given to you, please ask the researcher before you decide whether to join in. You will be given a copy of this Consent Form to keep and refer to at any time.
- *I understand that if I decide at any other time during the research that I no longer wish to participate in this project, I can notify the researchers involved and be withdrawn from it immediately.*
- *I consent to the processing of my personal information for the purposes explained to me. I understand that such information will be handled in accordance with the terms of the Data Protection Act 1998.*

Participant's Statement:

I _____

agree that the research project named above has been explained to me to my satisfaction and I agree to take part in the study. I have read both the notes written above and the Information Sheet about the project, and understand what the research study involves.

Signed

Date

Investigator's Statement:

I _____

confirm that I have carefully explained the nature, demands and any foreseeable risks (where applicable) of the proposed research to the volunteer.

Signed

Date

Name: _____				
Telephone nº: _____		e-mail: _____		
Age: _____	Weight: _____	Height: _____	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Occupation: _____				
MARITAL STATUS: Never married <input type="checkbox"/> Divorced/ separated/ widow <input type="checkbox"/> Married				
<input type="checkbox"/> Living with your couple <input type="checkbox"/>				
SOCIO-ECONOMIC LEVEL:				
Low <input type="checkbox"/>	Medium-low <input type="checkbox"/>	Medium <input type="checkbox"/>	Medium-high <input type="checkbox"/>	High <input type="checkbox"/>
EDUCATION QUALIFICATIONS:				
Primary education <input type="checkbox"/>	Middle school <input type="checkbox"/>	High secondary school <input type="checkbox"/>		

8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

1

Instrucciones: A continuación se señalan una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser habituales para ti. Piensa en cada una de ellas y señala con una cruz sobre la casilla que mejor corresponda a tu situación en los últimos días.

Posiblemente muchas de las experiencias descritas no se ajusten bien a tu estado actual; en este caso es preferible que señales en la columna correspondiente al «No/Nunca».

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Sí/ Siempre
1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida	<input type="checkbox"/>				
2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz	<input type="checkbox"/>				
3. Soy capaz de comer algo «extra» pensando en salir de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>				
4. Me aterroriza el efecto que la comida produce en mi cuerpo	<input type="checkbox"/>				
5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público	<input type="checkbox"/>				
6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa	<input type="checkbox"/>				
7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad	<input type="checkbox"/>				
9. En mi mente hay dos personas: una la enferma que siempre me domina y otra la sana	<input type="checkbox"/>				
10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es del pasado	<input type="checkbox"/>				
11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>				
12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer	<input type="checkbox"/>				
13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema	<input type="checkbox"/>				
14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida	<input type="checkbox"/>				
15. Temo que lleguen las horas de las comidas	<input type="checkbox"/>				
16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda	<input type="checkbox"/>				
17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida	<input type="checkbox"/>				
18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida	<input type="checkbox"/>				
19. Querría superar mis obsesiones pero sin cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico	<input type="checkbox"/>				
21. Por fin puedo decir que ya estoy curada	<input type="checkbox"/>				
22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria	<input type="checkbox"/>				
24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos	<input type="checkbox"/>				
25. Cada vez me encontraría peor si siguiera con mi problema alimentario	<input type="checkbox"/>				
26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme	<input type="checkbox"/>				
27. Procuero evitar situaciones que entorpecen mi curación	<input type="checkbox"/>				
28. Puedo comer de todo sin sentir ningún recelo	<input type="checkbox"/>				
29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema	<input type="checkbox"/>				
30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad	<input type="checkbox"/>				

8.1.5. El Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

2

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Sí/ Siempre
31. En un futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación	<input type="checkbox"/>				
32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o mi familia	<input type="checkbox"/>				
33. Aún no le he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que haga	<input type="checkbox"/>				
34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré	<input type="checkbox"/>				
35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme	<input type="checkbox"/>				
36. Aunque aún no le he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno	<input type="checkbox"/>				
37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>				
38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones	<input type="checkbox"/>				
39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir	<input type="checkbox"/>				
40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema	<input type="checkbox"/>				
41. Estuve mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico	<input type="checkbox"/>				
42. Me cuesta cambiar mi conducta pero sigo esforzándome por lograrlo	<input type="checkbox"/>				
43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo	<input type="checkbox"/>				
44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres	<input type="checkbox"/>				
45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer	<input type="checkbox"/>				
46. Me alegra cuando puedo dominar mis obsesiones	<input type="checkbox"/>				
47. Me esfuerzo en pequeños detalles para superar mi problema	<input type="checkbox"/>				
48. El miedo a ganar peso me paraliza para poder cambiar mi dieta	<input type="checkbox"/>				
49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad	<input type="checkbox"/>				
50. Para sentirme mejor, algún día empezaré a solucionar mi problema	<input type="checkbox"/>				
51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso	<input type="checkbox"/>				
52. Me alegra cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>				
53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso	<input type="checkbox"/>				
54. Quiero dejar atrás este problema pero aún no me veo con fuerzas para superarlo	<input type="checkbox"/>				
55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos	<input type="checkbox"/>				
56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema	<input type="checkbox"/>				
58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empeorar	<input type="checkbox"/>				
59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso	<input type="checkbox"/>				

Attitudes Towards Change in Eating Disorders (ACTA)

(Beato & Rodriguez, 2003)

Instructions

Below you will find a series of situations, thoughts or experiences which can be usual for you. Think about each of them and put an X mark in the box which corresponds best to *your situation in the last few days*.

It is possible that many of the experiences described *do not adapt well* to your present state. In this case, it is *preferable* for you to mark the column corresponding to "no/never"

	No/ never	Rarely	Some- times	Freq	Yes/ always
1. There are times when I manage to have no thoughts about food	<input type="checkbox"/>				
2. I have no problem, all I want is to be left alone	<input type="checkbox"/>				
3. I can eat something "extra" thinking about overcoming my disease	<input type="checkbox"/>				
4. The effect food produces in my body terrifies me	<input type="checkbox"/>				
5. I can be relaxed and happy even when I have to eat in public	<input type="checkbox"/>				
6. I can get dressed without feeling anxious about how my clothes look	<input type="checkbox"/>				
7. Even if they insist, I am not going to change any of my eating habits	<input type="checkbox"/>				
8. Now I can say that I have overcome this disease	<input type="checkbox"/>				
9. In my mind, there are two persons, one the patient who ALWAYS dominates me and the other, the healthy person	<input type="checkbox"/>				
10. I can look at my obsessions as something that belongs to the past	<input type="checkbox"/>				
11. The others are exaggerating everything occurring to me	<input type="checkbox"/>				
12. To go out with my friends, I am influenced by whether we are going to eat out or not	<input type="checkbox"/>				
13. I doubt whether the others are right regarding my problem	<input type="checkbox"/>				
14. I would like to be left alone regarding my weight and food	<input type="checkbox"/>				
15. Eating time scares me	<input type="checkbox"/>				
16. I am not ill, I only don't want to be fat	<input type="checkbox"/>				
17. Although I want to, I cannot change my eating habits	<input type="checkbox"/>				
18. After being better, my obsessions with food have returned	<input type="checkbox"/>				
19. I would like to overcome my obsessions, but without changing my eating habits	<input type="checkbox"/>				
20. I hope that someday people will tire of telling me I am ill and need to go to the doctor's	<input type="checkbox"/>				
21. I can finally say that I am cured	<input type="checkbox"/>				
22. I have started to change my eating habits	<input type="checkbox"/>				
23. I depend on others start changing my eating behavior	<input type="checkbox"/>				
24. I have started to feel afraid again in regard to food or to binge eating and vomiting	<input type="checkbox"/>				
25. I would feel worse and worse if my eating problem continued	<input type="checkbox"/>				
26. I am trying to do what you tell me to be cured	<input type="checkbox"/>				
27. I attempt to avoid situations that obstruct my being cured	<input type="checkbox"/>				
28. I can eat everything without feeling any mistrust	<input type="checkbox"/>				

29. Not now, but some day I will have to decide to get rid my problem	<input type="checkbox"/>				
30. I have doubts on whether I am really ill	<input type="checkbox"/>				
31. In future, I would like to begin to solve my eating problems	<input type="checkbox"/>				
32. I am not going to change my eating habits because my doctor or family tells me to	<input type="checkbox"/>				
33. I still have not decided, but if I wanted to, I would begin to do what I am told to do	<input type="checkbox"/>				
34. I am concerned about my health being affected by my eating habits, but I will change	<input type="checkbox"/>				
35. I read all the information I can to help me get cured	<input type="checkbox"/>				
36. Although I still have not done so, I know what I would have to do in order to solve my disorder	<input type="checkbox"/>				
37. For some time, I have been more obsessed again with my physical appearance	<input type="checkbox"/>				
38. I am totally dominated by my obsessions	<input type="checkbox"/>				
39. There is no reason why I have to change my eating habits, they belong to my way of life	<input type="checkbox"/>				
40. I would have to begin to forget my problem	<input type="checkbox"/>				
41. I was better, but I am concerned again with my diet and physical appearance	<input type="checkbox"/>				
42. It is difficult for me to change my behavior, but I continue to make an effort to achieve it	<input type="checkbox"/>				
43. Later on, I will begin to eat as I am asked to	<input type="checkbox"/>				
44. To solve my obsessions I have changed some customs	<input type="checkbox"/>				
45. I think that my present way of eating is dangerous	<input type="checkbox"/>				
46. I am happy when I can dominate my obsessions	<input type="checkbox"/>				
47. I make an effort in small details to overcome my problem	<input type="checkbox"/>				
48. Fear of gaining weight paralyzes me to be able to change my diet	<input type="checkbox"/>				
49. I feel like I did at the beginning of my disease	<input type="checkbox"/>				
50. To feel better, someday I will begin to solve my problem	<input type="checkbox"/>				
51. Now I am concerned again more than before that I can gain weight	<input type="checkbox"/>				
52. I am pleased by any progress that improves my disease	<input type="checkbox"/>				
53. I wonder if the solution to my condition would be to lose weight	<input type="checkbox"/>				
54. I want to get rid of this problem, but I still do not feel strong enough to overcome it	<input type="checkbox"/>				
55. I can continue to eat everything or to not have binges or vomiting	<input type="checkbox"/>				
56. It is absurd that they want to make me change my eating habits	<input type="checkbox"/>				
57. Although I know that it is for my own good, I do not want to begin to fight against my problem yet	<input type="checkbox"/>				
58. I thought that I had been cured, but I have gotten worse again	<input type="checkbox"/>				
59. I have no health problem, I only like controlling my weight	<input type="checkbox"/>				

BAI

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

		En absoluto	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	Severamente, casi <i>no</i> podía soportarlo
1	Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2	Sensación de calor	0	1	2	3
3	Temblo de piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad de relajarse	0	1	2	3
5	Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareo o aturdimiento	0	1	2	3
7	Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	1	2	3
9	Terrores	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblores de manos	0	1	2	3
13	Temblo generalizado o estremecimiento	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Sobresaltos	0	1	2	3
18	Molestias digestivas o abdominales	0	1	2	3
19	Palidez	0	1	2	3
20	Rubor facial	0	1	2	3
21	Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

Beck Anxiety Inventory; Beck AT, Steer RA. (1993)

BDI-II

*Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido.*

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.	0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado
0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.	0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.
0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.	0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.
0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.
0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

<p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p>	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>	<p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p>
<p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	

Aaron Beck & The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M. E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

C-BOCI

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, léelos con atención y, a continuación, señala la afirmación de cada grupo que mejor describe tus pensamientos, tus sentimientos, o tus conductas durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Rodea con un círculo el número que corresponde a la afirmación que has elegido.

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que se ajusta a tu caso, señala la que tiene el número más alto. Si eres incapaz de decidir, simplemente escoge la que crees que se ajusta mejor a ti.

No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de conocer tu opinión acerca de la afirmación que mejor te describe.

Intenta responder con rapidez y no emplear demasiado tiempo pensando en el significado exacto de cada frase. La respuesta más adecuada será la que refleje tu primera impresión sobre la afirmación que mejor te describe durante las dos últimas semanas.

SUBESCALA DE INTRUSIONES OBSESIVAS

Definición: Los siguientes grupos de afirmaciones se refieren a un tipo especial de pensamientos, ideas, imágenes o impulsos, denominados “intrusiones obsesivas”. Prácticamente todo el mundo tiene este tipo de pensamientos en mayor o menor grado. Las intrusiones obsesivas son:

- Pensamientos, imágenes, o impulsos no deseados, desagradables, molestos, y que incluso provocan repugnancia.
- Que se cuelan en tu mente aunque no quieras
- Que pueden ser poco apropiadas o poco indicativas del tipo de persona que eres en realidad; es decir, estas intrusiones mentales no son el tipo de pensamientos que esperarías tener
- En muchas ocasiones son difíciles de controlar, aunque te parezcan ilógicas o sin sentido

Algunos ejemplos de intrusiones obsesivas:

- pensamientos, imágenes o impulsos de hacer daño a alguien
- o de haber cometido errores,
- o de suciedad o contaminación,
- o de no ser exacto o preciso,
- o de actuar de forma inmoral,
- o de involucrarse en prácticas sexuales inaceptables, o de perder el control y hacer algo que resulte embarazoso,
- o de haber olvidado cerrar las puertas o apagar los electrodomésticos.

1	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos sobre suciedad o contaminación.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
2	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
3	0	NUNCA O MUY RARA vez tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
4	0	Si por casualidad tengo un pensamiento, imagen o impulso obsesivo intruso, NO me siento mal ni culpable por tenerlo.
	1	Me siento UN POCO mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva.
	2	Me siento BASTANTE mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva.
	3	Me siento MUY mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva.
5	0	Normalmente CONSIGO QUITARME de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	1	MUCHAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	2	La MAYOR PARTE DE LAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	3	EN MUY POCAS OCASIONES consigo quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos

6	0	Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, me resulta FÁCIL PENSAR en otras cosas.
	1	Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, NO ME RESULTA MUY DIFÍCIL pensar en cualquier otra cosa.
	2	Me resulta UN POCO DIFÍCIL pensar en cualquier otra cosa cuando tengo una intrusión obsesiva.
	3	Cuando tengo una intrusión obsesiva ME RESULTA MUY DIFÍCIL pensar en otras cosas.
7	0	NUNCA o MUY RARA VEZ me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
8	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo
	1	ALGUNAS VECES tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
	2	A MENUDO tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
	3	Dudo CASI CONSTANTEMENTE sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
9	0	Me costaría MUY POCO esfuerzo y concentración intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	1	Tendría que esforzarme y concentrarme ALGO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	2	Me tendría que esforzar y concentrar MUCHO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	3	Tendría que poner TODO mi esfuerzo y concentración para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
10	0	NUNCA O MUY RARA VEZ me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago.
	1	OCASIONALMENTE me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago.
	2	FRECUENTEMENTE me preocupo por si cometo errores en o que digo o hago.
	3	Estoy preocupado por si cometo errores en PRÁCTICAMENTE TODO lo que digo o hago.
11	0	NO ME RESULTA difícil tomar decisiones sobre mis actividades cotidianas en casa o en el trabajo.
	1	A VECES me siento indeciso sobre alguna tarea cotidiana concreta.
	2	A MENUDO me resulta difícil tomar decisiones sobre una o varias tareas cotidianas sencillas.
	3	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO me resulta difícil tomar decisiones cuando intento hacer mis tareas cotidianas.

12	0	Los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos NO INTERFIEREN con mi capacidad para trabajar o relacionarme.
	1	Las intrusiones obsesivas INTERFIEREN ALGO en mi trabajo o actividades sociales.
	2	A pesar de que las intrusiones obsesivas INTERFIEREN MUCHO en mi trabajo o funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo.
	3	Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFÍCIL trabajar o relacionarme con otros como consecuencia de mis intrusiones obsesivas.
13	0	Estoy convencido de que cualquier intrusión obsesiva que pueda tener será un pensamiento, imagen o impulso INOFENSIVO.
	1	ALGUNA VEZ me he preguntado si mis intrusiones obsesivas podrían hacerse realidad y causar algo malo.
	2	Me PREOCUPA BASTANTE que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo.
	3	Me PREOCUPA BASTANTE que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo.
14	0	NO INTENTO impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	1	ALGUNA VEZ he intentado impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	2	Me ESFUERZO para impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	3	Me ESFUERZO MUCHO para intentar impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.

SUBESCALA DE COMPULSIONES

Definición: Los siguientes grupos de afirmaciones hacen referencia a pensamientos o comportamientos que se llaman “compulsiones”. Las compulsiones son:

- Pensamientos o conductas que uno siente la necesidad de hacer una y otra vez
- Estos pensamientos o conductas pueden ser bastante excesivos o carecer de sentido
- Mucha gente ha tenido alguna vez pensamientos o conductas compulsivas

Algunos ejemplos de compulsiones:

- Lavarse las manos una y otra vez hasta que se siente que están “perfectas”,
- Comprobar la calefacción varias veces hasta que uno se siente seguro al irse de casa,
- Repetir palabras o frases una y otra vez hasta sentir que se han conseguido recordar correctamente,
- Empeñarse en guardar de forma excesiva cosas que no se necesitan (por ejemplo, facturas de teléfono viejas, periódicos, etc.), porque le parece que no estaría bien tirarlas,
- Contar hasta un determinado número varias veces hasta que se sienta que está bien,
- Toquetear objetos un determinado número de veces, etc.

15	0	NUNCA O EN RARAS ocasiones, siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
16	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas que haya hecho (por ejemplo, cerrar las puertas, apagar las luces, los grifos, o los electrodomésticos; impresos ya rellenados; examinar las cartas antes de enviarlas).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.

17	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de re-leer, re-escribir o repetir lo que acabo de decir, porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
18	0	NUNCA O MUY RARAS VECES sigo rutinas rígidas en mis tareas diarias (por ejemplo, vestirme o lavarme siguiendo un orden concreto), o procuro tener las cosas puestas en un orden concreto (por ejemplo, tener las cosas en casa o en la oficina en su lugar exacto).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto
19	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de contar, decirme a mí mismo ciertas frases, memorizar cosas sin importancia, o ponerme a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) cuento, o me digo a mí mismo frases concretas, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
20	0	NUNCA o MUY RARAS VECES me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada, que me cueste mucho tiempo acabar mis tareas cotidianas (por ejemplo, vestirme, salir de casa o de la oficina, comer, acabar con las tareas del trabajo o del colegio)
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas

21	0	Aunque tuviera la necesidad de involucrarme en una compulsión conductual o mental, NO me sentiría angustiado si me impidieran llevarla a cabo
	1	Me sentiría ALGO ANGUSTIADO si me impidieran llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
	2	Me siento MOLESTO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
	3	Me siento MUY ANGUSTIADO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
22	0	Las compulsiones conductuales o mentales NO interfieren con mi capacidad para trabajar o relacionarme
	1	Las compulsiones conductuales o mentales interfieren algo en mi trabajo o actividades sociales
	2	A pesar de que las compulsiones mentales o conductuales interfieren MUCHO en mi trabajo o mi funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo.
	3	Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFÍCIL trabajar o relacionarme con otros por culpa de mis compulsiones conductuales o mentales
23	0	NO EVITO lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
24	0	Aunque sienta la necesidad de realizar una compulsión mental o conductual, puedo decidir NO LLEVARLA A CABO
	1	Cuando siento la necesidad de realizar alguna compulsión mental o conductual, puedo controlarla de forma voluntaria, aunque con GRAN DIFICULTAD
	2	Tengo POCO CONTROL VOLUNTARIO sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas
	3	Tengo MUY POCO CONTROL VOLUNTARIO sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas.
25	0	Aunque me pusiera a realizar compulsiones conductuales o mentales, NO me sentiría ansioso o angustiado
	1	Me siento ALGO ANSIOSO o angustiado cuando me pongo a realizar compulsiones conductuales o mentales
	2	Me siento ANSIOSO o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales
	3	Me siento MUY ANSIOSO o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales

Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; (Clark, D.A., Antony, M.M., Beck, A.T., Swinson, R.P., & Steer, R. A. (2005). Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143) Traducido por A. Belloch, G. Garcia-Soriano, y C. Morillo.

CED-R (Cuestionario de Egodistonia-Reducido)

Escribe a continuación el pensamiento que has escogido como más molesto en el cuestionario que acabas de completar (INPIAS o INPIOS):

Corresponde al núm.: _____. Por favor, escríbelo a continuación:

Queremos saber hasta qué punto consideras que este pensamiento es inconsistente con la visión de ti mismo, o entra en conflicto con partes de ti mismo como la moral, actitudes, creencias, preferencias, hábitos, comportamientos o racionalidad. En definitiva es un pensamiento que no encaja con quien tú crees que eres.

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones que hacen referencia al pensamiento anterior. Por favor, **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

0= Completamente desacuerdo.

1= Bastante desacuerdo.

2= Algo desacuerdo.

3= Algo de acuerdo.

4= Bastante de acuerdo.

5= Completamente de acuerdo.

1. Pensar esto es inmoral.	0	1	2	3	4	5
2.. No quisiera que este pensamiento se hiciera realidad	0	1	2	3	4	5
3. Este pensamiento no es típico en mí.	0	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo puede una persona como yo tener un pensamiento como este?	0	1	2	3	4	5
5. No imaginaba que pudiera tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
6. Soy inmoral por pensar en esto.	0	1	2	3	4	5
7. Nunca he deseado que este pensamiento ocurra en la vida real.	0	1	2	3	4	5
8.. Este pensamiento me coge por sorpresa.	0	1	2	3	4	5
9.. Cuando me viene el pensamiento, debo quitármelo de la cabeza y mantenerlo alejado.	0	1	2	3	4	5
10. No haría nada para que este pensamiento se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
11. Este pensamiento no refleja lo que yo deseo.	0	1	2	3	4	5
12. Me repugna este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
13. Necesito asegurarme de que el pensamiento no se ha hecho ni se hará realidad.	0	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para quitármelo inmediatamente de la cabeza.	0	1	2	3	4	5

- 0= Completamente desacuerdo.
 1= Bastante desacuerdo.
 2= Algo desacuerdo.
 3= Algo de acuerdo.
 4= Bastante de acuerdo.
 5= Completamente de acuerdo.

15.. Pensar esto va en contra de lo que es correcto.	0	1	2	3	4	5
16. Cuanto más lo tengo, menos me gustaría que se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
17. Necesito comprobar que no soy el tipo de persona que el pensamiento sugiere que soy.	0	1	2	3	4	5
18. Este pensamiento es absurdo.	0	1	2	3	4	5
19. El pensamiento no significa nada en absoluto, no es importante.	0	1	2	3	4	5
20. Sería una mejor persona si no tuviera pensamientos como éstos.	0	1	2	3	4	5
21. Cuanto más lo tengo, más seguro estoy de que no quiero que se convierta en realidad.	0	1	2	3	4	5
22. Este pensamiento me angustia.	0	1	2	3	4	5
23. No encuentro ninguna buena razón por la que debiera tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
24. No tiene sentido que haya tenido este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
25. Este pensamiento es irracional.	0	1	2	3	4	5
26. Me sorprende haber tenido un pensamiento como este.	0	1	2	3	4	5
27.. No me atrae nada que este pensamiento se haga realidad.	0	1	2	3	4	5

Belloch; A., Roncero, M., y Perpiñá, C. (2011). Ego-syntonicity and Ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (en prensa, DOI 10.1007/s10862-011-9255-4).

CES (Cuestionario de Egosintonía)

Escribe a continuación el pensamiento que has escogido como más molesto en el cuestionario que acabas de completar (INPIAS o INPIOS):

Corresponde al núm.: _____. Por favor, escríbelo a continuación:

Queremos saber hasta qué punto consideras que este pensamiento es consistente con la visión de ti mismo, o no entran en conflicto con partes de ti mismo como la moral, actitudes, creencias, preferencias, hábitos, comportamientos o racionalidad. En definitiva es un pensamiento que no encaja con quien tú crees que eres.

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones que hacen referencia al pensamiento anterior. Por favor, **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

0= Completamente desacuerdo.

1= Bastante desacuerdo.

2= Algo desacuerdo.

3= Algo de acuerdo.

4= Bastante de acuerdo.

5= Completamente de acuerdo.

1. Pensar esto es señal de virtud.	0	1	2	3	4	5
2. Quisiera que este pensamiento se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
3. Este pensamiento es parecido a otros pensamientos que tengo	0	1	2	3	4	5
4. Es lógico que una persona como yo, tenga un pensamiento como este	0	1	2	3	4	5
5. Este pensamiento es típico en mí, no me sorprende tenerlo.	0	1	2	3	4	5
6. Si pienso en esto, es que soy una persona con ética, con moral.	0	1	2	3	4	5
7. Muchas veces he deseado que este pensamiento ocurra en la vida real.	0	1	2	3	4	5
8.. Este pensamiento no me coge por sorpresa.	0	1	2	3	4	5
9. Cuando me viene el pensamiento, debo esforzarme por mantenerlo en la cabeza.	0	1	2	3	4	5
10. Haría lo que fuera porque este pensamiento se hiciera realidad	0	1	2	3	4	5
11. Este pensamiento refleja lo que yo deseo.	0	1	2	3	4	5
12. Me gusta pensar esto	0	1	2	3	4	5
13. Necesito asegurarme de que el pensamiento se ha hecho o se hará realidad.	0	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para mantenerlo en mi cabeza.	0	1	2	3	4	5

- 0= Completamente desacuerdo.
 1= Bastante desacuerdo.
 2= Algo desacuerdo.
 3= Algo de acuerdo.
 4= Bastante de acuerdo.
 5= Completamente de acuerdo.

15.. Pensar esto es correcto, está bien.	0	1	2	3	4	5
16. Cuanto más lo tengo, más deseo que se haga realidad.	0	1	2	3	4	5
17. Necesito comprobar que soy el tipo de persona que el pensamiento sugiere que soy.	0	1	2	3	4	5
18. Este pensamiento es lógico/normal.	0	1	2	3	4	5
19. El pensamiento es muy significativo, es importante.	0	1	2	3	4	5
20. Soy mejor persona cuando tengo pensamientos como éstos.	0	1	2	3	4	5
21. Cuanto más lo tengo, más seguro estoy que quiero que se convierta en realidad.	0	1	2	3	4	5
22. Me gusta este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
23. Hay buenas razones por las que debo tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
24. Haber tenido este pensamiento, significa algo.	0	1	2	3	4	5
25. Este pensamiento es racional.	0	1	2	3	4	5
26. No me sorprende haber tenido un pensamiento como éste.	0	1	2	3	4	5
27.. Me atrae mucho que este pensamiento se haga realidad.	0	1	2	3	4	5

Belloch, A., Roncero, M., y Perpiñá, C. (2011). Ego-syntonicity and Ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, (en prensa, DOI 10.1007/s10862-011-9255-4).

CED (Egodystonicity Questionnaire)

On the line below, please write the thought you chose as the most bothersome from the questionnaire you just filled out (INPIAS or INPIOS):

We would like to know to what degree you think this thought is inconsistent with your view of yourself, or comes into conflict with parts of yourself like morals, attitudes, beliefs, preferences, habits, behaviours or rationality. It is definitively a thought that doesn't fit the person you think you are.

Below we present a list of statements that refer to the above-mentioned thought. Please, CIRCLE THE NUMBER that indicates to what degree you agree or disagree with each of the statements:

- 0= Completely disagree.
- 1= Strongly disagree.
- 2= Disagree somewhat.
- 3= Agree somewhat.
- 4= Strongly agree.
- 5= Completely agree.

1. Thinking this thought is immoral.	0	1	2	3	4	5
2.. I would not want this thought to come true.	0	1	2	3	4	5
3. This thought is not typical of me.	0	1	2	3	4	5
4. How can a person like me have a thought like this one?	0	1	2	3	4	5
5. I never imagined I could have this thought.	0	1	2	3	4	5
6. I am immoral for thinking about this.	0	1	2	3	4	5
7. I have never wanted this thought to happen in real life.	0	1	2	3	4	5
8.. This thought takes me by surprise.	0	1	2	3	4	5
9.. When I get the thought, I have to get it out of my head and keep it away.	0	1	2	3	4	5
10. I would not do anything to make this thought come true.	0	1	2	3	4	5
11. This thought does not reflect what I want.	0	1	2	3	4	5
12. I am repulsed by this thought.	0	1	2	3	4	5
13. I need to make sure that the thought has not come true and will never come true.	0	1	2	3	4	5
14. When I have this thought, I do anything I can to get it out of my head immediately.	0	1	2	3	4	5
15.. Thinking this goes against what is correct.	0	1	2	3	4	5

- 0= Completely disagree.
 1= Strongly disagree.
 2= Disagree somewhat.
 3= Agree somewhat.
 4= Strongly agree.
 5= Completely agree.

16. The more I have it, the less I would want it to come true.	0	1	2	3	4	5
17. I need to verify that I am not the type of person the thought indicates I am	0	1	2	3	4	5
18. This is an absurd thought.	0	1	2	3	4	5
19. The thought doesn't mean anything at all; it's not important.	0	1	2	3	4	5
20. I would be a better person if I didn't have thoughts like these.	0	1	2	3	4	5
21. The more I have it, the more convinced I am that I don't want it to come true.	0	1	2	3	4	5
22. This thought disturbs me.	0	1	2	3	4	5
23. I can't find any good reason why I should have this thought.	0	1	2	3	4	5
24. It doesn't make sense for me to have had this thought.	0	1	2	3	4	5
25. This thought is irrational.	0	1	2	3	4	5
26. It surprises me that I have had a thought like this one.	0	1	2	3	4	5
27.. The idea that this thought could come true is not at all attractive to me.	0	1	2	3	4	5

CES (Egosyntonicity Questionnaire)

On the line below, please write the thought you chose as the most bothersome from the questionnaire you just filled out (INPIAS or INPIOS):

We would like to know to what degree you think this thought is consistent with your view of yourself, or does not come into conflict with parts of yourself like morals, attitudes, beliefs, preferences, habits, behaviours or rationality. It is definitively a thought that fits the person you think you are.

Below we present a list of statements that refer to the above-mentioned thought. Please, CIRCLE THE NUMBER that indicates to what degree you agree or disagree with each of the statements:

- 0= Completely disagree.
- 1= Strongly disagree.
- 2= Disagree somewhat.
- 3= Agree somewhat.
- 4= Strongly agree.
- 5= Completely agree.

1. Thinking this thought is a sign of virtue.	0	1	2	3	4	5
2. I would like this thought to come true.	0	1	2	3	4	5
3. This thought is similar to other thoughts I have.	0	1	2	3	4	5
4. It's logical for a person like me to have a thought like this one.	0	1	2	3	4	5
5. This thought is typical of me; I'm not surprised I have it.	0	1	2	3	4	5
6. If I think about this, it's because I am an ethical, moral person.	0	1	2	3	4	5
7. Many times I have wanted this thought to happen in real life.	0	1	2	3	4	5
8.. This thought doesn't take me by surprise.	0	1	2	3	4	5
9.. When I get the thought, I have to try hard to keep it in my head.	0	1	2	3	4	5
10. I would do anything to make this thought come true.	0	1	2	3	4	5
11. This thought reflects what I want.	0	1	2	3	4	5
12. I like to think this.	0	1	2	3	4	5
13. I need to make sure that the thought has come true or will come true.	0	1	2	3	4	5
14. When I have this thought, I do whatever I can to keep it in my head.	0	1	2	3	4	5
15.. Thinking this thought is correct; it's fine.	0	1	2	3	4	5
16. The more I have it, the more I want it to come true.	0	1	2	3	4	5

- 0= Completely disagree.
 1= Strongly disagree.
 2= Disagree somewhat.
 3= Agree somewhat.
 4= Strongly agree.
 5= Completely agree.

17. I need to verify that I am the kind of person the thought indicates I am.	0	1	2	3	4	5
18. This is a logical/normal thought.	0	1	2	3	4	5
19. The thought is very significant; it's important.	0	1	2	3	4	5
20. I am a better person when I have thoughts like these.	0	1	2	3	4	5
21. The more I have it, the more convinced I am that I want it to come true.	0	1	2	3	4	5
22. I like this thought.	0	1	2	3	4	5
23. There are good reasons why I must have this thought.	0	1	2	3	4	5
24. Having had this thought means something.	0	1	2	3	4	5
25. This thought is rational.	0	1	2	3	4	5
26. I'm not surprised to have had a thought like this one.	0	1	2	3	4	5
27.. The idea that this thought could come true is attractive to me.	0	1	2	3	4	5

E.A.T.-26:

versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991)

Pon una marca en la casilla que mejor refleje tu caso. Por favor, responde cuidadosamente a cada cuestión.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre.....						
3. Me preocupo mucho por la comida.....						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como..						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).....						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....						
9. Vomito después de haber comido.....						
10. Me siento muy culpable después de comer.....						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.....						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
15. Tardo en comer más que las otras personas.....						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.....						
17. Como alimentos de régimen.....						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
19. Me controlo en las comidas.....						
20. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida....						
22. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....						
23. Me comprometo a hacer régimen.....						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						

Eating Attitudes Test (EAT 26)

EAT© David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

The following screening questionnaire is designed to help you determine if your eating behaviors and attitudes warrant further evaluation. The questionnaire is **not intended to provide a diagnosis**. Rather, it identifies the presence of symptoms that are consistent with either a possible eating disorder or disordered eating and warrant a complete evaluation.

First you make a printout of the questionnaire, answer the questions as honestly as you can, and then score the questions using the instructions at the end.

Please check a response for each of the following statements:	Always	Usually	Often	Some Rarely times	Never
1. Am terrified about being overweight.	<input type="checkbox"/>				
2. Avoid eating when I am hungry.	<input type="checkbox"/>				
3. Find myself preoccupied with food	<input type="checkbox"/>				
4. Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.	<input type="checkbox"/>				
5. Cut my food into small pieces.	<input type="checkbox"/>				
6. Aware of calorie content of foods that I eat.	<input type="checkbox"/>				
7. Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e bread, rice, etc.)	<input type="checkbox"/>				
8. Feel that others would prefer if I ate more	<input type="checkbox"/>				
9. Vomit after I have eaten.	<input type="checkbox"/>				
10. Feel extremely guilty after eating.	<input type="checkbox"/>				
11. Am preoccupied with a desire to be thinner	<input type="checkbox"/>				
12. Think about burning up calories when I exercise	<input type="checkbox"/>				
13. Other people think that I am too thin	<input type="checkbox"/>				
14. Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	<input type="checkbox"/>				
15. Take longer than others to eat my meals	<input type="checkbox"/>				
16. Avoid foods with sugar in them.	<input type="checkbox"/>				
17. Eat diet foods.	<input type="checkbox"/>				
18. Feel that food controls my life.	<input type="checkbox"/>				
19. Display self-control around food.	<input type="checkbox"/>				
20. Feel that others pressure me to eat.	<input type="checkbox"/>				
21. Give too much time and thought to food	<input type="checkbox"/>				
22. Feel uncomfortable after eating sweets	<input type="checkbox"/>				
23. Engage in dieting behavior.	<input type="checkbox"/>				
24. Like my stomach to be empty.	<input type="checkbox"/>				
25. Enjoy trying new rich foods.	<input type="checkbox"/>				
26. Have the impulse to vomit after meals.	<input type="checkbox"/>				

ICO-r

Este cuestionario hace referencia a diferentes actitudes y creencias que tenemos las personas. Lee detenidamente cada una de las afirmaciones y decide en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Responde a cada una de las frases rodeando con un círculo la respuesta QUE DESCRIBE MEJOR LO QUE PIENSAS HABITUALMENTE, lo que mejor caracteriza su forma de pensar.

Utiliza la siguiente escala de valoración:

	1	2	3	4	5	6	7
	←						→
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A pesar de que soy muy cuidadoso, a menudo pienso que van a sucederme cosas malas	1	2	3	4	5	6	7
2. Pensar en estafar a alguien, es casi tan inmoral como estafarle de verdad	1	2	3	4	5	6	7
3. Si me esfuerzo continuamente por controlar mi mente, lo conseguiré	1	2	3	4	5	6	7
4. Si tengo un pensamiento indeseable, eso indica qué es lo que yo quiero en realidad	1	2	3	4	5	6	7
5. Si no soy capaz de hacer algo perfectamente, prefiero no hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Si pienso que un amigo o un familiar va a perder su trabajo, aumenta el riesgo de que lo pierda de verdad	1	2	3	4	5	6	7
7. Un fallo, por pequeño que sea, indica que un trabajo no está completo	1	2	3	4	5	6	7
8. Debo proteger a los demás de posibles males	1	2	3	4	5	6	7
9. Si tengo pensamientos violentos, perderé el control y me volveré violento	1	2	3	4	5	6	7
10. Yo tengo la responsabilidad de asegurar que todo esté en orden	1	2	3	4	5	6	7
11. Si pienso que un amigo o un familiar van a tener un accidente de coche, aumenta la posibilidad de que realmente lo tengan	1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7	
	←						→	
	Totalmente desacuerdo	en	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
12. Hay cosas que para la gente son pequeñas molestias, y sin embargo a mí me parecen desastres	1	2	3	4	5	6	7	
13. Los pensamientos violentos son para mí tan inaceptables como los comportamientos violentos	1	2	3	4	5	6	7	
14. En cualquier situación de la vida diaria, no hacer nada puede causar tanto daño como actuar mal	1	2	3	4	5	6	7	
15. Si tengo pensamientos o impulsos agresivos hacia mis seres queridos, significa que en mi interior deseo hacerles daño	1	2	3	4	5	6	7	
16. Si se piensa mucho en algo malo, es más fácil que suceda	1	2	3	4	5	6	7	
17. Para mí, es inaceptable tener cualquier pequeño descuido si eso puede afectar a los demás	1	2	3	4	5	6	7	
18. En mi vida, parece como si hasta los problemas más pequeños se convirtieran en grandes	1	2	3	4	5	6	7	
19. Tener un pensamiento blasfemo es el mismo pecado que hacer algo blasfemo	1	2	3	4	5	6	7	
20. Si yo sé que hay una posibilidad, por pequeña que sea, de que suceda algo malo, tengo la obligación de impedirlo	1	2	3	4	5	6	7	
21. Si tengo malos pensamientos, significa que me gustaría llevarlos a cabo	1	2	3	4	5	6	7	
22. Solamente hay una manera correcta de hacer las cosas	1	2	3	4	5	6	7	
23. Cuando un pensamiento me angustia mucho, es más probable que se haga realidad	1	2	3	4	5	6	7	
24. Creo que el mundo es un lugar peligroso	1	2	3	4	5	6	7	
25. Desear hacer daño a alguien, es tan malo como hacérselo de verdad	1	2	3	4	5	6	7	

	1	2	3	4	5	6	7	
	Totalmente desacuerdo	en	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
26. Si tengo pensamientos obscenos, significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5	6	7	
27. Para mí, tener un fallo, por pequeño que sea, es lo mismo que fracasar	1	2	3	4	5	6	7	
28. Si pienso que un amigo o un familiar se van a poner enfermos, es más probable que enfermen de verdad	1	2	3	4	5	6	7	
29. Debería tener la certeza absoluta de que mi entorno es seguro	1	2	3	4	5	6	7	
30. Hasta las experiencias cotidianas de mi vida conllevan muchos riesgos	1	2	3	4	5	6	7	
31. Para mí, tener malos impulsos es tan malo como llevarlos a cabo realmente	1	2	3	4	5	6	7	
32. Las cosas, o se hacen bien o no se hacen	1	2	3	4	5	6	7	
33. Es fundamental tenerlo todo muy claro, hasta los más mínimos detalles	1	2	3	4	5	6	7	
34. Soy más propenso a tener problemas que otras personas	1	2	3	4	5	6	7	
35. Tener un pensamiento malo, es lo mismo que hacer algo malo	1	2	3	4	5	6	7	
36. Debo esforzarme constantemente para evitar problemas graves (accidentes, enfermedades, etc).	1	2	3	4	5	6	7	
37. Pensar mal de un amigo, es tan desleal como portarse mal con él.	1	2	3	4	5	6	7	
38. Debería saber en todo momento qué es lo que me ronda por la mente para poder controlar mis pensamientos	1	2	3	4	5	6	7	
39. Para sentirme seguro, tengo que estar preparado ante cualquier cosa que pueda ocurrir	1	2	3	4	5	6	7	
40. Si se produce un cambio inesperado en mi vida cotidiana, significa que va a pasar algo malo	1	2	3	4	5	6	7	

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
41. Debería ser capaz de librar mi mente de malos pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
42. Para ser una persona digna de consideración, debo ser perfecto en todo lo que haga	1	2	3	4	5	6	7
43. A menudo pienso que mi entorno no es seguro	1	2	3	4	5	6	7
44. Creo que no tomar precauciones para evitar un posible daño, está tan mal como provocarlo	1	2	3	4	5	6	7
45. Tener dudas me resulta insoportable	1	2	3	4	5	6	7
46. Debo estar preparado para recuperar el control de mi mente en cuanto aparezca una imagen, un recuerdo, o un pensamiento intrusos	1	2	3	4	5	6	7
47. Debo estar completamente seguro de mis decisiones	1	2	3	4	5	6	7
48. Si pierdo el control sobre mis pensamientos, debo luchar para recuperarlo	1	2	3	4	5	6	7
49. Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente seguro de todo lo que haga	1	2	3	4	5	6	7
50. Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas	1	2	3	4	5	6	7

INIPIAS

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez sobre nuestra APARIENCIA FÍSICA, LA COMIDA, O EL PESO. Estos pensamientos SE NOS METEN EN LA CABEZA EN CONTRA DE NUESTRA VOLUNTAD, INTERRUMPEN lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En ocasiones puede que nos resulte DIFÍCIL CONTROLARLOS, es decir QUITARLOS de la cabeza, pararlos, dejar de pensar en ellos, a pesar de que nos esforcemos e intentemos no pensar en ellos.

Además, esos pensamientos resultan MOLESTOS, DESAGRADABLES, y en ocasiones hasta inaceptables, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o porque van en contra de nuestras creencias, nuestros valores, o simplemente porque nos parecen inoportunos.

Este tipo de pensamientos se denominan “INTRUSIONES MENTALES”, y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

1. Como IMÁGENES, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
 2. Como IMPULSOS, o como una NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE de hacer o decir algo
 3. O, simplemente como PENSAMIENTOS sobre algo.
- Nos interesa saber si tú has experimentado también este tipo de intrusiones mentales.
 - En las páginas siguientes encontrarás un listado de estas intrusiones mentales que, pueden aparecer como PENSAMIENTOS, COMO IMPULSOS, O COMO IMÁGENES. Junto a cada pensamiento hay una escala que va de “0” (nunca la he experimentado) a “6” (la experimento continuamente, todo el tiempo).
 - Te pedimos que indiques CON QUÉ FRECUENCIA tienes cada una de las intrusiones mentales de la lista. Recuerda que estas intrusiones pueden aparecer como imágenes, como pensamientos, o como necesidades urgentes de hacer o decir algo. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente, de modo que nadie pueda saber de quién son las respuestas. Por lo tanto, responde con la máxima sinceridad.
 - En la segunda parte del cuestionario, te pediremos que respondas algunas preguntas relacionadas con la intrusión de la lista que te resulta más molesta o antipática cuando la tienes.

0. NUNCA: "*Nunca he tenido esta intrusión mental*"
1. RARA VEZ: "*He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida*"
2. OCASIONALMENTE: "*He tenido este pensamiento algunas veces al año*"
3. A VECES: "*Tengo este pensamiento una o dos veces al mes*"
4. A MENUDO: "*Tengo el pensamiento una o dos veces por semana*"
5. MUY A MENUDO: "*Lo pienso a diario*"
6. SIEMPRE: "*Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día*"

Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza el pensamiento, o la imagen, de....

1.	Qué como, qué debo y qué no debo comer	0	1	2	3	4	5	6
2.	No debería comerme nada de esto	0	1	2	3	4	5	6
3.	Hay que comer despacio	0	1	2	3	4	5	6
4.	Hay que cortarlo todo en trozos pequeños	0	1	2	3	4	5	6
5.	He de conseguir dejarme algo en el plato	0	1	2	3	4	5	6
6.	Voy a vomitar	0	1	2	3	4	5	6
7.	Voy a engordar	0	1	2	3	4	5	6
8.	Detrás de un kilo, ganaré otro, y otro, y otro...	0	1	2	3	4	5	6
9.	Tengo que hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6

Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto tengo el impulso de....

10.	Ponerme a contar las calorías de lo que tengo delante	0	1	2	3	4	5	6
11.	Ponerme a comer sin parar, hasta que me lo acabe todo	0	1	2	3	4	5	6
12.	Almacenar o acumular comida	0	1	2	3	4	5	6

En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento, o la imagen de...

13.	Lo que he comido se convierte en grasa y se acumula en alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5	6
14.	¿Cuántas calorías me he metido en el cuerpo?	0	1	2	3	4	5	6
15.	Detrás de un kilo, ganaré otro, y otro, y otro...	0	1	2	3	4	5	6
16.	Todo lo que he comido tendré que quemarlo haciendo ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
17.	¿Debería vomitar?	0	1	2	3	4	5	6
18.	No debería haber comido nada de esto	0	1	2	3	4	5	6
19.	Tengo que ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6

En cuanto he acabado de comer, me asalta el impulso de...

20.	Ayunar	0	1	2	3	4	5	6
21.	Quemar calorías, hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
22.	Vomitir	0	1	2	3	4	5	6
23.	Laxarme	0	1	2	3	4	5	6

Si alguien me mira, aunque no me diga nada, me viene a la cabeza el pensamiento de...

24.	Estoy horrible	0	1	2	3	4	5	6
25.	He engordado	0	1	2	3	4	5	6
26.	Le da asco mi aspecto	0	1	2	3	4	5	6
27.	Se ha dado cuenta de que tengo pistoleras, o michelines, o barriga	0	1	2	3	4	5	6

0. NUNCA: *"Nunca he tenido esta intrusión mental"*
1. RARA VEZ : *"He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"*
2. OCASIONALMENTE : *"He tenido este pensamiento algunas veces al año"*
3. A VECES: *"Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"*
4. A MENUDO: *"Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"*
5. MUY A MENUDO: *"Lo pienso a diario"*
6. SIEMPRE: *"Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"*

Quando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de...

28	Estoy gordo/a	0	1	2	3	4	5	6
29	Tengo que ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6
30	Tengo que hacer más ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
31	¿Me habrá aumentado la barriga?	0	1	2	3	4	5	6
32	¿Me habrán salido michelines?	0	1	2	3	4	5	6
33	Mi estómago es enorme	0	1	2	3	4	5	6
34	Nunca conseguiré que me guste mi aspecto	0	1	2	3	4	5	6
35	Estoy horroroso/a	0	1	2	3	4	5	6

Quando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el impulso de...

36	Ayunar	0	1	2	3	4	5	6
37	Hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
38	Esconder o disimular alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5	6

Quando voy con mis amigos por la calle, o en una fiesta, o estoy con conocidos, me asalta el pensamiento o, la imagen de...

39	¿Pensarán que estoy gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
40	Me están mirando el culo porque he engordado	0	1	2	3	4	5	6
41	Todos/as mis amigos/as están más delgados que yo	0	1	2	3	4	5	6
42	Nunca conseguiré estar lo bastante atractivo/a	0	1	2	3	4	5	6

Así porque sí, sin venir a cuento, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de...

43	Debería pesarme	0	1	2	3	4	5	6
44	Estoy gordo/a	0	1	2	3	4	5	6
45	Ser gordo/a es horroroso	0	1	2	3	4	5	6
46	Sería maravilloso estar delgado/a	0	1	2	3	4	5	6
47	Hoy no como	0	1	2	3	4	5	6

Así porque sí, sin venir a cuento, de pronto me asalta el impulso de...

48	Pesarme	0	1	2	3	4	5	6
49	Ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6
50	Hacer ejercicio para quemar calorías	0	1	2	3	4	5	6

PARTE II- A

- Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la lista anterior **QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES**.
- Decide cuál de esas intrusiones es la más **MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta **CUANDO LA TIENES**, y anótala a continuación:

_____ L
 a intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que he experimentado en los últimos tres meses, es la número _____ de la lista anterior (Parte A).

- Las intrusiones molestas pueden ser de distintos tipos: **IMPULSOS** a hacer o decir algo, **PALABRAS** o **FRASES**, **SENSACIONES DESAGRADABLES** (asco, repugnancia, etc.), o **IMÁGENES** en cualquier modalidad sensorial (olor, sabor, visión, sonido, o tacto). Por favor, indica en qué forma experimentas **HABITUALMENTE** las intrusiones molestas (puedes marcar más de una opción):

- ___ Como impulsos o necesidad a decir o hacer algo inapropiado
- ___ Como frases o palabras que se te "meten" en la cabeza
- ___ Como sensaciones desagradables o repugnantes
- ___ Como imágenes (olfativas, gustativas, visuales, auditivas, o táctiles).

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA

1. ¿Cómo es de **MOLESTA** esa intrusión?

0. No es nada molesta
1. Es algo molesta
2. Es molesta
3. Es muy molesta
4. Es extremadamente molesta.

2. ¿Hasta qué punto te sientes **ANSIOSO** o **NERVIOSO** cuando tienes esa intrusión mental?

0. No me siento ansioso o nervioso
1. Me siento algo ansioso o nervioso
2. Me siento ansioso o nervioso
3. Me siento muy ansioso o muy nervioso
4. Me siento extremadamente ansioso o nervioso

3. ¿Hasta qué punto te sientes **TRISTE** cuando tienes esa intrusión?

0. No me siento triste
1. Me siento algo triste
2. Me siento triste
3. Me siento muy triste
4. Me siento extremadamente triste

4. ¿En qué medida te sientes **CULPABLE** cuando tienes la intrusión?

0. No me siento nada culpable
1. Me siento algo culpable
2. Me siento culpable
3. Me siento muy culpable
4. Me siento extremadamente culpable.

<p>5. ¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes esa intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No me siento avergonzado 1. Me siento algo avergonzado 2. Me siento avergonzado 3. Me siento muy avergonzado 4. Me siento extremadamente avergonzado 	<p>6. ¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella 1. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella 2. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella 3. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella 4. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella
<p>7. ¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No lo consigo en absoluto 1. Lo consigo un poco 2. Lo consigo 3. Lo consigo mucho 4. Lo consigo del todo 	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No interrumpe mi concentración 1. Interrumpe un poco mi concentración 2. Interrumpe mi concentración 3. Interrumpe mucho mi concentración 4. Interrumpe completamente mi concentración
<p>9. ¿En qué medida es IMPORTANTE para ti la intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es en absoluto importante para mí 1. Es algo importante para mí 2. Es importante para mí 3. Es muy importante para mí 4. Es extremadamente importante para mí 	<p>10. ¿Hasta que punto te resulta INACEPTABLE EL MERO HECHO DE PERMITIRTE PENSAR en la intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es en absoluto inaceptable 1. Es algo inaceptable 2. Es inaceptable 3. Es muy inaceptable 4. Es completamente inaceptable
<p>11. ¿En qué medida te planteas si la intrusión REVELA algo sobre el tipo de persona que eres, sobre tu valía personal, o tus capacidades?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No creo que revele nada sobre mí 1. Creo un poco que revela algo sobre mí 2. Creo que revela algo sobre mí 3. Creo que revela bastante sobre mí 4. Estoy convencido de que revela algo muy importante sobre mí 	<p>12. ¿En qué medida te planteas que POR EL SIMPLE HECHO DE TENER LA INTRUSIÓN pueden suceder con mayor facilidad COSAS NEGATIVAS?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas 1. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas 2. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más fácil que sucedan cosas negativas 3. Creo que es muy posible que sucedan cosas negativas por tener la intrusión 4. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas

13. Cuando tienes la intrusión, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de controlar o impedir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento, el impulso, o la imagen intrusa?

- 0. No me siento responsable
- 1. Me siento un poco responsable
- 2. Me siento responsable
- 3. Me siento muy responsable
- 4. Me siento extremadamente responsable

14. Cuando tienes la intrusión ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para ti CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?

- 0. No es importante para mí controlarla
- 1. Es algo importante para mi controlarla
- 2. Es importante para mi controlarla
- 3. Es muy importante para mi controlarla
- 4. Es extremadamente importante para mi controlarla

15. Cuando tienes la intrusión, ¿en qué medida PIENSAS que podrían suceder COSAS MALAS?

- 0. No pienso que pudieran suceder cosas malas
- 1. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas
- 2. Pienso que podrían suceder cosas malas
- 3. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder
- 4. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder

16. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida?

- 0. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas
- 1. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas
- 2. Me siento inseguro o con dudas
- 3. Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas
- 4. Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente

PARTE II- B

➤ A continuación hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

➤ Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para afrontar la intrusión que has seleccionado antes como **LA MÁS MOLESTA**.

0: Nunca uso esta estrategia
 1: Raramente uso esta estrategia
 2: A veces uso esta estrategia
 3: A menudo uso esta estrategia

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO ANTES COMO LA MÁS MOLESTA.

1.	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2.	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3.	Intento formar en mi mente otro pensamiento o imagen, que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4. Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:						
a	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
b	Comprobar algo	0	1	2	3	4
c	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
d	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
e	Hacer lo que me indica la intrusión, dejarme llevar por ella	0	1	2	3	4
f	Evitar las cosas, lugares o personas que me suscitan esa intrusión	0	1	2	3	4
5.	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6.	Intento buscar una explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7.	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9.	Me digo a mí mismo: "para" "no pienses más" "déjalo ya", etc....	0	1	2	3	4
10.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4

12.	Me río a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13.	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión	0	1	2	3	4
14.	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15.	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16.	Me esfuerzo para controlar la intrusión	0	1	2	3	4
17.	No hablo con nadie acerca de esa intrusión	0	1	2	3	4

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

INPIAS¹

This questionnaire deals with a variety of upsetting and unpleasant thoughts that most people experience from time to time. These thoughts may suddenly **INTRUDE INTO OUR MINDS** against our will and **INTERRUPT** what we are doing or what we are already thinking. Frequently, it is **DIFFICULT TO CONTROL** these unwanted intrusive thoughts. No matter how hard we try, it can be difficult to get them out of our mind or stop them from re-appearing.

The unwanted intrusive thoughts are usually **UNCOMFORTABLE**, **UNPLEASANT**, and sometimes **UNACCEPTABLE**, because they refer to things we do not like to think about. As well they may be opposite to our beliefs, our values or our sense of ethics or morality. Sometimes those thoughts are simply seem quite strange or bizarre.

These unwanted intrusive thoughts are known as “**MENTAL INTRUSIONS**”, and they occur in our minds in one of the following forms:

1-As **IMAGES**, that is to say, as pictures that suddenly appear in our heads.

2-As a **STRONG URGE** to do or say something.

3-Or, just as **THOUGHTS** about something.

- We are interested in knowing if you have also experienced **MENTAL INTRUSIONS**.
- Listed below are thoughts, most of which were reported by a group of undergraduate students in a previous study. Beside each of them is a scale that ranges between “0” (I have never had) and “6” (I always have).
- Rate **HOW OFTEN** you have each of the thoughts listed. Remember that they occur as **images, thoughts or strong urges to do or say something**. Do not think a lot about the answers. There are no good or bad, or correct or incorrect answers. All the information obtained will be used confidentially, so that no one will know who has given the answers.
- In the second part of the questionnaire, we are going to ask you to answer some questions related to your most unpleasant mental intrusion.

¹ Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios; INPIAS (Eating-related Intrusive Thoughts Inventory; EITI) (Perpiñá, Roncero & Belloch, 2008). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2008, 13 (3), 187-203. perpinya@uv.es

0. NEVER: "I have **Never** had this intrusion"
 1. RARELY : "I have had this intrusion **once or twice in my life**"
 2. OCCASIONALLY : "I have this intrusion **a few times a year**"
 3. SOMETIMES: "I have this intrusion **once or twice a month**"
 4. OFTEN: "I have this intrusion **once or twice a week**"
 5. VERY OFTEN: "I have this intrusion **daily**"
 6. ALWAYS: "I have this intrusion frequently during the day"

I see food, or I am eating, and suddenly the thought or image comes into my mind about....

1.	What I eat, what I should and should not eat	0	1	2	3	4	5	6
2.	I shouldn't eat any of this	0	1	2	3	4	5	6
3.	It's important to eat slowly	0	1	2	3	4	5	6
4.	It's important to cut everything up into small pieces	0	1	2	3	4	5	6
5.	I have to manage to leave something on my plate	0	1	2	3	4	5	6
6.	I am going to throw up	0	1	2	3	4	5	6
7.	I am going to get fat	0	1	2	3	4	5	6
8.	Once I gain one kilo, I'll gain another and another.....	0	1	2	3	4	5	6
9.	I have to do exercise	0	1	2	3	4	5	6

I see food, or I am eating, and suddenly I feel the urge to.....

10	Start to count the calories I have in front of me	0	1	2	3	4	5	6
11	Start to eat without stopping, until I finish it all	0	1	2	3	4	5	6
12	Store or hoard food	0	1	2	3	4	5	6

When I have finished eating, I suddenly have the thought or image about....

13.	What I ate is turning into fat and accumulating in some part of my body	0	1	2	3	4	5	6
14.	How many calories have I put into my body?	0	1	2	3	4	5	6
15.	Once I gain one kilo, I'll gain another and another ...	0	1	2	3	4	5	6
16.	I will have to burn off everything I've eaten doing exercise	0	1	2	3	4	5	6
17.	Should I vomit?	0	1	2	3	4	5	6
18.	I shouldn't have eaten any of this	0	1	2	3	4	5	6
19.	I have to go on a diet	0	1	2	3	4	5	6

When I have finished eating, I get the urge to....

20.	Fast	0	1	2	3	4	5	6
21.	Burn up calories, doing exercise	0	1	2	3	4	5	6
22.	Vomit	0	1	2	3	4	5	6
23.	Take laxatives	0	1	2	3	4	5	6

If someone looks at me, even if they don't say anything, the thought comes into my head that....

24.	I look horrible	0	1	2	3	4	5	6
25.	I've gained weight	0	1	2	3	4	5	6
26.	The way I look makes me sick	0	1	2	3	4	5	6
27.	They have noticed that I have fat thighs or a spare tire or a big belly	0	1	2	3	4	5	6

0. NEVER: "I have **Never** had this intrusion"
 1. RARELY : "I have had this intrusion **once or twice in my life**"
 2. OCCASIONALLY : "I have this intrusion **a few times a year**"
 3. SOMETIMES: "I have this intrusion **once or twice a month**"
 4. OFTEN: "I have this intrusion **once or twice a week**"
 5. VERY OFTEN: "I have this intrusion **daily**"
 6. ALWAYS: "I have this intrusion frequently during the day"

When I am getting ready to go out, or simply pass by a mirror or glass, or when I weigh myself, suddenly the thought or image occurs to me that....

28	I am fat	0	1	2	3	4	5	6
29	I need to go on a diet	0	1	2	3	4	5	6
30	I need to do more exercise	0	1	2	3	4	5	6
31	Has my stomach gotten bigger?	0	1	2	3	4	5	6
32	Do I have a spare tire?	0	1	2	3	4	5	6
33	My belly is enormous	0	1	2	3	4	5	6
34	I will never manage to be content with my appearance	0	1	2	3	4	5	6
35	I look horrible	0	1	2	3	4	5	6

When I am getting ready to go out, or simply pass by a mirror or glass, or when I weigh myself, suddenly I get the urge to.....

36	Fast	0	1	2	3	4	5	6
37	Do exercise	0	1	2	3	4	5	6
38	Hide or cover up some part of my body	0	1	2	3	4	5	6

When I am out with my friends on the street, or at a party, or I'm with people I know, I suddenly have the thought or image that....

39	Do they think I'm fat?	0	1	2	3	4	5	6
40	They are looking at my bottom because I've gained weight	0	1	2	3	4	5	6
41	All of my friends are thinner than I am	0	1	2	3	4	5	6
42	I will never be attractive enough	0	1	2	3	4	5	6

Just because, and without any reason for it, I suddenly have the thought or image that ...

43	I should weigh myself	0	1	2	3	4	5	6
44.	I am fat	0	1	2	3	4	5	6
45	Being fat is horrible	0	1	2	3	4	5	6
46	It would be wonderful to be thin	0	1	2	3	4	5	6
47	Today I won't eat anything	0	1	2	3	4	5	6

Just because, and without any reason for it, I suddenly have the urge to...

48	Weigh myself	0	1	2	3	4	5	6
49	Go on a diet	0	1	2	3	4	5	6
50	Do exercise to burn calories	0	1	2	3	4	5	6

PART II- A

- Now go over those intrusions from the previous checklist THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE LAST THREE MONTHS.
- Decide which of these intrusions is the most UNPLEASANT, most UNCOMFORTABLE or UPSETS you the most WHEN YOU HAVE IT. Record the intrusion here:

The intrusion that is MOST UNPLEASANT among those that I have experienced in the last three months, is item number _____ from the checklist (Part 1).

- Intrusions can either take the form of URGE, WORDS and PHRASES (verbal thoughts). Intrusions can also be experienced like MENTAL IMAGES which often take the form of pictures that could actually include any of the five senses, so you can imagine sounds or smells as well. Could you please mark (X) if you experience your most unpleasant intrusion as:

(___) *Verbal thought:* Word and phrases.

(___) *Image:* visual, smell, taste, sound, or touch.

(___) *Urge* or need to do or say something.

THE FOLLOWING QUESTIONS CONCERN ONLY THE MOST UNPLEASANT INTRUSION THAT YOU RECORDED. PLEASE CIRCLE THE NUMBER THAT BEST REPRESENTS YOUR EXPERIENCE.

1. How UNPLEASANT is the intrusive thought?

0. It is not at all unpleasant
1. It is somewhat unpleasant
2. It is unpleasant
3. It is very unpleasant
4. It is extremely unpleasant

2. How ANXIOUS or NERVOUS do you feel when you have the intrusive thought?

0. I don't feel anxious or nervous
1. I feel somewhat anxious or nervous
2. I feel anxious or nervous
3. I feel very anxious or very nervous
4. I feel extremely anxious or nervous

3. How SAD do you feel when you have the intrusive thought?

0. I don't feel sad
1. I feel somewhat sad
2. I feel sad
3. I feel very sad
4. I feel extremely sad

4. How GUILTY do you feel when you have the intrusive thought?

0. I don't feel guilty
1. I feel somewhat guilty
2. I feel guilty
3. I feel very guilty
4. I feel extremely guilty.

5. How ASHAMED do you feel when you have the intrusive thought?

0. I don't feel ashamed
1. I feel somewhat ashamed
2. I feel ashamed
3. I feel very ashamed
4. I feel extremely ashamed

6. How DIFFICULT is for you to CONTROL or to SUPPRESS the intrusion?

0. It is not at all difficult to control it
1. It is somewhat difficult to control it
2. It is difficult to control it
3. It is very difficult to control it
4. It is extremely difficult to control it

<p>7. How <i>SUCCESSFUL</i> are you at controlling or suppressing the intrusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I am not at all successful 1. I am somewhat successful 2. I am successful 3. I am very successful 4. I am extremely successful 	<p>8. To what extent does the intrusive thought <i>INTERRUPT</i> your concentration?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It does not interrupt my concentration 1. It interrupts my concentration a little 2. It interrupts my concentration 3. It interrupts my concentration very much 4. It extremely interrupts my concentration
<p>9. How <i>IMPORTANT</i> is the intrusive thought?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It is not at all important 1. It is somewhat important 2. It is important 3. It is very important 4. It is extremely important 	<p>10. How <i>UNACCEPTABLE</i> is it to even let yourself think about the intrusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It is not at all unacceptable 1. It is somewhat unacceptable 2. It is unacceptable 3. It is very unacceptable 4. It is extremely unacceptable
<p>11. To what extent have you wondered if the intrusion <i>REVEALS</i> something about yourself; the type of person you are?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't think it reveals anything about me 1. I think it reveals a little something about me 2. I think it reveals something about me 3. I think it reveals a great deal about me 4. I am convinced that it reveals something very important about me 	<p>12. To what extent have you wondered if <i>NEGATIVE THINGS</i> are more likely to happen <i>BECAUSE OF</i> having the intrusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't think negative things are more likely to happen because of having the intrusion 1. I think some negative things might be more likely to happen because of having the intrusion 2. I often think negative things are more likely to happen because of having the intrusion 3. I think it is very likely that negative things will happen because of having the intrusion 4. I am convinced that negative things will happen because of having the intrusion
<p>13. When you have the intrusion, to what extent do you feel <i>RESPONSIBLE</i> to prevent any negative consequences related to the intrusive thought?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't feel responsible 1. I feel somewhat responsible 2. I feel responsible 3. I feel very responsible 4. I feel extremely responsible 	<p>14. When you have the intrusion, how <i>IMPORTANT</i> is it for you to <i>CONTROL</i> or <i>SUPPRESS</i> the thought?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Controlling it is not important to me 1. Controlling it is somewhat important to me 2. Controlling it is important to me 3. Controlling it is very important to me 4. Controlling it is extremely important to me
<p>15. When you have the intrusion, to what extent does it make you <i>THINK</i> that <i>BAD THINGS</i> could happen?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't think that bad things could happen 1. I think a little that bad things could happen 2. I think that bad things could happen 3. I think a lot of bad things that could happen 4. I am preoccupied with bad things that could happen 	<p>16. When you have the intrusive thought, does it make you feel <i>UNCERTAIN</i> or <i>DOUBTFUL</i> about yourself or life circumstances?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It doesn't make me feel uncertain or doubtful at all 1. It makes me feel somewhat uncertain or doubtful 2. It makes me feel uncertain or doubtful 3. It makes me feel very uncertain or doubtful 4. It makes me feel extremely uncertain or doubtful

PART II- B

- Now here is a list of different strategies people use to alleviate the unpleasantness of their intrusion, or to get rid of them.
- Read each strategy and record how often you use to get rid the intrusion that you chose before as **THE MOST UNPLEASANT**.

0: Never use this strategy
 1: Rarely use this strategy
 2: Sometimes use this strategy
 3: Often use this strategy

THE FOLLOWING QUESTIONS CONCERNS THE MOST UNPLEASANT INTRUSION YOU PREVIOUSLY RECORDED:

1.	I distract myself by thinking of other things.	0	1	2	3	4
2.	I distract myself by doing something (i.e., turning up the radio, the TV, talking to someone, etc.)	0	1	2	3	4
3.	I try to form another thought or image in my mind that I know will counters the unpleasantness produced by the intrusion (i.e., say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thoughts, pleasant images, etc.)	0	1	2	3	4
4. I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion, for example:						
a	Clean/ Wash	0	1	2	3	4
b	Check	0	1	2	3	4
c	Repeat an action	0	1	2	3	4
d	Put in order	0	1	2	3	4
e	Doing what the unwanted thought tells me, letting it lead me.	0	1	2	3	4
f	Avoiding the things, places or people that arouse this thought in me.	0	1	2	3	4
5.	I reason with myself, trying to convince myself that the thought is not important, that it makes no sense, or that I don't have to worry about having it.	0	1	2	3	4
6.	I try to find an explanation for the appearance of the intrusion.	0	1	2	3	4
7.	I try to reassure myself or seek reassurance from others that the intrusion is not important, that nothing bad is going to happen.	0	1	2	3	4
8.	I try to convince myself that everything is all right.	0	1	2	3	4
9.	I tell myself: "stop", "don't think anymore", "leave it", etc.	0	1	2	3	4
10.	I do nothing to get rid of it, I let it be.	0	1	2	3	4
11.	I try to relax.	0	1	2	3	4
12.	I get angry with myself for having the intrusion.	0	1	2	3	4
13.	I try to avoid anything that will trigger the intrusion.	0	1	2	3	4
14.	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it.	0	1	2	3	4
15.	I try to think about other worries.	0	1	2	3	4
16.	I try very hard to control the intrusive thought.	0	1	2	3	4
17.	I don't talk about the intrusive thought to anyone.	0	1	2	3	4

INPIOS²

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos o desagradables que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez. Estos pensamientos **INVADEN NUESTRA MENTE** en contra de nuestra voluntad, e **INTERRUMPEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, esos pensamientos resultan **MOLESTOS**, **DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta **INACEPTABLES**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o porque van en contra de nuestras creencias, nuestros valores o nuestro sentido de la ética o la moralidad, o simplemente porque nos parecen raros o inoportunos.

Este tipo de pensamientos se denominan “**INTRUSIONES MENTALES**”, y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

4. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
 5. Como una **NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
 6. O, simplemente como **PENSAMIENTOS** sobre algo.
- Nos interesa saber si tú has experimentado también **INTRUSIONES MENTALES**.
 - En las páginas siguientes encontrarás un listado de intrusiones mentales que fueron relatadas por estudiantes universitarios en estudios previos. Junto a cada pensamiento hay una escala que va de “0” (nunca la he experimentado) a “6” (la experimento continuamente, todo el tiempo).
 - Te pedimos que indiques **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de las intrusiones mentales de la lista. Recuerda que estas intrusiones pueden aparecer como imágenes, como pensamientos, o como necesidades urgentes de hacer o decir algo. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente, de modo que nadie pueda saber de quién son las respuestas. Por lo tanto, responde con la máxima sinceridad.
 - En la segunda parte del cuestionario, te pediremos que respondas algunas cuestiones relacionadas con la intrusión que te resulta más molesta.

²Basado en el Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROI-I, D.A. Clark & Ch. Purdon), por el grupo de investigación sobre el TOC. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España), en colaboración con Prof. Dr. David A. Clark, University of New Brunswick (Canadá). Información: Amparo.Belloch@uv.es

0. NUNCA: "**Nunca** he tenido esta intrusión mental"
 1. RARA VEZ: "**He tenido** este pensamiento **una o dos veces en toda mi vida**"
 2. OCASIONALMENTE: "**He tenido** este pensamiento **algunas veces al año**"
 3. A VECES: "**Tengo** este pensamiento **una o dos veces al mes**"
 4. A MENUDO: "**Tengo** el pensamiento **una o dos veces por semana**"
 5. MUY A MENUDO: "Lo pienso **a diario**"
 6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

Conduciendo, he tenido intrusiones mentales de:								
1.	Atropellar a alguien (peatones, animales, etc.) o provocar un accidente	0	1	2	3	4	5	6
2.	Chocar o estrellarme contra algo (un poste, un escaparate, un árbol, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Utilizando un objeto cortante (como un cuchillo, unas tijeras, etc.) o una herramienta, he tenido intrusiones mentales de:								
3.	Herirme o hacerme daño (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
4.	Herir o hacer daño a alguien desconocido (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
5.	Herir o hacer daño a una persona cercana (un familiar, un amigo)	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar alto (como un acantilado, un puente o un edificio alto, etc.), he tenido intrusiones mentales de:								
6.	Saltar al vacío	0	1	2	3	4	5	6
7.	Empujar a alguien al vacío	0	1	2	3	4	5	6
Estando cerca del tráfico, o de las vías del tren, del metro, etc., he tenido intrusiones mentales de:								
8.	Tirarme delante del tren, del metro, o de un coche	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado antes, he tenido intrusiones mentales de:								
9.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a personas desconocidas, o a animales.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a conocidos	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
11.	Decir algo inadecuado, molestar, o insultar a un desconocido	0	1	2	3	4	5	6
12.	Decir una grosería o insultar a alguien conocido	0	1	2	3	4	5	6
13.	Que llevo la bragueta desabrochada o la blusa abierta	0	1	2	3	4	5	6
Sin estar enfadado, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
14.	Robar o coger dinero (p.ej. en una tienda, a alguien, etc.), aunque en realidad no lo necesite para nada	0	1	2	3	4	5	6
15.	Romper o estropear a propósito algo (p. ej. un plato, un adorno, rayar un coche, "hacer una pintada", etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
16.	Tener relaciones sexuales con una persona con la que nunca se me ocurriría tenerlas	0	1	2	3	4	5	6
17.	Participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales (p. ej. hombre/mujer, animales, muertos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

0. NUNCA: "*Nunca he tenido esta intrusión mental*"
 1. RARA VEZ: "*He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida*"
 2. OCASIONALMENTE: "*He tenido este pensamiento algunas veces al año*"
 3. A VECES: "*Tengo este pensamiento una o dos veces al mes*"
 4. A MENUDO: "*Tengo el pensamiento una o dos veces por semana*"
 5. MUY A MENUDO: "*Lo pienso a diario*"
 6. SIEMPRE: "*Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día*"

Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
18.	Participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Tener relaciones sexuales en un lugar público	0	1	2	3	4	5	6
20.	Desnudar a, mirar los genitales de, o tener relaciones sexuales con, gente desconocida	0	1	2	3	4	5	6
Ante símbolos o imágenes religiosas, o en un lugar de culto, he tenido intrusiones mentales de:								
21.	Decir en voz alta una obscenidad o una blasfemia	0	1	2	3	4	5	6
22.	Insultar a una autoridad religiosa (un sacerdote, rabino, monja, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de								
23.	Imágenes relacionadas con temas repugnantes o escabrosos (por ej., muertos, violencia)	0	1	2	3	4	5	6
24.	Dudas existenciales sin sentido (por ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque un lugar (por ej., el despacho, mi casa, etc.) parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de:								
25.	Que los papeles, documentos, cheques, etc. están desordenados o fuera de su lugar	0	1	2	3	4	5	6
26.	Que determinados objetos (p. ej. muebles, ropa, CDs, etc.) no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden (por ej., simetría, color, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
27.	Que determinadas cosas deben estar en "su" sitio	0	1	2	3	4	5	6
En mi vida cotidiana,								
28.	Necesito seguir un orden determinado para realizar algunas actividades como vestirme, desvestirme, lavarme, etc.	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar público, he tenido intrusiones mentales de:								
29.	Si me he contaminado o he podido contraer una enfermedad por tocar algo que han tocado desconocidos (p. ej. los pomos de las puertas, la tapa de un retrete, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo:								
30.	¿Me habré dejado encendido algo en casa? (por ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
31.	¿Me habré dejado la puerta o las ventanas de la casa sin cerrar y puede haber entrado alguien?	0	1	2	3	4	5	6
32.	¿Me habré dejado algún grifo abierto?	0	1	2	3	4	5	6
33.	¿Habré cometido algún error en el trabajo o en la escuela? (por ej., no haber respondido bien al examen, no haber tomado bien las notas, no haber escrito bien las direcciones, no haber contado bien el dinero, no haber entendido o escrito bien un texto, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
34.	¿Habré dejado algo peligroso (p. ej. cristales, productos tóxicos, etc.) en un lugar al que pueden acceder los niños?	0	1	2	3	4	5	6
35.	¿Habré olvidado algo importante?	0	1	2	3	4	5	6

0. NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"
 1. RARA VEZ : "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
 2. OCASIONALMENTE : "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
 3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
 4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
 5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
 6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

De repente, y aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
36.	Si habré hecho o no alguna tarea (por ej., "¿regué las plantas?")	0	1	2	3	4	5	6
37.	Si puedo haberme hecho daño, o contraído alguna enfermedad	0	1	2	3	4	5	6
38.	Si puedo haber provocado una desgracia involuntariamente	0	1	2	3	4	5	6
39.	Si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta	0	1	2	3	4	5	6
40.	Si necesitaré más adelante algo que iba a tirar porque hace tiempo que no utilizo (por ej., ropa vieja, periódicos, bolsas o cajas vacías, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
41.	Estar sucio o contaminado aunque no haya tocado nada sucio	0	1	2	3	4	5	6
42.	Estar contaminado por el contacto con cosas, personas, o lugares, que me resultan desagradables por cualquier cosa.	0	1	2	3	4	5	6
43.	Habermene ensuciado o contaminado por haber tenido un contacto, aunque sea muy leve, con secreciones corporales (sudor, saliva, orina, deposiciones, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
44.	Que me he podido contaminar, o haber contraído una enfermedad, al tener contacto con una sustancia tóxica o venenosa (por ej., productos domésticos, plantas, etc.) o contaminante (por ej., basura, desechos, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
45.	Ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
46.	Determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
47.	No tocar ciertos objetos o repetir determinadas acciones, puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
48.	No seguir cierto orden o rutinas en mi vida cotidiana (por ej., en el aseo, al vestirme, al irme a dormir, etc.) puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
He tenido también estas otras intrusiones mentales:								
49.		0	1	2	3	4	5	6
50.		0	1	2	3	4	5	6

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- A

- Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES.
- Decide cuál de esas intrusiones es la más MOLESTA, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta CUANDO LA TIENES, y anótala a continuación:

- La intrusión que me resulta MÁS MOLESTA, de entre las que he experimentado en los últimos tres meses, es la número _____ de la lista anterior (Parte A). **LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA**

1. ¿Cómo es de MOLESTA esa intrusión?

0. No es nada molesta
1. Es algo molesta
2. Es molesta
3. Es muy molesta
4. Es extremadamente molesta.

2. ¿Hasta qué punto te sientes ANSIOSO o NERVIOSO cuando tienes esa intrusión mental?

0. No me siento ansioso o nervioso
1. Me siento algo ansioso o nervioso
2. Me siento ansioso o nervioso
3. Me siento muy ansioso o muy nervioso
4. Me siento extremadamente ansioso o nervioso

3. ¿Hasta qué punto te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?

0. No me siento triste
1. Me siento algo triste
2. Me siento triste
3. Me siento muy triste
4. Me siento extremadamente triste

4. ¿En qué medida te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?

0. No me siento nada culpable
1. Me siento algo culpable
2. Me siento culpable
3. Me siento muy culpable
4. Me siento extremadamente culpable.

5. ¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes esa intrusión?

0. No me siento avergonzado
1. Me siento algo avergonzado
2. Me siento avergonzado
3. Me siento muy avergonzado
4. Me siento extremadamente avergonzado

6. ¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?

0. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella
1. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella
2. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella
3. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella
4. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella

<p>7. ¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No lo consigo en absoluto</p> <p>1. Lo consigo un poco</p> <p>2. Lo consigo</p> <p>3. Lo consigo mucho</p> <p>4. Lo consigo del todo</p>	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración?</p> <p>0. No interrumpe mi concentración</p> <p>1. Interrumpe un poco mi concentración</p> <p>2. Interrumpe mi concentración</p> <p>3. Interrumpe mucho mi concentración</p> <p>4. Interrumpe completamente mi concentración</p>
<p>9. ¿En qué medida es IMPORTANTE para ti la intrusión?</p> <p>0. No es en absoluto importante para mí</p> <p>1. Es algo importante para mí</p> <p>2. Es importante para mí</p> <p>3. Es muy importante para mí</p> <p>4. Es extremadamente importante para mí</p>	<p>10. ¿Hasta qué punto te resulta INACEPTABLE EL MERO HECHO DE PERMITIRTE PENSAR en la intrusión?</p> <p>0. No es en absoluto inaceptable</p> <p>1. Es algo inaceptable</p> <p>2. Es inaceptable</p> <p>3. Es muy inaceptable</p> <p>4. Es completamente inaceptable</p>
<p>11. ¿En qué medida te planteas si la intrusión REVELA algo sobre el tipo de persona que eres?</p> <p>0. No creo que revele nada sobre mí</p> <p>1. Creo un poco que revela algo sobre mí</p> <p>2. Creo que revela algo sobre mí</p> <p>3. Creo que revela bastante sobre mí</p> <p>4. Estoy convencido de que revela algo muy importante sobre mí</p>	<p>12. ¿En qué medida te planteas que POR EL SIMPLE HECHO DE TENER LA INTRUSIÓN pueden suceder con mayor facilidad COSAS NEGATIVAS?</p> <p>0. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas</p> <p>1. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas</p> <p>2. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más probable que sucedan cosas negativas</p> <p>3. Creo que es muy probable que sucedan cosas negativas por tener la intrusión</p> <p>4. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas</p>
<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento intruso?</p> <p>0. No me siento responsable</p> <p>1. Me siento un poco responsable</p> <p>2. Me siento responsable</p> <p>3. Me siento muy responsable</p> <p>4. Me siento extremadamente responsable</p>	<p>14. Cuando tienes la intrusión ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para tí CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No es importante para mí controlarla</p> <p>1. Es algo importante para mí controlarla</p> <p>2. Es importante para mí controlarla</p> <p>3. Es muy importante para mí controlarla</p> <p>4. Es extremadamente importante para mí controlarla</p>
<p>15. Cuando tienes la intrusión, ¿en qué medida PIENSAS que podrían suceder COSAS MALAS?</p> <p>0. No pienso que pudieran suceder cosas malas</p> <p>1. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas</p> <p>2. Pienso que podrían suceder cosas malas</p> <p>3. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder</p> <p>4. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder</p>	<p>16. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida?</p> <p>0. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas</p> <p>1. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas</p> <p>2. Me siento inseguro o con dudas</p> <p>3. Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas</p> <p>4. Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente</p>

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- B

➤ A continuación hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

➤ Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para afrontar la intrusión que has seleccionado antes como **LA MÁS MOLESTA**.

0: Nunca uso esta estrategia
 1: Raramente uso esta estrategia
 2: A veces uso esta estrategia
 3: A menudo uso esta estrategia
 4. Siempre uso esta estrategia

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO ANTES COMO LA MÁS MOLESTA.

1.	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2.	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3.	Intento formar en mi mente otro pensamiento o imagen, que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4. Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:						
a	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
b	Comprobar algo	0	1	2	3	4
c	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
d	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
5.	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6.	Intento buscar una explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7.	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9.	Me digo a mí mismo: "para" "no pienses más" "déjalo ya", etc.	0	1	2	3	4
10.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
12.	Me río a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13.	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión	0	1	2	3	4
14.	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15.	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16.	Me esfuerzo para controlar la intrusión	0	1	2	3	4
17.	No hablo con nadie acerca de esa intrusión	0	1	2	3	4
18.	Otras cosas (indica cuáles):	0	1	2	3	4

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)AS-34

(Cash, 2000)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de cómo las personas piensan, sienten o se comportan. Su tarea es indicar en qué medida cada afirmación se corresponde con usted. Para rellenar el cuestionario lea cada afirmación con detenimiento y decida en qué medida se corresponde con usted. Señale su respuesta escribiendo un número para cada afirmación de acuerdo a la siguiente escala.

EJEMPLO:		
Normalmente estoy de buen humor.		
<p>En el recuadro en blanco, escriba un 1 si está <u>En total desacuerdo</u> con la afirmación. Escriba un 2 si está <u>En desacuerdo</u>. Escriba un 3 si su respuesta es <u>Neutra</u> (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Escriba un 4 si está <u>De acuerdo</u>. Escriba un 5 si está <u>Totalmente de acuerdo</u>.</p>		
1	2	3
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutro
4	5	
De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.	Antes de salir, siempre presto atención a mi aspecto.	
2.	Me esfuerzo en comprarme ropa que me siente muy bien.	
3.	Mi cuerpo es apetecible sexualmente.	
4.	Me preocupo constantemente acerca de ser o volverme gorda/o.	
5.	Me gusta mi apariencia tal como es.	
6.	Compruebo mi apariencia en el espejo siempre que puedo.	
7.	Antes de salir, normalmente paso mucho tiempo preparándome.	
8.	Soy muy consciente de variaciones en mi peso aunque sean pequeñas.	
9.	La mayoría de la gente me consideraría guapa.	
10.	Es importante para mí presentar un buen aspecto siempre.	
11.	Utilizo pocos productos de belleza.	
12.	Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa.	
13.	Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglada/o.	
14.	Normalmente me pongo lo primero que encuentro sin importarme cómo me queda	
15.	Me gusta cómo me queda la ropa.	
16.	No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física.	
17.	Cuido especialmente mi pelo.	
18.	No me gusta mi físico.	
19.	Soy poco atractiva/o físicamente	
20.	Nunca pienso acerca de mi aspecto físico.	
21.	Siempre estoy intentando mejorar mi aspecto físico.	
22.	Estoy haciendo dieta para perder peso.	

Conteste a las siguientes afirmaciones utilizando la escala que corresponde a cada una de ellas:

23.	He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas.	
	1. Nunca	
	2. Raramente	
	3. Algunas veces	
	4. A menudo	
	5. Muy a menudo	

24.	Creo que tengo:	
	1. Un peso muy bajo.	
	2. Un peso bajo	
	3. Un peso normal	
	4. Algo de sobrepeso	
	5. Mucho sobrepeso	

25.	Mirándome, otras personas pensarían que tengo:	
	1. Un peso muy bajo.	
	2. Un peso bajo	
	3. Un peso normal	
	4. Algo de sobrepeso	
	5. Mucho sobrepeso	

26-34. Utilice la siguiente escala de 1 a 5 para indicar cómo de satisfecha/o o insatisfecha/o está con cada una de las siguientes partes o aspectos de su cuerpo:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha	Insatisfecha	Neutro (ni satisfecha insatisfecha)	Satisfecha	Muy satisfecha

26.	Cara (rasgos faciales, forma)	
27.	Cabello (color, grosor, textura)	
28.	Parte baja del cuerpo (glúteos, caderas, muslos, piernas)	
29.	Parte media (cintura, estómago)	
30.	Parte alta del torso (pecho, hombros, brazos)	
31.	Tono muscular	
32.	Peso	
33.	Altura	
34.	Apariencia física general	

Version traducida con fines de investigación por C. Perpiñá.

ESCALA DE IDEAS SOBREALORADAS³

Fugen A. Neziroglu, Jose A. Yaryura-Tobias, Dean R. McKay,
Kevin Stevens, John Todaro

Bio-Behavioral Institute

935 Northern Blvd.
Great Neck, NY 11021
(516) 487-7116

Nombre:

Fecha:

Complete el siguiente cuestionario sobre las obsesiones y/o compulsiones que el paciente refiere como promedio de la ÚLTIMA SEMANA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Haga una lista de las creencias principales que el paciente haya tenido la semana anterior. Deben ser aquellas que, según valoración del evaluador, estén asociadas a gran angustia e incapacidad en el funcionamiento social y laboral del paciente (p. ej., voy a contraer SIDA si no me lavo adecuadamente después de visitar el hospital; mi casa se puede incendiar si no compruebo la cocina antes de salir de casa; puedo perder información importante si tiro objetos que estoy guardando; no soy atractivo, mi nariz es deforme, mi cutis está lleno de granos, etc.). Las puntuaciones deben reflejar las creencias del paciente (p. ej., cómo de racionales percibe el paciente su creencia; cómo de efectivas cree el paciente que son las compulsiones para prevenir las consecuencias temidas, etc.). Solamente enumerar aquellas creencias relacionadas con el trastorno obsesivo compulsivo. Valorar todos los ítems de acuerdo con su evaluación de las creencias del paciente. Usted puede usar las tres preguntas que se proporcionan debajo de cada categoría para evaluar diferentes aspectos de las creencias, p. ej., fuerza, racionalidad.

Describa a continuación las principales creencias:

A medida que evalúa al paciente en cada ítem, agregue la creencia específica del paciente, p. ej. ¿Cómo de fuerte es la creencia de que contraerá SIDA si visitó un hospital?

³ Translation by: Jose A. Yaryura-Tobias, M.D. with the assistance of Tania Borda, Ph.D. and Herbert Chappa, M.D.

Adaptado al español por: Roncero, M.

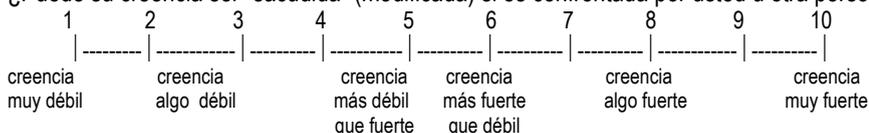
1) FUERZA DE LA CREENCIA

En la última semana, incluyendo el día de hoy,

¿Con cuánta fuerza cree usted que _____ es verdad?

¿Cuánta seguridad/convencimiento tiene usted que esta creencia es verdadera?

¿Puede su creencia ser "sacudida" (modificada) si es confrontada por usted u otra persona?



(Muy débil a muy fuerte se refieren a la posibilidad que la creencia sea verdadera; por ejemplo: muy débil - mínimamente posible; muy fuerte -extremadamente posible)

Valoración ítem 1: _____

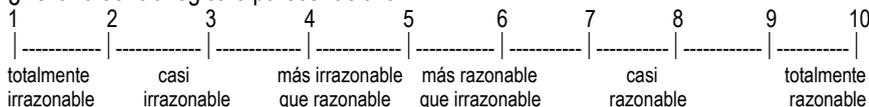
2) RAZONABILIDAD DE LA CREENCIA

En la última semana, incluyendo el día de hoy

¿Cómo de racional es su creencia?

¿Su creencia es racional o tiene justificación?

¿Es la creencia lógica o parece racional?



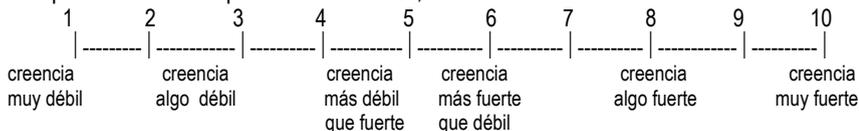
Valoración ítem 2: _____

3) MENOR FUERZA DE LA CREENCIA DURANTE LA SEMANA PASADA

-Durante la semana pasada, ¿cuál diría usted que fue el menor grado/nivel de fuerza de su creencia?

-¿Cómo de débil llegó a ser tu creencia la semana pasada?

-¿Hubo momentos durante la semana pasada que dudó acerca de la veracidad de su creencia, aunque sea momento puntual? De ser así, cuénteme más acerca de ello.



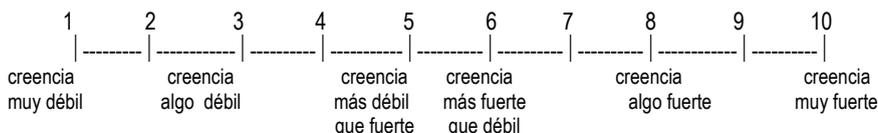
Valoración ítem 3: _____

4) MAYOR FUERZA DE LA CREENCIA DURANTE LA SEMANA PASADA

Durante la semana pasada, ¿cuál diría que fue el mayor grado de fuerza de su creencia?

¿Qué fuerza llegó a tener su creencia la semana pasada?

¿Qué seguridad /convencimiento tuvo sobre tu creencia la semana pasada?



Valoración ítem 4: _____

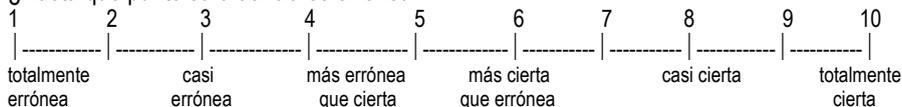
5) CERTEZA DE LA CREENCIA

En la última semana, incluyendo el día de hoy,

¿Cómo de cierta es su creencia?

¿Qué exactitud tiene su creencia?

¿Hasta qué punto su creencia es errónea?



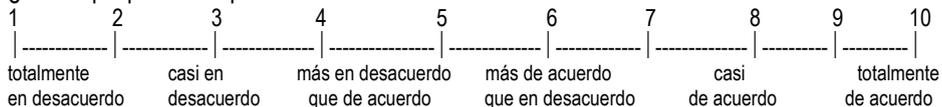
Valoración ítem 5: _____

6) GRADO DE ACEPTACIÓN DE LOS DEMÁS

¿Qué probabilidad hay de que los demás en la población general (comunidad, estado/provincia, país, etc.) tengan las mismas creencias?

¿Con cuánta fuerza los demás están de acuerdo con su creencia?

¿Hasta qué punto comparten los demás su creencia?



Valoración ítem 6: _____

7) ATRIBUCIÓN DE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA A LOS DEMÁS

Comparten los demás su creencia? Sí ____ NO ____

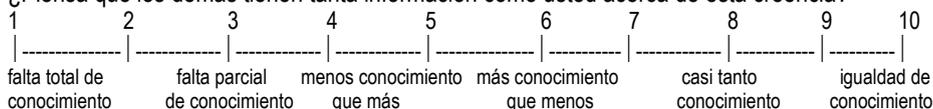
Si el paciente responde Sí, vaya a la pregunta 7a, si el paciente contesta No, vaya a la 7b.

7a) ANALIZAR A LOS DEMÁS COMO TENIENDO LA MISMA CREENCIA

Puesto que piensa que los demás están de acuerdo con su creencia, ¿piensa usted que ellos tienen el mismo conocimiento que usted acerca de esta creencia?

¿Hasta qué punto cree que los demás tienen el mismo conocimiento que usted acerca de la creencia?

¿Piensa que los demás tienen tanta información como usted acerca de esta creencia?



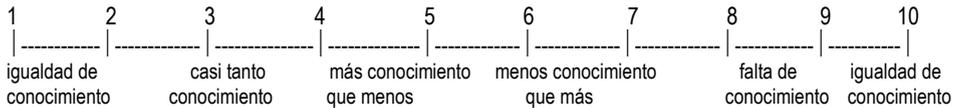
Valoración ítem 7a: _____

7b) ANALIZAR A LOS OTROS COMO SOSTENIENDO UNA CREENCIA DIFERENTE

Puesto que piensa que los otros están en desacuerdo con usted, ¿piensa que ellos tienen menos conocimiento que usted acerca de esta creencia?

¿Hasta qué punto cree que los otros tienen menos conocimiento que usted acerca de la creencia?

¿Cree que los otros tienen menos información que usted acerca de esta creencia?



Valoración ítem 7b: _____

8) EFICACIA DE LAS COMPULSIONES

En la última semana, incluyendo el día de hoy

¿Cuánta efectividad tienen las compulsiones / rituales para prevenir otras consecuencias negativas aparte de la ansiedad?

¿Tienen sus compulsiones algún valor para frenar los resultados temidos?

¿Es posible que sus compulsiones no ayuden a prevenir consecuencias negativas?



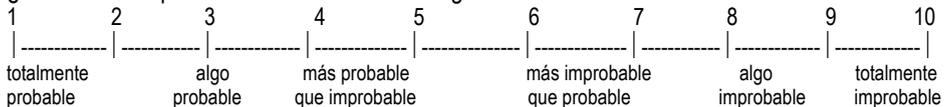
Valoración ítem 8: _____

9) INSIGHT (o INTROSPECCIÓN)

¿Hasta qué punto cree que su problema/trastorno le ha causado esta creencia?

¿Qué probabilidad hay de que sus creencias se deban a causas psicológicas o psiquiátricas?

¿Piensa usted que su creencia es debida a algún trastorno?



Valoración ítem 9: _____

10) FUERZA DE LA RESISTENCIA

¿Cuánta energía pone en rechazar su creencia?

¿Con cuánta fuerza trata usted de cambiar su creencia?

¿Intenta resistirse a su creencia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
resistencia total		mucha resistencia	resistencia moderada		resistencia parcial		poca resistencia		ninguna resistencia

Valoración ítem 10: _____

11) DURACIÓN DE LA CREENCIA

- a) Durante el tiempo que has tenido esta creencia, ¿ha fluctuado alguna vez?
De ser así, ¿dentro de qué período de tiempo?

Marque una de las siguientes opciones:

 Día Semana Mes Año

- b) Retrospectivamente, ¿cuánto tiempo ha sostenido usted esta creencia en particular?

Marque una de las siguientes opciones:

 Día Semana Mes Año

OVERVALUED IDEA SCALE (Copyright 1996)

Fugen A. Neziroglu, Jose A. Yaryura -Tobias,
Dean R. McKay, Kevin Stevens, John Todaro

Institute for Bio-Behavioral Therapy & Research

935 Northern Blvd.
Great Neck, NY 11021
(516)487-7116

Name:

Date:

Complete the following questions about obsessions and/ or compulsions which the patient reports as being applicable on the average in the PAST WEEK INCLUDING TODAY.

List the main belief which the patient has had in the last week. It should be the one that is associated with the greatest distress or impairment in social and occupational functioning to the patient as assessed by the rater (e.g., I will get AIDS if I do not wash properly after visiting the hospital, my house may burn down if I do not check the stove before leaving the house, I may lose important information if I throw out items that I collect, I am unattractive, my nose is misshapen, my complexion is full of pimples, etc.). The ratings should reflect the patient's beliefs (e.g., how reasonable does the patient perceive the belief, how effective does the patient believe the compulsions are in preventing the feared consequences, etc.). Only list a belief related to obsessive-compulsive disorder. Rate all items according to your evaluation of the patient's belief. You may use the three questions provided below each category to assess various aspects of the belief, e.g. strength, reasonableness.

Describe the main belief below:

As you rate the patient on each of the items incorporate the patient's specific belief, e.g. How strong is your belief that you will get AIDS if you visit the hospital?

1) STRENGTH OF BELIEF

In the past week, including today;

How strongly do you believe that ___ is true?

How certain/convicted are you this belief is true?

Can your belief be 'shaken' if it is challenged by you or someone else?



(Very weak to very strong refer to the possibility of the belief being true, i.e. very weak-minimally possible; very strong-extremely possible.)

Rating Item 1: _____

2) REASONABLENESS OF BELIEF

In the past week, including today;

How reasonable is your belief?

Is your belief justified or rational?

Is the belief logical or seem reasonable?



Rating Item 2: _____

3) LOWEST STRENGTH OF BELIEF IN PAST WEEK

In the last week, what would you say was the lowest rating of strength for your belief?

How weak did your belief become in the last week?

Were there times in the past week that you doubted your belief, even for a fleeting moment, whether ___ was true? If so, tell me more about it?



Rating Item 3: _____

4) HIGHEST STRENGTH OF BELIEF IN PAST WEEK

In the last week, what was your highest rating of strength for your belief?

How strong did your belief become in the last week?

How certain/convicted were you about your belief in the past week?



Rating Item 4: _____

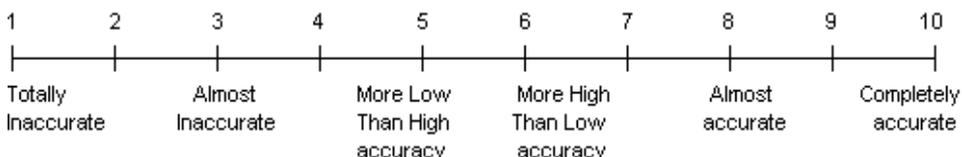
5) ACCURACY OF BELIEF

In the past week, including today;

How accurate is your belief?

How correct is your belief?

To what degree is your belief erroneous?



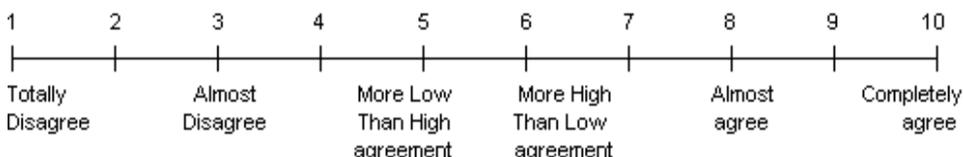
Rating Item 5: _____

6) EXTENT OF ADHERENCE BY OTHERS

How likely is it that others in the general population (in the community, state, country, etc.) have the same beliefs?

How strongly do these others agree with your belief?

To what extent do these others share your belief?



Rating Item 6: _____

7) ATTRIBUTION OF DIFFERING VIEWS BY OTHERS

Do others share the same belief as you? Yes____ NO____

If the patient answers Yes go to 7a, if the patient answers NO go to 7b.

7a) VIEWS OTHERS AS POSSESSING SAME BELIEF

Since you think others agree with your belief, do you think they are as knowledgeable as you about this belief?

To what extent do you believe others are as knowledgeable about the belief as you are?

Do you believe others have as much information as you about this belief?



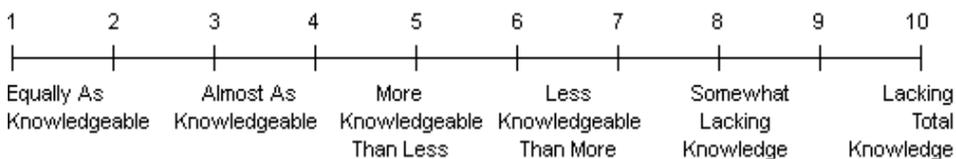
Rating Item 7a: _____

7b) VIEWS OTHERS AS HOLDING DIFFERING BELIEF

Since you think others disagree with you, do you think they are less knowledgeable than you about this belief?

To what extent do you believe others are less knowledgeable about the belief than you are?

Do you believe others have less information than you about this belief?



Rating Item 7b: _____

8) EFFECTIVENESS OF COMPULSIONS

In the past week, including today;

How effective are the compulsions/ritualistic behaviors in preventing negative consequences other than anxiety?

Are your compulsions of any value in stopping the feared outcome?

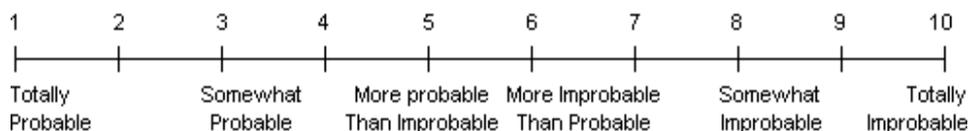
Is it possible that your compulsions may not help prevent the negative outcomes?



Rating Item 8: _____

9) INSIGHT

To what extent do you think that your disorder has caused you to have this belief?
How probable is it that your beliefs are due to psychological or psychiatric reasons?
Do you think that your belief is due to a disorder?

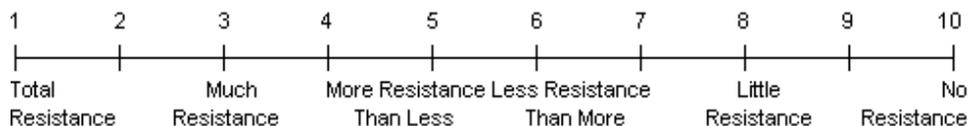


Rating Item 9: _____

10) STRENGTH OF RESISTANCE

How much energy do you put into rejecting your belief?

How strongly do you try to change your belief?
Do you attempt to resist your belief?



Rating Item 10: _____

11) DURATION OF BELIEF

a) During the time that you have had this belief did it ever fluctuate?
If so, within what period of time?
Check one of the following:

____ Day ____ Week ____ Month ____ Year

b) In retrospect, how long have you held this particular belief?
Check one of the following:

____ Day ____ Week ____ Month ____ Year

RSE. CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

(Rosenberg, 1965)

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a tí y a tu forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elige, por favor, aquella con la que estés sinceramente de acuerdo y rodéala con un círculo.

- | | |
|----|--------------------------|
| 1. | Estoy muy de acuerdo |
| 2. | Estoy de acuerdo |
| 3. | No estoy de acuerdo |
| 4. | Estoy muy en desacuerdo. |

	Estoy muy de acuerdo	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
2. Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.	1	2	3	4
6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.	1	2	3	4
9. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

YSQ - CEY-S3
Young J.

[Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Nombre _____

Fecha ___ / ___ / ___

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe durante el último año. Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad.

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.

Escoja la puntuación más elevada desde 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

1. ____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2. ____ Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
3. ____ Presiento que la gente se aprovechará de mí.
4. ____ No me aceptan en ningún lugar.
5. ____ Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
6. ____ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
7. ____ No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
8. ____ No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
9. ____ o he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
10. ____ Pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.
11. ____ Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.

CEY-S3: Adaptación Española de Cid J. y Torrubia, R.

1 = Totalmente falso

4 = En ocasiones verdadero

2 = La mayoría de veces falso

5 = La mayoría de veces verdadero

3 = Más verdadero que falso

6 = Me describe perfectamente

12. ____ Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
13. ____ Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
14. ____ Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
15. ____ Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
16. ____ Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.
17. ____ Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.
18. ____ Si cometo un error, merezco ser castigado.
19. ____ En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
20. ____ Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
21. ____ Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
22. ____ Soy básicamente diferente de las otras personas.
23. ____ Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.
24. ____ Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
25. ____ Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
26. ____ Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
27. ____ Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
28. ____ Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
29. ____ Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
30. ____ Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
31. ____ Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
32. ____ Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.

CEY-S3: Adaptación Española de Cid J. y Torrubia, R.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

33. ____ Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
34. ____ Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.
35. ____ Si algo bueno ocurre, me preocupo porqué es probable que algo malo le siga.
36. ____ Si no lo intento con toda mis fuerzas, supondría ser un perdedor.
37. ____ Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
38. ____ Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
39. ____ Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
40. ____ No me siento unido a nadie, soy un solitario.
41. ____ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
42. ____ La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
43. ____ No tengo sentido común.
44. ____ Me preocupa que me puedan atacar.
45. ____ Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
46. ____ En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
47. ____ Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
48. ____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
49. ____ Debo cumplir todas mis responsabilidades.
50. ____ Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
51. ____ Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
52. ____ Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importante
53. ____ No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.
54. ____ Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.

CEY-S3: Adaptación Española de Cid J. y Torrubia, R.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

55. ____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
56. ____ Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.
57. ____ Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
58. ____ Me siento alejado o aislado del resto de personas.
59. ____ Siento que no soy simpático.
60. ____ No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
61. ____ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
62. ____ Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
63. ____ A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
64. ____ Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
65. ____ Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
66. ____ Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.
67. ____ Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
68. ____ Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
69. ____ No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
70. ____ Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.
71. ____ No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.
72. ____ No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.
73. ____ Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.

CEY-S3: Adaptación Española de Cid J. y Torrubia, R.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

74. ____ Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que les aparto de mí.
75. ____ Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
76. ____ Siempre me siento poco integrado en los grupos.
77. ____ En mi hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
78. ____ No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
79. ____ No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
80. ____ Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
81. ____ A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.
82. ____ Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
83. ____ Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
84. ____ La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
85. ____ No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
86. ____ Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
87. ____ Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.
88. ____ Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.
89. ____ Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar al desastre.
90. ____ Soy una mala persona que merece ser castigada.

© Jeffrey Young Ph.D. 2006. Adaptado con permiso del autor. Prohibida su reproducción, publicación y difusión sin consentimiento informado del autor. Correspondencia a: Jordi Cid Colom. Coordinador Programas XSM-IAS. Edifici Til.lers. Parc Hospitalari Martí i Julià. Institut d'Assistència Sanitaria. c/ Castany s/n 17190 SALT. Girona (Spain). Mail: jordi.cid@telefonica.net
CEY-S3: Adaptación Española de Cid J. y Torrubia, R.



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

Pensamientos sobre la comida aspecto físico y dieta

¿Tienes este tipo de pensamientos a menudo?

Somos un grupo de investigación de la Universidad de Valencia, y en colaboración con AVALCAB, estamos llevando a cabo una investigación a nivel internacional sobre este tipo de pensamientos en personas con problemas alimentarios...

Si tienes o has tenido alguna vez problemas alimentarios, nos gustaría pedirte colaboración en este estudio.

!!! Tu participación es muy importante!!!

Con sólo dedicarnos una pequeña parte de tu tiempo, nos ayudarás a saber más sobre los Trastornos Alimentarios, y así poder desarrollar tratamientos más eficaces e incluso prevenir este tipo de problemas.

¿Cómo puedo participar en la investigación?

Si estás de acuerdo en participar, te pediremos que completes algunos cuestionarios. Aproximadamente te llevará una hora y media.

Si quieres participar o pedir más información sobre este estudio, puedes contactar con María Roncero vía e-mail: maria.roncero@uv.es.



COMIDA? DIETA? ASPECTO FISICO?

¿TIENES ESTE TIPO DE
PENSAMIENTOS A MENUDO?
TENS AQUEST TIPUS DE PENSAMENTS
FREQUËNMENT?

Somos un grupo de investigación de la Universidad de Valencia, y en colaboración con AVALCAB, estamos llevando a cabo una investigación a nivel internacional sobre este tipo de pensamientos en personas con problemas alimentarios

Som un grup d'investigació de la Universitat de València, i en col·laboració en AVALCAB estem portant a terme una investigació a nivell internacional sobre aquests tipus de pensaments en persones amb problemes alimentaris...

**SI TIENES O HAS TENIDO ALGUNA VEZ PROBLEMAS ALIMENTARIOS
NOS GUSTARÍA PEDIRTE COLABORACIÓN EN ESTE ESTUDIO**

**SI TENS O HAS TINGUT ALGUNA VEGADA PROBLEMES ALIMENTARIS
ENS AGRADARIA DEMANAR-TE COL-LABORACIÓ EN AQUEST ESTUDI.**

**¡TU PARTICIPACIÓN
ES MUY IMPORTANTE!**

**LA TEUA PARTICIPACIÓ
ES MOLT IMPORTANT!**

Con sólo dedicarnos una pequeña parte de tu tiempo, nos ayudarás a saber más sobre los Trastornos Alimentarios, y así poder desarrollar tratamientos más eficaces e incluso prevenir este tipo de problemas

Sols amb dedicar-nos una xicoteta part del teu temps, ens ajudaràs a saber més sobre els Trastorns Alimentaris, i així poder desenvolupar tractaments més eficaços i inclús previndre aquest tipus de problemes.

**¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN?
COM PUC PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓ?**

Si estás de acuerdo en participar, te pediremos que completes algunos cuestionarios
Si quieres participar o pedir más información sobre este estudio, puedes contactar:
con María Roncero via e-mail: estudio.psic2010@gmail.com

Si estàs d'acord en participar, et demanarem que completes alguns qüestionaris.
Si vols participar o demanar més informació sobre aquest estudi, pots contactar amb Maria Roncero via e-mail: estudio.psic2010@gmail.com .

AVALCAB  UNIVERSITAT
ID VALÈNCIA  BIP-4 pag 5

Unpleasant Thoughts
 about eating “I have to go on a diet”
 body shape “Do I have a spare tire?”
 and weight “I’ve gained weight”

KINGS
 College
 LONDON

University of London

**Institute of
 Psychiatry**

at The Maudsley

Have you ever had these thoughts?

Most people experience from time to time a variety of unpleasant thoughts about eating, body shape or weight known as “MENTAL INTRUSIONS”. These thoughts may suddenly intrude into our minds against our will and interrupt what we are doing or what we are already thinking. Frequently, it is difficult to control these unwanted intrusive thoughts. No matter how hard we try, it can be difficult to get them out of our mind or stop them from re-appearing.

We are developing an international research about these kind of thoughts.

And... We are interested to know whether you have experienced MENTAL INTRUSIONS about eating, shape or weight, and WHAT DO YOU THINK about them.

How do I take part in?

If you agree to take part, we would ask you to come to the Eating Disorders Research Unit at Guy's Hospital, London Bridge, on 2 occasions each lasting 45 minutes in which you will fill in some questionnaires.

If you would like more information about this study, please contact Maria Roncero on e-mail maria.roncero@kcl.ac.uk.