

FUSIÓN PENSAMIENTO-FORMA

THOUGHT-SHAPE FUSION

Ignacio Jáuregui Lobera

Inmaculada Ruiz Prieto

Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera, ignacio-ja@telefonica.net

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Una distorsión cognitiva fue descrita para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), definiéndose como Fusión Pensamiento-Acción (TAF), lo que representa el hecho de que pensar en hacer algo tiene las mismas consecuencias que hacerlo realmente.

Algo similar ha sido observado en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y se ha descrito como Fusión Pensamiento-Forma (TSF). La distorsión TSF comprende tres componentes relacionados con las creencias sobre las consecuencias que puede tener el pensar en comer alimentos “prohibidos”.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, fusión pensamiento-acción, fusión pensamiento-forma

ABSTRACT

A cognitive distortion associated with an excessive sense of responsibility was described for obsessive-compulsive disorders (OCD) and was defined as Thought-Action Fusion (TAF), which implies that thinking about doing something has the same consequences that really doing.

Something similar has been observed in eating disorders (ED) and it has been described as Thought-Shape Fusion (TSF). TSF distortion comprises three components related to beliefs about the consequences of having thoughts about eating "forbidden" foods.

Key words: eating disorders, Thought-Action Fusion, Thought-Shape Fusion distortion

FUSIÓN PENSAMIENTO-FORMA

El tema de la especificidad de la fusión pensamiento-acción (TAF) se ha investigado también para determinar si el concepto puede extenderse a los aspectos relacionados con la alimentación. Así, en un artículo pionero, Shafran, Teachman, Kerry y Rachman (1) hablan de una distorsión cognitiva asociada a los trastornos de la conducta alimentaria a la que denominan Fusión Pensamiento-Forma (TSF). En su artículo se hace un repaso a las distorsiones cognitivas identificadas en diferentes patologías y nos recuerdan los criterios necesarios para hablar de “distorsión cognitiva”: pensamiento consistente, no verídico y sesgado. Finalmente ese pensamiento sirve para mantener la conducta disfuncional. Una distorsión cognitiva juega un papel en un trastorno si: a) se asocia a la psicopatología del trastorno; b) la manipulación experimental de la distorsión tiene efectos predecibles en la psicopatología; y c) la reducción/eliminación de la distorsión es seguida de la reducción/eliminación de la conducta anómala (1).

La evidencia clínica y psicométrica sobre la existencia de distorsiones cognitivas en los trastornos alimentarios es bien conocida. Shafran et al. (1), postularon la existencia de una distorsión similar a la TAF a la que denominaron TSF, que tendría, al menos, tres componentes: a) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos hace más probable que la persona gane peso o cambie su figura (TSF-probabilidad); b) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos es tan malo moralmente como comerlos realmente (TSF-moral); y c) la creencia de que pensar en comer alimentos prohibidos hace sentirse gorda a la persona (TSF-sentimiento).

Complementariamente, los autores parten de la hipótesis de que la gente con esta distorsión sabe, racionalmente, que pensar en comer alimentos prohibidos no causa realmente ganancia de peso o cambios en la figura (silueta o aspecto). Sin embargo el hecho de no pensarlo no impide que lo sientan en el nivel emocional. La TSF estaría asociada a otras distorsiones y conductas asociadas.

Con relación a todo ello, los citados autores llevaron a cabo dos trabajos. En el primero trataron de diseñar un instrumento psicométrico para medir la TSF así como ver la asociación de tal distorsión con la patología. En el otro trabajo se pretendía inducir experimentalmente la TSF y ver sus efectos conductuales.

La conclusión de su primera investigación fue que la TSF es un constructo coherente y medible y que existía asociación entre la distorsión TSF y las alteraciones en la conducta alimentaria.

El segundo trabajo se basaba en el paradigma experimental ya mencionado a propósito de la TAF (paradigma de la frase). El procedimiento se resume en la tabla 7.

Mediante una escala analógica visual (EAV) se toman las medidas de ansiedad, culpa, sentimiento de gordura y estimación del peso real. A los sujetos se les pregunta sobre los siguientes aspectos:

-La probabilidad de que hayan ganado peso/cambiado su figura exclusivamente con la condición experimental.

-Cómo de “gordos” se sienten, exclusivamente con la condición experimental.

Tabla 7. Propuesta experimental para provocación de la Fusión Pensamiento-Forma (TSF).

Piensa en una comida que consideres que engorda en exceso y que, con toda probabilidad, te haría ganar peso si la comieras [pausa]; me gustaría que escribieras la siguiente frase en este papel poniendo el nombre de la comida en el espacio en blanco.

A los sujetos se les da el papel, un lápiz y la frase escrita:

Estoy comiendo _____ .

Después de escribir la frase, poniendo el nombre de la comida, los sujetos deben pensar en la situación y en la acción de comer gran cantidad de ese alimento hasta que les resulte displacentero, hasta lograr al menos 20 puntos sobre la línea base de ansiedad medida antes de la situación experimental (que en una EAV, de 0 a 100, debía estar por debajo de 30 como punto de partida).

-Qué grado de control creen que tendrían sobre la ingesta de esos alimentos prohibidos en las siguientes 24 horas.

-En qué medida piensan que es moralmente inaceptable haberse involucrado en la situación experimental.

-La fuerza de la urgencia por reducir o cancelar los efectos de haber escrito la frase.

-La fuerza de la urgencia por comprobar si realmente han ganado peso tras el experimento.

Todas esas mediciones van precedidas por lo siguiente:
“Queremos comprender lo que piensas sobre estas cuestiones aunque tus

pensamientos te puedan parecer sin sentido. En otras palabras, queremos saber lo que sientes. Déjate llevar por ello y no por lo racional”.

Tras la situación experimental y las medidas mencionadas, los sujetos pueden elegir entre dos opciones en las que permanecer durante dos minutos: a) conducta correctora, similar a la neutralización, como, por ejemplo, tachar la frase, reescribir encima de ella, imaginar que realizan ejercicio, etc.; b) comprobar si ha ganado peso.

El experimentador abandona la sala si el sujeto elige la comprobación para permitir la privacidad. La forma de comprobación precisa es determinada tras la vuelta del experimentador. Tras ello, todas las medidas antedichas son retomadas y finalmente se procede a la relajación hasta lograr un nivel de ansiedad por debajo de 30 en la EAV de 100.

Los resultados de este trabajo de Shafran et al. (1) pueden resumirse en los siguientes puntos. En primer lugar, se partió de la hipótesis de que con sólo pensar en comer alimentos prohibidos se gana peso o se modifica la figura; que tras pensar en ello habrá sentimientos de haber realizado algo moralmente malo; finalmente, que tras dichos pensamientos se sentirán más gordos. En este sentido, hallaron que: a) el 87% creían que el procedimiento les había provocado aumento de peso o cambios en su silueta; b) el 80% presentaron sentimientos de que era moralmente inaceptable haber pensado en ingerir alimentos prohibidos o haber escrito la frase; c) todos consideraron sentirse más gordos, aproximadamente se sentían un 50% más gordos. En segundo lugar, otra hipótesis era que el experimento induciría ansiedad, culpa y necesidad urgente de llevar a cabo alguna conducta de corrección. Los

resultados fueron que: a) la ansiedad aumentó, por término medio, de 17 a 60 ($p < 0,001$); b) los sentimientos de culpa pasaron de 17,67 a 57,33 ($p < 0,001$); c) el 24% presentaron necesidad urgente de comprobar su peso/figura y el 41,67% de realizar alguna conducta correctora. En tercer lugar, se postuló que tras llevar a cabo maniobras de corrección, los efectos del experimento disminuirían. En este caso, dos tercios de los participantes eligieron neutralizar los citados efectos mediante conductas correctoras (tachar la frase, imaginarse haciendo ejercicio, imaginarse comiendo rápido, etc.) y un tercio eligió mirarse en un espejo. En todo caso, todos disponían de dos minutos para corregir. Los resultados fueron: a) las conductas correctoras redujeron todas las variables excepto el sentimiento de haber hecho algo moralmente malo; b) no hubo diferencias entre la conducta de corrección y la comprobación excepto en que lo primero fue más efectivo en reducir la urgencia por neutralizar. Se observó una tendencia (aunque sin significación estadística) por la que neutralizar parece más efectivo que comprobar en la reducción de la ansiedad, culpa y sentimiento de gordura.

En cuanto a la relación entre las puntuaciones en un cuestionario TSF y la estimación de la probabilidad de ganar peso/cambiar la silueta pensando en ingerir comida prohibida/escribiendo la frase, así como los sentimientos de inadecuación moral y sentimientos de engordar dieron lugar a lo siguiente: a) las correlaciones de Spearman fueron positivas entre la puntuación total del cuestionario y la estimación de la probabilidad de que el experimento hubiera causado aumento de peso o cambios en la silueta y entre dicha puntuación y la urgencia por neutralizar; b) las puntuaciones en el cuestionario no se asociaron significativamente a las otras variables del experimento.

El concepto TSF está relacionado con la TAF pero no son lo mismo. La TSF incluye una distorsión perceptiva mientras que la TAF es un sesgo conceptual. No obstante, hay elementos comunes entre ambos. Los dos se pueden suscitar en condiciones experimentales, dan lugar a reacciones emocionales negativas similares y a una urgente necesidad de neutralización. No obstante hay, al menos, dos importantes diferencias: a) la TAF tiene dos componentes bien diferenciados, mientras que la TSF tiene una estructura unifactorial, aunque parecen considerarse dos secciones (conceptual e interpretativa); b) en cuanto a los efectos reales, no hay una conexión realista entre el pensamiento y la acción en el sesgo TAF; en el caso de la TSF la conexión entre pensamiento y efectos (sobre la percepción de la figura, los sentimientos de engordar y mala acción) es real si la persona responde a sus pensamientos comiendo los alimentos prohibidos. Ingerir los alimentos evocará sentimientos de engordar y cuestiones relacionadas con la ganancia de peso o el cambio en la figura. Si pensar en tomar alimentos prohibidos e ingerirlos habitualmente van asociados, entonces con sólo pensar en ingerirlos se suscitarán los sentimientos de gordura.

La TSF podría ser tan sólo un ejemplo de la tendencia a interpretar los pensamientos (sobre comer) con una excesiva significación personal. Así, por ejemplo, la gente que sobrevalora la importancia de la figura y el peso pueden interpretar el pensar en comer alimentos prohibidos como “no soy perfecto”, “no tengo control”, “me falta auto-disciplina”, “soy un cerdo”, etc. Tales interpretaciones pueden empeorar el estado de ánimo y contribuir a la transgresión de la restricción alimentaria y conductas asociadas (por ejemplo comprobar en su cuerpo signos de haber ganado peso).

Resulta interesante el papel de la conducta de comprobación o la neutralización en el mantenimiento de la TSF. Ya hemos dicho que la mayoría (dos tercios) eligieron el método cognitivo de neutralizar para abordar la distorsión cognitiva (TSF). El otro tercio optó por comprobar. La mayoría de los neutralizadores tacharon la frase y/o la cambiaron, alguno pensó en hacer ejercicio y algún otro en vomitar ¿Por qué esta neutralización puede mantener el sesgo TSF? Parece que de ese modo nunca se aprende que los pensamientos son insignificantes por sí mismos. Siguen asociándolos a engordar, de modo que cada vez que ocurren suscitan los mismos sentimientos. En cuanto a las conductas de comprobación parece que mantendrían la distorsión de la imagen corporal y, con ello, lo nuclear en la anorexia nerviosa.

Es probable que no todos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presenten el fenómeno TSF pero sí muchos de ellos. En el caso de la bulimia nerviosa el atracón puede venir suscitado como respuesta a la TSF que haría de detonador mientras que en la anorexia la TSF aumentaría la restricción alimentaria.

En la misma línea experimental, Radomsky et al. (2) llevaron a cabo un trabajo con 20 pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa. En la introducción de su trabajo hacían un repaso sobre las distorsiones cognitivas propias de la anorexia nerviosa. Así, recordaban la idea de Bruch (3) sobre pensamientos maladaptativos en el origen del trastorno. Por su parte, Russell (4) mencionaba una serie de actitudes disfuncionales hacia el peso, la comida, tamaño del cuerpo, figura y peso. Garner y Bemis (5) proponían un modelo cognitivo-conductual similar al de Beck (6) para la depresión y que incluiría un conjunto de distorsiones (abstracción selectiva, pensamiento dicotómico,

generalización, etc.) y Mizes (7) mostraba evidencias de una variedad de distorsiones cognitivas entre los pacientes con trastornos alimentarios. Finalmente, ya vimos la propuesta de Shafran et al. (1) a propósito de la TSF y sobre la base de la TAF.

Radomsky et al. (2) usaron el mismo paradigma experimental que Shafran et al. (1), en este caso estudiando 20 pacientes con anorexia nerviosa, todas ellas mujeres, con una edad media de 27,7 años y un IMC de 14,8. Tras cumplimentar los Cuestionarios TSF y TAF, el Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI; 8) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI; 9) se les pidió a las pacientes que pensarán en algún alimento o alimentos que consideraban que engordan extremadamente. Tras ello, se les pidió que imaginásemos tales alimentos de la forma más viva posible (color, olor, textura, etc.). Se les solicitó que escribieran la frase “Estoy comiendo_____”, poniendo el nombre del alimento o alimentos. Entonces, mediante diversas EAV se les solicitó una puntuación (de 0 a 100) en ansiedad, culpa, probabilidad de haber ganado peso sólo con pensarlo o escribir la frase, sentimiento de haber engordado por lo mismo, grado de control que tendrían sobre la ingesta si comieran en ese momento, en qué grado era moralmente incorrecta la acción (pensar/escribir), qué fuerza tenía la necesidad de reducir o cancelar los efectos de escribir la frase y cuánto creían que pesaban.

Tras ello, los participantes tenían la oportunidad de neutralizar los efectos, de la forma que desearan, dejándolos a solas para ello. Finalizada esta neutralización se volvían a medir las variables señaladas. La correlación más alta se obtuvo entre TSF y BDI, siendo menor entre TSF y TAF y entre TSF y MOCI.

De los 20 participantes, 15 eligieron neutralizar del siguiente modo: a) cuatro escribieron una nueva frase para reemplazar a la primera; b) tres cambiaron la frase inicial de algún modo, por ejemplo añadiendo delante “no”; c) dos tacharon la frase; d) dos se involucraron en alguna forma de neutralización mental, por ejemplo imaginando que no ingerían el alimento; e) dos apartaron el papel de su vista (dándole la vuelta o poniéndolo lejos); f) una fue contando de cuatro en cuatro hasta sentirse mejor; g) una se dibujó a sí mismo como una chica delgada.

Las diferencias encontradas entre neutralizadores y no neutralizadores fueron que en los primeros las puntuaciones en BDI y MOCI eran significativamente superiores mientras que lo eran también en TSF y TAF de forma menos marcada.

La predicción del efecto TSF se cumplió rigurosamente por cuanto después de la provocación experimental aumentaron la ansiedad, culpa, sentimiento de haber engordado, probabilidad de haber ganado peso y el sentimiento de haber realizado algo moralmente inaceptable.

En cuanto a los efectos de la neutralización, quienes procedían a la misma mostraban una disminución significativa de la ansiedad, culpa, probabilidad de haber ganado peso por escribir la frase, sentimiento de engordar por haber realizado tal tarea y necesidad de neutralizar. Sin embargo no había diferencias significativas, con respecto a los no neutralizadores, en la percepción de control sobre la ingesta de los alimentos prohibidos, la moralidad de la acción llevada a cabo o en qué medida creían que realmente habían ganado peso.

En resumen, el trabajo de Radomsky et al. (2) mostraba la presencia del sesgo cognitivo TSF en pacientes con anorexia nerviosa (tanto psicométrica como experimentalmente), constataba que los neutralizadores reducen significativamente su ansiedad, culpa, predicción sobre la probabilidad de ganar peso, sentimiento de haber engordado y necesidad de neutralizar. Los no neutralizadores también lograban reducciones en dichas variables, pero entre ambos grupos había algunas diferencias previas a la provocación experimental. Así, en quienes no neutralizaban, las puntuaciones totales en TSF, TAF, MOCI y BDI eran menores.

Los resultados del trabajo de Radomsky et al. (2) resultan similares a los de Shafran et al. (1) en muestras no clínicas. Parece que la neutralización juega un papel similar en reducir el malestar resultante del sesgo cognitivo que supone la TSF, tanto en muestras no clínicas como en pacientes hospitalizados por trastornos alimentarios. En cuanto a quienes eligen no neutralizar podría pensarse que presentan un menor sesgo (reflejado, por ejemplo, en menores puntuaciones en el Cuestionario TSF). Sin embargo, en los datos de Radomsky et al. (2) no se cumple este hecho pues los no neutralizadores presentan más altas puntuaciones en TSF que la muestra de Shafran et al. (1). Por otra parte presentan similar ansiedad y culpa que los de aquel trabajo. Sin embargo, existen diferencias entre los no neutralizadores del estudio de Radomsky et al. (2) y los neutralizadores del trabajo de Shafran et al. (1). En los primeros hay predicción de una menor probabilidad de haber ganado peso, menor sentimiento de haber engordado y menor sentimiento de inmoralidad en el hecho de haber pensado/escrito. Todo ello parece apuntar a

que no sería la ansiedad o la culpa lo que provoca la neutralización sino, más bien, particulares creencias o pensamientos que contribuyen al malestar.

Hay tres cuestiones del trabajo de Radomsky et al. (2) que hay que destacar también en cuanto a la no disminución de la intensidad en algunas variables: a) no hubo cambios en la percepción del grado de control que tendrían de cara a ingerir o no los alimentos; la explicación es que se trata de pacientes ingresados, “sometidos” a cinco tomas al día de alimentos; b) no se redujo significativamente la puntuación sobre el grado de inmoralidad de la acción de escribir la frase, y es que mientras los sentimientos de ansiedad o culpa sobre un hecho pasado pueden cambiar con acciones futuras, no es probable que lo inmoral de una acción concreta pueda cambiar con otra; más bien lo inmoral de una acción (escribir la frase) puede motivar para una segunda acción (tacharla) pero esta última no cambia la moralidad de la primera; c) tampoco fue significativa la reducción en la percepción del peso real.

En resumen, el trabajo de Radomsky et al. (2) confirma la presencia de distorsiones cognitivas que provocan la tendencia a fusionar los pensamientos con la percepción de la figura. La presencia en la muestra de TSF y TAF lleva a considerar, una vez más, las relaciones entre la anorexia y lo obsesivo. Es altamente probable que los pacientes con trastornos alimentarios y con TOC tiendan, con mayor frecuencia, a fusionar malos pensamientos con malas consecuencias. Ocurriría que la tendencia se manifestaría de modo diferente dependiendo de los miedos específicos y de aspectos individuales.

El núcleo fundamental de todos los trabajos es el concepto de distorsión cognitiva como punto de partida. Distorsiones que, como ya se ha dicho, han sido comprobadas en las catastróficas interpretaciones de las sensaciones corporales que se producen en el trastorno de pánico (10), en los errores de pensamiento de la depresión (5), en la inflación de responsabilidad del TOC (11) y en las alteraciones propias de los trastornos alimentarios con relación al peso y la imagen corporal (12, 13). Analizando el fenómeno TAF parece claro que no es algo específico del TOC sino que también se asocia a otros trastornos de ansiedad y, finalmente, hemos visto como un constructo similar, la TSF, se constata en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria.

En otro trabajo de Shafran y Robinson (14) se incluyen pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos no especificados. Las conclusiones de este trabajo apuntan a que, como ya hemos ido señalando, la TSF es una distorsión cognitiva asociada a los trastornos alimentarios. Los pacientes con esta patología presentan mayor TSF que la muestra control y hay una fuerte asociación entre la severidad de la psicopatología y el grado de TSF que persiste, en general, aun controlando la variable depresión. No obstante, en este punto, parece haber dos cuestiones importantes: a) la urgente necesidad de inspeccionar, comprobar, el cuerpo, que aumenta tras provocar la TSF y se resiste a decrecer cuando hay un bajo estado de ánimo; b) el bajo estado de ánimo no sólo parece comportar interpretaciones negativas de los pensamientos sino que también es capaz de causar fracasos en la restricción alimentaria. Hay pues correlación entre depresión y psicopatología específicamente alimentaria.

En cuanto a las dos subescalas del TSF (concepto e interpretación) de Shafran et al. (1) hay que señalar lo siguiente: la subescala concepto comprende

17 ítems con las tres vertientes de la TSF (componentes probabilidad, moral y sentimientos) que no configuran factores diferentes. La subescala interpretación está compuesta por otros 17 ítems que abordan la interpretación del pensamiento acerca de ingerir alimentos prohibidos o que engordan. Ambas subescalas están fuertemente relacionadas. Puede que, aunque conceptualmente diferentes, los distintos componentes de la TSF y la interpretación de los pensamientos reflejen un constructo más general consistente en dotar de una inadecuada importancia a los pensamientos relacionados con la ingesta, forma (figura, silueta) y peso e interpretar tales pensamientos como personalmente significativos. Es algo similar a la sobrevaloración de los pensamientos que hacen los pacientes con TOC.

En los TCA esta sobrevaloración de los pensamientos sobre la ingesta parece una expresión directa de la sobrevaloración de la ingesta, la silueta, el peso y su control, lo que sugiere que se trata del núcleo psicopatológico de estos trastornos. Si la TSF es una directa expresión de la sobrevaloración de todo lo señalado, un tratamiento enfocado a tal sobrevaloración podría reducir la TSF. Por otra parte, la TSF podría ser la expresión directa de la psicopatología del TCA y, a la vez, un factor de mantenimiento del trastorno. Así, por ejemplo, según Shafran y Robinson (14), si alguien se siente enorme, simplemente imaginando que no hace ejercicio durante un mes, es probable que persista la atención sobre la imagen y la comprobación de la misma. Ello puede provocar un bajo estado de ánimo, repetidas comprobaciones de su imagen, autocrítica e intentos fallidos por suprimir tales pensamientos. Todo ello sirve para mantener el núcleo psicopatológico del trastorno.

En pacientes para quienes la TSF parece ser una barrera para el cambio se deberían emplear técnicas terapéuticas directas hacia el fenómeno de la TSF. En todo caso habría que delimitar las posibles diferencias, en la presentación de la TSF, entre pacientes con anorexia, bulimia y trastornos atípicos. No obstante, en la actualidad, se postula una psicopatología común para todos los TCA (15), lo que justifica el uso de muestras de pacientes con TCA. No obstante podría darse el caso de que la TSF de pacientes con pérdida de control y atracones fuera diferente a la que presentan los pacientes que nunca pierden tal control y se mantienen, gravemente, en bajo peso.

Asumiendo que el fenómeno TSF se enmarcaría en las alteraciones cognitivas de los TCA, resulta de sumo interés su estudio de cara a la posible intervención terapéutica que produciría cambios predecibles en dicho fenómeno. Como ha quedado expuesto, hay evidencia clínica y psicométrica acerca de la TSF en los TCA. En los pacientes, el hecho de pensar en comer “alimentos prohibidos” parece aumentar la probabilidad de ganar peso o cambiar su figura, resulta tan inmoral como el hecho real de comerlos y les hace sentir más gordos. Aun sabiendo (nivel de conocimiento) que el hecho de “pensar” no produce todo eso, no pueden dejar de sentirlo (nivel afectivo). En cuanto al instrumento psicométrico señalado, parece útil para medir el fenómeno y resulta relacionado con otro instrumento, el cuestionario TAF, si bien éste parece medir un nivel conceptual y el TSF un nivel perceptual. La inadecuada importancia que los pacientes dan a ciertos pensamientos relacionados con la ingesta de alimentos y con el cuerpo puede medirse con los 17 ítems de la subescala concepto; la interpretación de dichos pensamientos como personalmente significativos se mide con otros 17 ítems de la subescala

interpretación. Ambos fenómenos (dotar de inadecuada importancia al pensamiento e interpretarlo como algo personalmente significativo) es algo similar a lo que ocurre en los pacientes con TOC.

El interés del cuestionario es evidente, no sólo por el hecho de medir las alteraciones específicas del pensamiento de estos pacientes, sino también por cuanto puede tener implicaciones en el tratamiento específico de dichas alteraciones al permitir medir el curso evolutivo de las mismas. Finalmente, la posibilidad de medir el fenómeno permite también observar la persistencia de las alteraciones psicopatológicas y poder emitir algunos juicios con relación al pronóstico.

Por todo ello, parece necesaria la validación en nuestro país del citado cuestionario, siguiendo la metodología propuesta en su origen y teniendo en cuenta la medición paralela de alteraciones psicopatológicas frecuentemente asociadas a los TCA, a fin de valorar el grado de implicación que dichas alteraciones pueden tener en el fenómeno TSF.

REFERENCIAS

1. Shafran R, Teachman BA, Kerry S, Rachman S. A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999; 38: 167-179.
2. Radomsky AS, de Silva P, Todd G, Treasure J, Murphy T. Thought shape fusion in anorexia nervosa: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40: 1169-1177.
3. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 1962; 24: 187-194.

4. Russell GFM. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In G.F.M. Russell, Hersov L Editors. The neuroses and personality disorders. Cambridge: Cambridge University Press. 1983.
5. Garner D, Bemis K. A cognitive behavioural approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 1982; 6: 123-150.
6. Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford. 1995.
7. Mizes JS. Validity of the Mizes Anorectic Cognitions Scale: A comparison between anoretics, bulimics and psychiatric controls. *Addictive Behaviours*. 1992; 17: 283-289.
8. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*. 1977; 15: 389-395.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erlbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
10. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986; 39: 947-959.
11. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, Thorpe S. Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000; 38: 347-372.
12. Cooper Z, Fairburn CG. Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 1992; 30: 501-511.
13. Mizes JS, Christiano B, Madison J, Post G, Seime R, Varnado P. Development of the Mizes anorectic cognitions questionnaire-revised:

- Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorders patients. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 28: 415-421.
14. Shafran R, Robinson P. Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004; 43: 399-407.
15. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive-behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 49: 501-528.