

TÉCNICA DE LA REJILLA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EXPLORACIÓN DE ESTRUCTURA COGNITIVA Y RELACIONES INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE 20 PACIENTES

GRID TECHNIQUE AS AN INSTRUMENT FOR EVALUATION OF EATING DISORDERS: EXPLORATION OF COGNITIVE STRUCTURE AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN A SAMPLE OF 20 PATIENTS

Estela M. Pardos-Gascón

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0001-7524-8180>

Nicolás Gómez Calmaestra

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0002-1295-750X>

María Victoria Rodríguez Vacas

Residente de Psicología Clínica del Hospital Marina Baixa. Alicante. España
<https://orcid.org/0000-0001-8725-7738>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pardos-Gascón, E. M., Gómez Calmaestra, N. y Rodríguez Vacas, M. V. (2020). Técnica de la Rejilla como Instrumento de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Exploración de estructura cognitiva y relaciones interpersonales en una muestra de 20 pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 129-146. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.331>



Resumen

Se pretende ofrecer una evaluación mediante la Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI) de los factores de estructura y contenido cognitivo (autoestima y auto-definición), así como de las relaciones interpersonales en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Complementariamente, se explorarán las relaciones entre estos conceptos y factores clínicos tradicionales como el IMC, la edad de inicio de los síntomas, tiempo de tratamiento, duración media de los ingresos, número de ingresos y tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento. Finalmente, se relacionarán estas variables con las puntuaciones obtenidas en EDI-2 e EAT-26. El estudio se realizó sobre una muestra de 20 pacientes con TCA procedentes de la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario San Juan de Alicante. La muestra tenía alta rigidez, escasa flexibilidad y baja indefinición cognitiva. Presentaba autoestima media y construcción del sí mismo con múltiples constructos. Se observa que la mayor distancia euclidiana con la madre se correlaciona con mayor edad de inicio de los síntomas, mientras la distancia mayor con el padre se relaciona con ineficacia interpersonal, tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal y menor confianza interpersonal. Asimismo, mayor distancia entre el yo ideal y el padre correlaciona con alto perfeccionismo.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria, Técnica de la Rejilla, Estructura Cognitiva, Relaciones Parentales, Autoestima y Autoconcepto.

Abstract

It is intended to offer an evaluation through the Interpersonal Grid Technique (TRI) of the factors of structure and cognitive content (self-esteem and self-definition), as well as interpersonal relationships. As well as exploring the relationships between these concepts and traditional clinical factors such as BMI, the age of onset of symptoms, length of treatment, average duration of income hospitalization, number of admissions and time between the onset of symptoms and the first treatment. Likewise, these variables will also be related to the scores obtained in EDI-2 and EAT-26. The study was conducted on a sample of 20 patients with eating disorders from the Hospitalization Unit for Eating Disorders of the University Hospital San Juan de Alicante. The sample had high rigidity, poor flexibility and low cognitive undefined. It presented average self-esteem and self-construction with multiple constructs. It is observed that the greater distance with the mother correlates with greater age of onset of symptoms, while the greater distance with the father is related to interpersonal inefficiency, tendency to thinness, body dissatisfaction and lower interpersonal confidence. Also, greater distance between the ideal self and the father correlates with high perfectionism.

Keywords: Eating Disorder, Repertory Grid Technique, Cognitive Structure, Parental Relationships, Self-Esteem and Self-Concept.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados por muchos autores como una enfermedad mental grave, que se inicia en la adolescencia cursando con un deterioro progresivo y alta comorbilidad (Rojo-Moreno et al., 2015). Tal es su gravedad, que en los últimos estudios sólo se detecta una recuperación completa en aproximadamente el 50% de los casos (Castellini et al., 2011; Dada, Izu, Montebruno, Grau y Feixas, 2017; Hilbert et al., 2012; Swanson, Crow, Grange, Swendsen y Merikangas, 2011).

En un reciente metaanálisis (Hoek, 2016), se estima que su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 1 y el 3% en la población no clínica, con diferencias entre continentes y tipos de TCA. En la misma línea, otras publicaciones (Gómez-Candela, Milla, Miján-de-la-torre, Ortega, y Martín, 2018) señalan la Anorexia Nerviosa como la tercera enfermedad crónica más prevalente en jóvenes, por detrás del asma y la obesidad.

Como señalan Dada et al. (2017), por su elevada prevalencia, así como por su carácter longitudinal y tendencia a la comorbilidad, cobra especial relevancia el estudio de predictores de su evolución y de herramientas que permitan detectar necesidades de intervención más personalizadas.

Numerosas investigaciones han intentado discriminar factores de mal y buen pronóstico en la evolución de los TCA. En este sentido, desde la década pasada (Jáuregui, 2009; Perpiñá, 2008; Vall y Wade, 2015; Wild et al., 2016) se han recogido algunos de los factores de mal pronóstico estudiados en la literatura, como el mínimo peso alcanzado, edad de inicio o tiempo de tratamiento entre otros factores. También, se ha estudiado aspectos de corte psicológico como la insatisfacción corporal (Schlegl et al., 2016), baja autoestima (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993) y perfeccionismo (Mas et al., 2011), relaciones parentales (Castaldi, 2008; Dada, Feixas, Compañ, y Montesano, 2012; Dada et al., 2017), trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias y conductas purgativas (Franko et al., 2018), así como la rigidez cognitiva (Chenevard, Mella y Feixas, 2012).

Si bien la literatura puede parecer abundante en cuanto a los factores predictivos, lo cierto es que se encuentran menos investigaciones que pongan en relación estos factores. Por ejemplo, cabría preguntarse qué relación tiene la baja autoestima o el perfeccionismo con las relaciones parentales y con el menor peso alcanzado. También es posible preguntarse por la adecuación de algunas medidas, tales como la medición de las relaciones parentales, las relaciones interpersonales, la rigidez cognitiva o la autoestima.

En este sentido, algunos autores critican los autoinformes tan a menudo empleados en las investigaciones. Concretamente, estas medidas contienen enunciados que presentan dificultades en la precisión e interpretación, por ejemplo, es difícil cuantificar la frecuencia con la que un paciente se puede sentir “gordo” o “ha estado preocupado por el peso”. Asimismo, la cuantificación de la autoestima en base a cuestionarios auto informados de tipo unidimensional, según Collin et al. (2016)

parece no correlacionarse con la mejoría sintomatológica y destaca la necesidad de buscar nuevas herramientas multidimensionales. Por estos motivos, desde hace décadas existe un acuerdo en la literatura de la conveniencia de establecer el diagnóstico de TCA mediante entrevistas “cara-a-cara” (Fairburn y Beglin, 1990; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997).

En este marco, algunos autores (Chenevard et al., 2012; Dada et al., 2017; Escandón-Nagel, Peró, Grau, Soriano y Feixas, 2018; Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007) proponen la exploración de las relaciones interpersonales y algunos factores cognitivos mediante la Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI), instrumento aplicado desde la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (Kelly, 1955). La TRI se ubica en este contexto como una herramienta de exploración, con un formato de entrevista semiestructurada capaz de explorar los constructos de la autoestima, la autodefinición, las relaciones interpersonales (incluyendo las parentales), la estructura cognitiva y los conflictos cognitivos. Estos constructos se exploran en los términos de los pacientes, atendiendo por tanto al proceso de construcción subjetivo de los mismos.

Esta herramienta parte de la concepción constructivista de Kelly, que entiende la actividad humana como un continuo proceso global de construcción de significado, incluyendo al sí mismo, los otros y el sufrimiento/síntomas. Plantea que las personas actúan como un científico lego que construye teorías para explicar sus experiencias y dichas teorías se ponen a prueba a cada momento para validar/invalidar los resultados que predicen. En caso de entrar en contradicción con la hipótesis que sostenía, se producirán cambios o nuevos aprendizajes. De este modo, la persona va construyendo su propia red de significados o constructos y en base a ellos genera una visión sobre los demás y sobre sí mismo (Feixas y Compañ, 2015). Es necesario aclarar que, los constructos son entendidos como los conceptos con dos polaridades (dicotómicos) que utilizamos para categorizar los sucesos, que se ordenan en redes complejas y jerárquicamente ordenadas. Por lo tanto, una de las implicaciones que se deriva de cambiar algún constructo es que puede afectar a otros relacionados y esto constituirá una vivencia amenazante para el individuo. Asimismo, resultan particularmente interesantes, por su relación con el desarrollo de sintomatología, dos conceptos: los dilemas implicativos y los constructos dilemáticos. Los constructos dilemáticos, son aquellos que no ofrecen un claro curso de acción, es decir, ambos polos son deseables e indeseables a la vez, y a menudo provocan bloqueos en la capacidad de actuación. Por ejemplo, cuando un paciente ubica su yo ideal en un punto intermedio en el constructo “trabajador-familiar”, de manera que tanto ser una cosa como la otra ofrece simultáneamente implicaciones positivas y negativas, bloqueándose posibles conductas en cualquier sentido. Por otro lado, los dilemas implicativos constituyen un conflicto cognitivo en el que el síntoma se asocia a dimensiones positivas para la construcción del sí mismo. Por lo tanto, el cambio deseado en un determinado constructo implicaría para esa persona un cambio no deseado en otro constructo asociado a características positivas de la

propia identidad (ver Figura 1) (Feixas et al., 2007).



Figura 1. Ejemplo de Dilema Implicativo.

Teniendo en cuenta la literatura previa, el presente artículo tiene como primer objetivo explorar la autoestima, la autodefinición, estructura cognitiva, relaciones interpersonales (incluyendo las parentales) y la presencia de conflictos cognitivos en una muestra de 20 pacientes con TCA. En segundo lugar, se pretende observar las correlaciones entre estos factores y aspectos relacionados con el mal pronóstico como el IMC (al inicio del tratamiento y el menor alcanzado), tiempo total de tratamiento, edad de inicio de los síntomas, número de ingresos y duración media de los ingresos. Este artículo tiene como pretensión última divulgar una forma de evaluación distinta, que facilite un juicio más comprensivo del mundo subjetivo de los pacientes, permitiendo formas de intervención más personalizadas.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 mujeres entre 18 y 47 años ($M = 27$, $DT = 9.13$), siendo el 70% de pequeñas localidades de la provincia de Alicante y el 30% de la ciudad de Alicante. En el momento del reclutamiento el 60% de las pacientes estaban ingresadas en Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario San Juan de Alicante (San Juan, Alicante) y el 40% en seguimiento ambulatorio por parte de la misma unidad.

Se utilizó un muestro accidental, informando a todas las pacientes que ingresaron en la Unidad y revisando el registro de seguimientos ambulatorios de la misma, entre las fechas del 1 de septiembre de 2018 y del 30 de septiembre de 2019. Para ser incluidas en el estudio debían ser mayores de edad, estar en seguimiento o llevar menos de un mes de ingreso hospitalario y tener un TCA. Se consideró el tiempo límite de 1 mes de ingreso porque este intervalo permitía a las pacientes tener un nivel cognitivo suficiente para el pase de la TRI, mientras que únicamente se había iniciado el tratamiento conductual (rehabilitación nutricional) y las intervenciones cognitivas no se habían iniciado, así que se consideró que había una mínima intervención sobre los conflictos cognitivos. Se valoraron estas condiciones como

óptimas para el pase de la TRI.

Todas las pacientes fueron informadas, mediante Hoja de Información y aclarando verbalmente las dudas, de que el objetivo de la investigación era encontrar nuevas formas de evaluación del TCA y pudieron participar una vez firmado el Consentimiento Informado.

Instrumentos

En primer lugar, se tomaron datos sociodemográficos (población, teléfono de contacto, fecha de nacimiento y número de historia clínica). Después se registraron edad de inicio de los síntomas, tiempo entre inicio de los síntomas y el primer tratamiento, tiempo total de tratamiento en meses, duración de los ingresos hospitalarios en meses, IMC menor alcanzado, IMC al inicio de su primer tratamiento e IMC al inicio del actual tratamiento.

Posteriormente las pacientes realizaban los siguientes cuestionarios:

- *Cuestionario de Actitudes Alimentarias*, EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Este cuestionario de screening consta de 26 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert de 6 puntos de anclaje. La validación española (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010) tiene un coeficiente de fiabilidad 0.93.
- *Inventario de Trastornos Alimentarios*, EDI-2 (Garner, 1998). Está compuesto de 11 subescalas: tendencia a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La consistencia interna es 0.83 a 0.93 según cada escala (Garner, 1998) y su validación en España.
- *Técnica de la Rejilla Interpersonal* (TRI). En la administración de la TRI podemos identificar tres etapas sucesivas: la selección de los elementos (personas significativas), la elicitación de los constructos y la puntuación de los elementos en cada uno de los constructos. La obtención de elementos implica la selección de un conjunto de personas significativas del contexto relacional de la persona evaluada. En este caso se incluyeron 12 elementos, por este orden: yo actual, yo dentro de 2 años, padre, madre, 5 personas significativas, 2 personas *non gratas* y yo ideal. En cuanto a la elicitación de los constructos, el método aquí empleado se basa en la comparación entre diadas de elementos para facilitar la obtención de constructos. Se seleccionan diferentes parejas de elementos (e.g., “Yo actual” y “hermano”) y se le pedirá a la persona evaluada que explique las similitudes entre estas dos personas. De esta forma se obtiene uno de los dos polos del constructo (e.g., “ser leal”), el otro polo se obtiene preguntando por el opuesto. Para este estudio se ha realizado una elicitación en 14 constructos. Cabe señalar que la elicitación de 14 constructos y 12 elementos se prefijo en todas las pacientes, con el fin de mejorar la comparabilidad entre rejillas.

Una vez formada esta matriz de 12x14, la última fase de administración de la TRI corresponde a la puntuación de los elementos en cada uno de los constructos. Para ello se emplea una escala tipo Likert de 7 puntos en la que las puntuaciones 1 y 7 son las posiciones extremas del constructo. De esta forma, el 1 representa la puntuación extrema del polo del constructo situado a la izquierda en el protocolo de puntuaciones, y el 7 representa la posición extrema del polo del constructo situado a la derecha.

Procedimiento

Las pacientes que aceptaban participar en la investigación eran citadas en la Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el mismo investigador recogía los datos sociodemográficos y clínicos, así como administraba el protocolo de evaluación. Dicho protocolo se iniciaba con la explicación del procedimiento de la TRI y se administraba la misma, al finalizarla se aportaban los cuestionarios EDI-2 e EAT-26 para contestar en consulta. Cabe destacar que para facilitar la aplicación estandarizada de la TRI se redactó un protocolo para obtener los elementos y generar los constructos. Los diagnósticos de Trastorno de Conducta Alimentaria fueron realizados en la unidad mediante juicio clínico de psiquiatría y psicología, siguiendo los criterios del *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013).

Todas las pacientes firmaron el Consentimiento Informado y el proyecto contó con la aceptación por parte del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante, garantizando la completa confidencialidad y protección de los datos tal y como se contempla en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, así como el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo al tratamiento de datos personales, así como cualquier norma y/o legislación que le sea de aplicación.

Los datos de la TRI fueron analizados mediante el programa RECORD 5.0, incluyendo a las participantes con códigos, y los análisis estadísticos se realizaron mediante SPSS 25.

Resultados

Análisis descriptivo

Análisis datos clínicos y cuestionarios

Los resultados descriptivos a nivel clínico, así como de los instrumentos estandarizados EDI-2 e EAT-26 se encuentran en las tablas 1, 2 y 3. Como se puede observar, se traza un perfil mayoritario de una mujer mayor de edad, con diagnóstico de Anorexia Nerviosa que debuta en torno a los 18 años, tarda hasta 2 años en pedir ayuda por primera vez y lleva en tratamiento un promedio de 2 años. En cuanto a su Índice de Masa Corporal (IMC) en su primer tratamiento oscilaba en torno al 15.97 kg/m² y en el momento de la evaluación el IMC se encontraba en

torno a 17.13 kgr/m².

Son una muestra de pacientes que no han llegado a índices demasiado extremos en su mayoría y que durante la recogida de datos presentaban un IMC razonable para la evaluación cognitiva. En este sentido, el 60% de las pacientes fue evaluada antes del primer mes del ingreso y el 40% restante fue entrevistada durante tratamiento ambulatorio. En cuanto a la puntuación en los cuestionarios, el promedio de puntuaciones de EAT- 26 fue de 24.17 (punto de corte de 20) y el instrumento EDI-2 indicó las puntuaciones más elevadas para tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia interpersonal y conciencia interoceptiva.

Tabla 1. *Análisis descriptivo de las variables clínicas.*

<i>Variables clínicas</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango</i>
Edad de inicio de los síntomas (años)	17.94	7.81	10-44
Tiempo entre inicio de los síntomas y primer tratamiento (meses)	28.77	34.02	2-120
Tiempo total de tratamientos (meses)	35.55	41.13	1-180
Duración media de los ingresos (meses)	2.33	2.51	0-11
Número de ingresos	2.77	2.98	0-11
IMC menor alcanzado	14.32	2.67	11-22.65
IMC al inicio del primer tratamiento	15.97	6.06	11-39.06
IMC tratamiento actual	17.13	5.37	12.47-32.06

Tabla 2. *Frecuencia de los diagnósticos de TCA en la muestra.*

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Anorexia Nerviosa	14	70%
Anorexia Purgativa	3	15%
Bulimia Nerviosa	2	10%
Trastorno por Atracón	1	5%

Tabla 3. *Análisis descriptivo de los datos EDI-2 y EAT-26.*

<i>Cuestionarios</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango</i>	
EDI-2	Tendencia a la delgadez	8.33	7.49	0-21
	Bulimia	3.72	5.99	0-18
	Insatisfacción corporal	11.61	9.06	0-27
	Ineficacia	11	7.73	0-27
	Perfeccionismo	6.66	3.81	0-16
	Desconfianza Interpersonal	5.27	4.75	0-14
	Conciencia Interoceptiva	9.11	7.87	0-23
	Miedo a la madurez	7.87	6.95	0-20
	Ascetismo	4.66	3.80	0-14
	Impulsividad	4.61	5.32	0-20
	Inseguridad Social	6.55	6.40	0-21
EAT-26	24.17	16.54	3-57	

Análisis descriptivo de los resultados de la Técnica de la Rejilla

El análisis de los resultados de la Técnica de la Rejilla se efectúa en primer lugar con los indicadores de la estructura cognitiva, después a nivel de contenido cognitivo, relaciones parentales y finalmente conflictos cognitivos (ver Tabla 4). El programa RECORD ofrece, mediante cálculo de correlaciones de Pearson y distancias euclidianas, todos los indicadores especificados en cada uno de los análisis. Sin ser objeto del presente estudio ofrecer una explicación exhaustiva del procedimiento matemático para la obtención de cada uno de ellos, se facilitará una explicación breve de los mismos para facilitar su comprensión.

Análisis de la estructura cognitiva

El grado de flexibilidad cognitiva se analiza mediante el indicador Porcentaje de Varianza Explicada por el primer factor (PVEPF) y la rigidez mediante el grado de polarización. En la muestra se obtuvo un PVEPF de 44.43 y un Índice de Polarización de 35.04. Según refiere (Chenevard et al., 2012), los resultados indican alta rigidez y escasa flexibilidad cognitiva. También se analizó el índice de indefinición, que mide el grado en que se ha puntuado con un 4 a los elementos e indica una dificultad operativa en el sistema de construcción, al no poder dar sentido a los elementos de una forma significativa. En la muestra se obtuvo un índice de indefinición de 1.41 ($DT = 2.06$), siguiendo la reciente tesis de Trujillo (2016) se trata de un índice muy bajo lo cual indica que las pacientes poseen en su conjunto sistemas de constructos operativos.

Análisis del contenido cognitivo

En primer lugar, se analizó la autodefinición de las pacientes en término de cuántos constructos en promedio utilizaban para definirse y en qué áreas solían definirse. Este análisis por áreas se efectuó en base al Sistema de Categorías para los Constructos Personales (SCCP, Feixas, Geldschläger, Carmona y Garzón, 2002), según el cual los constructos con los que se define una persona pueden ser clasificados en 6 categorías básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional y de valores/intereses. En la muestra analizada se observó que su autodefinición tiene un promedio de 7 constructos, y la mayoría se ubican en el área relacional ($M = 1.95$, $DT = 1.66$) y personal ($M = 2.74$, $DT = 1.55$), sin que quede ningún área vacía.

En segundo lugar, la autoestima se midió mediante las distancias euclidianas entre el Yo actual y el Yo ideal, siendo en la muestra esta distancia media ($M = 0.4$, $DT = 0.13$) y en base a literatura previa (Feixas y Compañ, 2015), esta cifra indicaría que la autoestima es moderada.

Relaciones interpersonales

Al igual que en la autoestima, la percepción de las relaciones interpersonales se mide mediante las distancias euclidianas o disimilaridades. En primer lugar,

se analizó la distancia que percibían las pacientes entre ellas mismas y los otros, siendo esto indicativo del aislamiento social percibido. En este caso, siguiendo nuevamente a Feixas y Compañ (2015) las distancias fueron altas ($M = 0.32$, $DT = 0.08$), mostrando alto aislamiento social percibido en las pacientes. Asimismo, también se interpretó la adecuación percibida de los otros, mediante la distancia entre los otros y el yo ideal, observándose muy baja adecuación percibida de los demás ($M = 0.28$, $DT = 0.09$).

Específicamente se analizaron las relaciones parentales, observando las disimilitudes entre yo actual y los padres, así como el yo ideal y ambos progenitores. La distancia entre el yo actual y los padres, fue ligeramente más estrecha con la madre ($M = 0.43$, $DT = 0.12$) que con el padre ($M = 0.47$, $DT = 0.1$), si bien estas diferencias son despreciables. Del mismo modo, la distancia entre el yo ideal y ambos progenitores es muy similar en promedio y variabilidad (distancia ideal-madre $M = 0.41$, $DT = 0.11$; distancia ideal-padre $M = 0.42$, $DT = 0.10$).

Análisis de conflictos cognitivos

En este apartado se analiza el porcentaje de dilemas implicativos y de constructos dilemáticos. Si bien en la introducción se ha esbozado ambos conceptos, es necesario aclarar la identificación matemática de ambos conceptos. En primer lugar, para la detección de los dilemas implicativos, se detectan los constructos congruentes, es decir, aquellos en los que existe una diferencia entre 0 y 1 punto entre el yo ideal y el yo actual; así como los constructos discrepantes, aquellos en los que el yo actual y el ideal difieren en 4 o más puntos. A continuación, se detecta el dilema cognitivo cuando aparece una correlación producto momento de Pearson igual o mayor a .35 entre el polo deseable de un constructo congruente y el polo indeseable de un constructo discrepante. En cuanto, al constructo dilemático, su detección es más sencilla, en tanto que consiste en localizar una puntuación de 4 en el elemento "yo ideal" (Feixas y Saúl, 2004).

Habitualmente, una intervención terapéutica centrada en dilemas analiza el o los dilemas detectados como elementos que están bloqueando el curso de acción del paciente. En esta investigación, se analizaron el porcentaje de dilemas implicativos (PDI) y la proporción de constructos dilemáticos (PCD), en tanto que la literatura previa (Benasayag et al., 2004; Feixas y Saúl, 2004; Feixas, Saul y Avila-Espada, 2009) ha evidenciado la importancia de los dilemas implicativos en los problemas de salud. Se pretende, observar si hay una relación directa entre el porcentaje de dilemas y otros factores analizados.

De este modo, en la muestra se observa un PDI en promedio de 7,10 aunque con gran variabilidad ($DT = 7.17$) y un PCD notablemente menor ($M = 1.47$, $DT = 4.96$).

Tabla 4. Resultados de la Técnica de la Rejilla.

	Indicador	Media	Desviación Típica
Flexibilidad cognitiva	PVEPF	44.43	9.33
Rigidez	Polarización	35.04	1506
Autodefinición	Número de constructos	7	2.52
	Área moral	.9	.71
	Área emocional	.45	.60
	Área relacional	1.95	1.66
	Área personal	2.74	1.55
	Área intelectual/operacional	.60	1.39
	Área valores/intereses	.45	.75
Indefinición	Índice de Indefinición	1.41	2.06
Autoestima	Disimilaridad yo actual-yo ideal	.4	.13
Relaciones interpersonales	Aislamiento Social (Disimilaridad yo actual-otros)	.32	.08
	Adecuación otros (Disimilaridad yo ideal-otros)	.28	.09
Relaciones parentales	Disimilaridad yo actual-madre	.43	.12
	Disimilaridad yo actual-padre	.47	.1
	Disimilaridad yo ideal-madre	.41	.11
	Disimilaridad yo ideal-padre	.42	.10
Conflictos cognitivos	PDI	7.10	7.17
	PCD	1.47	4.96

Análisis correlacional

Tras el análisis descriptivo se procedió a la exploración de las correlaciones de Pearson entre los factores estudiados, tanto los indicadores de la TRI como las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y los datos clínicos. Como se aprecia en la Tabla 5, existe una relación entre dos de los indicadores de la estructura cognitiva y el IMC: una relación directa entre polarización e IMC menor alcanzado, así como entre indefinición e IMC al inicio del actual tratamiento. Es decir, las pacientes con pensamiento más dicotómico del tipo “todo o nada”, no llegan a IMC tan extremos, sino que el IMC menor que alcanzan es de los más elevados en la muestra. En contraposición, pacientes con pensamiento menos polarizado, el IMC más bajo que han alcanzado es más extremo. Complementariamente, se observa que las pacientes que evitan decantarse por pensamientos polarizados (alta indefinición), presentan un IMC al inicio del tratamiento mayor. Esta relación se analizará con más detalle en las conclusiones.

En cuanto a los índices de contenido, se observa que tanto autoestima como autodefinición (nº de constructos con los que se definen) tienen una correlación

significativa con factores de EDI-2 como insatisfacción, ineficacia, conciencia, madurez y ascetismo, si bien dicha correlación es directa con la autoestima e inversa con la autodefinición. Además, la autodefinición mantiene una correlación inversa y significativa con la tendencia a la delgadez y la puntuación global del EAT. Cabe recordar que la autoestima se mide como la distancia entre yo actual y yo ideal, de manera que a mayor distancia entre ambos implica más baja autoestima y es el tamaño de esta distancia lo que se correlaciona con los otros factores. De manera que la lectura de esta correlación sería que a más distancia entre yo actual y yo ideal (menos autoestima), mayor insatisfacción, conciencia corporal, miedo a la madurez, ascetismo e ineficacia. Igualmente, una autodefinición formada por más constructos se correlaciona con menos insatisfacción, ineficacia, conciencia, miedo a la madurez, ascetismo y tendencia a la delgadez, así como menos puntuaciones en el cuestionario EAT.

En cuanto a las relaciones interpersonales, se aprecia una correlación directa y significativa entre la adecuación percibida de los otros y el tiempo total de tratamiento, así como entre el aislamiento social percibido y la ineficacia, el miedo a la madurez, conciencia corporal y ascetismo. Dado que, en la literatura la adecuación percibida de otros, el aislamiento social y la autoestima se relacionan en los Perfiles de Construcción del sí mismo, se decidió realizar una correlación parcial para controlar las relaciones halladas. De este modo se analizaron la correlación entre la adecuación percibida de otros y el tiempo de tratamiento, controlando el efecto del aislamiento social y de la autoestima por separado, obteniéndose correlaciones similares entre la adecuación y el tiempo de tratamiento a las inicialmente halladas en ambos casos. Por tanto, en la correlación entre adecuación percibida de otros y el tiempo total de tratamiento no cabe sospechar que influya el aislamiento social percibido y la autoestima. Lo mismo sucedió al eliminar la influencia de la adecuación de los otros, en la relación entre aislamiento social percibido e ineficacia, conciencia, miedo a la madurez y ascetismo. Sin embargo, cuando se controló el efecto de la autoestima en la relación entre aislamiento social percibido e ineficacia, conciencia corporal, miedo a la madurez y ascetismo, se observó que la relación entre aislamiento social y las variables mencionadas se anulaba por completo. Cabe sospechar que la autoestima pueda ejercer alguna interacción con el aislamiento social que influya sobre la ineficacia interpersonal, la conciencia corporal, el miedo a la madurez y el ascetismo observado en las pacientes.

Asimismo, en las relaciones parentales, se observan correlaciones directas y significativas entre distancia entre yo actual y madre con la edad de inicio de los síntomas. De manera que, a más distancia con la madre se relaciona con la aparición tardía del trastorno. Mientras que la distancia entre el yo actual y el padre implica una correlación significativa y directa entre con la ineficacia, tendencia a la delgadez, insatisfacción y confianza interpersonal. Finalmente, la distancia entre el yo ideal y el padre correlaciona de forma directa con el perfeccionismo. Parece que las relaciones actuales con el padre se relacionan con la ineficacia interperso-

nal, la tendencia a la delgadez, la insatisfacción y la desconfianza interpersonal, mientras que la diferencia entre el ideal de la paciente y su padre se relaciona con mayor perfeccionismo.

Tabla 5. *Correlaciones de Pearson significativas.*

<i>Indicador de TRI</i>	<i>Cuestionarios y datos clínicos</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Polarización	IMC menor alcanzado	.44	.04
Indefinición	IMC al inicio de tratamiento actual	.45	.04
Autoestima (Disimilaridad yo actual-yo ideal)	EDI- 2 Insatisfacción	.47	.04
	EDI- 2 Ineficacia	.71	.001
	EDI- 2 Conciencia	.55	.02
	EDI- 2 Miedo Madurez	.57	.01
	EDI- 2 Ascetismo	.53	.02
Autodefinición (Nº de constructos)	EDI- 2 Insatisfacción	-.57	.014
	EDI- 2 Ineficacia	-.61	.007
	EDI- 2 Conciencia	-.57	.014
	EDI- 2 Miedo Madurez	-.72	.001
	EDI- 2 Ascetismo	-.67	.003
	EDI-2 Tendencia a la delgadez	-.52	.02
	EAT	-.53	.02
Adecuación de los otros	Tiempo total de tratamiento	.71	.001
Aislamiento social	EDI- 2 Ineficacia	.55	.01
	EDI- 2 Conciencia	.47	.04
	EDI- 2 Miedo Madurez	.51	.04
	EDI- 2 Ascetismo	.48	.04
Disimilaridad yo actual-madre	Edad de inicio de los síntomas	.49	.02
Disimilaridad yo actual-padre	EDI-2 Tendencia a la delgadez	.54	.02
	EDI-2 Insatisfacción	.75	.00
	EDI-2 Ineficacia interpersonal	.54	.02
	EDI-2 Desconfianza	.59	.01
Disimilaridad yo ideal-padre	EDI-2 Perfeccionismo	.58	.01

Discusión

Estructura cognitiva y TCA

El primer objetivo del presente artículo implicaba la exploración de la autoestima, la autodefinición, estructura cognitiva, relaciones interpersonales y conflictos cognitivos. En este sentido, se han descrito los indicadores y procedimientos matemáticos para su obtención, observándose un perfil cognitivo en promedio de alta rigidez, escasa flexibilidad y baja indefinición. Estos resultados indican que las pacientes poseen una estructura cognitiva muy estructurada y claramente definida, lo cual es coherente con resultados previos en el ámbito de la TRI en TCA (Che-

nevard et al., 2012; Dada et al., 2017; Escandón-Nagel et al., 2018), así como se ha descrito en múltiples estudios la rigidez que acompaña a los TCA (Del Barrio, 2018; López y Treasure, 2011; Peinado, Quiles y Quiles, 2017; Perpiñá, 2008).

En este sentido, se pretende no solo la medición de estas facetas, sino que este estudio sirva para proporcionar una herramienta adicional de medida de la estructura cognitiva. Asimismo, se ha observado una relación fuerte entre la polarización y el IMC más bajo alcanzado, es decir, los pacientes que alcanzaron menor IMC en su historia clínica presentan también menor polarización cognitiva. Sobre esta relación no se han encontrado estudios previos, por lo que se debe tomar con cautela. De la misma forma, en cuanto a la indefinición o grado en que la paciente evita la decantación por un polo, se ha hallado que a mayor indefinición mayor IMC al inicio del tratamiento actual. Paradójicamente los resultados indican que la rigidez y la indefinición se correlacionan con más IMC, bien en el menor alcanzado como en la actualidad. Como se ha indicado anteriormente es necesario seguir estudiando esta correlación en futuras investigaciones, especialmente con muestras mayores y con más representación de diagnósticos, ya que parece contradictorio con la literatura previa.

Contenido cognitivo y TCA

Como se ha comentado en el apartado de los resultados, la autoestima fue media y la autodefinición estuvo compuesta de unos 7 constructos. Tradicionalmente cabría esperar una autoestima muy baja (Lampard, Tasca, Balfour, y Bissada, 2013; Lilienthal y Weatherly, 2013) si bien los resultados hallados son limítrofes. Por otra parte, sí que se ha asociado la cantidad de constructos que forman la autodefinición con mayor protección de la autoestima (Linville, 1987), de manera que es posible que en la muestra analizada la autoestima sea media porque la autodefinición está compuesta en promedio por bastantes constructos. También, cabe destacar que si bien hay muchos constructos que forman esta autodefinición, la categoría en la que menos se definen las pacientes es en el área intelectual, lo cual es coherente con los resultados previos de Chenevard et al. (2012), y tal y como indican otros estudios, es un indicador de mal pronóstico (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Relaciones interpersonales y TCA

En primer lugar, se ha observado una relación entre la mayor adecuación percibida de otros y mayor tiempo de tratamiento. Esta correlación sería necesaria estudiarla en profundidad con una muestra más amplia. Se podría hipotetizar que la percepción de que los otros sean más adecuados que uno mismo favorece el aislamiento y podría conducir a mayor tiempo de tratamiento, aunque no parece que existan indicios por la correlación parcial efectuada. Asimismo, también se ha hallado una relación entre el mayor aislamiento percibido y mayor ineficacia interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo y conciencia corporal. Sin embargo, esta relación se anula cuando se controla el efecto de la variable autoestima, lo que

parece indicar que el aislamiento y la autoestima interactúan de alguna forma que se correlaciona con estas variables, si bien este efecto no se observa únicamente con la autoestima. En los siguientes estudios sería conveniente observar el grado de relación entre estas variables y con aquellas que se correlacionan, ya que podrían mantener relaciones mediadoras.

En cuanto a las relaciones parentales, la literatura de corte sistémico ha hallado relaciones entre las figuras parentales y el TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008; Mar y Mart, 2013; Marmo, 2014; Ruiz-Martínez et al., 2010; Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006). En la presente investigación, se ha hallado que menor distanciamiento con la madre se relaciona con una aparición más temprana de los síntomas. Evidentemente no se puede asegurar una causalidad entre ambas variables, ya que podría ser la relación fusional el caldo de cultivo del trastorno o el trastorno lo que motivase el acercamiento. En el estudio de Chenevard et al. (2012) se aprecia que las diadas madre-hija comparten estructura cognitiva y similitudes a nivel de dilemas, por lo que es posible algún tipo de transferencia en una crianza más fusionada. Sin embargo, la relación distante con el padre parece que correlaciona con más factores de mal pronóstico como la ineficacia interpersonal, la tendencia a la delgadez, la insatisfacción o la confianza interpersonal. Además, a mayor distancia del padre con el ideal se observó mayor grado de perfeccionismo. A falta de estudios que exploren este tipo de distancias, la figura del padre parece jugar un papel en la separación de la fusión entre la madre y la hija, con que su ausencia podría influir en el mantenimiento de esta fusión (De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita y Maggini, 2003; Espina Eizaguirre, 2005).

Conflictos cognitivos y TCA

En la muestra se hallaron niveles importantes en el porcentaje de dilemas implicativos, si bien fueron escasas las pacientes con constructos dilemáticos. No existe literatura que correlacione en mayor medida un tipo de conflicto u otro con el TCA en concreto. Sin embargo, cabe destacar la escasa representación de los constructos dilemáticos y sería un punto a considerar en las siguientes investigaciones.

Por otra parte, pese a que la literatura previa ha mencionado la relación entre conflictos cognitivos y salud mental, en el presente estudio no se han hallado correlaciones significativas entre el porcentaje y proporción de los conflictos y ninguna de las variables estudiadas. Lo cual llama la atención, ya que el porcentaje de dilemas implicativos es notable. Sería necesario seguir estudiando estos dilemas, ya que a si bien a nivel estadístico no han sido significativos, los conflictos fueron transmitidos a las terapeutas de las pacientes y se consideró una aportación valiosa a nivel clínico.

Limitaciones, fortalezas y otras consideraciones

La principal limitación del estudio es su muestra, en tanto que es limitada, que está representada en su mayoría por diagnósticos de Anorexia Nerviosa y son

pacientes mayores de edad. Para que estos resultados fueran concluyentes habría que contrastar estos resultados con los obtenidos en población no clínica y sería necesario un tamaño muestral mayor y más variado.

Otra de las limitaciones se basa en la estandarización del protocolo de la rejilla. Cabe tener en cuenta que una medida adicional de complejidad cognitiva es el número de constructos que el paciente genera, y en este caso, con el fin de mejorar la comparabilidad entre rejillas, se mantuvo fijo el número de constructos. Por tanto, en el presente estudio no se observó la complejidad cognitiva en base a este parámetro.

Por otra parte, este estudio ofrece en primer lugar nuevas herramientas más personalizadas para la medición de diversos factores asociados a la evolución del TCA, que además pueden ser obtenidos en pocas entrevistas y que podrían servir en la monitorización de cambios intrapsíquicos (rigidez, visión de las relaciones interpersonales, autoestima, ...). No se pretende ofrecer la rejilla como una forma categorial de hallar indicadores de mal pronóstico, pero sí como una herramienta para discriminar entre los elementos subjetivos presentes en el trastorno y que generen una intervención más individualizada. En segundo lugar, este artículo esboza algunas relaciones que cabría explorar en futuras investigaciones y pone en relación múltiples factores.

Finalmente, cabe preguntarse no solo por las relaciones halladas, sino por las no halladas, como por ejemplo la ausencia de correlaciones significativas entre los conflictos cognitivos y el resto de las variables, lo cual es contradictorio con la literatura previa hallada en otras patologías.

Agradecimientos

Agradecer al Dr. Elvira, la Dra. Serralta y a Dña. Cristina Romero la colaboración prestada en el Hospital Universitario San Juan de Alicante; así como, al Dr. Luís Ángel Saúl su dedicación altruista en este proyecto.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105–119. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/54690>
- Castaldi, L. (2008). Trauma and eating disorders: Theoretical and therapeutical implications. *Psicoperspectivas*, 7(1), 12–31. Recuperado de: <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/53>
- Castellini, G., Sauro, C. L., Mannuci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C. y Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria: A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270–279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Chenevard, C. L., Mella, F. R. y Feixas, G. (2012). Aportaciones de la Técnica de Rejilla en la Comprensión de los Trastornos Alimentarios I. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 149–160. Recuperado de: https://www.revistaclinicapsicologica.com/download_file.php?id=25&hax=7F3VLWNMN4

- Collin, P., Karatzias, T., Power, K., Howard, R., Grierson, D. y Yellowlees, A. (2016). Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 237, 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.046>
- Cruzat, C. V., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81–90. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282008000100008>
- Dada, G., Feixas, G., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). Self-Construction, Cognitive Conflicts, and Disordered Eating Attitudes in Young Women. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(1), 70–89. <https://doi.org/10.1080/10720537.2012.629117>
- Dada, G., Izu, S., Montebruno, C., Grau, A. y Feixas, G. (2017). Content analysis of the construction of self and others in women with Bulimia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, 8, 480. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00480>
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G. y Maggini, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology*, 36(5), 239–246. <https://doi.org/10.1159/000073449>
- Del Barrio, A. G. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73–88. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.248>
- Escandón-Nagel, N., Peró, M., Grau, A., Soriano, J. y Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2017.09.003>
- Espina Eizaguirre, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35–48. Recuperado de: http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/69-Figura%20padre%20transtornos%20alimentarios.pdf
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, A. y Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696–698. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.696>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401–408. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.401>
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión [A manual for dilemma-focused therapy for depression]. Recuperado de: <https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433027832.pdf>
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 337–348.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69–78. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004765>
- Feixas, G., Saul, L. A. y Avila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141–169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 197–203. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/62083>
- Franko, D. L., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J., ... Eddy, K. T. (2018). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.008>
- Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI 2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, I. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gómez-Candela, C., Milla, S. P., Miján-de-la-torre, A., Ortega, P. R. y Martín, P. M. (2018). Nutrición Hospitalaria Grupo de Trabajo SENPE. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 489–494. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1561>
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R. y Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Jáuregui, I. L. (2009). Cronicidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086–1100.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York, NY: Norton.

- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99–107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Lilienthal, K. R. y Weatherly, J. N. (2013). Understanding the relationships between body esteem, risk for anorexia nervosa, and domain-dependent decision-making impulsivity in a college sample. *Body Image*, 10(4), 558–565. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.003>
- Linville, P. W. (1987). Self-Complexity as a Cognitive Buffer Against Stress-Related Illness and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 663–676. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.663>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- Mar, L. y Mart, R. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15–24. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.511>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances En Psicología*, 22(2), 165–178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Mas, B., Navarro, A., Luisa, M., Jiménez, L., María, A., Pérez, T. y Pérez, M. (2011). Personality traits and eating disorders : Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205–227.
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L. M., Ventosa, A., Krebs, M. y Montesano, A. (2011). Conflictos Cognitivos (dilemas) en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 20(1), 41–48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807003.pdf>
- Peinado, S., Quiles, Y. y Quiles, M. (2017). Aplicación de un programa de estimulación cognitiva en adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 25(1), 147–164.
- Perpiñá, C. (2008). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 404–419). Madrid, España: McGraw-Hill .
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in spanish female samples. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-blanco, A., Vaz-leal, F. y Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015>
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L. y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447–456. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.firp>
- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S. y Voderholzer, U. (2016). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa : Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome, 24(3), 214–222. <https://doi.org/10.1002/erv.2416>
- Silva-Gutiérrez, C., y Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173–183. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>
- Steinhausen, H. C., Winkler, C. y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147–151. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2%3C147::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2%3C147::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F)
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Grange, D. Le, Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents, 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Trujillo, A. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal un estudio de validación en población comunitaria*. (Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona, España). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158549>
- Vall, E. y Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Wild, B., Friederich, H., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., ... y Herzog, W. (2016). Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa – Results from the ANTOP study, 244, 45–47. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.002>