

VNIVERSITAT Đ VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de doctorado en Investigación en Psicología



**UNIVERSALIDAD Y DIMENSIONALIDAD DE LOS
PENSAMIENTOS INTRUSOS RELACIONADOS CON EL
ASPECTO FÍSICO Y SU RELACIÓN CON LA HABILIDAD
METACOGNITIVA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

MARTHA GIRALDO O'MEARA

Dirigida por:

AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, febrero de 2017

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecerle a la directora de mi tesis, Amparo Belloch, por el infinito apoyo y confianza que me ha brindado desde el primer momento. Gracias por acogerme dentro del grupo, por darme la oportunidad de trabajar en él y de vivir muchas y magníficas experiencias.

También me gustaría agradecerle a Conxa Perpiñá su permanente guía y apoyo.

Quiero expresar mis agradecimientos a todo el grupo I'TOC por toda la ayuda que me han dado para poder llevar a cabo esta tesis. Gracias por el interés, por todas las ideas, por ayudarme a acceder a los pacientes, y en general gracias por todos los momentos compartidos a lo largo de estos años. Quiero agradecer especialmente a Gemma por su disponibilidad y por compartir su experiencia y sus conocimientos generosamente. Y a Ger, por todas las conversaciones y discusiones mantenidas, pero sobre todo por escucharme. También quiero darles las gracias a Sandra y a María por su complicidad, ayuda y cercanía.

Un especial reconocimiento merecen todos los participantes de este estudio por la colaboración y el tiempo dedicados en este estudio.

Por último, quiero agradecerle a Rache por “dejarse los ojos” ayudandome a través de pantallas minúsculas y con conexiones a internet inestables desde lugares remotos. Y finalmente quiero darle las gracias a Diego. Por su implicación, por su apoyo, por su comprensión, por motivarme, por ser parte de todo este proceso, y de mi vida.

ÍNDICE

PRESENTATION	9
PARTE I. INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO	11
1. <u>HISTORIA DEL DIAGNÓSTICO DEL TDC</u>	13
2. <u>EL TDC EN LOS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICOS</u>	16
CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FENOMENOLOGÍA DEL TDC	25
1. <u>LAS PREOCUPACIONES</u>	25
2. <u>INSIGHT SOBRE LAS PREOCUPACIONES</u>	26
3. <u>LOS COMPORTAMIENTOS DISFUNCIONALES</u>	27
4. <u>VARIANTES DEL TDC</u>	31
5. <u>CURSO Y COMPLICACIONES</u>	33
6. <u>EPIDEMIOLOGÍA</u>	35
7. <u>COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</u>	38
8. <u>VARIABLES Y FACTORES IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA Y EL RIESGO A PADECER TDC.</u>	48
CAPÍTULO 3. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS ACTUALES	57
1. <u>EL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL PROPUESTO POR FUGEN NEZIROGLU</u>	58
2. <u>EL MODELO PROPUESTO POR DAVID VEALE</u>	59
3. <u>EL MODELO PROPUESTO POR SABINE WILHELM</u>	62
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DEL TDC	65
1. <u>MEDIDAS RELACIONADAS CON LA DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE SÍNTOMAS</u>	65
2. <u>MEDIDAS RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS</u>	66
3. <u>MEDIDAS RELACIONADAS CON EL INSIGHT DE LAS PREOCUPACIONES</u>	67
CAPÍTULO 5. TRATAMIENTO DEL TDC	69
1. <u>TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS</u>	69
2. <u>TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS</u>	71
CAPÍTULO 6. PREOCUPACIONES DISMÓRFICAS, OBSESIONES, COMPULSIONES, PENSAMIENTOS INTRUSOS, Y METACOGNICIÓN: PUNTOS DE ENCUENTRO Y DE DESENCUENTRO	73
CAPÍTULO 7. RESUMEN Y CONCLUSIONES	83
OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO	89
PARTE II. MARCO EMPÍRICO	91
ESTUDIO 1	93
1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	93
2. <u>OBJECTIVES</u>	93
3. <u>HIPÓTESIS</u>	94
4. <u>MATERIALES Y MÉTODOS</u>	94
5. <u>RESULTS</u>	100

6. CONCLUSIONES	109
ESTUDIO 2	111
1. INTRODUCCIÓN	111
2. OBJETIVES	111
3. HIPOTESIS	112
4. MATERIALES Y MÉTODOS	112
5. RESULTS	116
6. CONCLUSIONES	126
ESTUDIO 3	129
1. INTRODUCCIÓN	129
2. OBJETIVES	129
3. HIPOTESIS	130
4. MATERIALES Y MÉTODOS	131
5. RESULTS	134
6. CONCLUSIONES	142
ESTUDIO 4	145
1. INTRODUCCIÓN	145
2. OBJECTIVES	146
3. HIPOTESIS	147
4. MATERIALES Y MÉTODOS	147
5. RESULTS	150
6. CONCLUSIONES	162
PARTE III. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES	165
1. DISCUSIÓN	167
1. LIMITACIONES	181
2. CONCLUSIONS	183
2.1. OBJECTIVE ONE	183
2.2 OBJECTIVE TWO	185
2.3. OBJECTIVE THREE	187
2.4. OBJECTIVE FOUR	189
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
ANEXOS	223

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AIQ	Appearance Intrusions Questionnaire
AIT	Appearance-related Intrusive Thought
AN	Anorexia Nerviosa
APA	Asociación Americana de Psicología
AS	Ansiedad Social
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BDD-NR	No BDD-risk group
BDDQ	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
BDD-R	BDD-risk group
BDD-YBOCS	The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder
CBOCI	Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory
CHM	Cuestionario de Habilidad Metacognitiva
CIE	Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scales
EDQ	Egodistonicity Questionnaire
IA	Pensamientos Intrusos relacionados con la Apariencia
INPIAF	Inventario de Pensamientos Intrusos relacionados con la Apariencia
MAQ	Metacognitive Ability Questionnaire
MBSRQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
OCI-R	Obsessive Compulsive Inventory-Revised
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PI	Pensamiento Intruso
PSWQ	Penn State Worry Questionnaire
SRO	Síndrome de Referencia Olfativa
TA	Trastorno Alimentarios y de la ingestión de alimentos
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TDC	Trastorno Dismórfico Corporal
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TP	Trastornos de Personalidad

Símbolos y términos estadísticos

α	alfa de Cronbach
χ^2	chi-cuadrado
ACP	Análisis de Componentes Principales
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AIC	Akaike's Information Criterion
ANCOVA	Análisis de la Covarianza/ Analysis of Covariance
ANOVA	Análisis de la Varianza/ Analysis of Variance
BTS	Prueba de Esfericidad de Bartlett
BF	Brown-Forsythe
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Índice de Ajuste Comparativo/ Comparative Fit Index
d	d de Cohen/ Cohen's d
DT	Desviación Típica
df	Degrees of freedom
DV	Dependent Variable
F	F de Fisher
gl	grados de libertad
IFI	Incremental Fit Index
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
M	Media/ Mean
η^2_p	eta cuadrado parcial/ partial eta squared
NFI	Normed Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
p	probabilidad
PCA	Principal Components Analysis
r	Coeficiente de Correlación
RMSEA	Promedio del error de aproximación/ Root Mean-Square Error of Approximation
SD	Standard Deviation
t	t de Student

PRESENTATION

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a severe disorder that, despite the increasing interest and research on this condition in the past 20 years, is still underrecognized in clinical practice. This occurs partly because of the shame and concealment that often accompany and aggravate this disorder. The suffering and impairment is quite significant in these patients, and any progress made in elucidating its nature is critical to preventing the development of the disorder and helping patients to overcome it. These are the compelling reasons for this study.

The current study consists of exploratory research on the mechanisms and processes that may be involved in the development of BDD, and it also brings to light some important aspects related to the treatment of this disorder.

PARTE I. INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

HISTORIA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

1. HISTORIA DEL DIAGNÓSTICO DEL TDC

La característica principal del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), tal y como se conceptualiza actualmente, es una preocupación excesiva sobre un defecto físico o imperfección percibidos, pero inexistente o apenas perceptible para otras personas (APA, 2013). Esta preocupación por el defecto físico genera mucho malestar y sufrimiento (Hay, 1970), ya que la persona está convencida de que alguna parte de su aspecto, o todo su aspecto es horrible.

No obstante, el término TDC es relativamente nuevo para lo que se ha conocido comúnmente y durante mucho tiempo como dismorfofobia. El recorrido histórico del trastorno es interesante, aunque poco claro y confuso, ya que durante mucho tiempo fue considerado como un síntoma, presente en varios trastornos, en lugar de como una entidad clínica definida. Desde 1886, año en que Enrico Morselli acuñó el término dismorfofobia, hasta hoy en día, la fenomenología clínica del trastorno sigue siendo objeto de debate. Y aunque en las últimas décadas el número de estudios sobre el TDC ha aumentado, lo cierto es que sigue siendo un trastorno poco conocido e infradiagnosticado.

Enrico Morselli, psiquiatra italiano, lo denominó dismorfofobia por primera vez hace más de un siglo para referirse a una sensación subjetiva de fealdad o a un defecto físico que es observable por otros, a pesar de que la apariencia se encuentre dentro de unos límites normales (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993). El término deriva de la palabra griega *dismorfia* (*dis*, “mal”; *morfos*, “forma”), que significa mal cuerpo o poco atractivo. Dismorfia, era el nombre por el que se conocía, en la antigüedad griega, a la mujer más fea de Esparta, mito que ha llegado hasta nosotros a través de las historias de Herodoto (Philippopoulos, 1979). Morselli describía a la persona con dismorfofobia como un individuo verdaderamente infeliz, el cual experimentaba un miedo abrumador y repentino a desarrollar una deformidad sin darse cuenta. Este miedo podía aparecer en medio de cualquier actividad cotidiana, y a

cualquier hora del día sin esperarlo (Veale y Neziroglu, 2010). De la misma forma, la persona sentía la necesidad de comprobar la presencia del defecto hasta convencerse de que no había sucedido, para aliviar el estado de dolor y de angustia, generado por este episodio. Si no podía comprobarlo, la persona podía alcanzar un estado intenso de llanto y desesperación (Phillips, 2004; Veale y Neziroglu, 2010). Morselli concebía la dismorfofobia como una fobia, en el sentido amplio del término anterior a 1890, con “*ideas fijas*”. En ese momento de la historia de la psicopatología, el concepto de *idea fija* era un término amplio en el que se incluían las obsesiones, las fobias, los delirios, y los impulsos (Berrios y Kan, 1996). Veale y Neziroglu comentan que para Morselli la preocupación dismorfofóbica era una idea obsesiva y una aflicción sobre la deformidad del cuerpo clasificada como una paranoia rudimentaria. Según Berrios y Kan (1996), Morselli intentó capturar la fenomenología clínica de la dismorfofobia cuando hacía referencia a la obsesionalidad, impulsividad e irresponsabilidad, la consciencia de enfermedad y ansiedad concomitantes, y una tendencia a actuar en respuesta a la preocupación.

Aparentemente, otro autor (Kaan, 1892) estaba estudiando al mismo tiempo que Morselli el miedo a la fealdad en su libro *Neurastenia y Obsesión*. En Rusia también, Osipov en 1912 (Korkina y Morozov, 1979; citado en Veale y Nezioglu, 2010) introdujo el nuevo término para describir a una mujer de 27 años de edad que creía ser muy grande, y tener la parte inferior de su cara deformada. Otros autores seguirían también estudiando este trastorno en ese país.

En 1903, el psiquiatra francés Pierre Janet (citado en Veale y Nezioglu, 2010) hace una referencia a la dismorfofobia, describiendo un caso de una mujer que estuvo confinada en casa durante 5 años. Debido a la persistencia y a la naturaleza egodistónica de los síntomas dismorfofóbicos, Janet consideró que esta paciente padecía una neurosis obsesivo-compulsiva.

Hasta 1915, el concepto de dismorfofobia no llegó a Inglaterra y Alemania, países en donde lo hizo a través del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien utilizó el mismo término que Morselli (en alemán, *Die Zwangsneurose*), pero sin referirse a este autor (Berrios y Kan, 1996). Kraepelin clasificó la dismorfofobia como una neurosis compulsiva, señalando que este tipo de preocupaciones eran relativamente comunes si se preguntaba específicamente por ellas (Phillips, 1991). Más adelante, en 1946, para Karl Jaspers la preocupación del

paciente podía asumir diferentes formas como una obsesión (Pavan et al., 2008), una idea sobrevalorada, o un delirio (Thomas, 1984).

Posteriormente, la dismorfofobia pasó a ser parte del estudio del psicoanálisis, descrita en uno de los casos clásicos de Freud, y luego por Brunswick (1928): “el hombre de los lobos”. Este paciente fue un aristócrata ruso que tenía un sueño recurrente en el que unos lobos blancos le miraban fijamente, sentados en las ramas de un árbol afuera de su ventana, en invierno. Entre otros síntomas, este paciente estaba preocupado por defectos imaginarios en su nariz que ocupaban su día a día, mirándose en el espejo de bolsillo, camuflándose o maquillándose la nariz (Veale y Neziroglu, 2010).

Otros términos con los que se denominó a la dismorfofobia en el siglo XX fueron los de *hipocondría dermatológica* (Zaidens, 1950) cuando la preocupación estaba centrada en la piel y el pelo, e *hipocondría de la belleza* (Jahrreiss, 1930; citado por Phillips, 1991).

En los casos en que la preocupación dismórfica alcanzaba una intensidad delirante, la preocupación se conocía como *psicosis hipocondriaca monosintomática o delirio de dismorfosis* (Phillips, 1991; Riding y Munro, 1975). Este tipo de psicosis consistía en la presencia de una única creencia delirante de tipo somático, generalmente en ausencia de otros síntomas psicóticos importantes (Thomas, 1984). En este tipo de psicosis se incluían también otros dos tipos de delirios somáticos: delirio de parasitosis (la creencia de que se está infestado con parásitos u otro tipo de alimañas) y el delirio de bromosis o síndrome de referencia olfativo, al que nos referiremos más tarde.

Finalmente, en 1963 el término Trastorno Dismórfico Corporal fue introducido en los Estados Unidos por Finkelstein (citado en de Leon, Bott, y Simpson, 1989). Sin embargo el trastorno fue ignorado por completo (Nakdimen, 1977), incluso después de que Hay publicara en 1970 un artículo titulado Dismorfofobia. El trastorno volvió a ser introducido en este país siete años después con un artículo de Andreasen y Bardach (1977), en el cual discutían, en parte como réplica al artículo de Hay (1970), si la dismorfofobia era un síntoma, conclusión de este autor, o una entidad clínica independiente, conclusión de los otros dos autores.

2. EL TDC EN LOS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICOS

La clasificación del TDC en los sistemas de diagnóstico psiquiátricos ha sufrido muchas inconsistencias (Toh, Rossell, y Castle, 2009), consecuentes a su convulsa historia y conceptualización. En un principio, como se ha mencionado anteriormente, tanto Kraepelin como Janet creían que el TDC pertenecía más al campo obsesivo-compulsivo, cuando se referían a este trastorno como neurosis compulsiva o a la vergüenza obsesiva por el cuerpo, respectivamente. Posteriormente, ya que la preocupación se centraba en el cuerpo, fueron surgiendo otras acepciones relacionadas con la hipocondría, lo que al final tuvo mayor peso para clasificar el TDC dentro de la categoría de los trastornos somatoformes. Aunque ambos trastornos, hipocondría y TDC, comparten ciertas características como las creencias excesivas relacionadas con el cuerpo y la necesidad de reasegurarse constantemente (Toh et al., 2009), el foco de atención es completamente diferente. En el TDC las preocupaciones claramente se centran en un defecto físico percibido y no en la enfermedad o la muerte. Sin embargo, el TDC continuó siendo parte del grupo de los trastornos somatoformes hasta el DSM-IV-TR (APA, 19XX), con la doble codificación en el apartado de trastorno delirante, cuando las preocupaciones dismórficas eran mantenidas con poco *insight*.

En todo caso, y a pesar de que la dismorfofobia había sido estudiada y estaba presente en el estudio de la psicopatología europea durante todo el siglo XX, no fue incluida en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) hasta su décima versión en el año 1999. En esta clasificación existe como un ejemplo de un trastorno hipocondríaco, sin tener un diagnóstico independiente. Como se puede ver en el Cuadro 1, los criterios no son específicos de un TDC. El ejemplo más claro se puede ver en el criterio C, más orientado a un trastorno de hipocondría.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la CIE-10

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas somáticas o preocupación por su aspecto físico. Las sensaciones y aspectos normales y habituales son interpretados a menudo por el paciente, como anormales y perturbadores, y la atención suele estar centrada sólo en tomo a uno o dos órganos o sistemas corporales. Con frecuencia hay síntomas depresivos y ansiosos que pueden justificar un diagnóstico adicional.

Trastorno dismórfico corporal

Dismorfofobia (no delirante)

Neurosis hipocondríaca

Hipocondriasis

Nosofobia

Excluye: Dismorfofobia delirante (F22.8)

Ideas delirantes fijas sobre funciones y forma corporales (F22.-)

A. Debe estar presente alguno de los siguientes:

1. Creencia persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las cuales, al menos una debe ser nombrada específicamente por el paciente).

2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).

B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, y conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente en los curanderos locales).

C. Rechazo continuado de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física. (La aceptación a corto plazo de tales aclaraciones, es decir, por pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29, en particular F22), o algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

Entre los criterios de la CIE-10 se excluye la variante delirante del TDC, llamada aquí dismorfofobia delirante, que forma parte en esta clasificación de la categoría de otros trastornos de ideas delirantes persistentes en la que se clasifica cualquier trastorno delirante persistente que no cumple los criterios para un trastorno delirante. En otro apartado de este manual también se pueden encontrar síntomas dismórficos bajo la categoría de trastorno esquizotípico, en el que se menciona dentro de uno de los criterios la presencia de *“rumiaciones sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismorfofóbicos, sexuales o agresivos”*.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) está desarrollando la undécima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). El grupo de trabajo sobre la clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados, ha propuesto la inclusión del TDC en este grupo de trastornos, además de introducir otros cambios en los criterios diagnósticos que pueden verse en el borrador de dicho manual y se resumen en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos sugeridos para el diagnóstico del TDC en la CIE-11

El Trastorno Dismórfico Corporal está caracterizado por una preocupación persistente por uno o más defectos o imperfecciones en la apariencia que son imperceptibles o ligeramente observables por otras personas. Los individuos experimentan una excesiva autoconsciencia, frecuentemente acompañada de ideas de referencia (p.ej., convicción de que otras personas se dan cuenta del defecto, hablan del defecto o lo juzgan). En respuesta a esta preocupación, los individuos realizan comportamientos excesivos y repetitivos que incluyen, el repetido examen de la apariencia o de la gravedad del defecto o de la imperfección, intentos excesivos de camuflar o modificar el defecto percibido, o una evitación marcada de situaciones sociales o disparadores que incrementan el malestar relacionado con el defecto o la imperfección percibidos. Los síntomas son suficientemente graves para generar malestar o deterioro significativos en el área personal, familiar, social, educativa, laboral o cualquier otra área importante de funcionamiento.

Exclusiones: Anorexia Nerviosa

En estos nuevos criterios se puede observar la inclusión de los términos de autoconsciencia y de las ideas de referencia, así como también la presencia no solo de

comportamientos repetitivos y excesivos, sino también de comportamientos de evitación que también están presentes en el TDC. A todos estos conceptos haremos referencia más adelante.

Por lo que se refiere al sistema de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, es importante recordar que, como se mencionó anteriormente, la dismorfofobia no “entra” en Estados Unidos hasta finales de los años 70s, a pesar de que ya se habían reconocido algunos casos en personas buscando cirugías cosméticas, pero sin utilizarse el término de dismorfofobia (De Leon et al., 1999). Andreasen y Bardach (1977) reconocen la importancia de la dismorfofobia como síndrome, y no como un síntoma, y justifican su entrada en la clasificación americana, a pesar de no conocerse la etiología, el curso o el pronóstico, criterios requeridos para la delimitación de una enfermedad mental.

En la clasificación psiquiátrica americana, DSM, la dismorfofobia aparece hasta su tercera versión en 1980 (APA, 1980) como un ejemplo del trastorno somatoforme atípico, y sin criterios diagnósticos. La forma delirante del TDC, mencionada anteriormente como psicosis hipocondriaca monosintomática, es aquí reconocida e igualmente separada de su variante no delirante, e incluida como ejemplos de varios diagnósticos: como trastorno somatoforme atípico, como trastorno paranoide atípico, y como una psicosis atípica.

En la versión revisada de la tercera edición del DSM de 1987, el TDC aparece ya como un diagnóstico separado en el apartado de trastornos somatoformes, y con el nombre con el que lo conocemos hoy en día: trastorno dismórfico corporal. El cambio de nombre se realizó bajo la justificación de que en este trastorno no existía evitación fóbica de un defecto físico (Veale y Neziroglu. 2010). Los criterios diagnósticos establecidos en esta edición fueron:

- a) preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal,
- b) la creencia en la existencia del defecto no llega a ser delirante, como en el trastorno delirante, subtipo somático (p. ej., la persona acepta la posibilidad de que pueda estar exagerando la magnitud del defecto o incluso de que no exista ninguno),
- c) el trastorno no aparece únicamente en el curso de una anorexia nerviosa o de un transexualismo.

Con respecto al *insight* o la intensidad delirante, el DSM-III-R diferenciaba ambas variantes, aunque especificaba lo siguiente: “no está claro si estos dos trastornos pueden distinguirse por el hecho de que la creencia sea o no delirante o si en realidad son dos variantes del mismo trastorno”.

En la siguiente versión (DSM-IV), se realizaron algunos cambios. En primer lugar se modificó ligeramente la descripción del criterio A, mientras que el criterio B fue eliminado y reemplazado por la inclusión de la significación clínica para diferenciar el TDC de las preocupaciones normales por la apariencia. El criterio C también fue modificado eliminándose la exclusión de la AN, y el trastorno de identidad de género. La distinción entre el TDC delirante y no delirante fue reducida eliminando el criterio B del DSM-III-R, y por la posibilidad de codificar tanto el TDC, como su variante delirante, trastorno delirante (Phillips et al., 2010). Desde el DSM-III-R hasta el DSM-IV-TR el TDC siguió perteneciendo al capítulo de los trastornos somatoformes. En el Cuadro 3, se puede observar la evolución del TDC a lo largo de su historia en el DSM hasta la actualidad.

Cuadro 3. Evolución del TDC en la clasificación americana

Descripciones anteriores a DSM-III	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV/TR (1994, 2000)	DSM-5 (2013)
Dismorfofobia - Hipocondría de la belleza - Hipocondría dermatológica	Dismorfofobia	Trastorno dismórfico (dismorfofobia)	Trastorno dismórfico corporal	Trastorno dismórfico corporal -Especificar nivel de insight
Psicosis monosintomática hipocondriaca: -Delirios de dismorfia	-Psicosis atípica -Trastorno paranoide atípico	Trastorno delirante tipo somático	Trastorno delirante tipo somático	
-----	Trastornos somatomorfos			Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados

1.1. Ubicación actual del TDC en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

En la quinta y última edición del DSM (APA, 2013), se ha creado una nueva categoría con el TOC como su eje principal: Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados (TOC-TR). Este nuevo capítulo tiene sus raíces en el concepto de espectro obsesivo compulsivo (Hollander, 1993), el cual agrupa una serie de trastornos que comparten características con el TOC, que van desde su fenomenología y características asociadas (edad de inicio, curso, comorbilidad), factores etiológicos y hereditarios, hasta la respuesta al tratamiento farmacológico y psicológico (Bienvenu et al., 2000). Otros muchos trastornos han sido propuestos también como parte del espectro por parte de otros autores (en especial, por el grupo de Hollander), entre ellos el TDC, la hipocondría, los trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), la tricotilomanía, el trastorno de excoriación, la onicofagia, trastorno de tics, Síndrome de Gilles de la Tourette, y otros trastornos relacionados con el control de impulsos como el juego patológico, la cleptomanía, o la piromanía (Hollander, 1993; Hollander y Benzaquer, 1997; McElroy, Phillips, y Keck, 1994).

Finalmente, entre muchos acuerdos y desacuerdos, se incluyeron en el DSM-5 aquellos trastornos para los cuales existía mayor evidencia empírica de su relación con el TOC en términos de criterios diagnósticos y utilidad clínica (APA, 2013), y en las características anteriormente mencionadas (Fineberg, Saxena, Zohar, y Craig, 2011).

Para la creación de este nuevo grupo, el TOC fue extraído del grupo de los trastornos de ansiedad y el TDC del grupo somatoforme. También se incluyeron en la nueva categoría dos nuevos trastornos: el trastorno de acumulación, y el trastorno de excoriación (rascarse la piel), y un trastorno proveniente de los trastornos del control de impulsos: la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo). Además se encuentran en este grupo el TOC-TR inducido por sustancias/medicamentos, el TOC-TR debido a otra afección médica, y otros TOC-TR especificados y no especificados (p. ej., trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, celos obsesivos).

Los argumentos a favor de estos cambios vinieron de autores como Fineberg et al. (2011) y Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, y Iyengar (2005). En opinión de Abramowitz

y Jacoby (2015), las investigaciones y estudios realizados coinciden en señalar que el TOC y los trastornos relacionados comparten: a) Los síntomas principales: pensamientos y comportamientos repetitivos, y una incapacidad para inhibir unos y otros; b) edad de inicio, comorbilidad, y carga familiar; c) anormalidades en circuitos cerebrales y en neurotransmisores, y d) perfiles similares de respuesta a los tratamientos.

En la nueva versión de la clasificación psiquiátrica norte-americana, además del cambio más notable relacionado con su ubicación, se realizaron otras modificaciones importantes en el TDC. La primera de ellas es la sustitución de preocupación por un defecto “imaginario”, por el de preocupación por un defecto o imperfección percibidos. Por ejemplo, Veale y Neziroglu (2010) consideraban que el uso de este término era problemático a la hora de trabajar con los pacientes, ya que para estos el defecto es real y asumir lo contrario podía desfavorecer el compromiso con el tratamiento o la alianza terapéutica. Además, con la inclusión del término imperfección, se introdujo un término más leve, que puede adaptarse mejor a la experiencia de algunos pacientes (Phillips et al., 2010).

El DSM-5 también ha incluido un nuevo criterio diagnóstico relacionado con la presencia de comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a las preocupaciones. La presencia de este tipo de comportamientos es un aspecto clave en la clínica de este trastorno, ya que están implicados directamente en el desarrollo y mantenimiento del problema. Por lo tanto, la inclusión de estos en la nueva categoría aporta una mayor especificidad de los criterios diagnósticos y, en consecuencia, la mejoría en la precisión diagnóstica (Phillips et al., 2010).

En esta edición también se elimina la diferenciación entre la variante delirante y no delirante del TDC. El bajo *insight* o la intensidad delirante de las preocupaciones es un especificador de gravedad del trastorno, y no un diagnóstico separado de trastorno delirante (APA, 2013). En este sentido, la inclusión de la variante delirante como indicador de gravedad, y no como un trastorno independiente, es más consistente con otros trastornos como la anorexia nerviosa o el TOC que tampoco hacen dicha diferenciación cuando hay presencia de creencias delirantes (Veale y Matsunaga, 2014).

Otro especificador incluido en esta edición es la dismorfia muscular reservado para los casos en que la preocupación se centra en ser demasiado delgado /pequeño, o insuficientemente musculado. Y finalmente, se menciona como otra forma de TDC al TDC

por “poder” o “proximidad” en los casos en que las preocupaciones por el defecto físico se centran en otra persona y no en sí mismo.

Los criterios diagnósticos de acuerdo con la quinta edición del DSM (APA, 2013) se encuentran en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal según el DSM-5.

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico que no son observables o son muy sutiles para otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el individuo ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, arreglarse en exceso, rascarse la piel, búsqueda de reaseguración) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) como respuesta a la preocupación por el aspecto físico
- C. La preocupación genera malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por preocupaciones por el peso o la grasa corporal en una persona cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la alimentación.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al individuo le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras áreas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de comprensión o *insight* con respecto a las creencias relacionadas con el trastorno Dismórfico corporal (p.ej., “Me veo feo/a” o “me veo deforme”).

Con insight bueno o aceptable: El individuo reconoce que las creencias relacionadas con el trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden o no ser ciertas.

Con insight pobre: El individuo piensa que las creencias relacionadas con el trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de insight/creencias delirantes: El individuo está completamente convencido que las creencias relacionadas con el trastorno dismórfico corporal son ciertas.

CAPÍTULO 2.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FENOMENOLOGÍA DEL TDC

1. LAS PREOCUPACIONES

La preocupación dismórfica se caracteriza por ser insidiosa, repetitiva y muy difícil de resistir y de controlar. Ocupa mucho tiempo a lo largo del día en las personas con este trastorno. Tanto es así, que en promedio, las personas con TDC suelen pasar entre 3 y 8 horas al día pensando en su defecto (Phillips, 1996). Como estas características son similares a aquellas que definen las obsesiones del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), por lo general se habla de la naturaleza obsesiva de las preocupaciones por el aspecto físico (Frare, Perugi, Ruffolo, y Toni, 2004; Hollander, Cohen, y Simeon, 1993; Phillips et al., 1997).

La preocupación puede ser sobre cualquier parte del cuerpo, aunque las partes que generalmente son indicadas por las personas con este trastorno están relacionadas con la cara, especialmente la nariz, el pelo, la piel y los ojos (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993; Phillips, 1996; Veale et al., 1996). En muchos casos los genitales, el abdomen, los senos, las extremidades, o las manos también hacen parte del objeto de preocupación de estas personas (Snaith, 1992).

La preocupación se puede centrar además en cualquier atributo del cuerpo como el tamaño, la forma, la coloración, la simetría o el olor, o por otro tipo de imperfecciones como acné, cicatrices, arrugas o marcas vasculares (Veale y Matsunaga, 2014). En ciertos casos, algunas personas con TDC pueden reportar sentirse preocupadas por una sensación de fealdad en general, de desproporción, de ser demasiado femenino o masculino, o de que “algo no está del todo bien”, en lugar de centrarse en una característica específica (Veale y Neziroglu, 2010). En otros casos, a la persona no le preocupa el hecho de que otras personas se den cuenta del defecto o de la imperfección, si no que sienten un profundo asco hacia sí mismo, por algún defecto o imperfección en su apariencia (Veale y Matsunaga, 2014).

En general, la persona suele tener más de una preocupación al mismo tiempo (Veale et al., 1996), y el defecto o defectos físicos percibidos tienden a variar con el tiempo. Normalmente, el trastorno comienza con una preocupación por una parte específica del

cuerpo, para luego extenderse a otras partes, o cambiar a otra completamente diferente (Phillips, 1991; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993).

2. INSIGHT SOBRE LAS PREOCUPACIONES

Un aspecto importante relacionado con las preocupaciones es la convicción que mantiene la persona sobre el defecto físico o la apariencia. El nivel de *insight* o comprensión suele variar en las personas con un TDC, a veces alcanzando niveles delirantes (Phillips, Hart, Blair Simpson, y Stein, 2014). En el TDC, estas creencias no tienen un contenido bizarro como en la esquizofrenia o en un trastorno delirante, pero al ser pensamientos exagerados sobre la apariencia, y al tener la persona la convicción sobre la defectuosidad, e incluso anormalidad, genera una preocupación y malestar extremos (Rossell, Labuschagne, Dunai, Kyrios, y Castle, 2014). El pensamiento delirante en el TDC también se relaciona con la convicción de que otras personas están mirando el defecto, o que se están burlando, o criticando a la persona por ese defecto. A esto se le conoce como ideas de referencia y ha sido parte también de la descripción clínica del trastorno desde siempre (Rosen, 1995). Razón por la cual se ha tenido en cuenta en la descripción del TDC en la próxima edición de la CIE.

El nivel de *insight* ha sido un aspecto muy importante del TDC desde sus inicios, y como ya se ha visto, ha sido en parte responsable de la dificultad que ha tenido el trastorno en su comprensión y clasificación, ya que cuando ese nivel era bajo era considerado como una variante distinta y diagnosticada como tal en los manuales de clasificación durante mucho tiempo. A pesar de que las observaciones clínicas sugerían que ambas variantes eran parte del mismo trastorno (de Leon et al., 1989; Phillips, Menard, Pagano, Fay, y Stout, 2006), no fue hasta la última edición del DSM, que el nivel de *insight* dejó de ser un trastorno separado del TDC, y se convirtió en un especificador del trastorno, el cual está asociado a un peor funcionamiento social, y a una mayor gravedad de los síntomas (Phillips et al., 2006).

3. LOS COMPORTAMIENTOS DISFUNCIONALES

Otro síntoma fundamental del TDC son los comportamientos, a menudo repetitivos, que llevan a cabo las personas con este trastorno, en respuesta a las preocupaciones. Al igual que estas, los comportamientos son excesivos y repetitivos, y muy difíciles de controlar, y suelen realizarse en forma de ritual (Wilhelm, Phillips, y Steketee, 2013). Desde esta perspectiva, los comportamientos relacionados con el TDC han sido comparados con las compulsiones típicas del TOC, ya que además de lo mencionado anteriormente, las personas sienten la necesidad de realizarlos (Veale y Neziroglu, 2010).

Con el objetivo de “reparar” o mejorar el defecto, de evitar o desviar la atención del mismo, o de comprobar su aspecto físico, o la impresión de este que están dando a los demás (Veale y Neziroglu, 2010; Wilhelm et al., 2013), las personas con TDC suelen realizar un gran número de comportamientos tanto manifiestos como encubiertos, que consumen mucho tiempo y esfuerzo. Entre los más frecuentes se encuentran los que se comentan a continuación.

3.1. Camuflaje

Comportamientos como camuflar, esconder o tapar el defecto a través de ropa, maquillaje, sombreros, posturas, ponerse moreno, o por cualquier otro medio relacionado con el defecto que desea camuflarse son muy característicos de este trastorno. La gran mayoría de las personas con TDC realizan este tipo de comportamientos, empleando mucho tiempo en ellos (Perugi et al, 1997; Phillips, 1991, 2005).

3.2. Comparación

La comparación con otros y la observación detenida en otras personas de la misma parte donde el defecto es percibido en sí mismo también es muy frecuente. Phillips y Diaz (1997) encontraron que el 90% de las personas con TDC comparaban su defecto con el de otras personas. Y tienden a fijarse en la misma característica del defecto en una persona del mismo sexo (Veale, y Neziroglu, 2010).

3.3. Mirarse en espejos y superficies reflectantes

Mirarse fijamente en superficies reflectoras y más específicamente en el espejo, es una de los comportamientos más frecuentes y típicos en el TDC (Phillips et al., 1997; Veale et al., 1996) siendo un factor clave en el mantenimiento del trastorno (Veale et al., 1996). Se estima que entre el 80 y el 90% de estos pacientes lo hace, ya sea por largos períodos, o por múltiples pero breves períodos de tiempo. De acuerdo a observaciones clínicas, pueden aparecer episodios disociativos tras períodos largos de exposición frente al espejo (Veale, 2001). Este comportamiento ha sido denominado como problemático, ya que aunque la persona busca mirar su reflejo por ejemplo en el espejo, también evita mirarlo por la vergüenza y el asco que le genera su apariencia. Al mismo tiempo, la evitación también es frecuente ya que la persona se siente avergonzada por realizar esta conducta (Veale y Reily, 2001).

Además de utilizar el espejo como un medio para ocultar o modificar el defecto (p.ej., maquillarse, peinarse, etc.), de acuerdo a un estudio realizado por Veale y Reily (2001), las personas con TDC se miran al espejo ya que tienen la esperanza de que su apariencia será diferente. Se sienten inseguros sobre su aspecto físico y necesitan saber cuál es su aspecto en un momento determinado, y además creen que se sentirán peor si no lo hacen. Cuando finalmente se miran en el espejo, se dan cuenta de que su aspecto no ha cambiado, y como consecuencia hay un empeoramiento en su estado de ánimo. Mirarse en el espejo además, es necesario para realizar muchos de los otros comportamientos repetitivos presentes en el TDC.

3.4. Tocarse el defecto o tomarse una foto

Tocarse el defecto o tomarse una foto, es una forma de reducir la incertidumbre sobre la apariencia por parte del paciente con TDC. En el caso de las fotos, también se utilizan para comparar el aspecto físico actual con el previo, a través de una fotografía antigua.

3.5. Ejercicio físico excesivo y/o localizado

Este comportamiento suele estar más presente en el subtipo de dismorfia muscular, como medio para alcanzar un cuerpo más esbelto, fibroso y musculoso (Pope et al., 2005). Además, es una de las características compartidas con los trastornos de la alimentación.

3.6. Intervenciones estéticas y dermatológicas

Buscar y realizarse operaciones estéticas, tratamientos cosméticos o dermatológicos, incluso realizarse procedimientos caseros a sí mismo son comportamientos típicos del TDC. El profesional médico más buscado por pacientes con TDC son los dermatólogos (Phillips, Dufresne, Wikel, y Vittorio, 2000), siendo los tratamientos dermatológicos uno de los más requeridos, lo cual se corresponde con la preocupación más común en estos pacientes: la nariz y la cara (Veale et al., 1996). En distintos estudios que analizaron la proporción de pacientes con TDC que habían buscado y realizado o una cirugía estética o un tratamiento dermatológico, se encontró que entre el 48 y el 72% habían buscado realizarse alguno de los dos procedimientos, y entre el 23% y el 40%, se había realizado una cirugía estética (Hollander et al., 1993; Phillips, Grant, Siniscalchi, Ralph, y Albertini, 2001; Veale et al., 1996). Se ha de mencionar además que algunas personas con TDC se realizan a sí mismos cirugías o procedimientos caseros con el objetivo de alterar su apariencia significativamente. Veale (2000) encontró que este tipo de pacientes lo hacían por desesperación, cuando eran rechazados por profesionales médicos, o cuando no podían permitirse pagar la intervención.

Otro de los aspectos que se han estudiado con respecto a este tipo de comportamientos son las consecuencias de estos procedimientos para el paciente con TDC. La realización de estos procedimientos no suele aliviar los síntomas, sino aumentar la preocupación (Phillips, McElroy, Keck, Pope, y Hudson, 1993; Veale, De Haro, y Lambrou, 2003) y en última instancia, son un mecanismo más en el mantenimiento del trastorno. La mayoría de los pacientes quedan insatisfechos después de haberlos realizado, sobre todo en las cirugías dirigidas a corregir la nariz (rinoplastias) y aquellos pacientes que se someten continuamente a varias cirugías. Los procedimientos que generaron mayores niveles de satisfacción, al menos temporalmente, fueron las intervenciones para modificar los senos (mamoplastias), y la corrección de una parte prominente de las orejas (pinaplastia) (Veale,

2000). Otra de las consecuencias asociadas menos reconocidas de este tipo de intervenciones, está relacionada con la insatisfacción de los pacientes y se refiere a las demandas legales y al peligro físico al que están expuestos, en algunos casos, los profesionales que realizan este tipo de procedimientos (Sarwer, 2002).

3.7. Rascarse o pellizcarse

Este comportamiento, que es la característica fundamental del trastorno de excoriación de la piel (actualmente, incluido también en el grupo de trastornos del espectro O-C, según el DSM-5), suele realizarlo hasta un tercio de las personas con TDC, con el objetivo de mejorar su apariencia (Phillips y Taub, 1995). Como resultado inverso a lo deseado y como consecuencia de la dificultad en resistirlo y detenerlo, la apariencia de las personas que lo realizan suele ser llamativa ya que en muchas ocasiones se generan lesiones cutáneas o cicatrices, sobre todo en los casos en los que se utilizan agujas o cuchillas de afeitar (Wilhelm et al., 1999, Wilhelm et al., 2013).

3.8. La evitación

La evitación también es un comportamiento muy habitual en el TDC. Por la frecuencia de este tipo de comportamientos, Marks y Mishan (1988) postularon la posibilidad de utilizar la técnica de exposición en el tratamiento del TDC (dismorfofobia en ese momento).

Las personas con TDC suelen evitar situaciones sociales o públicas como una estrategia para reducir el malestar, la ansiedad o el asco (Neziroglu, Khemlani-Patel, y Veale, 2008). Algunos ejemplos son evitar ir a fiestas, reuniones, o permanecer en casa por largos períodos de tiempo. Otros comportamientos de evitación típicos son evitar mirarse en el espejo o utilizar ropa amplia (Buhlmann y Winter, 2011). Los comportamientos de evitación conducen a un aislamiento social, deteriorando el funcionamiento psicosocial de estas personas (Kelly, Walters, y Phillips, 2010). Además, es un factor de mantenimiento del trastorno (Marks y Mishan, 1988).

Como se ha mencionado anteriormente, todos estos comportamientos se realizan de una forma repetitiva y comúnmente las personas con TDC suelen reportar no sentir control sobre estos (Veale, 2004). No está muy claro cuál es el criterio de terminación de estas conductas. Se ha propuesto que como en las compulsiones, especialmente en el lavado de manos (Wahl, Salkovskis, y Cotter, 2008), las personas con TDC buscan un estado subjetivo emocional interno, y al mismo tiempo se guían también por claves externas. Aunque muchos pacientes reportan realizar las conductas hasta “sentirse bien” o “cómodos” (Veale y Neziroglu, 2010), es decir, hasta alcanzar un estado interno de bienestar, en la mayoría de los casos, proponen Veale y Reily (2001), y Baldock, Anson, y Veale, (2012), que las personas dejan de realizarlos ya que son incapaces de alcanzar ese estado y se detienen por razones externas como malestar, rabia, frustración o falta de tiempo debido a un compromiso.

4. VARIANTES DEL TDC

En la última versión del DSM, se han incluido dos subtipos o formas diferentes de TDC que se justifican apelando a la especificidad en el objeto de preocupación. El primero de ellos es la Dismorfia Muscular (DM) (ver Tabla 3). En esta variante, la persona está excesivamente preocupada porque su cuerpo no sea suficientemente esbelto y musculado (Pope, Gruber, Choi, Olivarida, y Phillips, 1997). Pope, Katz y Hudson hablaron de este subtipo por primera vez en el año 1993 describiéndolo como un tipo de “anorexia inversa” por la similitud en los patrones alimentarios de este subtipo con los trastornos de la alimentación como la excesiva atención a la dieta, la adherencia a dietas estrictas, o el cálculo exhaustivo de los valores nutricionales de los alimentos, aunque con el objetivo de muscular el cuerpo o hacerlo “más grande”. Principalmente presente en hombres jóvenes que levantaban pesas, la describían como un miedo a ser demasiado pequeño, y a percibirse a sí mismo como pequeño y débil, aunque la persona fuese grande y musculada. Actualmente estos aspectos son considerados secundarios a la búsqueda excesiva de la musculosidad típica de la DM (Murray et al., 2012). Además, este subtipo suele coexistir con preocupaciones por otros defectos físicos.

La segunda forma de TDC, es la denominada por “poder” o por “proximidad” (TDCPP), en la cual la persona está preocupada por defectos percibidos en otra persona que

posee un aspecto normal (APA, 2013; Atiullah y Phillips, 2001; Greenberg, Sarvode Mothi, y Wilhelm, 2016; Josephson y Hollander, 1997). En un reciente estudio, Greenberg y colaboradores (2016) estudiaron más a fondo la fenomenología del TDCPP, y encontraron que las características fenomenológicas son prácticamente las mismas que en el TDC, excepto por el foco de la preocupación. En este respecto, encontraron que la persona que genera la preocupación puede variar considerablemente, siendo más frecuente una persona muy cercana (p.ej., pareja), pero también puede ser un extraño.

5. CURSO Y COMPLICACIONES

El TDC suele tener su inicio en la adolescencia (Andreasen y Bardach, 1977; Munro y Stewart, 1991; Phillips, 1991; Thomas, 1984), cuando las preocupaciones por los cambios físicos y sociales son más marcados (Pliner, Chaiken, y Flett, 1990). La edad de inicio en distintos estudios se ubicó alrededor de los 16 años (Bjornsson et al., 2013; Conroy et al., 2008; Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005), estando asociada a una mayor ideación e intentos suicidas (Bjornsson et al., 2013), aunque no está muy clara la asociación entre la edad de inicio más temprana y un pronóstico peor. Se ha encontrado que las características del TDC en la adolescencia son iguales que aquellas en adultos (Veale y Neziroglu, 2010).

El TDC suele permanecer por muchos años sin ser diagnosticado (Hollander et al., 1993). Veale et al., (1996) y Phillips y Diaz, (1997) situaron en 15 el número de años que pasan hasta que el TDC es reconocido como tal. Y sin un tratamiento adecuado, el TDC tiende a cronificarse (Phillips, Pagano, Menard, 2006). En un estudio prospectivo de 4 años en 200 participantes con este diagnóstico, Phillips, Menard, Quinn, Didie, y Stout (2013) encontraron que además de ser crónico, las personas con TDC presentaron una baja probabilidad de remisión total, y una alta probabilidad de recaída.

5.1. El problema del suicidio

El TDC es un trastorno grave y esto se ve reflejado en la presencia de ideación e intentos suicidas en las personas con este trastorno. En varios estudios relacionados con este tema (Phillips, 1991, 2007; Phillips y Menard, 2006; Phillips, Menard, Fay, y Pagano, 2005; Shaw, Arditte Hall, Rosenfield, y Timpano, 2016; Veale et al., 1996), se ha encontrado que el 57,8% de estos pacientes había presentado ideación suicida, entre el 25 y el 30% había tenido intentos suicidas, y un número menor (0,3%) habían logrado completar el suicidio. Shaw et al., (2016) preguntaron a personas con TDC que habían pensado en cometer suicidio, las razones detrás de ello, y algunas de las razones esgrimidas fueron la creencia de ser una carga para los demás y la sensación de desconexión con las otras personas. En este mismo estudio, la presencia de depresión medió las asociaciones entre la gravedad del TDC y la creencia de carga y la frustración en el sentido de pertenencia.

Algunos factores de riesgo asociados al suicidio en el TDC, además de la ideación e intento suicidas, se encuentran la hospitalización psiquiátrica, desempleo y deterioro funcional, no tener una relación de pareja, una red social pobre, e historia de abuso (Phillips et al., 2005; Phillips et al., 2005a). Otro riesgo adicional es la comorbilidad con otros trastornos mentales como el trastorno depresivo mayor, trastornos alimentarios, y trastornos de abuso de sustancias (Gunstad y Phillips, 2003; Hollander et al., 1993).

5.2 Calidad de vida

El TDC además está asociado con un pobre funcionamiento en las distintas áreas de la vida de la persona (Didie, Loerke, Howes, y Phillips, 2012) y una pobre calidad de vida (Didie et al., 2006; Phillips et al., 2005b), incluso peores en comparación a otros trastornos mentales como la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático (Phillips et al., 2005; Phillips y Rasmussen, 2004). En distintos estudios sobre este tema, se encontró que aproximadamente el 50% de las personas con TDC estaban desempleadas por aspectos relacionados con el trastorno (Didie, Menard, Stern, y Phillips, 2008; Phillips, 2004; Veale et al., 1996). En casos muy graves, las personas incluso llegan a confinarse en casa por largos períodos de tiempo (Phillips et al., 2006a; Wilhelm y Neziroglu, 2002). Uno de las áreas más afectadas en estas personas es la social. Las personas con TDC suelen evitar las interacciones sociales, incluidas las relaciones de pareja. En una gran proporción, este tipo de pacientes nunca llegan a casarse (Phillips, 2004; Zimmerman y Mattia, 1998).

5.3. La ocultación de los síntomas

Uno de los aspectos más influyentes en la cronicidad del TDC es la ocultación de los síntomas por parte de este grupo de pacientes (Veale y Riley, 2001). Las personas con TDC suelen ocultar sus síntomas a familiares y amigos, e incluso al profesional sanitario (Neziroglu, Khemlani-Patel, y Yaryura-Tobias, 2006; Veale, Akyüz, y Hodsoll, 2015) al cual acuden buscando ayuda para otro tipo de síntomas comórbidos que también están presentes, como ansiedad y/o bajo estado de ánimo (Bjornsson, Didie, y Phillips, 2010; Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenberg, y Dimaite, 2010), pero no para los síntomas dismórficos.

Una de las causas de la ocultación de los síntomas en estas personas es la vergüenza experimentada. Estas, suelen experimentar una vergüenza intensa debido a las preocupaciones que ellos reconocen como superficiales o vanas (Veale y Neziroglu, 2010), y también por los comportamientos que realizan en respuesta a estas preocupaciones (Veale y Reily, 2001). El gran psiquiatra francés Pierre Janet hablaba del TDC como *la obsession de la honte de la corps*, literalmente la *obsesión por la vergüenza del cuerpo*. La vergüenza en estos pacientes puede facilitar el retraimiento y aislamiento social y están relacionadas con la presencia de depresión, confinamiento en casa, e incluso el riesgo suicida (Sündermann, Wheatly, y Veale, 2016; Weingard y Renshaw, 2015).

6. EPIDEMIOLOGÍA

6.1 Prevalencia

El TDC parecería ser un trastorno relativamente poco común tanto en la comunidad en general, como en los servicios de salud mental. La prevalencia en general del trastorno se encuentra entre el 1,7 y 2,4% (Buhlmann et al., 2010; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, y Braehler, 2006). Varios análisis entre diferentes grupos de la población muestra que este rango es más amplio, y que podría serlo aún más, ya que este trastorno sigue estando oculto e infradiagnosticado (Bjornsson et al., 2010; Neziroglu y Santos, 2013).

La prevalencia del TDC en la comunidad se encuentra en un rango entre 0,7 y 3,2% (Brohede, Wingren, Wijma, y Wijma, 2013; Buhlmann et al., 2010; Faravelli et al. 1997; Koran, Abujaoude, Large, y Serpe, 2008; Schieber, Kollei, de Zwaan, y Martin, 2015). Dentro de esta, la prevalencia del TDC en estudiantes universitarios es desde 1,2% hasta 5,8% (Liao et al., 2010, Taqui et al., 2008; Bartsch, 2007; Boroughs, Krawczyk, y Thompson, 2010; Bohne, Keuthen, Wilhelm, Deckersbach, y Jenike, 2002).

Con respecto a la prevalencia en muestras clínicas, el rango de prevalencia del TDC es más amplio, oscilando entre un 3,2 y un 11% en pacientes ambulatorios (Kelly, Zhang, y Phillips, 2015; Wilhelm, Otto, Zucker, y Pollack, 1997; Zimmerman y Mattia, 1998), y entre 1,9 y 16% en pacientes ingresados (Conroy et al., 2008; Kollei et al., 2011; Veale et al., 2015). Veale, Gledhill, Christodoulou, y Hodsoll (2016) en una revisión sistemática de la prevalencia del TDC en distintas poblaciones, encontraron que la prevalencia ponderada en centros de

cirugía cosmética y tratamientos dermatológicos fue de 12,2%, una prevalencia bastante alta en comparación a los otros grupos.

Todos estos estudios se han realizado en Europa y Estados Unidos, siendo escasos los datos con respecto a los demás continentes. En un estudio realizado en estudiantes y pacientes y en pacientes ambulatorios en Brazil (Borda, Neziroglu, Santos, Donnelly, y Perez Rivera, 2011; Fontanelle et al., 2006), la prevalencia fue similar a la encontrada en los otros países (12%), sin embargo en la muestra Argentina la prevalencia fue mucho mayor con un porcentaje de 47%. Otros estudios en estudiantes universitarios en Australia (Bartsch 2007), Turquía (Cansever; Uzun, Dönmez, y Ózşahin, 2003), Paquistán (Taqui et al., 2008) y Alemania (Bohne et al., 2002), encontraron una prevalencia de 2,3%, 4,8%, 5,8% y 5,3% respectivamente.

6.2 Diferencias de género

La proporción de hombres y mujeres con TDC no está muy clara. En algunos estudios no se han encontrado diferencias en la distribución de género (Phillips, 1991; Phillips et al., 1994). En otros estudios se ha encontrado una mayor proporción de hombres (Hollander et al., 1993; Perugi et al., 1997) y en otros, una mayor proporción de mujeres (Phillips et al., 2006b; Veale et al., 1996).

Recientemente, Veale y colaboradores (2016) encontraron diferencias de género a través de las distintas muestras estudiadas: comunidad, estudiantes, pacientes ambulatorios y hospitalizados, y entornos cosméticos. En todas estas muestras se encontró una mayor prevalencia de mujeres, con la excepción de los entornos cosméticos en los cuales esta tendencia se invirtió con un mayor número de hombres con TDC.

En cuanto a los aspectos clínicos del trastorno, Perugi y colaboradores (1997) y Phillips y Diaz, (1997), encontraron más semejanzas que diferencias entre hombres y mujeres. Phillips et al., (2006b) estudiaron las diferencias de género en 200 personas con TDC y aunque efectivamente encontraron más similitudes que diferencias, también encontraron diferencias en cuanto al objeto de la preocupación y los comportamientos asociados. Las mujeres reportaron preocuparse más por la piel, el estómago, los senos, el pecho, las nalgas, los muslos, las piernas, la cadera, los dedos del pie y el exceso de pelo

facial y corporal; mientras que los hombres tendieron a preocuparse más por los genitales. En algunos casos, sin embargo, se han encontrado casos en los que las mujeres también se habían preocupado por los genitales y habían buscado realizarse una labioplastia (Veale et al., 2014). En el caso de los hombres, la preocupación se centra más en el tamaño de los testículos y otras características más relacionadas con la masculinidad, y no en el tamaño del pene (Veale et al., 2015a). Los hombres también tendieron a preocuparse más por la estructura muscular, la escasez del pelo o la calvicie.

Por lo que se refiere a los comportamientos relacionados con el TDC, las mujeres tendieron más a realizar comportamientos repetitivos y conductas de seguridad, como camuflar el defecto, utilizando técnicas específicas para hacerlo. También fueron más propensas a comprobar su apariencia en el espejo, rascarse y pellizcarse la piel, y cambiar su ropa. Por su lado, los hombres tendieron más al levantamiento de pesas. Otras diferencias encontradas entre mujeres y hombres fueron que estos eran significativamente mayores, tendían a ser solteros o a vivir solos y a presentar un diagnóstico adicional de trastorno por consumo de sustancias. Las mujeres mostraron una mayor comorbilidad con trastornos alimentarios.

6.3. Aspectos culturales

No existen muchos estudios transculturales del TDC (Veale y Neziroglu, 2010), pero aparentemente el trastorno está presente en distintas culturas con las mismas características clínicas.

En un estudio sobre el TDC en distintos grupos étnicos en Estados Unidos, Marques y colaboradores (2011) corroboraron este supuesto entre asiáticos, latinos y afroamericanos. Las diferencias fueron encontradas en la característica del objeto de preocupación, como en el caso de los asiáticos quienes se preocuparon por la oscuridad o por el alisado del pelo. Otros estudios en distintos países (Bartsch, 2007; Borda et al., 2011; Cansever et al., 2003; Fontanelle et al., 2006; Taqui et al., 2008) sugieren que la prevalencia, la edad de inicio, el objeto de preocupación y comportamientos asociados son similares a través del mundo.

Existen dos síndromes que vale la pena mencionar, ya que algunos autores sugieren que son variantes culturales del TDC y son mencionados en el DSM-5 como síndromes

dependientes de la cultura. El primero de ellos llamado *Koro* en Malayo-Indonesio y *suoyang* en chino, hace referencia al miedo o creencia de que el pene (o los labios vaginales, pezones o senos, en la mujer), se encogerá o se retraerá y desaparecerá en el propio cuerpo (Cheng, 1996; Chowdbury y Bera, 1994). Este síndrome llamado también “síndrome de la retracción de los genitales” es conocido principalmente en el continente asiático y en algunas partes de África, y aunque tiene semejanzas con el TDC, tiene una duración más corta asociada a un estado agudo de ansiedad y evitación, existe un miedo a la muerte que no está presente en el TDC, y suele extenderse como una “epidemia”. Además, los familiares de la persona con *Koro* están convencidos al igual que la persona que lo padece, de que la retracción de los genitales derivará en esterilidad, impotencia o muerte (Veale y Neziroglu, 2010; Phillips, 2004).

El otro síndrome se denomina *taijin kyofusho*, que literalmente significa “miedo a las relaciones interpersonales” en japonés. Se caracteriza por ansiedad y evitación de situaciones interpersonales debido a la creencia o sentimiento de que la propia apariencia o acciones en las interacciones sociales pueden ofender o son inadecuadas ante los demás (APA, 2013). Este cuadro, que en general sería una variante más amplia de la ansiedad social de occidente, tiene 4 variantes en el sistema japonés de clasificación diagnóstica, y uno de ellos, *shubo kyofu*, “fobia al cuerpo deformado” es el que ha sido considerado como variante del TDC, ya que la persona está preocupada por ofender a otras personas por sus deformaciones físicas (Choy, Schneier, Heimberg, Oh, y Liebowitz, 2008; Fang y Hoffman, 2010).

7. COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El TDC suele coexistir con otros trastornos mentales (Gunstad y Phillips, 2003), lo cual suele complicar los síntomas dismórficos. El rango de trastornos comórbidos es amplio, como lo es también la psicopatología de los mismos.

7.1. Trastornos de personalidad

La coexistencia de los Trastornos de Personalidad (TP) y el TDC ha sido estudiada desde hace mucho tiempo. Andreasen y Bardach (1977), describían la personalidad premórbida de los pacientes con TDC como obsesiva y esquizoide, y en mayor medida como narcisista, mientras que Hay (1970) los describía como tímidos e introvertidos.

Varios estudios sobre la comorbilidad de ambos trastornos han encontrado que aproximadamente el 50% de las personas con TDC, también tenían un TP, con una tendencia a aumentar (Cohen et al., 2000; Didie et al., 2012; Neziroglu, McKay, Todaro, y Yaryura-Tobias, 1996; Phillips y McElroy, 2000; Phillips et al., 2005; Veale et al., 1996). En todos estos estudios, los TP del cluster C (TP por evitación, TP dependiente y TP obsesivo compulsivo), eran los más frecuentes. Dentro de estos, el trastorno de personalidad comórbido más común fue el trastorno por evitación, con tasas de entre el 38 y 82%. El orden del resto de los trastornos de personalidad comórbidos varía ligeramente, siendo en general el obsesivo compulsivo (14-82%), el dependiente (12-71%), el paranoide (14-53%) y el límite (6-76%) los más comunes después del de evitación. No se encontraron diferencias en la gravedad o en el funcionamiento entre pacientes con y sin TPs. Sin embargo, los primeros tendieron a presentar una mayor historia de confinamiento en casa, hospitalizaciones, e ideación e intentos suicidas.

Un estudio en Turquía en pacientes con trastorno límite de la personalidad encontró que el 54,3% de estos pacientes presentaba un TDC (Semiz et al., 2008). Sin embargo, los síntomas dismórficos en este TP podrían obedecer a los problemas de identidad característicos de este trastorno, ya que suelen ser más fluctuantes en intensidad que el TDC (Veale y Neziroglu, 2010).

7.2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Como se ha mencionado anteriormente, la capacidad de comprensión o *insight* en el TDC ha sido un aspecto importante en su historia y definición. En algunos casos extremos se han encontrado delirios de referencia y de persecución en relación a sentirse objeto de burla de otras personas, por su defecto (Veale y Neziroglu, 2010). Sin embargo, la comorbilidad con este tipo de trastornos no es frecuente. En el estudio más grande sobre comorbilidad,

Gunstad y Phillips (2003), encontraron un solo caso de trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial con este tipo de trastornos no es difícil, ya que en el TDC no hay presencia de alucinaciones, alteraciones en el lenguaje o alteraciones del pensamiento más graves de los ya mencionados, los cuales están relacionados estrechamente con la preocupación por un defecto físico. Además, los pacientes con y sin ideas delirantes responden igualmente al tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Phillips et al., 2006c).

7.3. Trastornos relacionados con sustancias y adicciones

No existen muchos estudios que analicen la comorbilidad entre el TDC y este tipo de trastornos. Grant, Menard, Pagano, Fay, y Phillips (2005), encontraron que de 176 personas con TDC, el 29,5% había tenido un trastorno relacionado con el uso de sustancias, y el 35,8% había presentado dependencia, siendo el alcohol y el cannabis las sustancias más abusadas. Las razones por las que las personas consumían alcohol, fueron por el malestar generado por las preocupaciones (49,5%), para olvidarse de las preocupaciones (52,5%), y para sentirse más cómodos con respecto a su apariencia en presencia de otros (59,4%) (Kelly et al., 2017). Al contrario de lo esperado, la comorbilidad con estos trastornos no supuso un agravamiento de los síntomas aunque si se encontró un mayor número de intentos de suicidio, y de hospitalizaciones.

Con respecto al momento de aparición de los síntomas, el 30% informó que el TDC era la razón principal para el abuso de sustancias, mientras que el 61% señalaron al TDC como una razón importante o algo importante en el consumo. Los hombres en este estudio, tuvieron una mayor tendencia a presentar este tipo de trastorno.

7.4. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

El TDC y los trastornos alimentarios (TA), especialmente la anorexia nerviosa (AN), comparten varias características que han planteado problemas para el diagnóstico diferencial. La primera característica compartida es la distorsión de la imagen corporal que existe en ambos trastornos. Algunos autores han planteado la posibilidad de que ambos

trastornos sean variantes de un trastorno de la imagen corporal (Cororve y Gleaves, 2001; Rosen y Ramirez, 1998), ya que en ambos existe una preocupación por una característica física, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, presencia de pensamientos intrusos y comportamientos repetitivos, y un papel central de la apariencia en la evaluación de la propia valía (Grant y Phillips, 2004; Hartmann et al., 2015; Phillips, Kim, y Hudson, 1995; Rosen y Ramirez, 1998).

Existen sin embargo diferencias que establecen una línea clara en la mayoría de los casos (Didie, Reinecke, y Phillips, 2010) como por ejemplo el objeto de preocupación (Hrabosky et al., 2009). Aunque algunos pacientes con AN presentan una preocupación por aspectos de la apariencia que no están relacionados con el peso (Grant, Kim y Eckert, 2002; Gupta y Johnson, 2000), y algunos pacientes con TDC se preocupan por el peso y la figura corporales (Phillips y Diaz, 1999), la preocupación en el caso del TDC está focalizada en aspectos de la apariencia física que no están relacionados con el peso. Otra de las diferencias es la proporción de hombres y mujeres en estos trastornos. La AN se presenta fundamentalmente en mujeres (Fairburn y Harrison, 2003), mientras que el TDC tiende a tener una proporción más equilibrada entre ambos géneros (Phillips y Diaz, 1999).

La respuesta al tratamiento es otra diferencia importante entre estos trastornos (Hartmann, Greenberg, y Wilhelm, 2013). La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento del TDC (Neziroglu y Khemlani-Patel, 2002; Wilhelm et al., 2013), mientras que ha demostrado ciertas limitaciones en el tratamiento de la AN. Lo mismo ocurre con el tratamiento farmacológico en el cual los inhibidores de la recaptación de la serotonina han demostrado ser eficaces en el TDC, pero no en la AN (Phillips, Albertini, y Rasmussen, 2002). Otra de las diferencias son los comportamientos relacionados con la dieta y el ejercicio, que son en todo caso más propios de la DM, pero centrados en la obtención de un cuerpo musculoso y no en uno delgado como en el caso de la AN y la BN.

En estudios comparando ambos trastornos, también se ha encontrado que los pacientes con un TDC presentaron mayor evitación, y mayor auto-evaluación negativa (Rosen y Ramirez, 1998), mientras que aquellos con un TA presentaron una psicopatología más variada. A pesar de esto, las personas con TDC suelen tener una peor calidad de vida, en comparación a aquellas con un TA (Hrabosky et al., 2009).

Quizás, los límites entre los TA y el TDC pueden ser más difusos con el subtipo trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado y no especificado (TANE), ya que al no cumplirse todos los criterios especificados para el diagnóstico de una AN, BN, o trastorno por atracón, las diferencias son más difíciles de establecer.

La comorbilidad entre el TDC y los TA es clara cuando la preocupación del TDC no está relacionada con el peso o la figura (Veale y Neziroglu, 2010). La prevalencia de los TA en el TDC es relativamente alta. Entre el 10 y el 32,5% de las personas con TDC, presentan también un TA (Gunstad y Phillips, 2003; Ruffolo, Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2006; Zimmerman y Mattia, 1998). La mayoría de estas personas, desarrollaron el TDC con anterioridad al TA, y ambos grupos reportaron al TDC como el diagnóstico más problemático. El grupo con TA tenía una mayor proporción de mujeres, no afroamericanas y con más comorbilidad con otros trastornos distintos al TA (Ruffolo et al., 2006), mientras que las personas con TDC reportaron más manipulación de la apariencia en general que las pacientes con AN (Hrabosky et al., 2009; Kollei, Brunhoeber, Rauh, de Zwaan, y Martin, 2012), especialmente la comprobación compulsiva.

Cuando los datos se examinan en la dirección contraria, en un estudio con 41 pacientes hospitalizados con AN (Grant et al., 2002), el 39% había tenido TDC en algún momento de su vida, y presentaban un menor nivel en el funcionamiento diario, niveles más altos de delirios y mayores hospitalizaciones, con mayores intentos de suicidio. En general, las personas con TDC reportaron una mayor insatisfacción corporal, en comparación a pacientes con trastornos alimentarios y controles, así como una mayor alteración de la imagen corporal y un impacto más negativo de la imagen corporal en la calidad de vida (Hrabosky et al., 2009).

7.5. Trastornos depresivos

La relación del TDC con los trastornos depresivos es muy estrecha (Phillips, 1999). Ya se ha mencionado que la ocultación de los síntomas por parte de los pacientes con TDC es muy frecuente, y que generalmente el motivo de consulta suele ser, junto con los ansiosos, los síntomas depresivos presentes en este trastorno.

La mayoría de los estudios han encontrado que la depresión mayor es el trastorno comórbido más frecuente (Hollander., 1993; Perugi et al., 1997; Phillips, 1991; Veale et al., 1996; Zimmerman y Mattia, 1998). En estos estudios la prevalencia vital de la depresión mayor en el TDC osciló entre el 36 y el 69%. En un estudio con 293 participantes diagnosticados con un TDC, el 59% presentaba también un diagnóstico de depresión mayor y un 76% reportaron haberlo padecido en algún momento de sus vidas (Gunstad y Phillips, 2003).

La depresión suele ser posterior a la instauración del TDC (Phillips, 2004), lo cual puede estar indicando la gravedad de este trastorno. Cuando la depresión acompaña al TDC, se presentan mayores tasas de ideación e intentos suicidas, mayores dificultades en el funcionamiento, y mayor gravedad. En un estudio longitudinal, Phillips y Stout (2006) encontraron que la mejoría de los síntomas del TDC, llevaba a su vez a una mejoría de los síntomas depresivos, y viceversa, indicando un factor etiológico común cuando ambos trastornos coexisten.

Por esta estrecha relación, algunos autores han planteado que el TDC podría ser un síntoma de la depresión. Ambos trastornos se caracterizan por la evitación de situaciones sociales, y por la presencia de ideación e intentos suicidas. Sin embargo se ha visto que aún después de la remisión de la depresión mayor, los síntomas dismórficos siguen presentes (Phillips, 1999; Phillips y Stout, 2006). La vía contraria también ha sido investigada, y algunos estudios han encontrado una alta prevalencia del TDC en personas con un trastorno depresivo mayor, especialmente en aquellos con el subtipo atípico (Nierenberg et al., 2002; Phillips, Nierenberg, Brender, y Fava, 1996).

7.6. Trastorno de Ansiedad Social (fobia social)

El TDC y el Trastorno de Ansiedad Social (AS) comparten varias características (Coles et al., 2006; Fang, Sawyer, Aderka, y Hofmann, 2013; Kelly, Dalrymple, Zimmerman, y Phillips, 2013; Kelly et al., 2010; Pinto y Phillips, 2005; Veale, Kinderman, Riley, y Lambrou, 2003), entre ellas el miedo a la evaluación negativa (Pinto y Phillips, 2005), la evitación de interacciones sociales (Kelly et al., 2010; Veale et al., 2003), la interpretación de información social ambigua como hostil o amenazante (Buhlmann, 2006; Buhlmann, McNally, Wilhelm, y

Florin, 2002), y la presencia de altos niveles de vergüenza (Buhlmann y Wilhelm, 2004; Conroy et al., 2008). Estas similitudes pueden verse reflejadas en el trastorno *Taijin kyofusho*, la versión japonesa pero más amplia de la AS, que incluye al TDC como un subtipo (Choy et al., 2008). Sin embargo, las diferencias entre ambos trastornos son bastante claras (Kelly et al., 2010; Veale y Neziroglu, 2010; Wilhelm et al., 1997). La persona con una AS cree que su comportamiento será inaceptable, lo cual derivará en burlas, rechazo o fracaso, con lo cual evita situaciones sociales en las que puede ser evaluado. La persona con un TDC está claramente preocupada por como se ve, y como lo ven los demás, en términos de la apariencia. Por tanto, la diferencia clínica más clara entre el TDC y la AS es que los primeros se evalúan a sí mismos en términos de su apariencia (Veale et al., 2003).

Aunque las tasas de prevalencia varían mucho según los distintos estudios, la AS es uno de los trastornos comórbidos más frecuentes del TDC (Hollander y Aronowitz, 1999; Veale y Neziroglu, 2010). En los diferentes estudios realizados sobre el tema, se encontró que entre el 12 y el 68% de las personas que tenían un TDC, presentaban además un diagnóstico de AS comórbido (Coles et al., 2006; Fang y Hofmann, 2010; Gunstad y Phillips, 2003; Phillips et al., 2005c; Veale et al., 1996; Zimmerman y Mattia, 1998). Aquellas personas que presentaban ambos diagnósticos tenían más probabilidad de ser desempleados, de confinarse en casa, y también presentaban un mayor deterioro y mayor historia de ideación e intentos suicidas (Coles et al., 2006; Gunstad y Phillips, 2003).

El inicio de la AS suele preceder al del TDC (Brawman-Mintzer et al., 1995; Coles et al., 2006; Gunstad y Phillips, 2003; Wilhelm et al., 1997). Mientras que en el TDC la edad de inicio se ubica en torno a los 16 años (Gunstad y Phillips, 2003; Phillips et al., 2005), en la AS suele iniciar alrededor de los 14 años (Witchen y Fehm, 2003). Estos resultados contrastan con los otros trastornos comórbidos del TDC que suelen iniciar con posterioridad a este.

En el caso de la prevalencia del TDC en personas con AS, se ha encontrado que entre el 11 y el 12% de pacientes con este trastorno, también presentaban un TDC (Brawman-Mintzer et al., 1995; Wilhelm et al., 1997), siendo menores los porcentajes que en el caso contrario. En un estudio longitudinal del curso del TDC con otros trastornos, incluyendo la AS, Phillips y Stout (2006), encontraron que los cambios en los síntomas en el TDC, no estaban relacionados temporalmente con los de la AS.

7.7. Trastorno Obsesivo Compulsivo

Recientemente como ya hemos comentado, el TDC ha pasado a ser parte del Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados (TOC-TR) en el DSM-5 (APA, 2013). Este cambio responde a la evidencia acumulada en diversos estudios que muestra las similitudes entre ambos trastornos. Entre las características compartidas se encuentran aspectos sociodemográficos, curso y duración de la enfermedad, factores genéticos y familiares, respuesta al tratamiento y patrones cognitivos y comportamentales (Abramowitz y Jacoby, 2015; Bienvenu et al., 2000; Frare et al., 2004; Hollander, 2005; Hollander et al., 1993; McKay, Neziroglu, y Yaryura-Tobias, 1997; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993; Phillips et al., 2010b; Phillips et al., 1993; Simeon, Hollander, Stein, Cohen, y Aronowitz, 1995).

A pesar de todas estas similitudes, también existen diferencias que validan al TDC como un diagnóstico independiente del TOC (Phillips et al., 2010b). Además de las diferencias en el contenido de las intrusiones y en los comportamientos repetitivos, las personas con TDC presentan un peor *insight*, mayores tasas de suicidio y mayor comorbilidad con depresión que las personas con TOC (Buhlmann et al., 2002; Eisen, Phillips, Coles, y Rasmussen, 2004; Phillips et al., 2007; Phillips et al., 2012; Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy, y Carter, 1998). En un grupo de 137 pacientes, Frare y colaboradores (2004) encontraron además que había un mayor número de personas solteras, desempleadas y con un nivel más bajo de educación con diagnóstico de TDC, en comparación a aquellos con TOC, y en general encontraron que los primeros presentaban un mayor nivel de deterioro en todas las áreas de funcionamiento. Otra diferencia importante son las creencias nucleares del TDC, las cuales parecen estar más relacionadas con la inaceptabilidad del sí mismo (p. ej., sentirse inútil, imposible de amar) (Veale et al., 1996).

Las tasas de comorbilidad del TOC en el TDC se encuentran entre un 6% y un 38% (Frare et al., 2004; Gunstad y Phillips, 2003; Veale et al., 1996; Zimmerman y Mattia, 1998). En el caso de personas con TOC, se ha encontrado que el 7,5% y el 15% de estos pacientes presentaban también un TDC, y un 12% lo habían tenido en algún momento de su vida (Bienvenu et al., 2000; Wilhelm et al., 1997).

Los datos sobre la edad de inicio no son concluyentes. En algunos estudios realizados, no se encontraron diferencias en la edad de inicio (Phillips et al., 1998; Phillips et al., 2007),

mientras que en uno si se encontraron (Frare et al., 2004). Por otro lado, Phlillips y Stout (2006), encontraron que la mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos, aumentaba la posibilidad de la remisión de los síntomas dismórficos.

En todo caso, dejamos en este punto las comparaciones entre TDC y TOC, puesto que serán objeto de un tratamiento más amplio en un capítulo posterior.

7.8. Síndrome de referencia olfativa

No existen muchos estudios sobre el Síndrome de Referencia Olfativa (SRO), y por lo tanto es difícil valorar su fenomenología. Además, este síndrome no tiene un diagnóstico separado dentro del DSM-5, sino que se encuentra dentro de la categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado especificado, asociado a la variante japonesa *Jikoshu-kyofu*.

El SRO se caracteriza por la creencia de que se emite un olor corporal desagradable y ofensivo como flatulencias, sudor, mal aliento, olores genitales o anales, entre otros, que provienen de las zonas corporales asociadas (Feusner, Phillips y Stein, 2010). Este olor, como en el TDC, no es percibido o es apenas perceptible por otras personas. Las personas con SRO realizan diversos comportamientos parecidos a los realizados por personas con TDC: comprobar la presencia del olor, preguntar a otros por el olor, camuflarlo con perfumes, desodorantes, enjuagues bucales, duchas excesivas..., Además evitan las situaciones sociales y la cercanía con otras personas para reducir la posibilidad de que otros puedan percibir su olor (Veale y Matsunaga, 2014). Y como también ocurre en el TDC, buscan ayuda médica acudiendo a especialistas relacionados con los síntomas existentes: dentistas, ginecólogos, proctólogos, lo cual suele ser, como ocurre en el TDC, ineficaz (Phillips, 2005). En resumen, la única diferencia que parece existir entre el TDC y el SRO, es el objeto de preocupación: el olor corporal. Aunque esta preocupación también está centrada en el cuerpo.

8. VARIABLES Y FACTORES IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA Y EL RIESGO A PADECER TDC

El desconocimiento de los factores implicados en el desarrollo del TDC sigue siendo un problema importante. No obstante, como sucede con el resto de trastornos mentales, existe el convencimiento del origen multifactorial del trastorno, en el que se combinan factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Buhlmann y Wilhelm, 2004; Phillips, 2006; Wilhelm, 2006). En los apartados que siguen hacemos un breve resumen de los conocimientos más establecidos sobre estos aspectos.

8.1. Factores genéticos

Los factores genéticos juegan un papel importante en la génesis de los trastornos mentales, y el TDC no es la excepción. En dos estudios de familia, Bienvenu et al., (2000) y Richter et al., (2004) encontraron que entre el 6 y el 10% de las personas que padecían un TDC, tenían un familiar que había tenido TDC en algún momento de su vida.

Existen pocos estudios sobre genética molecular en el TDC. En un estudio reciente, Phillips y colaboradores (2015) encontraron una asociación con el gen del receptor de subunidad GABRG2, el cual está relacionado con la modulación de la ansiedad y es el principal neurotransmisor inhibitorio de la corteza (Richter et al., 2009). Esto se relaciona con el hecho de que las personas con TDC tienden a experimentar altos niveles de ansiedad (Phillips, 2004). Este gen también está implicado en la conducta suicida de pacientes con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol (Zai et al., 2014), y tal y como hemos visto la conducta suicida, síntomas psicóticos como ideas de referencia y trastornos relacionados con sustancias (Gunstadt y Phillips, 2003; Grant et al., 2005; Phillips et al., 2005) están presentes en algunos casos de TDC. Richter y colaboradores (2004) también encontraron una asociación del gen Y-ácido aminobutírico (GABA A-Y2) y la comorbilidad entre TDC y TOC, y una tendencia hacia la asociación con el alelo corto del polimorfismo del gen promotor del transporte de serotonina (5-HTTLPR).

8.2. Factores neurobiológicos

Las teorías biológicas del desarrollo del TDC se basan por un lado, en la desregulación de la serotonina y por otra, en las alteraciones neurológicas (Cororve y Gleaves, 2001).

Desde la biología, el desarrollo del TDC, se ha centrado en la desregulación del sistema y los receptores serotoninérgicos (Grant y Phillips, 2005). En un caso descrito por Barr, Goodman, y Price (1992), una mujer que tras haber sido sometida a un tratamiento experimental de reducción de triptófano, un aminoácido precursor de la serotonina, presentó una exacerbación dramática de sus síntomas dismórficos. En otros estudios, (Craven y Rodin, 1987; Hollander et al. 1994), se ha encontrado un deterioro en la sintomatología dismórfica después de un abuso crónico de un antagonista de la serotonina.

Esta teoría ha ganado fuerza ya que los pacientes con TDC parecen responder a los ISRS (Perugi et al., 1996; Phillips et al., 1993; Phillips et al., 1994; Phillips, Albertini, y Rasmussen, 2000; Phillips y Hollander, 2008), que son el tratamiento farmacológico por excelencia en el TDC. Sin embargo, el debate está abierto ya que los síntomas exacerbados tras la reducción del triptófano no es específica del TDC, y la desregulación del sistema serotoninérgico podría ser una consecuencia, y no la causa, de la respuesta inhibitoria del cerebro en los circuitos frontoestriatales, cuya función es reducir la ansiedad (Veale y Neziroglu, 2010). En otro estudio analizando las conexiones anatómicas y la microestructura de la materia blanca cerebral mediante imágenes de resonancia magnética ponderadas en difusión, una técnica para la detección in vivo del movimiento de moléculas de agua en los tejidos, se encontraron correlaciones entre la arquitectura de las fibras neuronales y la falta de *insight* en personas con TDC (Feusner et al., 2013).

8.3. Mecanismos y factores cognitivos y emocionales

Los estudios realizados en cuanto a los mecanismos cognitivos subyacentes del TDC han mostrado diferentes sesgos en la percepción, interpretación, y memoria de estímulos relacionados con la apariencia en personas con TDC (Buhlmann y Wilhelm 2004).

Las observaciones clínicas en personas con TDC sugieren que estas atienden selectivamente a los defectos o imperfecciones en su apariencia, ignorando el resto de su

cuerpo, lo cual podría estar sugiriendo alteraciones en el procesamiento holístico o integral en este trastorno. En distintos estudios neuropsicológicos y de imágenes del cerebro se ha encontrado evidencia de que efectivamente las personas con TDC presentan una alteración en el procesamiento de la información (Feusner et al., 2010a). En un estudio neuropsicológico usando la figura compleja de Rey-Osterrieth, se encontró que pacientes con TDC presentaban una mayor tendencia a centrarse en los detalles de una figura compleja, en lugar de hacerlo en características más generales (Deckersbach et al., 2000). En este test, diseñado para evaluar la organización perceptual y la memoria visual, la persona tiene que copiar a mano la figura que se le presenta, y posteriormente reproducirla de memoria, sin tenerla a la vista. En otro estudio más reciente, Kerwin et al., (2014) utilizaron otro tipo de pruebas neuropsicológicas para el estudio del procesamiento local y global, específicamente el test de figuras ocultas en la cual se presentan figuras sencillas dentro de figuras complejas, y el test de Navon, en la cual letras más pequeñas forman letras grandes. Los resultados obtenidos en este estudio confirman lo encontrado en el anterior. Además, las personas con TDC fueron menos precisos y más lentos para cambiar de un estímulo a otro, en comparación con población general.

Otras investigaciones han encontrado también dificultades en el procesamiento de caras. En un estudio realizado por Yaryura-Tobias y colaboradores en el año 2002 utilizando fotografías digitales de las caras de los participantes, se encontró que las personas con TDC percibieron distorsiones en su cara que en realidad no existían. Otros estudios llevados a cabo por el grupo de Feusner (p. ej., Feusner, Bystritsky, Hellemann, y Bookheimer 2010; Feusner et al., 2010a; Feusner et al., 2010c; Feusner et al., 2013; Feusner, Townsend, Bystritsky, y Bookheimer, 2007), mediante la técnica de imagen por resonancia magnética funcional, han confirmado estos hallazgos, y los han generalizado a la percepción de otras caras y de otros estímulos no relacionados con la apariencia (Feusner, Hembacher, Moller, y Moody, 2011). En relación a esto, Feusner y colaboradores (2010b) encontraron una hipoactividad en los sistemas corticales visuales en imágenes de la propia cara y de caras familiares con pocos detalles, indicando una actividad neural anormal en el procesamiento holístico de elementos. En otro estudio (Feusner et al., 2007) también se ha encontrado una hiperactividad en el hemisferio izquierdo que contrasta con la actividad del hemisferio derecho general en población general. La predominancia del hemisferio izquierdo está

relacionada con una mayor codificación de detalles en comparación a un proceso más holístico, característico del hemisferio derecho.

Otro tipo de alteraciones se han encontrado en el procesamiento visual, en la corteza visual estriada y extraestriada, y en los sistemas frontoestriatales, específicamente en la corteza orbitofrontal y en el caudado. En un estudio (Feusner et al., 2010c), la hiperactividad en estas áreas se asoció a una mayor gravedad de los síntomas dismórficos. Los sistemas frontoestriatales están relacionados con la flexibilidad en las respuestas y el control inhibitorios, lo cual podría estar relacionado con la naturaleza repetitiva de los pensamientos y de los comportamientos presentes en el TDC.

La percepción y discriminación de estímulos faciales también se ha investigado, aunque los resultados son inconclusos (Lambrou, Veale, y Wilson, 2011). Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado una discriminación facial aumentada en personas con TDC (Stangier, Müller, Adam-Schwebe, y Wolter, 2008; Yaryura-Tobias et al., 2002). Estas personas presentaron una mayor precisión cuando tenían que discriminar características estéticas faciales, que pacientes dermatológicos con condiciones leves y graves. Otros estudios como los de Bulmann, Rupf, Gleiss, Zschenderlein, y Kathmann (2014), y Reese, McNally, y Wilhelm, (2010) no han encontrado un aumento en la discriminación facial. Buhlmann y colaboradores (2014) encontraron que las personas con TDC detectaban diferencias inexistentes en estímulos relevantes relacionados con la apariencia, pero no en estímulos irrelevantes.

Las personas con TDC también han mostrado tener una atención visual selectiva a los defectos o imperfecciones tanto en ellos mismos, como en las zonas correspondientes en caras desconocidas (Greenberg, Reuman, Hartmann, Kasarskis, y Wilhelm, 2014; Grochowski, Kliern, y Heinrichs, 2012). Utilizando la técnica de seguimiento de ojos, se encontró que las personas con TDC tendían a centrar toda su atención en los aspectos negativos de su apariencia, mientras que los participantes no-clínicos presentaban una atención más balanceada. Buhlmann y colaboradores (2002), a través del test de Stroop, una prueba en la cual se presentan palabras en diferentes colores con significado emocional variado, también encontraron sesgos atencionales en estímulos con significado emocional, especialmente aquellos relacionados con las preocupaciones en su aspecto físico.

También se han encontrado déficits en el procesamiento emocional de las personas con TDC (Buhmann, Etcoff, y Wilhelm, 2006; Buhmann, McNally, Etcoff, Tuschen-Caffier, y Wilhelm, 2004). Estos déficits están relacionados con una predisposición a malinterpretar las expresiones faciales neutras de forma negativa en situaciones relevantes, relacionadas con la preocupación, pero no en otro tipo de situaciones (Buhmann, Winter, y Kathmann, 2013). Estos resultados pueden estar relacionados con la presencia de ideas de referencia y el bajo nivel de *insight* en estos pacientes (Fang y Wilhelm, 2015). No se han encontrado, sin embargo, dificultades en la habilidad para identificar estados emocionales más complejos como inseguridad, celos u hostilidad, a través de los ojos (Buhmann et al., 2013). En la prueba utilizada en este estudio (test de leer la mente en los ojos), se presentan fotografías de ojos, sin ninguna otra información contextual, y por lo tanto no relevante para la persona con TDC, lo cual podría estar relacionado con la ausencia de dificultades en el procesamiento de estos pacientes cuando la información no es auto-relevante.

8.4. Personalidad

Hay pocos estudios que evalúen los rasgos de personalidad involucrados en el TDC. La timidez y el temperamento ansioso han sido propuestos como característicos de este trastorno, aunque no existen datos al respecto (Fang y Wilhelm, 2015; Veale y Neziroglu, 2010). Dentro de los que se han estudiado, se encuentran el perfeccionismo, la sensibilidad estética, y los sistemas de inhibición y activación comportamentales (SIC/SAC) (Bartsch, 2007; Buhmann, Etcoff, y Wilhelm, 2008; Lambrou et al., 2011; Schieber et al., 2013).

8.4.1 Perfeccionismo

Se cree que las personas con TDC piensan y se comportan de una forma más perfeccionista que otras personas. El perfeccionismo es la tendencia a la imposición de estándares muy altos y a la auto-evaluación de una forma crítica (Frost y Marten, 1990; Frost y Marten, Lahart, y Rosenblate, 1990). En el TDC el perfeccionismo está relacionado con la apariencia y con el ideal exagerado de sí mismo (Bartsch, 2007). Creencias del tipo “Mi apariencia tiene que ser perfecta” son frecuentes en personas con este trastorno (Veale et al., 1996).

Desde una perspectiva evolutiva, intentar ser lo más perfecto y simétrico posibles tiene un significado adaptativo, ya que las imperfecciones y asimetrías en la apariencia pueden interferir con el éxito en el apareamiento en animales y humanos (Veale et al., 1996). Esto se ha visto confirmado en varios estudios (p. ej., Moller y Thornhill, 1998) en los que la simetría está relacionada con la atracción sexual en la mayoría de las especies, incluyendo a los humanos. Y a su vez es deseada por ser indicativa de ausencia de parásitos, infecciones, o exposiciones a radiación (Gangestad, Thornhill, y Yeo, 1994).

En los pocos estudios realizados sobre este rasgo (Bartsch, 2007; Buhlmann et al., 2008; Schieber et al., 2013) los resultados confirman un mayor nivel de perfeccionismo en personas con TDC, en comparación con población general. Buhlmann y colaboradores (2008) encontraron que las personas con TDC eran más estrictas consigo mismas cuando evaluaban el atractivo físico, en comparación al grupo control, pero no con personas con TOC, con los cuales tampoco se encontraron diferencias en perfeccionismo. Se encontraron niveles más altos en la subescala de preocupación por los errores la cual está relacionada con la tendencia a interpretar las imperfecciones como un fracaso, y la tendencia a creer que la imperfección generará falta de respeto por parte de otras personas.

8.4.2. Sensibilidad estética

La sensibilidad estética es otro de los rasgos que han sido estudiados en el TDC (Veale et al., 1996; Veale y Lambrou, 2002). Veale (2004a) propone que las personas con TDC son más sensibles estéticamente, presentando una mayor respuesta emocional ante personas atractivas físicamente, y le otorgan un mayor valor a la importancia de la apariencia en la identidad.

El concepto de sensibilidad estética está basado en la noción de “esteticidad” de Harris (1982), referida a la sensibilidad innata de la percepción estética, la cual conlleva a un aumento de la autoconsciencia de la apariencia física. La sensibilidad estética se define como la apreciación y la consciencia de la belleza y la armonía (Lambrou et al., 2011), y tiene 3 componentes: uno perceptivo, referido a la habilidad de diferenciar variaciones en proporciones estéticas; emocional, relacionado con el grado de emotividad experimentada ante la belleza y la fealdad; y la evaluativa, relacionada con estándares, valores e identidad

estéticos. Lambrou y colaboradores (2011) encontraron que las personas con TDC presentaban una comprensión aumentada de las proporciones estéticas y una estimación más precisa de sí mismos. Estas personas no presentaron distorsiones en el componente perceptivo, pero sí en el emocional y en el evaluativo de su auto-imagen. En estudios más recientes, Hübner et al., (2016) y Schieber et al., (2013) compararon la sensibilidad estética, los primeros entre personas con TDC, TOC, AS y personas no-clínicas, y el segundo solo con este último grupo, y no encontraron diferencias en esta dimensión.

8.4.3. Inhibición conductual

Los sistemas de Inhibición (SIC) y Activación conductual (SAC) (Gray, 1982) se han propuesto como las responsables del comportamiento individual en las situaciones con contenido emocional. Schieber y colaboradores (2013) quisieron explorar estos componentes de la personalidad en el TDC, y encontraron una mayor reactividad en el SIC. Esta reactividad ha estado relacionada con la propensión a la ansiedad y en consecuencia, a un amplio rango de psicopatologías (Johnson, Turner, y Iwata, 2003). Estos resultados son coherentes con la comorbilidad del TDC con los trastornos de personalidad del cluster C, caracterizados por estilos de personalidad ansiosos e inhibidos.

8.5. Experiencias tempranas negativas

Algunas personas con TDC han reportado haber tenido experiencias negativas en la infancia. En un estudio sobre la aparición de imágenes espontáneas en el TDC, Osman, Cooper, Hackmann, y Veale, (2004) encontraron que la mayoría de personas con TDC habían experimentado frecuentemente imágenes molestas relacionadas con un evento anterior estresante de burla o acoso por algún aspecto de la apariencia o por los cambios de apariencia típicos de la adolescencia. Buhlmann, Cook, Fama, y Wilhelm (2007), también encontraron que en comparación con población general, las personas con TDC reportaron haber experimentado más episodios de burlas tanto por la apariencia, como por alguna habilidad en general, las cuales se asociaron con la gravedad de los síntomas dismórficos. Sorprendentemente, estas experiencias no fueron más molestas para las personas con TDC de lo que lo fueron para el grupo control.

Otro de los aspectos asociados con el desarrollo del TDC, y relacionado con la edad de inicio, son los cambios físicos característicos de la adolescencia. Sobre todo si se posee una característica física distintiva como ser muy alto/bajo, desarrollarse más tarde o más temprano, tener una nariz grande, o tener problemas graves de acné (Rosen, 1995).

Aunque no son específicas del TDC, otras experiencias como una red social escasa, el aislamiento, la falta de apoyo familiar o incluso el abuso infantil, se han relacionado con este trastorno (Veale, 2004). En un estudio con 75 participantes con TDC sobre abuso y negligencia infantil (Didie et al., 2006a), el 78,7% de los participantes reportaron haber padecido algún tipo de abuso o negligencia infantil. La negligencia emocional (68%), seguida de abuso emocional (56%) y abuso físico (34,7%), fueron los más comunes. El 28% de las personas reportaron haber padecido abuso sexual, siendo este tipo de abuso mayor en mujeres. El abuso sexual correlacionó con mayor gravedad de los síntomas y aquellos que percibieron maltrato emocional, físico o sexual tuvieron una mayor probabilidad de haber tenido intentos de suicidio.

8.6. Factores socioculturales

Los factores socioculturales son importantes en cualquier trastorno mental. En el TDC parecerían ser especialmente importantes dado el objeto de preocupación, y la presión social en relación a la imagen corporal (Wilhelm, 2006). Las preocupaciones sobre la apariencia y la imagen corporal son prácticamente universales, siendo probablemente una consecuencia de la presión social que existe con respecto a la figura y el aspecto físico (Striegel-Moore y Bulik, 2007).

La continuada exposición a estándares irreales de belleza en los medios podría tener un impacto en el desarrollo del TDC (Neziroglu et al., 2006).

8.7. Creencias y actitudes

Otro de los aspectos investigados es el papel que juegan las creencias disfuncionales sobre el aspecto físico y su importancia. El grupo de Buhlmann (p.ej., Buhlmann et al., 2006, 2008; 2009; 2011) aporta datos sobre la importancia de tales creencias, tanto a nivel de

procesamiento implícito como explícito, en pacientes con TDC. De acuerdo a sus estudios, este grupo de pacientes presentan creencias sobrevaloradas sobre el atractivo físico y confunden ese atractivo con felicidad (por ej., “Si fuera más atractivo.... sería más feliz.... mi vida sería mucho mejor”).

Las creencias nucleares que se suelen activar en las personas con TDC están relacionadas con a) ser un fracasado o inadecuado, b) no tener ningún valor, c) ser feo, repulsivo o anormal, d) ser inaceptable o no poder ser querido, e) ser rechazado por otras personas por el resto de su vida. Estas creencias suelen contribuir al mantenimiento de los síntomas dismórficos, ya que estos pacientes tienden a sobrevalorar, y sobreestimar el significado y la importancia de ser físicamente atractivo (Feusner, Neziroglu, Wilhelm, Mancuso, y Bohen, 2010). Además, suelen fusionar la apariencia con los valores personales, e incluso con la identidad, considerándola como un aspecto definitorio del “yo” (Premo, Sarfan, y Clerkin, 2016; Veale, 2004a; Wilhelm y Neziroglu, 2002).

Un aspecto importante relacionado con las creencias, es que estas conducen a las personas con TDC a recordar, percibir, e interpretar solo la información que es consistente con sus creencias disfuncionales o no adaptativas (Buhlmann et al., 2002; Veale et al., 1996; Wilhelm y Neziroglu, 2002) y a ignorar la información “no relevante” en este sentido.

CAPÍTULO 3.

MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS ACTUALES

Se han propuesto varias teorías desde la perspectiva cognitivo-conductual para explicar el desarrollo y mantenimiento del TDC (Neziroglu et al. 2008; Rosen y Reiter, 1995; Veale 2004a; Veale et al. 1996; Wilhelm, 2006; Wilhelm y Neziroglu 2002). Todas estas teorías comparten la premisa común de que las emociones y los comportamientos están determinados por la forma en que son interpretados, y que la modificación de los patrones desadaptativos o disfuncionales de pensamiento, creencias y comportamientos conducirá a una mejoría en los síntomas dismórficos (Wilhelm et al., 2013). También incorporan dentro de la génesis del trastorno, los factores de riesgo de tipo biológico, psicológico y social, que han sido descritos anteriormente. Sin embargo, cada modelo enfatiza más unos aspectos que otros.

Algunos modelos incluyen el concepto de sensibilidad estética, el concepto de “yo” como un objeto estético (Veale et al., 2002), el aprendizaje social y el condicionamiento (Neziroglu, Roberts, y Yaryura-Tobias, 2004; Neziroglu et al., 2008). Otros se centran más en aspectos neurobiológicos (Yaryura-Tobias et al., 2002; Yaryura-Tobias, Neziroglu y Torres-Gallegos, 2002; Saxena y Feusner, 2006; Feusner, Yaryura-Tobias, y Saxena, 2008), y neuroanatómicos (Rauch, Shin, y Wright, 2003).

En este apartado se presentarán los tres modelos teóricos que han tenido mayor influencia en el estudio del TDC, y que resumen de cierta forma todos los aspectos relacionados con este trastorno que se han venido comentando en los capítulos precedentes.

Aunque estos modelos fueron diseñados específicamente para el TDC, incorporan varios elementos del modelo cognitivo-conductual de la ansiedad social (Clark y Wells, 1995), del TOC (Salkovskis, 1999), y del modelo cognitivo de aprendizaje social de la distorsión de la imagen de Cash (2002, 2008).

1. EL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL PROPUESTO POR FUGEN NEZIROGLU

El modelo propuesto por esta autora (Neziroglu et al., 2004, 2008) hace hincapié en el condicionamiento evaluativo (clásico) y operante, así como en el papel que tienen los marcos relacionales en el desarrollo de las creencias relacionadas con el TDC. Así, en este modelo las experiencias tempranas, tanto positivas como negativas, pueden hacer que una persona se focalice en la apariencia, lo cual contribuye a la formación de creencias nucleares acerca del valor del atractivo físico. Como ejemplo de experiencias tempranas se encuentran los comentarios orientados a la apariencia (“eres el más alto de la clase”) y no al comportamiento (“lo hiciste fenomenal en la actividad de clase”) o al refuerzo positivo o intermitente de alguna característica física atractiva, lo que puede servir como reforzador de la idea de que la apariencia es realmente lo importante. Como ejemplo de experiencias tempranas negativas se encuentran el acoso o la burla, las cuales pueden conducir la atención hacia la apariencia.

Otro aspecto importante en el modelo es el aprendizaje social o vicario, que se refiere al aprendizaje a través de la observación. El ejemplo más claro se encuentra en los medios de comunicación, que envían constantemente mensajes relacionados con la importancia del aspecto físico y del éxito de las personas atractivas.

Posteriormente, el desarrollo de los síntomas dismórficos comenzaría a través de experiencias aprendidas mediante condicionamiento clásico. Neziroglu y colaboradores (2008) ilustran este proceso con un ejemplo en el que un evento aversivo relacionado con el aspecto físico, como ser acosado por tener una cabeza grande (estímulo incondicionado, EI), genera vergüenza (respuesta incondicionada; RI), lo que posteriormente conduce a la experiencia de vergüenza o desagrado con cualquier aspecto asociado a la cabeza, como por ejemplo la línea del pelo (estímulo neutro, EN). Como el acoso es percibido como aversivo, la línea del pelo también es percibido de la misma forma, generando ambos estímulos, la misma respuesta de vergüenza.

El otro aspecto importante de este modelo es la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), que a través del condicionamiento clásico y operante, busca explicar la naturaleza generativa del lenguaje y las cogniciones. En el caso del TDC, un niño puede aprender que un grano (EI) está asociado con asco (RI). Como la palabra grano es

similar a enrojecimiento o acné, estas palabras podrían elicitar la misma emoción negativa (asco), que la palabra grano.

Con respecto al mantenimiento del problema, Neziroglu et al., (2008) proponen que el TDC se mantiene a través de condicionamiento operante, específicamente mediante el refuerzo negativo. Al mirarse en el espejo, camuflar el defecto o evitar situaciones sociales, las personas con TDC están intentando reducir o evitar emociones negativas como ansiedad, asco o depresión.

En conclusión, este modelo propone que una predisposición biológica, junto con la presencia de experiencias tempranas, pueden hacer que una persona sea vulnerable a experiencias de condicionamiento clásico y operante lo cual puede conducir en última instancia a la sintomatología dismórfica.

2. EL MODELO PROPUESTO POR DAVID VEALE

El modelo que viene proponiendo y defendiendo David Veale (2001; 2004a; et al., 1996) se centra en el rol de las imágenes, los sesgos atencionales y en procesos cognitivos como la rumiación. El concepto del “yo” como un objeto estético también es un elemento clave en este modelo, y se refiere a la experimentación de una extrema autoconsciencia y a una auto-focalización en la imagen distorsionada.

El ciclo comienza con la activación de la representación externa de la imagen corporal de la persona, la cual puede ocurrir por un evento externo, un pensamiento intruso, o cuando la persona se mira en el espejo. Es entonces cuando el proceso de atención selectiva comienza, y la persona se centra en aspectos de la representación externa (p. ej., el reflejo en el espejo), lo cual conlleva a un aumento de la autoconsciencia y a la exageración relativa de ciertas características (yo como objeto estético). Como resultado de este proceso, la persona con TDC construye una imagen mental distorsionada, una representación distorsionada de su imagen corporal. Veale (2004a) enfatiza el concepto de imagen definida por Horowitz (1970), como contenidos de la consciencia que poseen cualidades sensoriales, en contraposición a contenidos puramente verbales o abstractos, ya que las personas con TDC suelen reportar, además de imágenes visuales, otras modalidades sensoriales, como hambre o fatiga.

La imagen es utilizada para la construcción de cómo la persona se ve en el espejo, y además le brinda información sobre cómo le ven los demás. Esta imagen también suele ser vista como si fuese de otro observador, desde una perspectiva externa, como ocurre a su vez en la ansiedad social y en las experiencias de despersonalización. Esto se ha relacionado con el deseo de distanciarse y de evitar las emociones negativas asociadas a las experiencias negativas evaluativas. La activación de la imagen está asociada a su vez, con un aumento en la auto-focalización.

El siguiente paso es la activación de valores y supuestos acerca de la importancia de la apariencia, lo cual genera valoraciones negativas y juicios estéticos. En el TDC, la apariencia define en gran medida la identidad de la persona, junto a otros valores como la aceptación social, el perfeccionismo, la simetría, o la juventud, lo cual a su vez refuerza el “yo” como objeto estético. Algunos de los supuestos más frecuentes en personas con TDC son: “si no soy atractivo, no vale la pena vivir”, “si soy defectuoso, estaré solo toda mi vida” o, “si mi aspecto mejorara, mi vida también lo haría por completo”. Este modelo también tiene en cuenta procesos cognitivos relacionados con la preocupación, como las metacogniciones. Las personas con TDC se preocupan de forma anticipada por eventos futuros, y realizan constantemente comparaciones entre los distintos tipos de imágenes (la representación externa, la imagen corporal ideal, y la distorsionada), y con otras personas. Las comparaciones repetidas entre las tres imágenes, generan dudas e incertidumbre sobre la apariencia real, lo cual refuerza el comportamiento de mirarse en el espejo. El deseo del paciente por saber exactamente cómo luce, solo se ve satisfecho al mirarse en el espejo. Sin embargo cuanto más tiempo pasa mirándose en el espejo, peor se siente, y más se refuerza la creencia en el defecto y en la fealdad. Generalmente existe una gran discrepancia entre la imagen corporal deseada y la real, lo que conlleva a un estado de ánimo depresivo y a pensamientos negativos.

El otro componente importante en el modelo de Veale son las emociones. Estas suelen ser complejas en este trastorno y dependen de la valoración que la persona hace sobre alguna situación o evento. Las emociones más características del TDC son la vergüenza interna (o asco hacia sí misma); vergüenza externa por el temor a cómo va a ser evaluada por las demás personas; depresión y desesperanza tanto por el fracaso en conseguir sus estándares estéticos, como por las dificultades en el área social; rabia y frustración hacia sí

misma y hacia los demás; y culpa por dañar su apariencia ya sea ella misma, o a través de cirugías estéticas. Aquí se produce un círculo de retroalimentación negativa, en el cual las emociones negativas incrementan la frecuencia o gravedad de las valoraciones negativas de la imagen corporal, incrementando a su vez la auto-focalización.

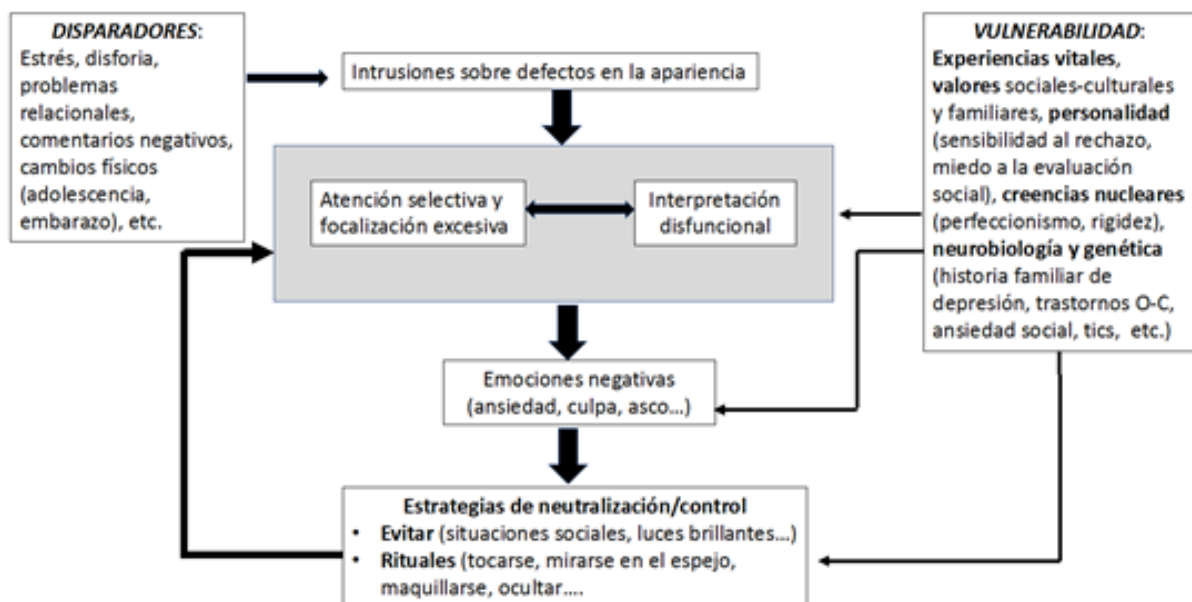
Finalmente, los comportamientos que las personas realizan en respuesta a las preocupaciones son uno de los factores de mantenimiento más importantes del trastorno. Aunque inicialmente disminuyen el malestar o la incertidumbre, son contraproducentes, incrementando la autoconsciencia, la preocupación y las valoraciones negativas. Además, requieren de un esfuerzo mental y atención enormes, conducen a un mayor control de la apariencia, objetivamente pueden empeorar el aspecto físico y con esto, aumentar la atención de los demás sobre su apariencia.

Veale (2004a) habla de conductas de seguridad cuando se refiere a los comportamientos típicos del TDC, ya que considera que son estrategias comportamentales orientadas a reducir el riesgo de amenaza en las situaciones temidas. También utiliza el término de conductas sumisas desde un punto de vista evolutivo, ya que considera que estos comportamientos pudieron haber sido adaptativos en ciertos contextos, en el pasado. Relacionado con lo anterior, Veale y Gilbert (2014), han propuesto una explicación alternativa de la fenomenología del TDC, en la que los síntomas dismórficos son en realidad una respuesta a la percepción de una amenaza generada por la imagen corporal distorsionada y por experiencias aversivas pasadas. En esta teoría con bases evolutivas, los sesgos en la atención y la comprobación de la apariencia son en realidad mecanismos de detección y vigilancia de la amenaza. Comportamientos como la comparación con otras personas o el camuflaje de la apariencia, tendrían la función de controlar y evitar amenazas sociales como el desprecio, el rechazo, o el ridículo provenientes de otras personas. Estos miedos podrían tener sus raíces en recuerdos tempranos emocionalmente aversivos, presentes en muchos de estos pacientes.

3. EL MODELO PROPUESTO POR SABINE WILHELM

Wilhelm (Wilhelm, 2006; Wilhelm y Fang, 2015; Wilhelm y Neziroglu, 2002) ha propuesto un modelo explicativo general sobre el TDC que guarda muchas semejanzas con el actual modelo cognitivo del TOC (ver Figura 1). El modelo parte de asumir que, si bien todas las personas experimentamos pensamientos o imágenes negativas acerca de nuestro aspecto, las personas con TDC reaccionan de manera disfuncional a tales imágenes y pensamientos. La disfuncionalidad se traduce en sesgos como la atención selectiva a los defectos físicos, separándolos de la totalidad de la apariencia, lo que provoca que se perciban como más importantes y “grandes” de lo que en realidad serían si se tuviera en cuenta el contexto general. A partir de aquí, entran en juego otros sesgos de tipo interpretativo, tales como sobrevalorar la importancia del aspecto físico, poseer estándares muy elevados y exigentes sobre la belleza y la perfección de la propia apariencia o aspecto, además de sesgos de interpretación auto-referenciales en situaciones sociales. Algunos de los pensamientos más frecuentes son “mi piel es tan horrible, que nadie puede quererme así”, o “todo el mundo se centrará en mi cara horrible”.

Figura 1. Modelo explicativo del TDC de Sabine Wilhelm



El siguiente paso del modelo propone que estos sesgos activan un estado emocional negativo (ansiedad, vergüenza, asco, disforia), que la persona intenta regular mediante comportamientos “compensatorios”, como la comprobación, la ocultación y/o el camuflaje del/os defecto/s, o la evitación de situaciones sociales y/o de personas que puedan activar un estado emocional negativo. Se postula que estos comportamientos claramente disfuncionales mantienen las creencias e interpretaciones disfuncionales vía refuerzo negativo, puesto que permiten reducir el estado emocional negativo a corto plazo. El modelo reconoce la influencia que pueden tener otros factores en la génesis y/o el mantenimiento del trastorno, tales como la sensibilidad al rechazo, el miedo a la evaluación social negativa, experiencias tempranas, valores familiares y culturales, o factores neurobiológicos y genéticos todavía en estudio.

Estos 3 modelos descritos logran integrar los aspectos más investigados en relación al TDC, especialmente los dos últimos, y se adaptan también a la fenomenología de este trastorno en los pacientes que lo padecen. Sin embargo, aunque algunos supuestos y procesos de estos modelos tienen apoyo empírico, gran parte de sus supuestos carecen aún de evidencia empírica que los sustente. De esta forma, son necesarios más estudios orientados a la investigación de los modelos explicativos del TDC.

CAPÍTULO 4.

EVALUACIÓN DEL TDC

Existen diversas medidas, tanto en formato auto-informe como de entrevista clínica, diseñadas para la detección, el diagnóstico, y la valoración de síntomas dismórficos. A continuación se presentan brevemente los más utilizados y validados.

1. MEDIDAS RELACIONADAS CON LA DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE SÍNTOMAS

Entre las medidas para la valoración de los síntomas, se encuentran el Cuestionario de Alteración de la Imagen Corporal (Body Image Disturbance Questionnaire, BIDQ; Cash, Phillips, Santos y Hrabosky, 2004), y el Inventario de Preocupaciones por la Imagen Corporal (Body Image Concern Inventory, BICI; Littleton Axsom y Pury, 2005), centradas en la valoración de creencias y comportamientos generales relacionados con este constructo. El Cuestionario de las Preocupaciones Dismórficas por su lado (Dysmorphic Concern Questionnaire, DCQ; Oosthuizen, Lambert y Castle, 1998) es un auto-informe orientado a la valoración de síntomas, en lugar del TDC como trastorno. Por otra parte, el Inventario de Ansiedad por la Apariencia (Appearance Anxiety Inventory, AAI; Veale et al., 2014a), un auto-informe de 10 ítems, evalúa los procesos de evitación y control de la amenaza en la ansiedad relacionada con la apariencia física.

Veale y colaboradores (2012) también han desarrollado un cuestionario breve de 9 ítems para la detección del TDC en contextos cosméticos (Cosmetic Procedure Screening Questionnaire, COPS) que puede ser usada para evaluar la mejoría o insatisfacción tras un procedimiento cosmético.

2. MEDIDAS RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS

Con respecto a las medidas para valorar la presencia y gravedad del TDC, se encuentran el Examen del Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Examination, BDDE; Rosen y Reiter, 1996), y la Escala Yale-Brown modificada para el TDC (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Modified for BDD, BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997), ambos instrumentos diseñados en formato de entrevista clínica, de una extensión considerable.

En formato auto-informe también se encuentran el Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ; Phillips, Atala y Pope, 1995), y la más reciente Escala de Síntomas del TDC (The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale BDD-SS, Wilhelm, Greenberg, Rosenfield, Kasarskis y Blashill, 2016), que pretende ser más exhaustivo en la valoración de síntomas dismórficos.

De todas ellas, las más utilizadas en contextos clínicos son la BDD-YBOCS y el BDDQ. La BDD-YBOCS es una versión modificada de la escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Y-BOCS) (Goodman et al., 1989), uno de los cuestionarios más utilizados para valorar la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Al igual que la Y-BOCS, la versión para el TDC, es una entrevista clínica para valorar la gravedad del TDC. Incluye 12 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas dismórficos en la última semana, en una escala Likert de 5 puntos. Los primeros 5 ítems evalúan las preocupaciones por el defecto físico percibido en la apariencia (tiempo ocupado, interferencia, malestar, resistencia y control). Los 5 ítems siguientes evalúan los mismos aspectos pero relacionados con los comportamientos repetitivos relacionados con el defecto físico. El ítem 11 evalúa el insight, y el ítem 12 la evitación por los síntomas dismórficos. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 48, con valores más altos indicando mayor gravedad. En cuanto al BDDQ, puede ser completada como auto-informe o como entrevista clínica. Su objetivo es valorar la presencia de síntomas dismórficos y su diferenciación con trastornos alimentarios, tomando como referencia los criterios del DSM-IV. Incluye 12 ítems, formulados como preguntas, con distintos formatos de respuesta (sí/no, de desarrollo y de opción múltiple), los cuales evalúan insatisfacción corporal, malestar, interferencia en las distintas áreas de funcionamiento, consecuencias de la evitación, y cantidad de tiempo

empleado pensando en las preocupaciones. Para establecer un diagnóstico de TDC las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.

3. MEDIDAS RELACIONADAS CON EL INSIGHT DE LAS PREOCUPACIONES

También existe una entrevista semiestructurada de 7 ítems que evalúa el insight de las creencias con respecto a distintos tipos de cogniciones (p. ej., obsesiones, preocupaciones, ideas, delirios): la Escala de Evaluación de las Creencias de Brown (The Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS; Eisen et al., 1998). Esta escala es utilizada en una gran variedad de trastornos que tienen como característica asociada un bajo insight, como es el caso de los trastornos del estado de ánimo, el TOC, los TA, y el TDC. En este último trastorno, la escala ha sido muy utilizada para valorar la convicción de las preocupaciones sobre un defecto en la apariencia (Hartmann, Thomas, Wilson, y Wilhelm, 2013; Phillips et al., 2012; Phillips et al., 2013).

Todos estos instrumentos han demostrado tener propiedades psicométricas satisfactorias a través de diferentes estudios. Algunas de ellas son ampliamente utilizadas, y han sido traducidas y adaptadas a otros idiomas. Sin embargo se centran en evaluar la presencia y/o gravedad de síntomas ya establecidos y no de posibles síntomas prodrómicos, ya sea en población general o en contextos clínicos.

CAPÍTULO 5.

TRATAMIENTO DEL TDC

Las inconsistencias en la delimitación y conceptualización diagnóstica del TDC, que se revelan en su tardía y cambiante incorporación a los sistemas de diagnóstico psiquiátrico como ya se ha comentado, han tenido una influencia notable en el desarrollo y validación de tratamientos específicos para este trastorno. Un buen ejemplo lo constituye la acreditada Guía NICE, del National Institute for Health and Care Excellence británica.

En la última edición de esta Guía (NICE, 2014), de referencia obligada para la implementación de tratamientos eficaces, el tratamiento del TDC se encuentra en el mismo capítulo dedicado al tratamiento del TOC. La única diferencia importante entre el tratamiento del TDC en comparación con la del TOC, aparece en el tercer paso o nivel del tratamiento para niños y jóvenes: en el caso del TOC de gravedad leve o moderada, se incluye en primer término la posibilidad de implementar tratamientos psicológicos de autoayuda, guiados por el terapeuta. Sin embargo, esta posibilidad no se plantea en el caso del TDC, ya que independientemente de su gravedad el primer paso del tratamiento es el cognitivo-conductual, incluyendo exposición con prevención de respuesta (EPR). A continuación se resumen brevemente los principales elementos del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) y del farmacológico.

1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento psicológico de elección es como se acaba de mencionar la TCC. Distintos estudios han demostrado reducción de síntomas (Neziroglu et al., 1996; Wilhelm et al., 1999) con intervención individual y grupal (Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996), y tanto si están más centrados en el componente conductual (McKay et al., 1997) como en el cognitivo (Geremia y Neziroglu, 2001).

El objetivo de la TCC es ayudar a los pacientes a comprender mejor sus dificultades a través de la identificación y modificación de los factores de mantenimiento del problema, una vez se hayan identificado en su evaluación. Se han realizado algunos ensayos

controlados aleatorizados (ECA) con el objetivo de probar la eficacia de la TCC en pacientes con TDC. El tratamiento ha demostrado ser superior a las listas de espera (Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996), y al manejo de la ansiedad (Veale et al., 2014a).

Wilhelm y colaboradores (2013) han desarrollado un manual para la TCC individual por módulos que incluye componentes básicos como psicoeducación, intervención cognitiva, exposición con prevención de respuesta (ERP), mindfulness y reentrenamiento perceptual para reducir la atención selectiva a los detalles. Estos componentes fueron probados en un estudio con un grupo de 12 pacientes (Wilhelm et al., 2011) con buenos resultados. Tanto los síntomas dismórficos como los depresivos, disminuyeron significativamente en el postratamiento, y se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. En un ECA más reciente, se confirmaron estos datos. En 22 sesiones, los pacientes disminuyeron 16,5 puntos en la medida de gravedad para el TDC, la escala Y-BOCS modificada para el TDC (Wilhelm et al., 2014).

La TCC ha presentado no obstante algunas limitaciones en el tratamiento de otro tipo de emociones que no están tan relacionadas con la ansiedad, como la vergüenza, la ira, o el asco (Sündermann et al., 2016), asociadas a recuerdos negativos de experiencias tempranas en pacientes con TDC. Para este tipo de emociones se han propuesto otro tipo de intervenciones basadas en el procesamiento de las emociones, particularmente la terapia del “reprocesamiento de imágenes” desarrollada originalmente para el tratamiento del trauma por Smucker y Dancu (1999), con el objetivo de modificar o “actualizar” el significado de los recuerdos traumáticos a través de imágenes, con una nueva perspectiva como adulto. En dos estudios (Ritter y Stangier, 2016; Wilson et al., 2016) con grupos reducidos de pacientes, se ha obtenido una reducción significativa de síntomas en la mayoría de los participantes.

2. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Junto con la TCC, el farmacológico es el tratamiento de primera línea para este trastorno (Phillips y Hollander, 2008), siendo los ISRS el medicamento de elección. Los ISRS son medicamentos antidepresivos, usados en un amplio rango de trastornos como el TOC, la depresión mayor, ansiedad por la salud, y trastornos de ansiedad, entre otros. La farmacoterapia apropiada puede mejorar sustancialmente los síntomas centrales, el funcionamiento psicosocial, y las tendencias suicidas de los pacientes con TDC (Phillips, 2005). Según la Guía NICE, cuando el uso de los ISRS se muestre insuficiente, debe considerarse la inclusión de clomipramina.

En un meta análisis (Williams, Hadjistavropoulos, y Sharpe, 2006) y una revisión (Ipser, Sander, y Stein, 2009) sobre la eficacia del tratamiento psicológico y farmacológico del TDC, se encontró que ambas intervenciones son efectivas. En el meta análisis, los autores concluyen que la TCC es más eficaz frente a la psicoterapia. No obstante, esa aseveración ha sido criticada por no contar con evidencia empírica suficiente (Ipser et al., 2009; Phillips y Hollander, 2008). Pero, en todo caso, según la Guía NICE, el tratamiento farmacológico debe acompañarse de TCC en todos los niveles o fases del tratamiento.

CAPÍTULO 6.

PREOCUPACIONES DISMÓRFICAS, OBSESIONES, COMPULSIONES, PENSAMIENTOS INTRUSOS, Y METACOGNICIÓN: PUNTOS DE ENCUENTRO Y DE DESENCUENTRO

Ya se ha mencionado anteriormente que la decisión de la APA de crear un nuevo capítulo de trastornos alrededor del TOC en el DSM-5 se basaba en la relación de otros trastornos con esta condición, en base a ciertos aspectos que habían demostrado ser muy similares. De hecho, de todos los trastornos que finalmente están incluidos en el grupo de TOC-TR, el TDC es el que comparte más características con el TOC sin duda alguna (Abramowitz y Jacoby, 2015). Existen tantas similitudes entre ambos trastornos, que algunos autores han llegado de hecho a proponer que el TDC sea una variante y/o subtipo del TOC (Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumer, y Klein, 1989; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993; Phillips et al., 1993), con diferencias solo en el foco de atención: la apariencia.

Con relación a las características asociadas, son muchas las características compartidas entre estos trastornos, por ejemplo, la comorbilidad. Ambos trastornos parecen ser comórbidos entre ellos. Hemos visto que el TOC es uno de los trastornos comórbidos más frecuentes en el TDC (Gunstad y Phillips, 2003), y desde la perspectiva contraria, el TDC también está presente en el TOC. Por ejemplo, Bienvenu y colaboradores (2000) encontraron que en un grupo de 80 personas con TOC, el 15% tenían un diagnóstico asociado de TDC.

La edad de inicio y curso también son similares entre ambos trastornos. Ambos presentan una edad de inicio temprana, y el curso del trastorno tiende a la cronicidad. También son similares en la distribución de género, la presencia de ideación suicida (Frare et al., 2004), nivel de gravedad, y en la respuesta al tratamiento. Los dos trastornos parecen responder a los ISRS (Perugi et al., 1996; Phillips et al., 1994, y a la terapia cognitivo-conductual (McKay et al., 1997; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993, Saxena et al., 2001). También parece existir carga familiar conjunta, lo que habla a favor de una varianza genética compartida. El TOC es el trastorno más frecuente en familiares de personas con TDC

(Hollander et al., 1993), y el TDC uno de los trastornos más comunes en familiares de personas con TOC (Bienvenu et al., 2000).

Con todo, uno de los aspectos más importantes compartidos entre ambos trastornos es la presencia de pensamientos y comportamientos repetitivos y la relación funcional entre ambos (Abramowitz y Jacoby, 2015). Las obsesiones, síntoma central del TOC, se han definido como pensamientos, ideas, imágenes, o impulsos de carácter intruso y persistente, que son experimentadas como indeseadas, inaceptables, o sin sentido (p.ej., Rachman, 1997). Estos pensamientos generan mucho malestar, y aunque sus contenidos son muy variados (p. ej., orden y simetría, contaminación, daño, sexo, religión), siempre están relacionados con valores, intereses o aspectos que son importantes para la persona.

Al igual que sucede con las obsesiones, las preocupaciones por el aspecto físico típicas del TDC son experimentadas como intrusas e indeseadas. Estos pensamientos además generan mucha ansiedad y malestar, y son difíciles de resistir (APA, 2013; Cororve y Gleaves, 2001; Phillips et al., 1995, Wilhelm et al., 2013). Algunos estudios que han comparado directamente las puntuaciones de gravedad en la escala Yale-Brown (Goodman et al., 1989) y la versión modificada de esta escala para el TDC (Phillips et al., 1997) encontraron que las puntuaciones en las preocupaciones y las obsesiones, con respecto al tiempo empleado, la molestia generada, deterioro funcional, resistencia y control, eran muy similares (Phillips et al., 1998, 2007), sugiriendo semejanzas en estos aspectos.

Las similitudes entre los comportamientos presentes en ambos trastornos también han sido reconocidas. Las compulsiones en el TOC aparecen como respuesta a las obsesiones con el objetivo de reducir la ansiedad y el malestar generados por estas. Las compulsiones pueden ser comportamentales, observables por otras personas, pero también pueden adoptar la forma de actos mentales. Las compulsiones pueden tener también un carácter ritualizado cuando son repetitivas y se realizan siguiendo reglas personales e idiosincráticas. Estos comportamientos son deliberados y orientados a un objetivo, pero excesivos en relación a la obsesión que quieren controlar. Otros comportamientos que se dan en respuesta a las obsesiones, pero que carecen de reglas y del carácter repetitivo que acompaña muchas veces a las compulsiones, son las denominadas estrategias de neutralización, que pueden ser tanto manifiestas u observables, como encubiertas. Su objetivo es el mismo que el de las compulsiones: reducir la ansiedad que provocan las

obsesiones, o el temor a que aparezcan. Además, se han descrito más de 200 modalidades de estas estrategias, razón por la que se consideran como infinitas en número ya que pueden adquirir múltiples formas. Algunas de las más comunes en el TOC son la distracción, la búsqueda de reaseguración, el auto-castigo, y la supresión intencional del pensamiento. Es importante resaltar que si bien este tipo de comportamientos no son específicos del TOC, son muy comunes en este trastorno y forman parte de su fenomenología.

Los comportamientos presentes en el TDC tienen el mismo carácter repetitivo de las compulsiones ritualizadas. Más aún, aunque se realizan con un objetivo, son excesivos y tienen la función de reducir la ansiedad, es decir, no son experimentados como agradables (Phillips et al., 2010). Estos comportamientos contribuyen al mantenimiento de las preocupaciones relacionadas con la apariencia de la misma forma que los rituales compulsivos mantienen las obsesiones en el TOC (Phillips et al., 2010; Veale y Reily, 2001). Estrategias de neutralización (p. ej., compararse con otros), o comportamientos de búsqueda de seguridad (p. ej., preguntar a otros sobre la apariencia), son también típicos del TDC.

Está claro que el TOC y el TDC presentan diferencias, a pesar de todas las similitudes mencionadas. Por ejemplo, las personas con TDC presentan un peor *insight* (Eisen et al., 2004; Phillips et al., 2012), mayor comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias, y presentan mayores tasas de ideación e intentos suicidas (Frare et al., 2004; Phillips et al., 2007).

Existen también algunas diferencias entre las obsesiones del TOC y las preocupaciones del TDC, aunque no todos los autores están de acuerdo en cuáles son los elementos comunes y cuáles los diferenciales. Antes de pasar a analizar las diferencias entre estos dos conceptos, es importante mencionar la ambigüedad del término “preocupación” en el TDC. En el DSM, se utiliza el término “*preoccupation*” en inglés para definir el tipo de cogniciones presentes en este trastorno. Phillips et al., (2010a) hacen referencia al carácter excesivo o extremo de la preocupación en este concepto, la cual absorbe toda la capacidad atencional de la persona. El término “preocupación” sin embargo requiere ser definido de una forma más apropiada (Phillips et al., 2010) ya que podría referirse a una obsesión, a una rumiación (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyumbomirsky, 2008), o a un “*worry*” o tendencia

general a preocuparse (Wells, 1999), es decir, productos cognitivos asociados respectivamente al TOC, a la depresión, y al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Es llamativa también la dificultad que supone la definición de este término en el idioma español. Según la Real Academia Española (RAE) (2001), el término “preocupación” está referido al verbo preocupar, vinculado a producir intranquilidad, temor, angustia o inquietud, o a ocuparse con antelación a algo. En este idioma la limitación se hace evidente ya que este término acoge el significado de 3 conceptos con diferencias significativas en el idioma inglés: “*preoccupation*”, “*concern*”, y “*worry*”.

Phillips et al., (2010) han expuesto que el “*worry*” y la rumiación no pueden apresar apropiadamente los procesos disfuncionales del pensamiento característicos del TDC. Ambos consisten en cadenas de pensamientos repetitivos, catastrofistas y/o negativos que se experimentan de forma verbal y consumen mucho tiempo y capacidad cognitiva consciente (Clark y Rhyno, 2005). Desde un punto de vista del contenido, el *worry* hace referencia a preocupaciones normales de la vida cotidiana y la rumiación a contenidos auto-referentes. Otro concepto que puede ayudar a diferenciar estos conceptos es la egodistonia (Borkovec, 1994; Clark, 2004). Un pensamiento egodistónico es aquel que es percibido como extraño o contrario a la propia moral, actitudes, creencias, preferencias, o comportamientos pasados, y/o a las expectativas sobre los pensamientos que “se deberían tener” (Purdon, Cripps, Faull, Joseph, y Rowa, 2007). En este sentido, las preocupaciones por un defecto o imperfección en la apariencia características del TDC son consideradas como egodistónicas por las personas que los experimentan.

Las diferencias con las obsesiones son más difíciles de elucidar. Al igual que con el *worry* y la rumiación, Phillips et al., (2010) afirman que las obsesiones tampoco son apropiadas para definir las preocupaciones del TDC. Una de las razones esgrimidas, es la diferencia en el *insight* de ambos tipos de pensamientos como se mencionó anteriormente, el cual demarcaría un proceso diferente en cada uno de estos pensamientos. Las otras razones se centran en la forma de experimentar estos pensamientos. Aunque la investigación es escasa en este campo, estos autores se preguntan si las preocupaciones sobre el defecto físico se dan también en forma de impulsos o imágenes, como sí se dan en el TOC.

La respuesta a la problemática que se plantea sobre las preocupaciones dismórficas y sus similitudes y diferencias con las obsesiones, podría estar en el concepto de pensamientos intrusos (PI), definidos como pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones, repetitivos y molestos, que aparecen de repente en la consciencia de forma indeseada, y que son considerados como irracionales, ajenos al propio carácter, y difíciles de controlar (Purdon y Clark, 1993). Esta modalidad de pensamientos puede darse con contenidos diferentes (Clark y Rhyno, 2005).

Los PI con contenidos obsesivos han sido objeto recurrente de investigación en el TOC desde el trabajo de Rachman y DeSilva (1978), quienes postularon que las obsesiones eran la variante extrema y por tanto patológica de los pensamientos intrusos. La diferenciación entre obsesiones y PI radicaba según estos autores, en la frecuencia y molestia con la que se producían y experimentaban (mayor en las obsesiones), pero no en su contenido. Por lo tanto, la experimentación de PI con contenidos obsesivos era, en sí misma, normal y universal, supuesto que ha recibido numeroso apoyo empírico desde entonces en diversos contextos socio-culturales (p.ej., Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, y Carrió, 2004; Clark et al., 2014; Edwards y Dickerson, 1987; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, y Gagnon, 1991; Moulding et al., 2014; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993, 1994a,b; Radomsky et al., 2014). Por otra parte, diferentes estudios han descrito la presencia de PI en otros trastornos mentales como el trastorno de estrés postraumático (p.ej., Michael, Ehlers, Halligan y Clark, 2005), el insomnio (p.ej., Harvey, 2000), y los trastornos alimentarios (p.ej., Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2016; Blackburn, Thompson y May, 2012; García-Soriano, Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2014).

A partir de las propuestas de Rachman sobre la génesis del TOC, la pregunta que se planteaba era cómo a partir de pensamientos normales, aunque desagradables, se producía un síntoma con entidad clínica significativa, como son las obsesiones. La respuesta la proporcionó el denominado modelo cognitivo del TOC (p.ej., Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985). Desde este modelo, la escalada desde un PI a una obsesión se produce a través de un proceso valorativo sobre la aparición, recurrencia, y contenido de los PI, según el cual se otorga a esos pensamientos un significado amenazante y peligroso, que entra en contradicción con los deseos y valores de la persona (Rachman, 1981; Salkovskis, 1985). A partir de ese proceso valorativo disfuncional, la persona se ve impulsada a realizar ciertos

comportamientos (manifiestos o encubiertos) cuya finalidad es neutralizar y/o controlar la aparición de los PI. Estos esfuerzos de control, que son difíciles o imposibles de mantener durante mucho tiempo, tienen efectos paradójicos puesto que, en lugar de disminuir o atenuar la recurrencia de los PI, incrementan las probabilidades de su reaparición en el flujo de pensamiento consciente. La repetición de este ciclo deriva finalmente en la aparición del TOC.

La caracterización y definición de los PI con contenidos obsesivos se asemeja a la definición de las preocupaciones típicas del TDC: son molestas, intrusivas, recurrentes, indeseadas, ocupan mucho tiempo y son difíciles de controlar (Abramowitz y Jacoby, 2015; Buhlmann et al., 2002; Rosen, 1995; Wilhelm et al., 2013). Además, al igual que sucede con los estudios mencionados sobre la universalidad de los PI con contenidos obsesivos, la presencia de estos pensamientos con contenidos sobre defectos y/o imperfecciones en la apariencia física en la mayoría de personas es el supuesto desde el que parte el modelo cognitivo-conductual explicativo del TDC de Wilhelm (2006; et al, 2013). No obstante, hay que decir que por el momento la universalidad de las preocupaciones dismórficas no pasa de ser un supuesto, pues no ha sido contrastado de manera empírica en población general. En todo caso, parece lógico plantear un posible factor etiológico de los PI en el desarrollo del TDC, en un sentido similar al rol que han mostrado tener los pensamientos intrusos obsesivos en el TOC. Es posible que los PI sobre defectos en la apariencia, que pueden suscitarse a partir de situaciones muy diversas (desde problemas de relación social, hasta situaciones de acoso y abuso, pasando por otras de inseguridad emocional, autoestima baja, etc.), sean el origen de las preocupaciones dismórficas o bien simplemente asimilables a éstas. La parte empírica de este trabajo se centra precisamente en estos aspectos, todavía no suficientemente investigados.

Como se acaba de decir, el modelo cognitivo del TOC plantea que la presencia de los PI activa un proceso de valoraciones disfuncionales y una serie de estrategias para controlar y neutralizar estos pensamientos, que lleva al desarrollo de las obsesiones clínicas. Desde esta perspectiva, las diferencias entre los PI normales de contenido obsesivo y las obsesiones clínicas radica en la forma en que las personas valoran estos pensamientos, y reaccionan ante ellos, y no únicamente en la experimentación de intrusiones y de sus contenidos. Desde una perspectiva similar, Wilhelm y Neziroglu (2002) han propuesto que lo

que distingue a las personas con TDC de población normal, no son las preocupaciones sobre la apariencia, o el defecto en sí mismo, sino la forma en que la persona reacciona ante ellos.

Algunos estudios han estudiado este supuesto. El grupo de Kollei (Kollei et al., 2012; Kollei y Martin, 2014) ha constatado que las personas con TDC experimentan elevados niveles de afecto negativo y otras emociones asimismo negativas (asco, tristeza, vergüenza y ansiedad) como consecuencia de pensamientos relacionados con el cuerpo.

Con respecto a las valoraciones disfuncionales sobre las preocupaciones por defectos en la apariencia física, aparte de las creencias relacionadas con el autoestima y el atractivo físico estudiadas por Buhlmann et al., (2009), no existen muchos estudios. Lavell, Farrell, y Zimmer-Gembeck (2014) estudiaron creencias típicamente asociadas al TOC en 246 personas de población general con síntomas dismórficos, y encontraron que estas personas presentaban creencias sobre la importancia y control del pensamiento. Summers, Matheny, Sarawgi, y Cogle (2016) han estudiado el papel de la intolerancia a la incertidumbre (IU) en personas con TDC, una tendencia a mantener creencias negativas sobre la incertidumbre, sus consecuencias, y la habilidad para manejarla (Dugas y Robichaud, 2007). La IU es considerada como un factor transdiagnóstico, relevante en una gran variedad de psicopatología ansiosa, incluida la del TOC (Summers et al., 2016). En este estudio con pacientes y población general, los síntomas dismórficos estaban más asociados con la IU, que con síntomas ansioso-depresivos en población general, y los pacientes presentaban mayores niveles de IU que población general.

Veale y Neziroglu (2010) han indicado que las personas con TDC utilizan procesos cognitivos (p. ej., rumiación, preocupación, planificación mental) con el objetivo de controlar los pensamientos y las imágenes aversivas relacionadas con sus defectos. Hartmann, Thomas, Greenberg, Rosenfeld, y Wilhelm, (2015) exploraron el rol de las estrategias de control del pensamiento en personas con TDC, AN, y un grupo control, y encontraron que los participantes clínicos informaron haber tenido una mayor necesidad de hacer algo en respuesta a las preocupaciones y PI relacionados con cada uno de sus trastornos, que el grupo control. Kollei et al. (2012) también encontraron que las personas con TDC suelen responder a los PI con estrategias como preocuparse, con el objetivo de controlar esos pensamientos.

En definitiva, actualmente disponemos de algunos indicios relevantes que sugieren un paralelismo adicional entre el TOC y el TDC: la experimentación de PI (con contenidos relevantes a cada trastorno) y su repercusión emocional, la asignación de significados disfuncionales sobre la aparición de los PI en el flujo consciente de pensamientos, y la consecuente puesta en marcha de comportamientos neutralizadores. Desde esta perspectiva, parece necesario profundizar en la investigación de estos aspectos que permitirían avanzar en el conocimiento del TDC y en su tratamiento.

Uno de los factores que se ha investigado poco en relación con los PI, es el referido a la Metacognición, un concepto que hace referencia al conjunto de procesos cognitivos implicados en la cognición (Flavell, 1979), y que se ha definido como la habilidad de reflexionar, comprender, y controlar el propio pensamiento. Surgido en el campo de la psicología del desarrollo, este concepto se ha estudiado y aplicado durante más de 30 años en distintas áreas como la educación y la neuropsicología, y más recientemente en el campo de los trastornos mentales.

Tradicionalmente, se han estudiado dos grandes componentes de la metacognición: conocimiento sobre la cognición, y regulación de la cognición. La primera hace referencia a los procesos que facilitan el aspecto reflexivo de la metacognición. Flavell (1979) lo describía como el conjunto de creencias sobre los factores o variables que interactúan de tal forma que afectan el curso y los resultados de la actividad cognitiva. Por otro lado, la regulación tiene que ver con los procesos que facilitan el control y la supervisión de la cognición (Brown, 1987; Flavell, 1979).

Dentro del campo de los trastornos mentales, la metacognición se ha centrado en el estudio de las creencias acerca de la importancia de los pensamientos intrusos obsesivos y su papel en el origen y mantenimiento del TOC (Jacobi, Calamari, y Woodar, 2006). De hecho, dentro de la terapia cognitiva del TOC, la metacognición es un aspecto fundamental, orientado a la modificación de distorsiones cognitivas sobre las obsesiones que presentan los pacientes (Wells, 1997; Wells y Matthews, 1994). Otra de las aplicaciones de la metacognición es el estudio sobre los procesos metacognitivos como la preocupación (*worry*) y la rumiación, más estudiados en los trastornos de ansiedad, especialmente en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Wells, 1997, 2000). Desde esta perspectiva, este tipo de procesos tienen la función de resolver problemas bajo condiciones de incertidumbre

(Borkovec, Robinson, Pruzinsky, y Dupree, 1983), o de reflexionar pasiva y repetidamente sobre síntomas que generan malestar y en sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008), respectivamente.

El estudio de los procesos cognitivos en el TDC, y más aún, el de la metacognición es prácticamente inexistente. En su modelo explicativo del TDC, Veale propone la metacognición como un factor de mantenimiento del trastorno (Veale, 2004a), refiriéndose a los procesos metacognitivos mencionados más arriba: la rumiación y el “*worry*”. Cooper y Osman (2007) han investigado los procesos metacognitivos relacionados con las imágenes mentales en el TDC, y encontraron que las personas con TDC emplean procesos metacognitivos en relación a las preocupaciones con la apariencia. Los participantes en este estudio realizaron intentos de controlar, corregir, valorar y regular sus pensamientos en respuesta a las imágenes y pensamientos experimentados, lo cual podría estar indicando que la metacognición puede ser una dimensión relevante para la comprensión del TDC.

El estudio de la habilidad metacognitiva planteada desde la perspectiva de Flavell (1979) ha sido poco estudiada. Su estudio se ha centrado especialmente en la educación, relacionada con el aprendizaje (Schraw y Sperling-Dennison, 1994). Purdon y Clark (1999) podrían estar haciendo referencia a ella cuando mencionan que una de las características más llamativas del TOC es la sensibilidad y la preocupación aumentada por los contenidos mentales en su flujo de consciencia, y los intentos por regular ese flujo. En terapia, los pacientes aprenden a estar menos atentos a sus pensamientos intrusos, y por tanto a ser menos conscientes de ellos, o por lo menos a atender a otros aspectos de sus procesos de pensamiento.

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta las similitudes con el TOC y la hipotética experimentación de pensamientos intrusos como desencadenantes primarios de las preocupaciones o rumiaciones dismórficas, pensamos que analizar el papel de la habilidad metacognitiva en el TDC podría ayudar entender mejor la fenomenología del TDC.

CAPÍTULO 7.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Aunque la investigación sobre el TDC ha aumentado en una grandísima proporción en los últimos años, siguen siendo poco conocidos muchos aspectos relacionados con su fenomenología clínica, y los procesos involucrados en el inicio, desarrollo, y mantenimiento de este trastorno. En esta introducción se ha intentado hacer un breve repaso sobre los aspectos más importantes del TDC, y de su evolución desde que apareció descrito por primera vez en la literatura científica hacia finales del siglo XIX.

En el capítulo 1 se hizo un recorrido por la historia del TDC, la cual comenzó en la psicopatología europea de la mano de Enrico Morselli (1886), y continuó con los grandes fundadores de la Psiquiatría del siglo XX: Pierre Janet (1903), Emil Kraepelin (1915), Sigmund Freud, y Ruth Mack Brunswick (1928), hasta su discreta entrada en Estados Unidos en los años 70s, en donde finalmente sería reconocido, primero como un síntoma, y posteriormente como una entidad clínica, e incluido por primera vez en una clasificación de los trastornos mentales (DSM-III, 1980). En el momento actual, el TDC forma parte del grupo del Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados (TOC-TR) en la quinta edición de la clasificación americana, cambio que ha obedecido a la evidencia acumulada en las observaciones clínicas y en la investigación de la relación entre el TDC y el TOC. Este importante cambio, mayormente aceptado, pero también polémico, ha sido acompañado, en comparación de otros cambios más pequeños pero muy significativos como la inclusión de comportamientos repetitivos en respuesta a las preocupaciones dismórficas, como un nuevo criterio, y la sustitución de defecto “imaginario” por “percibido”, y la adición de imperfección, además de defecto, para capturar mejor la fenomenología clínica en algunos pacientes. Por último y no menos importante, es la inclusión de nuevos especificadores en el trastorno, quizás el más importante el insight, que por primera vez se tiene en cuenta como un indicador de gravedad del problema, y no como un trastorno adicional al TDC.

En el capítulo 2 se realiza una descripción de la caracterización clínica y la fenomenología del TDC, haciendo alusión al amplio campo que constituye el objeto de la

preocupación dismórfica, y a los comportamientos asociados, como mirarse en el espejo, camuflar el defecto, rascarse o pellizcarse la piel, o la búsqueda y realización de intervenciones estéticas y dermatológicas. También se ha tratado el tema de la cronicidad de este trastorno, que aunque tiene un inicio temprano, suele ser diagnosticado, en promedio, 15 años después de su inicio (Veale et al., 1996; Phillips y Diaz, 1997). Un punto muy importante tratado en este apartado es la alta presencia de ideación e intentos suicidas en estos pacientes. Aunque afortunadamente el número de personas que logran completar el suicidio no es muy alto, la ideación y los intentos suicidas si lo son, agravando significativamente la sintomatología dismórfica. Otros aspectos muy importantes asociados a este trastorno son la pobre calidad de vida y el ocultamiento de los síntomas en las personas con TDC. Con respecto a la calidad de vida, se ha encontrado que estos pacientes presentan muchas dificultades en el funcionamiento de las distintas áreas personales, como la ocupacional y la social. En casos muy graves, la persona puede llegar hasta el confinamiento en casa durante largos períodos de tiempo (Phillips et al., 2006; Wilhelm y Neziroglu, 2002). Por otro lado, el ocultamiento de los síntomas es un aspecto muy frecuente en las personas con TDC, lo cual está relacionado con la gran cantidad de tiempo que transcurre hasta que la persona busca ayuda e inicia tratamiento, con el consiguiente agravamiento de los síntomas. Estos pacientes no suelen buscar ayuda debido a síntomas dismórficos, sino por la presencia de otro tipo de síntomas asociados, como el bajo estado de ánimo, razones que ayudan a entender por qué este trastorno es infra-diagnosticado.

En este capítulo también se describe la epidemiología del TDC. Con respecto a la prevalencia, los datos son muy dispares, sin embargo las cifras más aceptadas se encuentran entre el 0,7 y 3,2% en población general (Brohede et al., 2013; Buhlmann et al., 2010; Faravelli et al. 1997; Koran et al., 2008; Schieber et al., 2015), entre el 3,2 y el 11% en muestras clínicas, y 12,2% en centros de cirugía cosmética y tratamientos dermatológicos (Veale et al., 2016). También son dispares los datos en relación a la distribución de género en el TDC. En el último estudio realizado sobre la prevalencia del TDC, Veale y colaboradores (2016) encontraron una mayor proporción de mujeres en todos los contextos estudiados, excepto en los centros cosméticos y dermatológicos, en los que la proporción se invirtió. En relación a los aspectos culturales, aunque la mayoría de estudios se han llevado a cabo en Europa y Estados Unidos, el TDC parece ser un trastorno transcultural, incluso con variantes

culturales específicas en el continente asiático. El koro y el Taijin kyofusho son muestras de ello.

Por otro lado, los estudios de comorbilidad muestran que los trastornos comórbidos más frecuentes del TDC son la depresión mayor, el TOC, los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, y los trastornos relacionados con sustancias, especialmente el alcohol, y el cannabis (Frare et al., 2004; Gunstad y Phillips, 2003; Hollander., 1993; Hollander y Aronowitz, 1999; Perugi et al., 1997; Phillips, 1991; Veale et al., 1996; Zimmerman y Mattia, 1998). Entre los trastornos de personalidad, los resultados indican que aquellos del grupo C: evitación, OC, y dependiente, son los más frecuentes (Cohen et al., 2000; Didie et al., 2012; Neziroglu et al., 1996; Phillips y McElroy, 2000; Phillips et al., 2005; Veale et al., 1996).

Con relación a las variables y factores implicados en la etiología, y el riesgo a padecer TDC, factores genéticos, biológicos y psicológicos han sido estudiados para dar explicación a la aparición de este trastorno. Los factores más estudiados han sido los neurobiológicos, dentro de los cuales se han encontrado varias dificultades en el procesamiento de la información en cuanto a la percepción, interpretación, y memoria de estímulos relevantes relacionados con la apariencia (Buhlmann y Wilhelm 2004), y también dificultades en el procesamiento emocional (Buhlmann et al., 2013). Con respecto a los factores psicológicos, algunos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la sensibilidad estética, y la inhibición conductual (Bartsch, 2007; Buhlmann et al., 2008; Schieber et al., 2013; Veale, 2004a) son postulados como factores de riesgo importantes en el desarrollo del TDC. Las experiencias tempranas negativas también parecen tener un papel muy importante en el inicio y desarrollo de este trastorno. El acoso y la burla escolar, así como la negligencia y el abuso infantil son frecuentemente parte de la historia personal del paciente con TDC (Buhlmann et al., 2007; Didie et al., 2006; Veale y Neziroglu, 2010). Por último, los factores socioculturales, y las creencias y actitudes hacia la apariencia también son consideradas variables relevantes asociadas al desarrollo del trastorno.

En el capítulo 3, se mencionan los principales modelos y teorías explicativos del TDC, propuestos por los autores que más han estudiado y contribuido en la comprensión de este trastorno. Los modelos de Neziroglu (Neziroglu et al., 2004; Neziroglu et al., 2008), Veale (2001; 2004b; et al., 1996), y Wilhelm (Wilhelm, 2006; Wilhelm y Fang, 2015; Wilhelm y

Neziroglu; 2002) presentan similitudes con los modelos explicativos de otros trastornos como el del TOC, los TA, y la AS. Todos estos modelos tienen en cuenta los datos empíricos existentes sobre los factores de riesgo ya mencionados, y factores de mantenimiento como los comportamientos repetitivos y disfuncionales presentes en estos pacientes. Por supuesto, cada modelo enfatiza más determinados aspectos y procesos. Por ejemplo, Neziroglu enfatiza el papel del aprendizaje y los marcos relacionales en el desarrollo y mantenimiento del problema. Veale, le da una mayor importancia a la representación de la imagen corporal y a la auto-focalización en el desarrollo del trastorno, así como a las actitudes y creencias, a las emociones, y a los comportamientos en su mantenimiento. Por otro lado, Wilhelm, se centra en la presencia de pensamientos intrusos sobre la apariencia y la reacción y valoración de los mismos, como parte del inicio y desarrollo del problema. Gran parte del presente trabajo se encuadra dentro de este modelo explicativo, partiendo de los mismos supuestos desde los que parte esta autora.

En el capítulo 4 se exponen brevemente los instrumentos más utilizados en la detección, diagnóstico y evaluación de síntomas dismórficos. Entre las entrevistas clínicas, la más utilizada es la Y-BOCS modificada para el TDC (BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997), para la valoración de la gravedad de los síntomas. En formato auto-informe, el cuestionario del trastorno dismórfico corporal (BDDQ; Phillips et al., 1995) es el cuestionario más utilizado para el diagnóstico del TDC. Nuevos instrumentos se han ido desarrollando buscando una mayor especificidad en la evaluación como el Inventario de Ansiedad por la Apariencia (AAI; Veale et al., 2014a), o la escala de síntomas del TDC (BDD-SS; Wilhelm et al., 2016), aunque su uso aún no está extendido. Todos estos cuestionarios se centran en la presencia y/o gravedad de síntomas ya establecidos y no de posibles síntomas prodrómicos. Parte del presente trabajo, es el desarrollo de un instrumento que evalúe este tipo de síntomas.

En el capítulo 5 de esta introducción se mencionan los tratamientos que han demostrado los mejores resultados en la respuesta al tratamiento. En la guía NICE (2014) el tratamiento eficaz para el TDC es prácticamente el mismo que para el TOC, con la única diferencia que mientras en el TOC se propone como posibilidad la implementación de tratamientos psicológicos de auto-ayuda, en el TDC no se plantea. El tratamiento psicológico por excelencia en el TDC es la TCC, sin embargo en algunos casos su efectividad se ve limitada por la ausencia de componentes más enfocados en el trabajo de otras emociones

muy presentes en el TDC, como la vergüenza, la ira, o el asco. A partir de esto, se han planteado otro tipo de intervenciones que permiten trabajar mejor con el procesamiento emocional como la terapia del “reprocesamiento de imágenes” (Ritter y Stangier, 2016; Wilson et al., 2016). En el campo farmacológico, el tratamiento de primera línea al igual que para el TOC y los trastornos depresivos, son los ISRS, que, de acuerdo a la guía NICE, debe ir siempre acompañado de TCC.

Por último en el capítulo 6, se examinan todas las semejanzas entre el TOC y el TDC que finalmente tuvo el peso suficiente para que el TDC fuera reubicado desde el grupo de trastornos somatoformes hasta el TOC-TR. Además de todos los puntos compartidos en comorbilidad, carga familiar, edad de inicio, curso, y respuesta al tratamiento, las semejanzas más relevantes se encuentran a nivel sintomatológico, y en la relación funcional entre los síntomas. En este sentido, la presencia de pensamientos repetitivos, molestos y difíciles de controlar, y de comportamientos también repetitivos y disfuncionales que están relacionados entre sí, plantea la duda de si ambos tipos de síntomas son los mismos en ambos trastornos. Aunque las diferencias no terminan de estar todo claras, las obsesiones no parecen captar completamente la fenomenología de las preocupaciones dismórficas. Una alternativa a esta cuestión son los pensamientos intrusos (PI) repetitivos y molestos, que aparecen de repente en la consciencia de forma indeseada. Desde el modelo cognitivo del TOC, los PI han sido planteados como la variante normal de las obsesiones (Rachman y DeSilva, 1978) experimentados por la mayoría de la población, los cuales terminan convirtiéndose en obsesiones a partir de un proceso valorativo sobre la aparición, y el contenido de los PI, ante el cual la persona se ve impulsada a realizar ciertos comportamientos para neutralizar y/o controlar la aparición del PI. Un proceso similar plantea Wilhelm (et al., 2013) en su modelo explicativo del TDC para las preocupaciones dismórficas, sin embargo no pasa de ser un supuesto ya que en la práctica, la universalidad de los PI relacionados con la apariencia no ha sido comprobada. Aunque el paralelismo entre el TOC y el TDC de este proceso parece ser evidente, existen muy pocos estudios que lo analicen. Prácticamente tampoco existen estudios que examinen los procesos cognitivos que podrían estar involucrados en la predisposición a experimentar este tipo de cogniciones, como la metacognición. Aunque esta ha sido estudiada en personas con TOC, mayoritariamente en relación a las creencias metacognitivas, su papel en la experimentación

de PI ha sido analizado por algunos autores, con resultados interesantes. Por lo tanto, la metacognición podría ser un factor relevante también en la comprensión del TDC.

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

Teniendo en cuenta las dificultades en la operacionalización de las preocupaciones dismórficas, de las evidentes similitudes entre el TDC y el TOC, y concretamente entre las preocupaciones dismórficas y los PI, y del hecho de que estos han sido propuestos como el punto de partida en el proceso de desarrollo del TDC en uno de los modelos explicativos más importantes del TDC, el objetivo general de este trabajo es estudiar si las preocupaciones sobre la apariencia física características del trastorno dismórfico corporal pueden tener la forma de pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones intrusos e indeseados sobre la apariencia. Y a partir de aquí, explorar su posible papel en el origen y desarrollo de este trastorno, examinando el proceso por el cual los pensamientos intrusos sobre la apariencia se pueden convertir en preocupaciones clínicas dismórficas.

Estos objetivos se desarrollarán en 4 estudios consecutivos:

-En el primero, se pondrá a prueba la universalidad de las Intrusiones mentales relacionadas con la Apariencia (IAs) en población general, y su dimensionalidad en personas con riesgo a padecer un TDC.

-En el segundo estudio se examinará si las IAs tienen consecuencias funcionales negativas en población general. Su dimensionalidad en personas con riesgo de un TDC también será analizada.

-En el tercer estudio se pretenden confirmar los resultados obtenidos en los estudios 1 y 2, y la dimensionalidad de la experimentación de IAs y sus consecuencias funcionales, en una muestra de pacientes.

-Finalmente, en el estudio 4 se examinará si la habilidad metacognitiva está relacionada con la experimentación de IAs y con sus consecuencias funcionales, contribuyendo en la comprensión del inicio y desarrollo del TDC.

PARTE II. MARCO EMPÍRICO

ESTUDIO 1

1. INTRODUCCIÓN

En este estudio se describe el desarrollo y validación de un instrumento para la valoración de la presencia y frecuencia de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia. Este cuestionario sigue la estructura de dos instrumentos ampliamente validados, utilizados para valorar la presencia de pensamientos intrusos de tipo obsesivo, también en población general, en nuestro contexto: el Revised Obsessional Intrusive Inventory (ROII; Purdon y Clark, 1993), y el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS; Garcia-Soriano, 2008), que es una actualización y ampliación del ROII.

También se pone a prueba la universalidad de este tipo de pensamientos en población general y su dimensionalidad, con respecto a la frecuencia y contenidos de las intrusiones, por medio de comparaciones entre personas con y sin riesgo a padecer TDC.

2. OBJECTIVES

2.1. General objective. To assess the presence of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs) in a general non-clinical population.

Specific objectives

2.1.1. To design an instrument to assess the presence, contents and frequency of Appearance Intrusive Thoughts (AITs) in the general population.

2.1.2. To explore the AITs contents and frequency in the general population.

2.1.3. To study the relationship between the different contents of the AITs and psychopathology morbidity indicators.

2.1.4. To describe and analyze the differences between the different contents of the AITs and psychopathology morbidity indicators in the general population and participants at risk of BDD.

3. HIPÓTESIS

3.1. El instrumento diseñado será representativo de las IAs.

3.2. Las IAs serán experimentadas por la mayoría de los participantes en el estudio, aunque con una baja frecuencia.

3.3. Aunque la frecuencia de IAs se asociará con diversas medidas de psicopatología, esa asociación será mayor con medidas de sintomatología dismórfica y obsesivo-compulsiva, que con las de sintomatología ansioso-depresiva.

3.4. El grupo subclínico presentará una mayor frecuencia de IAs que población general, y mayor psicopatología asociada.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Participantes

La muestra estaba compuesta por 583 participantes pertenecientes a la comunidad (incluidos estudiantes), de los cuales el 71,6% eran mujeres con una edad media de 29,80 años ($DT = 13,23$; rango = 18-60 años). La mayoría de las personas eran solteras (64,5%), con un nivel socioeconómico medio (67,1%). Con respecto al nivel educativo, el 25,7% había completado estudios de bachillerato y el 61% eran estudiantes de grado.

4.2. Instrumentos

4.2.1. *Medidas relacionadas con síntomas dismórficos e imagen corporal*

4.2.1.1. Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF)

El Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF; Giraldo-O'Meara Y Belloch, 2016), es un autoinforme basado en el ROII (Purdon y Clark, 1993) y en el INPIOS (García-Soriano, 2008; García-Soriano, Belloch, Morillo, y Clark, 2011), que fue diseñado para evaluar la presencia y IAs y su frecuencia. De forma similar al ROII y el INPIOS, el INPIAF incluye una definición detallada de los pensamientos intrusos indeseados como:

“Pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos intrusos, que aparecen de pronto en nuestra mente, como una especie de “flashes” breves y molestos”.

El auto-informe consta de 3 partes. La primera parte consiste en un listado de 54 ítems en los que se evalúa la frecuencia (desde 0 *“nunca he tenido esta intrusión”* hasta 6 *“tengo esta intrusión varias veces al día”*) con que se experimentan IAs, agrupadas en 4 escenarios distintos en los que es más probable que se desencadenen estas intrusiones: sin venir a cuento/de repente, en superficies reflectantes, en contacto social con otros, y en contacto íntimo (familia, amigos o pareja...). En la segunda parte, el sujeto tiene que seleccionar del listado anterior el IA más molesto que ha experimentado en los últimos 3 meses y valorarlo en una escala Likert de 5 puntos en tres dimensiones: reacciones emocionales, interferencia y dificultad de controlar el pensamiento, y valoraciones disfuncionales. La tercera parte consiste en una lista de 22 estrategias para neutralizar y/o controlar el IA elegido como más molesto. La elaboración y valoración de este instrumento forma parte de este estudio y es objeto de análisis en los dos primeros estudios de este trabajo.

4.2.1.2. Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ)

El cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDD-Q; Phillips, Atala, y Pope, 1995) se diseñó para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) tomando como base los criterios del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Puede ser completado como un autoinforme o como entrevista clínica. En este estudio se utilizó en formato autoinforme compuesto por 12 ítems con distintos formatos de respuesta (si/no, de desarrollo y de opción múltiple). Para que un TDC pueda ser diagnosticado, las respuestas a las primeras dos preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.

Con el objetivo de establecer relaciones con otras medidas, se creó una puntuación general del malestar y la interferencia generados por la preocupación por la apariencia. Teniendo en cuenta las 4 preguntas en formato si/no (excepto el ítem relacionado con la preocupación por el peso) y el ítem que pregunta sobre el tiempo (ítems 5, 6, 8, 10, 12) se estableció una puntuación de 0 a 7.

4.2.1.3. *Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (MBSRQ)*

El cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ-AS34; Brown, Cash, y Mikulka, 1990) es una medida de evaluación actitudinal de la imagen corporal y consta de 5 escalas: evaluación de la apariencia, orientación a la apariencia, satisfacción con las áreas corporales, preocupación por el sobrepeso, y auto-clasificación del peso). En este estudio se utilizó la versión en español de Roncero, Perpiñá, Marco, y Sánchez-Reales (2015). La consistencia interna (α de Cronbach) de las subescalas fue la siguiente: evaluación de la apariencia: 0,84, orientación a la apariencia: 0,86, satisfacción en las áreas corporales: 0,74, preocupación por el sobrepeso: 0,75 y auto-clasificación del peso: 0,88.

4.2.2. *Medidas relacionadas con síntomas obsesivo-compulsivos*

4.2.2.1. Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)

El cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa et al., 2002) es un autoinforme de 18 ítems que evalúa el nivel de malestar asociado a síntomas obsesivo-compulsivos. En este estudio se utilizó la versión en español de Belloch et al. (2013), obteniéndose un alfa de Cronbach para la escala total de 0,88.

4.2.2.2. Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI)

El inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory, CBOCI; Clark, Beck, Antony, y Swinson, 2005) es un instrumento de autoinforme de 25 ítems que evalúa la frecuencia de síntomas obsesivos y compulsivos en dos subescalas, a través de una escala likert de 4 puntos. Se ha utilizado la adaptación y validación a la población española de Belloch, Reina, Morillo y Clark (2007). En la muestra del presente estudio se obtuvo una consistencia interna (α de Cronbach) de 0,90 para la escala total y 0,86 y 0,83 para las sub-escalas de Obsesiones y Compulsiones respectivamente.

4.2.3. Medidas relacionadas con síntomas ansioso-depresivos

4.2.3.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) consisten en un autoinforme compuesto por 21 ítems, que evalúa en la última semana tres tipos de síntomas: depresión, ansiedad y estrés, en una escala Likert de 4 puntos. En este estudio se utilizó la validación española de Bados, Solanas y Andrés (2005). La consistencia interna (α de Cronbach) para las tres subescalas fue de: 0,87, 0,79 y 0,77, respectivamente.

4.2.3.2. Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

El inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990) es un cuestionario de autoinforme de 16 ítems medidos en una escala Likert de 5 puntos que evalúa el constructo de “worry” o la tendencia general a preocuparse. Se ha empleado la versión española de Sandín y Chorot (2009). La fiabilidad en este estudio ha sido de $\alpha = 0,90$.

4.2.3.3. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

Las escalas de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988), son un autoinforme compuesto por 20 ítems que evalúan el afecto positivo y el negativo en escalas Likert de 5 puntos. En este estudio se utilizó la adaptación española de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao (2009). La consistencia interna en este estudio ha sido $\alpha = 0,88$ para la escala de afecto positivo y $\alpha = 0,89$ para la de afecto negativo.

4.2.4. Consentimiento informado y datos sociodemográficos

Todos los participantes completaron un registro de datos personales y variables sociodemográficas en las que se pidió que se indicara la edad, el sexo (varón o mujer), el estado civil (soltero, divorciado/ separado o viudo, casado o viviendo en pareja), el nivel socioeconómico¹ (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto) y el nivel de estudios alcanzados (primarios/elementales, medios o superiores/universitarios). Así mismo se recogió información relativa a la posible existencia de algún problema de salud mental que hubiera requerido atención especializada en el momento de completar el protocolo. Todos

los participantes firmaron un consentimiento explícito de participación en el estudio. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad.

4.3. Procedimiento

Los participantes de la muestra eran estudiantes inscritos en diferentes cursos de los grados de psicología y logopedia, y de familiares y amigos de estos, reclutados a través de la técnica estadística de bola de nieve que se explicará a continuación. Los estudiantes fueron invitados a participar en un estudio sobre creencias sobre la apariencia física. Aquellos que aceptaron participar voluntariamente, firmaron el consentimiento informado y completaron el protocolo de evaluación con las medidas utilizadas en este estudio. Posteriormente fueron invitados a un seminario sobre el TDC en el cual se les brindó información sobre este trastorno, y fueron invitados a participar en la segunda fase del estudio, en el cual debían administrar el protocolo de evaluación señalado, a familiares y amigos. En esta sesión se informaba sobre el objetivo general del estudio, y eran instruidos en la forma de administrar el protocolo a terceras personas, haciendo hincapié en la confidencialidad y la colaboración voluntaria de los participantes.

El orden de los cuestionarios en el protocolo de instrumentos fue aleatorizado. Los participantes que informaron tener problemas de salud mental en los últimos 6 meses o se encontraban en el momento de la evaluación bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico y que no pertenecían al rango de edad (18 a 60 años), no fueron incluidos en el estudio.

4.4. Análisis estadísticos

Para analizar la estructura subyacente del INPIAF, se realizaron análisis de Componentes Principales (ACP), con rotación oblicua Promax debido a la falta de independencia entre las variables. Se tuvieron en cuenta la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($KMO > 0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS) ($p \leq 0,05$), para comprobar la adecuación de los datos para los análisis.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) fueron realizados con el método de máxima verosimilitud (ML) mediante el programa EQS v.6.1. Ya que el estadístico chi

cuadrado es muy sensible a las variaciones de la muestra (Bentler y Bonett, 1980), fueron tenidos en cuenta varios índices para analizar la bondad de ajuste del modelo además del chi cuadrado robusto ($\chi^2 < 5$): el NFI (índice de ajuste normativo) $>0,90$; el NNFI (índice de ajuste no normativo) $>0,90$; el CFI (índice de ajuste comparativo) $>0,90$; el IFI (índice de ajuste incremental) $>0,85$, el RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) $<0,8$; y el modelo AIC (criterio de información de Akaike) para realizar comparaciones entre los distintos modelos (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999; Ullman y Bentler, 2004).

Para establecer la consistencia interna de las medidas, se utilizó el alfa de Cronbach. Se consideran aceptables valores de 0,70 o mayores (Garson, 2000).

Para analizar las asociaciones entre variables se realizaron correlaciones bivariadas (Pearson), y las diferencias entre dichas correlaciones se determinaron mediante el cálculo del estadístico z de Fisher. Para valorar el tamaño de las correlaciones, se adoptaron los criterios de Cohen (1998): pequeño: $r = 0,10$ a $0,29$; medio: $r = 0,30$ a $0,49$; grande: $r = \geq 0,50$). Las diferencias de medias entre los grupos se analizaron mediante el estadístico t de Student para grupos independientes, con el estadístico d de Cohen para determinar el tamaño del efecto. Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS v.20 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Para examinar la contribución de los síntomas dismórficos, obsesivo-compulsivos, y ansioso-depresivos, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple con el método de “pasos sucesivos” para eliminar los predictores no significativos.

En todos los casos los análisis de regresión contaron con el número de participantes adecuados (mínimo de 5-10 por predictor), y se empleó el coeficiente de correlación corregido al cuadrado o coeficiente de determinación.

5. RESULTS

5.1. Development of the INPIAF

The INPIAF was developed in different phases. The second and third parts of the questionnaire were developed along with the first part, within the same procedure.

First, BDD literature was examined in order to capture the essence of the problem and cover all the contents and significant aspects of the disorder in the development of the questionnaire items. Then, through different meetings, the doctoral candidate and the research group to which she belongs elaborated a first draft of the INPIAF, composed of 54 items grouped in 4 different scenarios where AITs are more likely to be triggered: For no reason at all, Reflecting surfaces, Contact with others, and Intimacy.

Finally, the questionnaire was sent to a group of clinicians for review and suggestions about the addition, modification or deletion of items, as well as the items' rewording, if necessary. These reviews were analyzed, and changes and adjustments to the INPIAF were made. Then, the questionnaire was tested in a pilot study of 200 undergraduate participants, after which, the initial pool was eventually reduced to 27 items (+two open items) before the final version was used for the study. The elimination of the items was based on an item analysis using PCA, reliability analyses, and considering the percentage of the sample that endorsed the items.

5.2. Factor structure of the INPIAF: Exploratory and Confirmatory Factor analyses

The factor structure of the INPIAF-27 items was examined taking into account the data from participants who experienced intrusions at least once in their lives ($N=377$; 91.9% of the sample). The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure verified sampling adequacy for the analysis (.553), and Bartlett's test of sphericity ($X^2 = 1342.145$), $df= 351$, $p < .000$) indicated that correlations between items were sufficiently large for factor analysis.

PCA revealed a five-factor solution. The first factor, composed of 9 items related to appearance defects, explained 52.89% of the variance; the second factor, explaining 5.23% of the variance, contained 5 items. These items were related to how other people evaluate

their appearance. The third factor, with 2 items, explained 4.33% of the variance and included items related to bodily defective functions. The fourth factor, explaining 3.26% of the variance, was composed of 6 items about the need to conceal an appearance defect. Finally, the fifth factor, with 5 items explaining 3.16% of the total variance, grouped items about the urge to do something about the appearance defect.

Four models were tested through CFA: a 1-factor model, a 4-factor model considering the scenarios where AITs are most likely to be triggered, a 4-factor model merging the items in the fourth and five factors from the PCA (urges to conceal and to “do something” about the defect), and the 5-factor solution from the PCA. Goodness of fit indices (see Table 1) indicated that the five-factor solution provided a better fit to the data compared to the other models. The item loading ranges for each factor were: Defect-related: .59 - .87; Others-related: .60 - .84; Concealment-related: .70 - .86; Bodily functions-related: .63 - .87 and urge to do something-related: .60 - .82.

Table 1. Goodness of fit indices for the INPIAF factor models analyzed

Indices	Models			
	1-Factor model	4-factor contexts model	4-factor	5-factor model
Chi-square	1148.9976	951.3770	930.8717	848.1053
Degrees of freedom	324	318	318	314
Normed Fit index	.739	.784	.788	.807
Non-Normed Fit Index	.779	.827	.833	.852
Comparative Fit Index	.796	.843	.848	.868
Incremental Fit Index	.797	.845	.850	.869
RMSEA	.069	.061	.060	.056
Model AIC	500.998	315.377	294.872	220.105

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; AIC: Akaike Information Criterion

In summary, the INPIAF is composed of five first-order factors: Defect-related (9 items), Others-related (5 items), Concealment (6 items), Bodily functions-related (2 items), and urge to do something (5 items). Hence, these 5 subscales were used in the subsequent analyses.

5.3. Internal consistency of the 27-item INPIAF

The Cronbach' alphas for the INPIAF total scale and subscales and the item-total correlations were satisfactory: Total scale: $\alpha = .96$, $r = .59$ to $.83$; Defect-related: $\alpha = .92$, $r = .55$ to $.70$; Others-related: $\alpha = .84$, $r = .59$ to $.83$; Concealment: $\alpha = .90$, $r = .66$ to $.80$, and Urge to do something: $\alpha = .86$, $r = .57$ to $.80$. The internal consistency of the Bodily functions subscale, composed of two items, was only adequate ($\alpha = .71$, $r = .57$).

5.4. INPIAF descriptive statistics and gender differences

As mentioned above, more than 90% of the respondents reported having had at least one of the 27 AITs. The mean of intrusions experienced by the sample was 12.36 ($SD = 8.24$), and the frequency of the intrusions was low ($Mean = 1.98$, $SD = .94$; *"I have had this intrusion a few times a year"*). The highest frequency was found for the urge to do something subscale ($Mean = 2.23$, $SD = 1.20$). All items showed low means with average standard deviations. The lowest mean was $.43$ ($SD = 1.026$) for item 2 (*"I'm deformed"*), and the highest ($Mean = 1.78$, $SD = 1.60$) for item 13 (*"Any of these people has a better appearance than mine"*). The asymmetry values were acceptable, ranging from $.960$ to 2.418 , except for items 2 (2.982) and 11 (*"I must find a plastic surgeon or dermatologist to fix me up"*; 2.627), which probably refer to more psychopathological contents. Descriptive statistics for the INPIAF subscales and gender differences are shown in Table 2.

Table 2. Descriptive statistics and gender differences of AIT frequency

INPIAF	Total sample (<i>N</i> =528)	Men (<i>n</i> =141)	Women (<i>n</i> =387)	<i>t</i> (<i>df</i> =356)	Cohen's <i>d</i>
Defect (9 items)	2.00 (1.01)	1.80 (.94)	2.07 (1.03)	-2.62** (495)	.27
Others (5 items)	2.07 (1.07)	1.86 (.95)	2.15 (1.11)	-2.75** (450)	.28
Concealment (6 items)	1.92 (1.05)	1.61 (.79)	2.01 (1.10)	-3.81** (391)	.41
Bodily Functions (2 items)	2.02 (1.15)	1.71 (1.02)	2.13 (1.18)	-3.08** (346)	.38
Urge to do something (5 items)	2.23 (1.20)	2.09 (1.21)	2.29 (1.19)	-1.41 (429)	-
Total scale (27 items)	1.98 (1.94)	1.76 (.87)	2.06 (.96)	-3.22** (526)	.32

Data on the first 3 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p \leq .01$

Women scored significantly higher than men on the INPIAF total scale and subscales, except for the urge to do something subscale, with moderate-to-high effect sizes (see Table 2). Correlations between the INPIAF total scale and subscales and age were also calculated, and non-significant associations were observed ($r = -.24$ to $-.150$).

5.5. Relationships of the AIQ with symptom measures, both BDD-related and non BDD-related

All correlations were performed controlling for gender, due to the differences previously found on the AIQ subscales. Table 3 shows the results. The AIQ total scale's correlations with both the BDD (BDDQ) and body image (MBSRQ) measures ranged between moderate and high. The size of the correlations was significantly higher for BDDQ and for MBSRQ-body areas satisfaction than for MBSRQ-Appearance orientation, MBSRQ-Overweight preoccupation, and MBSRQ-Self-classified weight (all z 's $p \leq .05$). Moreover, the correlation with BDDQ was positive, whereas it was negative with MBSRQ-body areas satisfaction. As for the AIQ subscales, a similar pattern of associations was found: the correlations of each subscale with BDDQ and with MBSRQ-body areas satisfaction were significantly higher than with the other MBSRQ subscales (all z 's $p \leq .05$), except for AIQ -

others and the MBSRQ-Appearance orientation scale, which did not differ from the correlations between this subscale and the other MBSRQ subscales.

Table 3. Convergent validity for the AIQ subscales and total score

AIQ	BDDQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire				
		Appearance evaluation	Appearance orientation	Body areas satisfaction	Overweight preoccupation	Self-classified weight
Defect	.457**	-.430**	.173*	-.489**	.320**	.257**
Others	.413**	-.237**	.326**	-.372**	.281**	.086
Concealment	.467**	-.347**	.185*	-.466**	.236**	.267**
Bodily Functions	.278**	-.090	.199*	-.229*	.196*	.116
Urge to do something	.441**	-.259**	.200*	-.433**	.310**	.269**
Total scale	.500**	-.373**	.234**	-.493**	.330**	.259**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Regarding the associations of AIQ with non BDD-related measures (see Table 4), there were low and moderate associations with all the study measures, except AIQ-Concealment and worry (PSWQ), and AIQ-Bodily functions and PANAS-Positive affect, where no correlations were observed. The AIQ total scale was more correlated with OCD measures than with worry (PSWQ) (all z 's $p \leq .05$). The association between the AIQ total scale and the C-BOCI total score was significantly higher than for DASS-stress and PANAS negative affect (all z 's $p \leq .05$), but not for DASS-Depression and DASS-anxiety, with which there were no differences. The AIQ subscales presented the same pattern of associations as the total score.

Table 4. Divergent validity (partial correlations) for the AIQ total score and subscales

AIQ	DASS-21			PANAS		PSWQ	OCI-R	CBOCI		
	Stress	Anxiety	Depression	Positive affect	Negative affect			Obsessions	Compulsions	Total
Defect	.210**	.255**	.353**	-.186**	.207**	.193**	.260**	.341**	.284**	.342**
Others	.248**	.264**	.336**	-.138*	.177**	.197**	.275**	.325**	.251**	.316**
Concealment	.167**	.219**	.324**	-.158*	.148*	.098	.253**	.288**	.212**	.275**
Bodily functions	.219**	.256**	.198**	-.124	.183**	.176**	.235**	.317**	.282**	.327**
Urge to do something	.138*	.215**	.307**	-.209**	.131*	.134*	.313**	.366**	.275**	.352**
Total scale	.217*	.269**	.371**	-.197**	.198**	.181**	.314**	.382**	.302**	.375**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

DASS-21: Depression Anxiety & Stress Scale; PANAS: Positive and Negative Affect Scales; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; CBOCI: Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory

5.6. Predictive power of BDD, OCD, and other symptom measures on the AIQ scores

To examine the contribution of the OCD symptoms (OCI-R & C-BOCI), depressive and anxiety symptoms (DASS), worry (PSWQ), affect (PANAS), body image (MBSRQ) and distress and interference due to dysmorphic concern (BDDQ), a series of hierarchical regression analyses were performed with the AIQ subscales and total scale frequency scores as the DVs. In the first step, the scores on the DASS-21, PANAS subscales, and PSWQ were entered, with the gender as covariate. In the second step, the OCI-R and C-BOCI total scores were included. In the final step, MBSRQ-Body areas satisfaction and BDDQ were entered.

Results indicate that the BDDQ score predicted all the AIQ subscales and the total scale, beyond OCD, depression, anxiety, and worry symptom measures, which did not enter as significant predictors in the final equation models, except the AIQ-Concealment subscale, which was also predicted by gender and the score on the OCI-R. MBSRQ-Body areas satisfaction also contributed to the AIQ's variance, except AIQ -Others and AIQ-Bodily functions, where BDDQ was the only predictor. The percentage of variance explained by the symptoms (i.e., anxiety, depression, worry, OCD, affect, BDD, and body image) was low (3% to 6.7%). Results are presented in Table 5.

Table 5. Predictors of the AIQ total score and subscales in the final steps of the regression models

Independent Variables*	Adj. R^2	ΔR^2	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
DV: AIQ Total score							
	.316	.03					
BDDQ-Distress & Interference			.250	.048	.385	5.185	.000
MBSRQ- Body areas satisfaction			.042	.014	.203	2.925	.004
DV: AIQ-Defect							
	.266	.042					
BDDQ- Distress & Interference			.236	.057	.324	4.175	.000
MBSRQ- Body areas satisfaction			.055	.017	.240	3.311	.001
DV: AIQ-Others							
	.167	.067					
BDDQ- Distress & Interference			.220	.056	.292	3.902	.000

DV: AIQ-Concealment							
	.299	.033					
Gender			.530	.189	.182	2.806	.006
OCI-R-Total			.015	.007	.157	2.200	.029
BDDQ- Distress & Interference			.245	.058	.326	4.182	.000
MBSRQ- Body areas satisfaction			.051	.018	.211	2.806	.006
DV: AIQ-Bodily functions							
	.119	.030					
BDDQ- Distress & Interference			.163	.072	.202	2.252	.026
DV: AIQ-Urge to do something							
	.208	.028					
BDDQ-Distress & Interference			.262	.067	.318	3.885	.000
MBSRQ- Body areas satisfaction			.050	.020	.193	2.488	.014

*Only significant predictors in final equations are shown on the Table.

BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales; OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

5.7. Group differences between subjects at risk of BDD and subjects with no risk on the Appearance Intrusions Questionnaire and symptom measures

A subgroup of 77 participants who met the BDDQ criteria for BDD was extracted from the sample, which means that 14.25% of the individuals met the criteria for BDD. The BDD-risk group (BDD-R; 81.6% women) had a mean age of 22.59 years ($SD= 5.5$; range= 18 to 56 years), whereas the no-BDD-risk group (BDD-NR; 463 participants; 70% women) had a mean age of 30.91 years ($SD= 13.71$; range=18 to 60 years). The BDD-risk group was significantly younger than the no-BDD risk group ($t_{(253,1)}= 9.51, p=.001$), but no differences were observed in the gender distribution of the two groups.

As expected, differences between the BDD-R and BDD-NR groups were found on all the symptom measures, including the AIQ total score and subscales (Table 6). The BDD-R group obtained higher scores, except on PANAS-Positive affect and the MBSRQ-Body areas satisfaction and Appearance evaluation subscales, where the BDD-NR group scored higher.

The effect sizes of between-group differences were from moderate to high, and the highest values were for AIQ-total score, CBOCI-Obsessions, the BDDQ composite score, and three MBSRQ subscales: Appearance orientation, Overweight preoccupation, and Self-classified weight.

Given the previously observed differences between the two groups on age, all the aforementioned analyses were conducted again, with age as covariate (ANCOVAs). The results obtained did not change, which suggests that age did not influence the observed differences between subjects at risk for BDD and those with no risk on the study variables.

Table 6. Group differences on AIQ and symptom measures between individuals at risk for BDD and no-risk individuals

Study measures	BDD-Risk (N=77)	No-BDD (N=506)	<i>t</i> (<i>df</i>)	Cohen's <i>d</i>
AIQ-Defect	2.88 (1.26)	1.84 (.87)	6.81(501)**	.96
AIQ-Others	2.85 (1.21)	1.92 (.97)	6.30 (456)**	.84
AIQ-Concealment	2.63 (1.28)	1.75 (.91)	5.59 (395)**	.79
AIQ-Bodily Functions	2.71 (1.42)	1.86 (1.03)	4.48 (349)**	.68
AIQ-Urge to do something	3.15 (1.28)	2.04 (1.09)	6.95 (435)**	.93
AIQ-Total	2.89 (1.09)	1.83 (.82)	8.08 (533)**	1.09
DASS-21-Stress	6.66 (3.90)	3.74 (2.96)	6.27 (550)**	.84
DASS-21-Anxiety	6.56 (3.66)	4.24 (2.98)	5.27 (557)**	.69
DASS-21-Depression	6.12 (4.80)	2.88 (2.89)	5.66 (553)**	.81
PANAS-Positive Affect	29.51 (8.31)	32.27 (7.18)	-2.68 (542)**	.35
PANAS-Negative Affect	26.10 (8.89)	21.56 (7.85)	4.52 (550)**	.54
PSWQ	58.15 (11.60)	50.04 (11.41)	5.67 (547)**	.70
OCI-R Total	21.65 (12.87)	13.70 (9.82)	4.98 (527)**	.60
CBOCI-Obsessions	14.13 (7.03)	7.81 (5.25)	7.55 (553)**	1.05
CBOCI-Compulsions	10.42 (6.08)	5.64 (4.61)	6.44 (555)**	.88
CBOCI-Total	25.03 (12.03)	13.44 (8.97)	7.89 (543)**	1.09
BDDQ-Distress & Interference	2.45 (.95)	1.35 (1.14)	7.36 (240)**	1.04
MBSRQ-Appearance evaluation	17.04 (4.26)	20.52 (4.09)	-6.84 (563)**	.83
MBSRQ-Appearance orientation	49.39 (5.44)	40.38 (7.33)	12.74 (561)**	1.39
MBSRQ-Body areas satisfaction	25.03 (4.64)	29.76 (4.82)	-8.00 (563)**	.99
MBSRQ-Overweight preoccupation	14.00 (3.69)	9.75 (3.37)	10.09 (565)**	1.20
MBSRQ-Self-classified weight	6.66 (1.63)	6.40 (1.32)	1.32 (564)**	.17

Data presented in the first two columns are Means (SD); ** $p \leq .01$.

BDD: Body Dysmorphic Disorder; DASS-21: Depression Anxiety & Stress Scale; PANAS: Positive and Negative Affect Scales; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; CBOCI: Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory; BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales

6. CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue el diseño de un cuestionario, para evaluar pensamientos intrusos relacionados con la apariencia en población general, y determinar su grado de universalidad y dimensionalidad. En una muestra de 583 estudiantes se analizó la estructura factorial del Inventario de Pensamientos sobre el Aspecto Físico (INPIAF), y se obtuvo una estructura de 5 factores basada en el contenido de las intrusiones: relacionadas con un defecto, en contexto social, funciones corporales, ocultación y necesidad de hacer algo. Los resultados mostraron que más del 90% de los participantes en este estudio, informaron haber tenido al menos una de las 27 intrusiones del listado del INPIAF, aunque con una baja frecuencia, como era esperado en población general. Las mujeres experimentaron las IAs con mayor frecuencia que los hombres, y se observó una correlación negativa con la edad, lo que indica que la frecuencia de las IAs disminuye con el aumento en edad.

Por otro lado, la frecuencia de las IAs presentó asociaciones más altas con medidas dismórficas, obsesivo-compulsivas e imagen corporal que con el *worry* o la tendencia general a preocuparse.

Con respecto a la dimensionalidad de las IAs en relación con su frecuencia, los resultados apoyan esta hipótesis. Los individuos con riesgo a padecer TDC reportaron un mayor número de intrusiones, con una mayor frecuencia, y también presentaron puntuaciones más altas en todas las medidas de psicopatología dismórfica, obsesivo-compulsiva, y ansioso-depresiva.

Estos resultados apoyan la universalidad y dimensionalidad de los IAs, comparables a los pensamientos intrusos obsesivos, e indican que el INPIAF puede ser una medida válida y fiable para la detección de individuos en riesgo de un TDC en población general. Estos resultados también apoyan parcialmente el supuesto de que las preocupaciones de contenido dismórfico se pueden operacionalizar como pensamientos intrusos.

ESTUDIO 2

1. INTRODUCCIÓN

En este estudio se presenta el desarrollo de la segunda parte del INPIAF, que evalúa las consecuencias asociadas al pensamiento intruso relacionado con la apariencia, elegido como el más molesto. Específicamente este cuestionario evalúa el impacto emocional que genera esa intrusión, la interferencia y dificultad para controlarla, las valoraciones disfuncionales asociadas y las estrategias utilizadas para controlarla/neutralizarla. Se presentan además las asociaciones con diversas medidas de psicopatología, y se analiza la dimensionalidad de estas consecuencias funcionales en un grupo de personas con riesgo a padecer TDC.

2. OBJETIVES

2.1. General objective. To study to what extent an upsetting AIT has a negative impact on individuals, in terms of emotions, interference in daily activities, dysfunctional appraisals, and the need to do something to resist or keep the intrusion under control, in a non-clinical population.

Specific objectives

2.1.1. To develop an instrument (continuation of the questionnaire from study 1) to assess the emotional consequences, interference, dysfunctional appraisals, and control strategies of the most upsetting AIT subjects had experienced in the past three months.

2.1.2. To explore the emotional consequences, interference and difficulty in controlling, dysfunctional appraisals, and control strategies associated with the most upsetting recently (past 3 months) experienced AIT.

2.1.3. To analyze the relationship between emotional consequences, interference and difficulty in controlling, dysfunctional appraisals, and control strategies associated with the most upsetting AIT and psychopathology indicators.

2.1.4. To study the relationship between the frequency of the most upsetting AIT and its emotional consequences, the interference it produces, the difficulty in controlling it, the associated dysfunctional appraisals, and the control strategies used to control it.

2.1.5. To analyze the differences between individuals at risk for BDD and those with no risk in the functional consequences of the most upsetting AIT and psychopathology indicators.

3. HIPOTESIS

3.1. La IA más molesta tendrá consecuencias negativas en términos de impacto emocional, interferencia, dificultad para controlarla, valoraciones disfuncionales y activación de estrategias para controlarla y/o neutralizarla.

3.2. Las consecuencias negativas de la IA más molesta se asociarán significativamente con distintos indicadores de morbilidad psicopatológica, y especialmente con la dismórfica y la obsesivo-compulsiva.

3.3. La frecuencia de la IA más molesta, se asociará de manera significativa con sus consecuencias negativas (i.e., impacto emocional, interferencia y dificultad de controlarla, valoraciones disfuncionales, y estrategias para controlarla/neutralizarla), lo que indicará la existencia de una relación funcional entre la frecuencia de la IA y sus consecuencias.

3.4. Tanto la frecuencia de la IA más molesta, como sus consecuencias asociadas, serán mayores (i.e., puntuaciones más altas) en personas con riesgo de TDC (subclínicos) que en personas sin riesgo a padecer el trastorno.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Participantes

La muestra estaba compuesta por 344 participantes (77,1%) de un total de 583, pertenecientes a población general, que seleccionaron una de las 27 IAs del listado de la primera parte como la más molesta y experimentada en los últimos 3 meses. Los participantes tenían una edad media de 27,05 años ($DT= 11,00$), en un rango entre los 18 a los 62 años. El análisis de distribución de la edad, mostró que el 75,9% de la muestra se

encontraba entre los 18 y los 27 años. El 66% eran estudiantes de universidad, y la mayoría eran solteros (71,7%), con un nivel socioeconómico medio (66,9%). Ninguno de los participantes reportó tener o haber tenido un trastorno mental o recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos 6 meses.

4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio, son los mismos que los utilizados en el estudio 1, con lo cual no se describirán de nuevo en este estudio excepto por el INPIAF, cuyos resultados son presentados en este estudio. Solamente se indicará la consistencia interna en esta muestra.

4.2.1. *Medidas relacionadas con síntomas dismórficos e imagen corporal*

4.2.1.1. Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF)

Como se comentó en el Estudio 1, el auto-informe consta de 3 partes. Este estudio se centra en la segunda y tercera, que se describen a continuación. En la segunda parte, la persona tiene que seleccionar del listado de 27 IAs presentado en la primera parte la más molesta que haya experimentado en los últimos 3 meses, para a continuación valorarla en escalas Likert de 5 puntos (desde 0 hasta 4) en tres conjuntos de variables: impacto emocional generado por la intrusión (5 ítems: molestia, ansiedad, tristeza, culpa, y vergüenza), interferencia que produce y dificultad para controlarla (3 ítems: dificultad en controlar (ítem inverso), éxito en controlarla o suprimirla, e interferencia en actividades cotidianas), y valoraciones disfuncionales que suscita la intrusión (importancia del pensamiento, significado personal, responsabilidad, importancia de controlar el pensamiento, sobrestimación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo, y fusión pensamiento-acción probabilidad). La tercera parte consiste en un listado de 22 estrategias para controlar y/o neutralizar la IA. La persona tiene que responder con qué frecuencia usa cada estrategia en una escala de 0 “nunca” a “siempre” para controlar/neutralizar la intrusión más molesta. Las estrategias son: parada de pensamiento, auto-castigo, esfuerzo de supresión, preocupación, reestructuración cognitiva, relajación,

revaloración, búsqueda de reaseguración, auto-tranquilización, distracción encubierta, distracción manifiesta, actos encubiertos, evitación, ocultación, comparación, tocar/mirar el espejo, preguntar a alguien, tomar una foto, limpiar, comprobar, repetir, y ordenar.

4.2.1.2. Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (MBSRQ)

Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ-AS34; Brown, Cash, y Mikulka, 1990). La consistencia interna de las subescalas fue satisfactoria: evaluación de la apariencia: 0,83, orientación a la apariencia: 0,85, satisfacción en las áreas corporales: 0,72, preocupación por el sobrepeso: 0,76 y la auto-clasificación del peso: 0,89.

4.2.2. *Medidas relacionadas con síntomas obsesivo-compulsivos*

4.2.2.1. Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)

Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa et al., 2002). En esta muestra se obtuvo un alfa de Cronbach para la escala total de 0,88.

4.2.2.2. Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI)

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory, CBOCI; Clark, Beck, Antony, y Swinson, 2005). En la muestra del presente estudio se obtuvo una consistencia interna de 0,88 para la escala total y 0,84 y 0,81 para las subescalas de Obsesiones y Compulsiones respectivamente.

4.2.3. *Medidas relacionadas con síntomas ansioso-depresivos*

4.2.3.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). La consistencia interna para las tres subescalas fue de: 0,87, 0,79 y 0,76, respectivamente.

4.2.3.2. Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990). La consistencia interna en este estudio ha sido de 0,90.

4.2.3.3. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

Escalas de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). La consistencia interna en este estudio ha sido 0,88 para la escala de afecto positivo y 0,89 para la de afecto negativo.

4.2.4. *Consentimiento informado y datos sociodemográficos*

4.3. Procedimiento

El procedimiento empleado en este estudio, es el mismo que el descrito en el estudio 1 de este trabajo.

4.4. Análisis estadísticos

Para analizar la estructura subyacente del INPIAF, se realizaron Análisis de Componentes Principales (ACP), con rotación oblicua Promax debido a la falta de independencia entre las variables. Se tuvieron en cuenta la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($KMO > 0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS) ($p \leq 0,05$), para comprobar la adecuación de los datos para los análisis.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) fueron realizados con el método de máxima verosimilitud (ML) mediante el programa EQS v.6.1. Ya que el estadístico chi cuadrado es muy sensible a las variaciones de la muestra (Bentler & Bonett, 1980), fueron tenidos en cuenta varios índices para analizar la bondad de ajuste del modelo además del chi cuadrado robusto ($\chi^2 < 5$): el NFI (índice de ajuste normativo) $> 0,90$; el NNFI (índice de ajuste no normativo) $> 0,90$; el CFI (índice de ajuste comparativo) $> 0,90$; el IFI (índice de ajuste incremental) $> 0,85$, el RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) $< 0,8$; y el modelo

AIC (criterio de información de Akaike) para realizar comparaciones entre los distintos modelos (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999; Ullman y Bentler, 2004). Para establecer la consistencia interna de las medidas, se utilizó el alfa de Cronbach. Se consideran aceptables valores de 0,70 o mayores (Garson, 2000).

Para analizar las asociaciones entre variables se realizaron correlaciones bivariadas (Pearson), y las diferencias entre dichas correlaciones se determinaron mediante el cálculo del estadístico *z* de Fisher. Para valorar el tamaño de las correlaciones, se adoptaron los criterios de Cohen (1998): pequeño: $r = 0,10$ a $0,29$; medio: $r = 0,30$ a $0,49$; grande: $r = \geq 0,50$). Las diferencias de medias entre los grupos se analizaron mediante el estadístico *t* de Student para grupos independientes, con el estadístico *d* de Cohen para determinar el tamaño del efecto. Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS v.20 (SPSS, Chicago, IL, USA).

5. RESULTS

5.1 Factor structure of the AIQ parts II and III: Exploratory and Confirmatory Factor analyses

A Principal Components Analysis (PCA) was conducted on the AIQ, with Promax rotation (Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 2504.375$; $p = .000$; Kaiser-Meyer-Olkin test of sampling adequacy = .938).

For the AIQ-Part II, the item set was two-dimensional. The first eigenvalue was about seven times that of the second, and explained 45% of 52% of total variance. Emotional reactions except for guilt, control difficulty & interference, importance of controlling thoughts, and intolerance of uncertainty appraisals loaded in this factor. The second factor was composed of guilt and importance of the thought, personal significance, responsibility, over-estimation of threat, perfectionism, and thought-action fusion-probability dysfunctional appraisals (see Table 7).

Table 7. Factor loadings for AIQ part- II

AIQ Part- II	Factor 1	Factor 2
Unpleasantness	.870	-.080
Success controlling/suppressing	.813	-.220
Difficult in controlling	.796	-.029
Shame	.733	-.029
Anxiety	.732	.166
Thought control importance	.658	-.043
Sadness	.497	.322
Interference	.475	.272
Intolerance to uncertainty	.441	.417
Thought-action fusion-probability	-.282	.918
Personal significance	-.078	.726
Guilt	-.027	.691
Over-estimation of threat	.067	.677
Responsibility	.157	.541
Importance of thought	.383	.410
Perfectionism	.243	.401

This model was tested through Confirmatory Maximum Likelihood Factor Analysis (CFA), along with two other models to determine the best one for the AIQ. Results are shown in Table 8. Model 1 was the two-factor model derived from the PCA analysis above. Model 2 was a three-factor model derived from the AIQ- Part II structure: emotional reactions, control difficulty & interference, and dysfunctional appraisals; and Model 3 was a single-factor model and included all the AIQ-Part II items. Goodness-of-fit indices showed that model 2 presented the best fit, confirmed by the Akaike Information Criterion (AIC).

Taking the CFA results into account, and considering that the PCA solution did not show a comprehensive theoretical structure, subsequent analyses will be performed with the AIQ-Part II subscales from Model 2 in the factor analysis: emotional reactions (unpleasantness, anxiety, sadness, guilt, and shame), control difficulty & interference (difficulty in controlling, success controlling/ suppressing and interference), and dysfunctional appraisals (importance of the thought, personal significance, responsibility, importance of control, over-estimation of threat, intolerance uncertainty, perfectionism and thought-action fusion-probability).

Regarding AIQ-Part III, item 10 (do nothing) was excluded from the factor analyses. A five-factor solution, explaining 61% of the variance, was indicated based on the number of eigenvalues > 1 and examination of the scree plot. Factor 1 included nine items related with

thought control and general anxiety strategies. Factor 2 was composed of three items related to strategies used in social contexts. Factor 3 included the behavioral/overt and cognitive/covert distraction strategies and the mental compulsion item. Factor 4 grouped the four behavioral/overt compulsions, and, finally, factor 5 included three items related to dysmorphic content.

A second PCA, forcing a 6-factor model, was run. All factors remained, except for factor 1 which was divided in two. Four thought control strategies and relaxation (assumed as a general or unspecific anxiety control strategy) loaded in one factor, whereas four anxiety control strategies loaded in the other factor.

Again, CFA was used to test three models. Model 1 and 2 tested the five-factor and six-factor solutions derived from the PCA. Model 3 tested a single general factor, including all 22 strategies. The best results were for the 6-factor solution model, presenting the best goodness-of-fit indices and AIC values (see Table 8): thought control (stop thinking, relaxation, self-punishment, suppression effort, and worry), anxiety control (cognitive/covert restructuring, reappraisal, others-reassurance, and self-reassurance), distraction (cognitive/covert distraction, behavioral/overt distraction, and mental compulsion), social control (avoidance, concealment, and comparing), behavioral/overt compulsions (cleaning, checking, repeating, and ordering) and Body Dysmorphic Disorder (BDD) related strategies (touching/staring, asking someone, and taking a photo).

Table 8. Goodness of fit indices for the AIQ factor models analyzed

Indices	Chi-Square (<i>df</i>)	NFI	NNFI	CFI	IFI	RMSEA	AIC
Model 1. 2-factor	227.0597 (103)	.872	.912	.925	.926	.05	21.060
Model 2. 3-factor	196.5236 (101)	.882	.927	.932	.932	.05	5.476
Model 3. 1-factor	246.4525 (104)	.861	.900	.914	.915	.06	38.452
Model 1. 5-factor	432.0519 (199)	.808	.866	.884	.886	.05	34.052
Model 2. 6-factor	388.7279 (194)	.827	.885	.903	.905	.05	.728
Model 3. 1-factor	762.9701 (209)	.660	.696	.725	.728	.08	344.970

NFI: Normed Fit Index; NNFI: Non-Normed Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation; AIC: Akaike Information Criteria

5.2 Reliability of the AIQ subscales

Internal consistency was calculated for the AIQ Part-II and Part-III subscales. Cronbach's α values were satisfactory for emotional reactions ($\alpha = .84$), control difficulty & interference ($\alpha = .72$) and dysfunctional appraisals ($\alpha = .83$), as well for thought control ($\alpha = .79$), anxiety control ($\alpha = .76$), and distraction ($\alpha = .72$) strategies, but only moderate for social control ($\alpha = .64$), behavioral/overt compulsions ($\alpha = .69$) and BDD related ($\alpha = .58$) strategies.

The AIQ Part-II ($r = -.25$ to $-.32$, $p = < .001$) and AIQ Part-III subscales ($r = -.11$ to $-.29$, $p = < .001$) were mildly associated with age, except for thought control and anxiety control strategies.

5.3 The most upsetting Appearance defect-related Intrusive Thought (AIT)

All the items were endorsed by at least one subject as their most upsetting AIT. The five most frequently selected items and the percentage of subjects who endorsed them were: item 13 (*"All of these people look better than I do"*), selected by 16.4% of subjects; item 8, (*"My flaw is very noticeable (nose, ears, hands, sweat, spots, greasy look..."*), endorsed by 8.2% of participants; item 4 (*"I need to camouflage or hide this defect by any means"*), selected by 5.6% of the individuals; item 16 (*"They are staring at my flaw"*) and item 3 (*"My body is not working properly in some way"*), each selected by 5.2% of the participants. The three items most endorsed by women were 13 (13.6%), 8 (9.1%), and 3 (6.3%). Item 13 was also one of the items most endorsed by men (25.5%), along with items 4 (7.3%) and 17 (*"They are talking about my appearance"*; 7.3%). The mean frequency of the most upsetting thought was 3.32 ($SD=1.53$), which corresponds to *"once or twice a month"* on the frequency response scale.

5.4 Emotional reactions, interference, and dysfunctional appraisals of the most upsetting AIT

The mean scores for emotional reactions, control difficulty & interference, and dysfunctional appraisals were 1.27 ($SD= .83$), 1.42 ($SD= .88$), and .98 ($SD= .70$), respectively.

Item analysis showed that the highest means were for unpleasantness ($M= 1.84$, $SD= 1.03$), success controlling ($M=2.04$, $SD=1.16$), and intolerance of uncertainty ($M= 1.55$, $SD= 1.22$), whereas the lowest means were for guilt ($M=.85$, $SD= 1.04$), interference ($M= .102$, $SD= .95$), and thought-action fusion-likelihood ($M=.27$, $SD=.65$). Differences between men and women were only observed on sadness, where women scored higher than men ($M= 1.27$, $SD= 1.08$ vs. $M= .85$, $SD= .95$; $t_{339} = 3.14$; Cohen's $d = .41$).

5.5 Strategies used to control the most upsetting AIT

The Mean and (SD) scores on the strategies were as follows: thought control: 1.55 (.98), anxiety control: 1.62 (.99), social control: 1.10 (.88), distraction: 1.70 (1.03), OCD-related strategies: .69 (.77), and BDD-strategies: 1.06 (.89). Nevertheless, only 5.8% of subjects reported doing nothing in response to their most upsetting AIT. On average, individuals reported using 13.16 control strategies ($SD=5.43$) when having the AIT, which represents more than 59% of the strategies listed in the AIQ.

All the strategies were endorsed by the participants. Item analysis showed that cognitive restructuring, cognitive/covert distraction, behavioral/overt distraction, and comparing presented the highest means ($M= 2.07$, $SD= 1.30$; $M= 1.92$, $SD= 1.23$; $M= 1.68$, $SD= 1.27$ and $M= 1.91$, $SD= 1.30$, respectively), whereas lower means were found on concealment ($M= .49$, $SD= .91$), taking a photo ($M=.52$, $SD=. 96$), and ordering ($M= . 71$, $SD= 1.06$).

Differences between men and women were only found on thought control ($M= 1.27$, $SD= 1.08$ vs. $M= .85$, $SD= .95$; $t_{317} = 2.45$; Cohen's $d=. 33$) and distraction strategies ($M= 1.27$, $SD= 1.08$ vs. $M= .85$, $SD= .95$; $t_{317} = 2.31$; Cohen's $d=. 30$), where women presented higher values.

5.6 Relationships among frequency, emotional impact, cognitive appraisals, interference, and thought control strategies for the most upsetting AIT

Table 9 shows the correlations among the AIQ subscales and the frequency of the intrusive cognition subjects selected as the most upsetting. There were significant and

medium-sized associations between the frequency of the most upsetting intrusion and its emotional impact, control difficulty & interference, and the cognitive appraisals individuals ascribe to that intrusion. However, the associations between frequency and strategies (thought control, social control, and OCD-related) were small. No associations were found with anxiety-control, distraction, or BDD-related strategies.

Table 9. Associations between the AIQ and the frequency of the most upsetting Appearance-related Intrusive Thought (AIT)

AIQ	Frequency of AIT (N= 334)
<i>AIQ Part- II</i>	
Emotional reactions	.48**
Difficulty in controlling & Interference	.44**
Dysfunctional appraisals	.49**
<i>INPIAF Part- III</i>	
Thought control strategies	.24**
Anxiety control strategies	.11
Social control strategies	.33**
Distraction	.09
OCD-related strategies	.16**
BDD- related strategies	.08

** $p \leq .01$

5.7 Associations between AIQ part- II and AIQ part- III and symptom measures

Given that the AIQ part- II and most of the AIQ part- III subscales were associated with age ($r = -.25$ to $-.32$, $p < .001$, and $r = -.11$ to $-.29$, $p < .001$, for the 2nd and 3rd AIQ parts, respectively), partial correlations were performed with the symptom measures, controlling for age and gender (see Table 10).

The emotional reactions and the dysfunctional appraisals correlated with all the measures, except appearance orientation (MBSRQ). Regarding control difficulty & interference, associations were observed with depressive and anxiety symptoms (DASS-21), OC symptoms (C-BOCI), distress and interference due to dysmorphic symptoms (BDDQ), and MBSRQ-Body areas satisfaction and overweight preoccupation. All the coefficients were

statistically significant ($p < .005$). The size of the correlations was significantly higher for BDDQ and OC symptoms (C-BOCI) (all z values were $p < .05$) on emotional reactions and dysfunctional appraisals than for the other symptom measures.

The social control strategies correlated with all measures, except self-classified weight. Thought control also correlated with all measures, except self-classified weight, depression, and negative affect. By contrast, anxiety control and distraction did not correlate with any symptoms, except appearance orientation for the former, and obsessions (C-BOCI) and MBSRQ-Body areas satisfaction for the latter. The OCD-related strategies correlated with all measures except the MBSRQ subscales; and finally, BDD-related strategies correlated positively with negative affect, worry, OC symptoms, and appearance orientation, and negatively with self-classified weight. The size of the correlations was significantly higher between social control strategies and the BDDQ score than with the rest of the questionnaire measures (all z , $p \leq .05$). In the same way, the OCD-related strategies correlated higher with OCD symptoms (i.e., CBOCI and OCI-R scores) than with the other questionnaire scores (all z , $p \leq .05$).

Table 10. Relationships between the AIQ and symptom measures (N=340)

Symptom measures	AIQ Part- II				AIQ Part- III				
	ER	DC-I	DA	TC	AC	SC	D	OCD-S	BDD-S
DASS-21- Anxiety	.326**	.239**	.317**	.165*	.033	.234*	.072	.236*	.114
DASS-21- Depression	.381**	.353**	.447**	.137	.000	.340**	.011	.256*	-.042
PANAS- Negative Affect	.266**	.110	.238*	.079	.011	.343**	.070	.332**	.178*
PSWQ - Total	.216**	.008	.168*	.237*	.087	.300**	.003	.340**	.273*
OCI-R- Total	.274**	.159	.300**	.201*	-.028	.374**	-.016	.405**	.246*
C-BOCI - Obsessions	.450**	.393**	.533**	.343**	.149	.386**	.213*	.486**	.240*
C-BOCI - Compulsions	.354**	.297**	.369**	.215*	.112	.365**	.077	.450**	.247*
C.BOCI - Total	.438**	.377**	.494**	.308**	.143	.408**	.163	.509**	.263*
BDDQ	.495**	.347**	.572**	.249*	.130	.487**	.101	.220*	-.030
MBSRQ - AE	-.436**	-.124	-.441**	-.220*	.067	-.252*	-.106	-.115	.131
MBSRQ - AO	.125	.129	.141	.204*	.207*	.226*	.064	.098	.255*
MBSRQ - BAS	-.413**	-.225**	-.416**	-.185*	.008	-.342**	-.190*	-.065	.070
MBSRQ - OP	.360**	.182*	.362**	.217*	.098	.188*	.084	.089	-.075
MBSRQ - SCW	.182*	-.003	.171*	.033	-.048	-.028	.016	-.043	-.301**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

ER: Emotional Reactions; DC-I: Difficulty in Controlling & Interference; DA: Dysfunctional Appraisals; TC: Thought Control; AC: Anxiety Control; SC: Social Control D: Distraction; OCD-S: Obsessive-Compulsive Disorder-related strategies; BDD-S: Body Dysmorphic Disorder-related strategies; DASS-21: Depression, Anxiety & Stress Scales; PANAS: Positive and Negative Affect Scales; PSWQ: Penn State worry Questionnaire; C-BOCI: Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; AE: Appearance Evaluation; AO: Appearance Orientation; BAS: Body Areas Satisfaction; OP: Overweight Preoccupation; SCW: Self-Classified Weight.

5.8 Differences between subjects at risk and with no risk of BDD

A subgroup of 68 subjects (19.76%) who met the BDDQ criteria for BDD was extracted from the sample, which means that 19.76% of the individuals presented at least subclinical BDD symptoms. The BDD-risk group (BDD-R; 82% women) had a mean age of 22.68 ($SD= 5.73$) years, whereas the no-BDD risk group (BDD-NR; 276 participants; 76% woman) had a mean age of 28.13 ($SD= 11.71$) years. The BDD-risk group was significantly younger than the no BDD-risk group [$t_{(342)} = 5.50, p = .001$], but no gender differences were found between groups.

Table 11 shows the t tests performed to explore the differences between the two groups. Significant differences were found in the frequency of the most upsetting intrusion and all the AIQ- II and AIQ- III subscales, except anxiety control strategies. As expected, the BDD-R group scored higher on all these subscales. Regarding symptom measures, differences were also observed in all the variables, except self-classified weight (MBSRQ). Again, the BDD-R group presented higher values than the BDD-NR group, with moderate to large effect sizes.

Given the differences found in age, ANCOVAs were computed on the same variables with age as a covariate. Results showed the same significant between-groups differences as before controlling age, except on distraction strategies, which did not differ in the two groups in the new analysis, and self-classified weight, where significant differences emerged between groups ($F_{(1, 342)} = 6.74, p = .01$), with higher scores for the BDD-R group.

Table 11. Differences in self-report questionnaire scores between subjects at risk and no risk of Body Dysmorphic Disorder (BDD)

Study measures	NO-BDD Risk (n= 274)	BDD-Risk (n= 68)	<i>t</i> (<i>df</i>)	Cohen's <i>d</i>
AIQ- Emotional reactions	1.10 (.73)	1.97 (.82)	8.51 (340)**	1.12
AIQ- Difficulty in controlling & interference	1.23 (.78)	2.22 (.81)	9.18 (342)**	.79
AIQ- Dysfunctional appraisals	.81 (.61)	1.65 (.67)	9.86 (341)**	1.31
AIQ- Thought control strategies	1.43 (.98)	2.00 (.88)	4.45 (320)**	.59
AIQ- Anxiety control strategies	1.56 (1.00)	1.84 (.92)	1.54 (321)	-
AIQ- Social control strategies	.93 (.77)	1.76 (.97)	5.96 (320)**	.88
AIQ- Distraction	1.63 (1.06)	1.98 (.85)	2.36 (320)**	.30
AIQ- OCD- related strategies	.63 (.73)	.94 (.86)	2.71 (321)**	.35
AIQ- BDD- related strategies	1.01 (.87)	1.27 (.95)	2.41 (322)**	.32
DASS-21- Anxiety	4.63 (2.93)	6.74 (3.82)	4.22 (335)**	.61
DASS-21- Depression	3.13 (2.92)	6.09 (4.92)	4.71 (334)**	.73
PANAS- Positive affect	32.82 (7.10)	29.56 (8.38)	2.90 (331)**	.41
PANAS- Negative affect	22.28 (7.93)	26.26 (9.04)	3.53 (334)**	.46
PSWQ Total	51.81 (11.42)	57.95 (12.21)	3.85 (331)**	.51
OCI-R- Total	15.14 (10.9)	21.80 (12.96)	3.82 (319)**	.55
CBOCI- Obsessions	8.92 (5.08)	14.38 (7.17)	5.90 (331)**	.87
CBOCI- Compulsions	6.28 (4.53)	10.72 (5.99)	5.55 (331)**	.55
CBOCI- Total	15.16 (8.55)	25.66 (12.00)	6.60 (324)**	1.00
BDDQ	2.59 (1.11)	4.76 (1.08)	13.04 (190)**	1.98
MBSRQ- Appearance Evaluation	20.02 (4.08)	16.93 (4.38)	5.50 (339)**	.73
MBSRQ- Appearance Orientation	41.79 (7.29)	49.54 (5.44)	9.75 (338)**	1.21
MBSRQ- Body Areas Satisfaction	29.36 (4.80)	24.90 (4.75)	6.86 (337)**	.93
MBSRQ- Overweight Preoccupation	10.15 (3.47)	14.06 (3.79)	8.14 (339)**	1.07
MBSRQ- Self-Classified Weight	6.44 (1.34)	6.81 (1.61)	1.92 (339)	-

Data on the first 2 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p \leq .01$

DASS-21: Depression, Anxiety & Stress Scales; PANAS: Positive and Negative Affect Scales; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory- Revised; C-BOCI: Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory; BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire.

Although the frequency of BDD-related strategies was low in both groups, their frequency was slightly higher than what was observed for the OCD-related strategies. To examine whether the difference between these two modalities of strategies was significant, paired t-tests were performed for each group. Results showed that the individuals at risk of BDD (BDD-R group) used more BDD-related strategies than OCD-related [$t_{(275)} = 2.64, p = .009$], but no differences were observed in the use of the two modalities of strategies in the no-BDD risk group [$t_{(68)} = .12, p = .904$].

6. CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue explorar en qué medida una intrusión sobre un defecto en la apariencia, que personas sin TDC señalan como muy molesta, tiene algún impacto sobre el estado emocional, interfiere con las actividades cotidianas, es valorada de forma disfuncional, y promueve estrategias para controlarla, suprimirla, o resistirse a ella.

Los análisis de la estructura factorial del INPIAF mostraron que en la segunda parte del INPIAF el modelo que presentó el mejor ajuste fue el derivado de la estructura original del INPIAF, compuesto por 3 factores: impacto emocional, dificultad en controlar la IA, e interferencia, y valoraciones disfuncionales. Mientras que en la tercera parte, el mejor modelo fue aquel que agrupó las estrategias en 6 factores: estrategias de control de pensamiento, estrategias del control de la ansiedad, distracción, control social, estrategias obsesivo-compulsivas, y estrategias dismórficas.

Todas las IAs incluidas en el INPIAF fueron seleccionadas al menos una vez como la intrusión más molesta. La frecuencia de la intrusión más molesta fue moderada, y en general no fue valorada de forma muy negativa, como cabía esperar de una población no clínica. Aunque la IA fue experimentada como molesta, no generó mucha interferencia. Sin embargo, el 94% de las personas hizo algo en respuesta a la intrusión, utilizando un gran rango de estrategias para neutralizarla, especialmente las estrategias de control del pensamiento, control de la ansiedad, y distracción.

Según lo esperado, los resultados indican que a mayor ocurrencia de la IA, se produce un mayor impacto emocional, se realizan más valoraciones disfuncionales, y se suscita una mayor necesidad de hacer algo para controlarla y/o neutralizarla.

Las asociaciones entre las consecuencias de la IA más molesta y la sintomatología valorada en este estudio fueron significativas, especialmente entre el impacto emocional y las valoraciones disfuncionales y sintomatología dismórfica y obsesivo-compulsiva, lo que confirma la hipótesis planteada.

Con respecto a la dimensionalidad de las consecuencias de la intrusión, los resultados apoyan la hipótesis planteada al principio del estudio: el grupo con riesgo a padecer TDC experimentó un número significativamente más alto y una mayor frecuencia de IAs. Además, obtuvo puntuaciones más altas en todas las dimensiones, excepto en las estrategias

generales de control de la ansiedad. Las diferencias más importantes entre los grupos se observaron en las valoraciones disfuncionales y en las reacciones emocionales.

Los datos obtenidos en este estudio apoyan el supuesto de que aunque las preocupaciones por los defectos en la apariencia son universales, la diferencia entre estas y las preocupaciones clínicas dismórficas, es la forma en que las personas valoran estos pensamientos, y reaccionan ante ellos, y no únicamente la experimentación de intrusiones. Estos resultados también apoyan la hipótesis de que los pensamientos intrusos relacionados con la apariencia, podrían tener el mismo papel que los pensamientos intrusos obsesivos en el desarrollo de las obsesiones en el TOC.

ESTUDIO 3

1. INTRODUCCIÓN

Después de haber explorado y confirmado la presencia de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia (IAs), y sus consecuencias funcionales en población general y en personas en riesgo a padecer un TDC (subclínicos), este estudio ha sido diseñado para comprobar si lo anterior también se repite en pacientes con un TDC, y de esta forma completar el análisis de la dimensionalidad de este fenómeno y de su posible papel en el desarrollo de las preocupaciones dismórficas patológicas. En este estudio se describen los contenidos más característicos de las intrusiones experimentadas por personas con este trastorno, y su frecuencia de ocurrencia. También se analiza la intrusión elegida como más molesta y se estudia en detalle cómo es experimentada por este tipo de pacientes en las dimensiones estudiadas por el INPIAF. Se exploran también las relaciones entre la IA más molesta y sus consecuencias, así como con los diversos indicadores de psicopatología que hemos analizado en los estudios previos en población general y subclínicos. Se incluyen además análisis de las relaciones con la gravedad del trastorno, y la egodistonia de la IA más molesta. Por último, se analizan las diferencias en todas las variables descritas, en los tres grupos de individuos que han participado en los estudios que conforman este trabajo: participantes clínicos, subclínicos, y normales.

2. OBJETIVES

2.1. General objective. To study the presence of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs) and their negative impact on individuals, in terms of emotions, interference in daily activities, dysfunctional appraisals, and the need to do something to resist or keep the intrusion under control, in a group of patients with BDD.

Specific objectives

2.1.1. To explore the AITs' contents and frequency.

2.1.2. To explore the emotional consequences, interference and difficulty in controlling, dysfunctional appraisals and control strategies associated with the most upsetting, recently (past 3 months) experienced AIT.

2.1.3. To analyze the relationship between the different contents of the AITs and their emotional consequences, interference, and difficulty in controlling, and dysfunctional appraisals and control strategies associated with the most upsetting AIT, and psychopathology indicators.

2.1.4. To study the relationship between the frequency of the most upsetting AIT and its emotional consequences, the interference it produces, and the difficulty in controlling it, the associated dysfunctional appraisals, and the strategies used to control it.

2.1.5. To analyze the differences among clinical, subclinical, and non-clinical individuals in the AITs' contents, frequency, and functional consequences of the most upsetting AIT, and psychopathology indicators.

3. HIPOTESIS

3.1. Las personas con TDC experimentarán IAs de forma frecuente

3.2. En pacientes con TDC, la IA más molesta tendrá consecuencias negativas en términos de impacto emocional, interferencia, dificultad para controlarla, valoraciones disfuncionales y activación de estrategias para controlarla y/o neutralizarla

3.3. En pacientes con TDC, las consecuencias negativas de la IA más molesta se asociarán significativamente con distintos indicadores de morbilidad psicopatológica, especialmente con la obsesivo-compulsiva, y la dismórfica, así como también con la gravedad de estos síntomas.

3.4. La frecuencia de la IA más molesta, se asociará de manera significativa con sus consecuencias negativas (i.e., impacto emocional, interferencia y dificultad de controlarla, valoraciones disfuncionales, y estrategias para controlarla/neutralizarla), lo que indicará la

existencia de una relación funcional entre la frecuencia de la IA y sus consecuencias en personas con TDC.

3.5. Tanto la frecuencia de la IA más molesta, como sus consecuencias asociadas, serán mayores (i.e., puntuaciones más altas) en el grupo de pacientes con TDC, en comparación al grupo de subclínicos y al grupo no clínico. Este patrón (i.e., puntuaciones más altas) se repetirá con respecto al grupo de subclínicos frente al grupo no clínico.

3.6. La IA elegida como más molesta, resultará ser más egodistónica para el grupo clínico que para el grupo de subclínicos y el grupo no clínico, y para el grupo de subclínicos en comparación con el no clínico.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Participantes

La muestra clínica estaba compuesta por 9 personas con un diagnóstico principal de TDC, en un rango de edad entre los 19 y los 30 años, y con una edad media de 26,67 años ($DT= 4,0$). El 55,6% de los pacientes eran hombres, solteros (77,8%), con un nivel socioeconómico medio (44,4%) y con estudios universitarios (75,5%). Tres de ellos trabajaban, 4 eran estudiantes, y dos se encontraban en paro.

Todos los pacientes cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para un TDC. Además se utilizó la entrevista diagnóstica estructurada del DSM-IV para el TDC (SCID; First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1999), y el cuestionario sobre TDC (Phillips, Atala y Pope, 1995) para confirmar el diagnóstico. La gravedad media de los pacientes fue de 29,11 ($DT = 4,67$), de acuerdo a la escala Y-BOCS modificada para el TDC (YBOCS-TDC).

En el momento de la evaluación, ningún paciente tenía otro diagnóstico adicional. Tres de los pacientes estaban recibiendo tratamiento farmacológico con ISRS, y se encontraban en el inicio de tratamiento psicológico en el momento de la evaluación. La media de los años de evolución del trastorno fue de 6 años.

4.2. Instrumentos

En este apartado solo se describirán los cuestionarios utilizados por primera vez en este trabajo: la escala Y-BOCS modificada para el TDC, y el Cuestionario de egodistonia (EDQ). Aquellos que son utilizados en este estudio, pero que ya han sido descritos en los estudios anteriores, solo serán enunciados.

4.2.1. Medidas relacionadas con síntomas dismórficos e imagen corporal

4.2.1.1. Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF, Giraldo-O'Meara y Belloch, 2016).

4.2.1.2. Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ; Phillips, Atala y Pope, 1995).

4.2.1.3. Cuestionario de Relaciones Multidimensionales Cuerpo-mí mismo (MBSRQ) (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ-AS34; Brown, Cash, y Mikulka, 1990).

4.2.1.4. Escala Y-BOCS Modificada para el TDC (BDD-YBOCS)

La escala Y-BOCS Modificada para el TDC (BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997), es una entrevista clínica que está compuesta por 12 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas dismórficos en la última semana, en una escala Likert de 5 puntos. Los primeros 5 ítems evalúan las preocupaciones por el defecto físico percibido en la apariencia (tiempo ocupado, interferencia, malestar, resistencia y control). Los 5 ítems siguientes evalúan los mismos aspectos pero relacionados con los comportamientos repetitivos relacionados con el defecto físico. El ítem 11 evalúa el insight, y el ítem 12 la evitación por los síntomas dismórficos. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 48, con valores más altos indicando mayor gravedad.

4.2.2. Medidas relacionadas con síntomas obsesivo-compulsivos

4.2.2.1. Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa et al., 2002).

4.2.3. Medidas relacionadas con síntomas ansioso-depresivos

4.2.3.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995).

4.2.3.2. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988).

4.2.4. Cuestionarios asociados a las intrusiones mentales

4.2.4.1. Cuestionario de Egodistonia – Versión reducida (EDQ-r)

El cuestionario de Egodistonia – Versión reducida (Ego-Dystonicity Questionnaire-Reduced Version (EDQ-r, Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2012), es una versión adaptada y reducida del Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ) creado por Purdon, Cripps, Faull, Joseph, y Rowa (2007). Está compuesto por 27 ítems con una escala tipo Likert de 0 “Completamente desacuerdo” a 5 “Completamente de acuerdo”, agrupados en tres subescalas: No deseabilidad del pensamiento y rechazo de que se convierta en realidad, Irracionalidad e incoherencia del pensamiento con la personalidad, e Inmoralidad o inconsistencia con los valores y ética personales. La consistencia interna en este estudio fue satisfactoria tanto para la escala total ($\alpha = 0,85$), como para las 3 subescalas ($\alpha = 0,80, 0,82, 0,67$).

4.2.5. Consentimiento informado y datos sociodemográficos

4.3. Procedimiento

El grupo clínico fue reclutado a través de distintos centros públicos de salud mental de la Comunidad Valenciana y de la unidad de investigación y tratamiento de obsesiones y

compulsiones de la Universitat de València (I'TOC). Los pacientes fueron informados sobre el objetivo y el procedimiento de evaluación del estudio y dieron su consentimiento explícito para participar en él.

El orden de los cuestionarios en el protocolo de instrumentos fue aleatorizado. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad.

4.4. Análisis estadísticos

Dado el reducido tamaño de la muestra clínica, las asociaciones entre variables se realizaron mediante correlaciones bivariadas no paramétricas (*rho* de Spearman). Se calcularon asimismo coeficientes de determinación (r^2) para valores de *rho* $\geq 0,40$. Para valorar el tamaño de las correlaciones, se adoptaron los criterios de Cohen (1998): pequeño: $r = 0,10$ a $0,29$; medio: $r = 0,30$ a $0,49$; grande: $r = \geq 0,50$.

Para comparar las medias de las variables analizadas en este estudio entre los tres grupos (pacientes con diagnóstico de TDC, personas en riesgo de TDC o subclínicos, y población no clínica), se utilizó el estadístico F de Welch en los análisis de varianza (ANOVA) para las variables continuas, y el estadístico chi-cuadrado para las variables categóricas. Se analizó la homogeneidad de las varianzas con el estadístico de Levene y en el caso de no existir homogeneidad de varianzas se sustituyó la prueba F por Brown Forsythe. Las pruebas post-hoc se determinaron mediante el estadístico Games-Howell.

5. RESULTS

5.1. Patients with BDD: AIQ descriptive statistics

All patients reported having had at least one of the 27 AITs. The mean of intrusions experienced by the sample was 23 ($SD = 3.08$), and the frequency of the intrusions was moderate ($Mean = 3.83$, $SD = 1.00$; *"I have had this intrusion once or twice a month"*). The highest frequency was found on the urge to do something subscale ($Mean = 4.48$, $SD = 1.15$), and the lowest on the bodily functions subscale ($Mean = 1.66$, $SD = 2.15$). The lowest mean was 1.22 ($SD = 1.98$) for item 10 (*"I would like to know how to retouch my photos to cover up my defect"*), and the highest was for item 8 ($Mean = 5.44$, $SD = .72$; *"My flaw is very noticeable (nose, ears, hands, sweat, spots, greasy look..."*), and 16 ($Mean = 5.44$, $SD = .72$;

“*They are staring at my flaw*”). All items showed average standard deviations, and asymmetry values were acceptable, ranging from $-.128$ to 2.513 . The mean number of intrusions experienced by the sample was 23 ($SD = 3.08$)

5.2. Patients with BDD: The most upsetting Appearance-related Intrusive Thought (AIT)

Patients selected different AITs as their most upsetting intrusion (specifically items 3, 6, 7, 11, 12, 19, 22, 27), except for item 7, which was endorsed by two participants (“*I have a horrible, disgusting physical flaw (nose, mouth, hair, genitals, skin, muscles, ears...)*”). The contents of the AIT selected as the most upsetting were related to a defect (4), the need to do something with the defect (3), concealment of the defect (1), and defective bodily functions (1). On average, the frequency of the most upsetting AIT was very high ($Mean = 5.67$, $SD = .50$; “*I have had this intrusion daily*”).

5.3 Patients with BDD: Emotional reactions, interference, and dysfunctional appraisals of the most upsetting AIT

The mean scores for emotional reactions, control difficulty & interference, and dysfunctional appraisals were 2.22 ($SD = .96$), 2.96 ($SD = .67$), and 2.29 ($SD = .35$), respectively, indicating a moderate score on these dimensions. Item analysis showed that the highest means were for unpleasantness ($M = 3.67$, $SD = .70$) in emotional impact, success controlling ($M = 3.22$, $SD = .66$) in difficulty in controlling & interference, and intolerance of uncertainty ($M = 3.44$, $SD = .72$) and perfectionism ($M = 3.22$, $SD = .83$) in dysfunctional appraisals. The lowest means were for guilt ($M = 1.22$, $SD = 1.39$) from emotional impact, and overestimation of threat ($M = 1.00$, $SD = .86$) from the appraisals.

5.4. Patients with BDD: Strategies used to control the most upsetting AIT

Regarding the strategies that patients used in order to control or neutralize the most upsetting AIT, the Means and (SD) scores for each subscale were as follows: thought control: 1.46 (1.04), anxiety control: 1.58 ($.71$), social control: 2.45 ($.97$), distraction: 2.07 (1.06), OCD-related strategies: $.85$ ($.51$), and BDD-strategies: 2.33 ($.71$).

All the strategies were endorsed by the participants. Item analysis showed that touching/staring ($M= 3.33, SD= .70$) and comparing ($M= 3.12, SD= .83$) presented the highest means, whereas lower means were found on cleaning ($M= .14; SD= .37$) and cognitive restructuring ($M= .67, SD= 1.32$). On average, individuals reported using 15.33 control strategies ($SD=3.27$) while having the AIT, which represent more than 90% of the strategies listed in the AIQ. None of the participants reported doing nothing in order to control or neutralize the AIT.

5.5. Patients with BDD: Relationships among frequency, emotional impact, cognitive appraisals, interference, and thought control strategies for the most upsetting AIT

Correlations among the AIQ subscales and the frequency of the AIT selected as the most upsetting are presented in Table 12. There were significant and large associations between the frequency of the most upsetting intrusion and both its difficulty in controlling & Interference and the cognitive appraisals that individuals ascribe to that intrusion. However, the association with emotional impact was non-significant. Regarding the strategies, although no statistically significant correlations with the frequency of AIT were found, the coefficients observed for the social control strategies, distraction, and the BDD-related strategies were high, with coefficients of determination indicating a high percentage of shared variance. It should be noted that frequency and distraction strategies were inversely correlated, which suggests that distraction is useful to diminish the frequency of an upsetting AIT.

Table 12. Associations between the AIQ and the frequency of the most upsetting Appearance-related Intrusive Thought (AIT).

AIQ	Frequency of most upsetting AIT (N= 9)	
	<i>rho</i>	<i>r</i> ²
<i>Part II</i>		
Emotional reactions	.37	-
Difficulty in controlling & Interference	.82**	67
Dysfunctional appraisals	.85*	72
<i>Part III (strategies)</i>		
Thought control	-.13	-
Anxiety control	.14	-
Social control	.51	26
Distraction	-.46	21
OCD-related	.33	-
BDD- related	.44	19

*r*² indices were only calculated when $\rho \geq .40$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

5.6 Patients with BDD: Associations between AIQ part- II and AIQ part- III and symptom measures

Correlations between AIQ part- II and part- III are presented in Table 13. There were no associations with age. As expected due to the reduced sample size, few statistically significant correlations were found. The social control strategies showed the greatest number of significant associations, as they were correlated with the severity of BDD preoccupations (YBOCS), with two subscales of the MBSRQ (appearance orientation and self-classified weight), and with the immorality of the intrusion from the egodystonicity questionnaire. The second most correlated variable was the score on difficulty in controlling the intrusion and its interference, which was related to depression and two dimensions of egodystonicity (undesirability and immorality of the intrusion). The thought control strategies were correlated with negative affect and appearance orientation (MBSRQ), and

dysfunctional appraisals about the intrusion were associated with the depression score (DASS-21). Finally, the OCD-related strategies correlated with the BDD symptoms, as evaluated with the BDDQ, and with appearance orientation from the MBSRQ.

Nonetheless, large coefficients with a considerable amount of shared variance (r^2) were also observed. As shown in Table 13, some of these correlations were especially relevant. Both the use of BDD-related control strategies and the difficulty in controlling the AIT and its interference, were related to the severity of BDD (YBOCS preoccupations, YBOCS-compulsions, and YBOCS total score). The dysfunctional appraisals correlated with the severity of BDD-compulsions (YBOCS), and emotional impact was associated with BDD severity (YBOCS-total) and with the severity of preoccupations (YBOCS-preoccupations). The score on distress produced by the OCD symptoms (OCI-R) was related to several control strategies (thought control, anxiety strategies, social control, distraction, and OCD-related strategies), but not to BDD-related strategies, which indicates that these latter strategies are specific to BDD symptoms.

Table 13. Correlations among AIQ subscales, demographic variables, symptom measures, and egodystonicity in patients with BDD (N=9)

Study variables	AIQ Part- II				AIQ Part- III				
	ER	DC-I	DA	TC	AC	SC	D	OCD-S	BDD-S
Age	-.392	-.313	-.009	.405 (.16)	.141	-.620 (.38)	.192	.084	-.368
YBOCS- Preoccup.	.480 (.23)	.547 (.29)	.298	-.414 (.17)	-.116	.819* (.67)	-.179	.330	.646 (.41)
YBOCS-Comp.	.309	.472 (.22)	.638 (.40)	-.332	-.194	.543 (.29)	-.280	-.245	.494 (.24)
YBOCS- Total	.494 (.24)	.481 (.23)	.279	-.342	-.137	.675 (.45)	-.205	-.085	.618 (.38)
BDDQ	-.132	-.000	.239	-.523 (.27)	-.349	.585 (.34)	-.183	.770* (.59)	.029
DASS- Anx.	-.494 (.24)	-.034	.309	-.013	-.303	-.491 (.24)	-.269	.337	-.182
DASS-Dep.	-.248	.750* (.56)	.803* (.64)	-.184	.196	.125	-.129	.252	.111
PANAS-NA	-.017	.462 (.21)	.241	.731* (.53)	.698* (.48)	-.098	.315	.056	.193
OCI-R-Total	.390	.218	-.181	.403 (.16)	.587 (.34)	.610 (.37)	.468 (.21)	.561 (.31)	.036
MBSRQ- AE	-.312	-.416 (.17)	-.605 (.36)	.807** (.64)	.170	-.277	.291	.235	-.460 (.21)
MBSRQ- AO	.299	.424 (.17)	.378	-.356	-.335	.859** (.73)	-.562 (.31)	.066	.274
MBSRQ- BAS	-.349	-.418 (.17)	-.370	.603 (.36)	-.115	-.430 (.18)	.017	-.505 (.25)	-.518 (.26)
MBSRQ- OP	.598 (.35)	.271	.360	-.318	-.416 (.17)	.222	-.665* (.44)	.094	.591 (.34)
MBSRQ- SCW	-.041	-.030	.250	-.126	-.071	-.634* (.40)	-.366	.877** (.76)	-.132
EDQ- Undesirability	.615 (.38)	.747* (.55)	.274	.283	.483 (.23)	.525 (.27)	.035	.257	.559 (.31)
EDQ- Irrationality	.223	-.077	-.515 (.26)	.447 (.19)	.147	.235	.418 (.17)	.274	.238
EDQ- Inmorality	.664 (.44)	.700* (.49)	.291	-.068	.111	.859** (.73)	-.256	.113	.673 (.45)

Data are presented as rho (r^2) when rho \geq .40; ** $p \leq$.01; * $p \leq$.05

ER: Emotional Reactions; DC-I: Difficulty in Controlling & Interference; DA: Dysfunctional Appraisals; TC: Thought Control; AC: Anxiety Control; SC: Social Control; D: Distraction; OCD-S: OCD-related strategies; BDD-S: BDD-related strategies; BDDQ: Body-Dysmorphic Disorder Questionnaire; DASS-21: Depression, Anxiety & Stress Scales; PANAS-NA: Positive and Negative Affect Scales-Negative Affect; OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; AE: Appearance Evaluation; AO: Appearance Orientation; BAS: Body Areas Satisfaction; OP: Overweight Preoccupation; SCW: Self-Classified Weight; EDQ: Egodystonicity questionnaire.

5.7 Differences among patients with BDD, subjects at risk of BDD, and non-clinical individuals

A subgroup of 15 subjects from the general population and 15 participants who met the BDDQ criteria for BDD were extracted from the study 1 sample, matched on age, gender, and level of studies to the group of patients with BDD for comparison analyses. As expected, the three groups did not differ on socio-demographic variables, with the only exception of socioeconomic level, where all the non-clinical subjects reported a medium socioeconomic level. Sociodemographic data and differences between groups are presented in Table 14.

Table 14. Sociodemographic characteristics among groups and differences

Sociodemographic characteristics	Clinical group	Subclinical group (n = 15)	Non-clinical group	F/ χ^2
Age	23.67 (4.00)	22.87 (2.53)	24.00 (3.64)	.446
Gender (men) <i>n</i> (%)	5 (55.6)	8 (60)	8 (60)	.681
Marital status (single) <i>n</i> (%)	7 (77.8)	13 (86.7)	13 (86.7)	.811
Socio-economic level (medium) <i>n</i> (%)	4 (44.4)a	13 (86.6)	15 (100)b	17.424**
Level of education (university studies) <i>n</i> (%)	6 (75.5)	9 (60)	11 (73.3)	1.629

Different letters (a,b) indicate that Games-Howell post hoc comparisons of group means are significantly different from one another; Data are Means (Standard Deviation). ** $p \leq .01$

Table 15 shows the ANOVA tests performed to explore the differences among clinical, subclinical and non-clinical participants on the AIQ scores, and on the egodystonicity of the most upsetting AIT. Significant differences were found on all the AIQ subscales, except for the frequency of bodily function AITs from part I, and thought control, distraction and OCD-related strategies from part- III. As expected, the clinical group scored higher on all these subscales, and the subclinical participants, in turn, scored higher than non-clinical ones. Regarding the egodystonicity measure, differences were also observed on the three subscales, except for irrationality. Non-clinical subjects scored lower than clinical and subclinical participants on undesirability of the thought, and lower than the clinical group on

immorality. Moderate to large effect sizes were obtained for all the differences, except on immorality, where only a small size effect was observed.

Table 15. Differences in AIQ and self-report questionnaire scores between clinical, subclinical, and non-clinical subjects

AIQ	Clinical group (n = 9)	Subclinical group (n = 15)	Non-clinical group (n = 15)	F/Welch*	df	η^2_p
<i>Part I</i>						
Defect	4.46 (1.18)a	2.52 (1.31)b	1.42 (.95)c	19.424**	2,35	.51
Social Context	3.35 (1.13)a	2.25 (.30)b	1.73 (.89)c	13.895**	2,36	.43
Concealment	3.46 (1.64)a	2.06 (1.35)b	.96 (.99)b	10.381**	2,36	.36
Bodily functions	1.66 (2.15)	1.93 (1.57)	.93 (.75)	1.775	2,36	-
Urge to do something	4.48 (1.15)a	2.49 (1.55)b	1.68 (1.46)b	10.857**	2,36	.37
<i>Part II</i>						
Frequency	5.67 (.50)a	4.20 (1.47)b	3.40 (1.54)b	7.888**	2,36	.33
Emotional reactions	2.22 (.96)a	1.84 (.81)ab	1.14 (.73)b	5.406**	2,36	.23
Difficulty in controlling & Interference	2.96 (.67)a	1.48 (.48)b	1.15 (.75)b	23.477**	2,36	.56
Dysfunctional appraisals	2.29 (.35)a	1.59 (.62)ab	1.00 (.71)b	11.474**	2,36	.39
<i>Part III</i>						
Thought control	1.46 (1.04)	1.84 (.61)	1.36 (1.00)	1.179	2,36	-
Anxiety control	1.58 (.71)	1.63 (.92)	1.58 (.80)	.016	2,36	-
Social control	2.45 (.97)a	1.62 (.97)ab	.86 (.76)b	8.452**	2,35	.32
Distraction	2.07 (1.06)	1.80 (1.01)	2.22 (1.01)	.649	2,36	-
OCD-related	.85 (.51)	1.23 (.91)	.65 (.61)	2.380	2,34	-
BDD- related	2.33 (.71)a	1.40 (.86)b	.73 (.53)c	13.028**	2,35	.42
<i>Egodistonicity</i>						
Undesirability	4.01 (.50)a	3.12 (1.21)a	1.69 (1.16)b	14.203**	2,36	.44
Irrationality	1.77 (.99)	1.60 (.81)	1.33 (.83)	.786	2,36	-
Immorality	2.26 (.92)a	2.00 (.92)ab	1.27 (.92)b	3.904**	2,36	.17

Different letters (a,b,c) indicate that Games-Howell post hoc comparisons of group means are significantly different from one another. ** $p \leq .01$

Data on the first 3 columns are expressed in Means (Standard Deviation); η^2_p : eta partial squared.

6. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos comprueban varias de las hipótesis planteadas al inicio de este estudio. En primer lugar, el grupo de pacientes con TDC experimentó IAs con frecuencia moderada, ya que reportaron haber experimentado una o dos veces al mes un alto número de IAs, principalmente relacionadas con el defecto percibido, y la necesidad de hacer algo con ese defecto. En segundo lugar, la intrusión más molesta tuvo un impacto negativo en los individuos en términos de reacciones emocionales, interferencia y dificultad de controlar, valoraciones disfuncionales y estrategias desplegadas para controlar la intrusión. La intrusión elegida como más molesta (con contenidos diferentes para cada paciente, como es natural), que es la más importante desde el punto de vista clínico pues constituye el síntoma y/o preocupación principal del paciente en el momento del estudio, fue experimentada diariamente por los pacientes, que además la valoraron como muy molesta y difícil de controlar. La intolerancia a la incertidumbre, y el perfeccionismo fueron las creencias disfuncionales que más se activaron ante la IA. Por otro lado, todos los pacientes hicieron siempre algo en respuesta de su IA, utilizando varias estrategias para controlarla y/o neutralizarla. Las estrategias de control social, especialmente la comparación con otras personas, y las estrategias dismórficas, principalmente tocarse/mirarse fijamente, fueron las más utilizadas. Estos resultados, aun teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra clínica, avalan la utilidad del AIQ como instrumento para valorar los síntomas dismórficos y sus características asociadas en el contexto de la práctica clínica.

Con respecto a las asociaciones entre la frecuencia de la IA más molesta y las consecuencias asociadas, no se pudo comprobar completamente la hipótesis. Mientras que la frecuencia de la IA se asoció con mayor interferencia y dificultad en controlarla, y peores valoraciones disfuncionales, no se asoció con el impacto emocional, ni con las estrategias de control. Es importante señalar sin embargo, que la frecuencia y las estrategias dismórficas, las estrategias de control social, y las estrategias de distracción presentaron una alta varianza compartida que podría sugerir una relación entre ellas. Dentro de estas posibles relaciones, vale la pena resaltar las estrategias de distracción, las cuales se asociaron de forma negativa con la frecuencia.

En relación a las asociaciones con morbilidad psicopatológica, solo se encontraron algunas relaciones significativas. Sin embargo, atendiendo nuevamente a la varianza

compartida entre las variables, las asociaciones no dejan de ser importantes y clínicamente significativas. El impacto emocional, la interferencia y la dificultad en controlar la IA, y las valoraciones disfuncionales, se asociaron a la gravedad de los síntomas dismórficos. Estas dos últimas también lo hicieron con depresión. Las estrategias de control social y las dismórficas también se asociaron a la gravedad de los síntomas dismórficos, y las primeras se asociaron también a la inmoralidad del pensamiento, a dimensiones de la imagen corporal, y a síntomas obsesivo-compulsivos. Las estrategias de control del pensamiento, y control de la ansiedad también se asociaron a este tipo de síntomas.

Con el objetivo de confirmar la dimensionalidad de las IAs y de sus consecuencias negativas, se realizaron análisis comparativos entre el grupo de pacientes y dos grupos equivalentes de subclínicos y no clínicos. Los resultados muestran que el grupo clínico presentó mayor frecuencia de IAs, y peores consecuencias negativas asociadas. En relación a las estrategias, este grupo presentó un mayor uso de estrategias de control de la ansiedad, de control social, y estrategias dismórficas que el grupo de subclínicos y no clínicos, lo cual sugiere una especificidad con el TDC, y por lo tanto una mayor gravedad de este tipo de estrategias. Estos resultados se repitieron en el grupo subclínico frente al no clínico, solo en relación a la presencia de intrusiones relacionadas con el defecto, y a las estrategias de control social y dismórficas, que fueron más altas en el grupo subclínico. En cuanto a la egodistonia del IA elegido como más molesto, este fue valorado como racional por todos los grupos, pero como indeseable e inconsistente con la moral, las creencias, y los valores y actitudes, únicamente por el grupo clínico y en menor medida por el grupo subclínico, lo cual sugiere que la intrusión elegida como la más molesta no es valorada completamente como egodistónica.

Los resultados de este estudio son prometedores en relación con el instrumento que hemos diseñado. Con todo, es obvio que deben interpretarse con precaución ya que la muestra utilizada fue muy pequeña, y limita tanto la potencia de los análisis, como la generalización de los datos obtenidos. Por ello, es necesario contar con un mayor número de participantes en estudios futuros. No obstante, como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, acceder a pacientes con TDC no es fácil, y hacen falta más esfuerzos para que este tipo de pacientes lleguen a consultas especializadas de salud mental. Por otro lado, disponer de un instrumento fiable para detectar síntomas tempranos o prodrómicos de TDC

Estudio 3

en población general, es asimismo importante, dada la gravedad del trastorno y la tendencia de quienes lo padecen a ocultarlo o retrasar en exceso la consulta con el especialista. A la vista de nuestros resultados, pensamos que el AIQ ofrece resultados prometedores y útiles en este sentido.

ESTUDIO 4

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la investigación sobre el TDC, y más específicamente sobre las variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno, se ha intensificado en los últimos años, aún se desconocen algunos de los aspectos que podrían estar implicados en estos procesos. Una de las variables que podría estar involucrada es la metacognición, y más concretamente la habilidad metacognitiva, referida a la capacidad de controlar, interpretar, evaluar, y regular la propia cognición (Flavell, 1979). La metacognición entendida generalmente como cualquier conocimiento o proceso cognitivo implicado en la valoración, supervisión, o control de la cognición (Moses y Baird, 1999), es un aspecto central en varios aspectos de la cognición, como la atención, la memoria, y la resolución de problemas, con importantes aplicaciones en áreas como la educación, la neuropsicología, y más recientemente, en la formulación de modelos psicopatológicos. A pesar de sus múltiples aplicaciones, o quizás por esta misma razón, su conceptualización sigue siendo muy difusa (Blummer y Kenton, 2014). En general, la metacognición se divide en dos grandes componentes: conocimiento meta-cognitivo, y regulación de la meta-cognición. El primero hace referencia a los procesos que facilitan el aspecto reflexivo de la metacognición. Flavell (1979) lo describió como el conjunto de creencias sobre los factores o variables que interactúan de tal forma que afectan el curso y los resultados de la actividad cognitiva. Mientras que la regulación se refiere a los procesos que facilitan el control y la supervisión de la cognición (Brown, 1987; Flavell, 1979).

Varios estudios han mostrado que la metacognición juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del TOC, con respecto a las valoraciones y creencias metacognitivas asociadas a los pensamientos intrusos (Clark, Purdon, y Wang, 2003; Solem, Håland, Vogel, Hansen, y Wells, 2009), a procesos metacognitivos, como la auto-focalización cognitiva (Janeck, Calamari, Riemann, y Heffelfinger, 2003; Sica et al., 2007), y a estrategias de control de pensamiento, como el “worry” (Amir, Cashman y Foa, 1997; Abramowitz, Whiteside, Kalsy, y Tolin, 2003).

Aunque en los modelos explicativos del TDC se han planteado procesos metacognitivos como el “worry” como posibles factores de mantenimiento, lo cierto es que

esos procesos, y especialmente la habilidad metacognitiva, han sido escasamente explorados, y menos aún su posible relación con la experimentación de intrusiones mentales relacionadas con la Apariencia (IAs). Además, dadas las similitudes funcionales entre el TOC y el TDC, nos planteamos explorar si la habilidad metacognitiva juega algún papel relevante en la experimentación de IAs en población general. Para ello, elaboramos un nuevo instrumento de auto-informe, que se describe en este estudio, para evaluar 3 dimensiones de la habilidad metacognitiva: supervisión/planificación, (falta de) confianza en la memoria, y auto-focalización en los pensamientos. Una vez descrito el cuestionario y sus propiedades métricas, se analizan las relaciones entre las 3 dimensiones y la presencia y experimentación de IAs. Por último, se analizan las diferencias en estas 3 dimensiones en tres grupos de personas: con diagnóstico de TDC, con riesgo a padecerlo (subclínicos), y no clínicos.

2. OBJECTIVES

2.1. General objective. To study the relationships between metacognitive ability and the presence of Intrusive Thoughts related to Appearance (AITs) and the way they are experienced.

Specific objectives

2.1.1. To design an instrument to assess metacognitive ability dimensions.

2.1.2. To explore the relationships between metacognitive ability dimensions and the experience of AITs in terms of their frequency and negative consequences (i.e. emotional impact, difficulty in controlling & interference, dysfunctional appraisals, and strategies to neutralize/control).

2.1.3. To analyze the relationships between metacognitive ability dimensions and psychopathology indicators.

2.1.4. To explore the differences in the frequency and negative consequences of AITs, in participants with low and high levels on the metacognitive ability dimensions.

2.1.5. To analyze metacognitive ability dimensions in BDD patients, subclinical participants, and non-clinical participants.

3. HIPOTESIS

3.1. El instrumento diseñado para analizar la habilidad metacognitiva tendrá una consistencia interna adecuada.

3.2. Las dimensiones de la habilidad metacognitiva se asociarán con la frecuencia de las IAs, y sus consecuencias negativas asociadas. Especialmente la dimensión de auto-focalización en los pensamientos se asociará con una mayor frecuencia de IAs.

3.3. Las dimensiones de la habilidad metacognitiva se asociarán con indicadores de morbilidad psicopatológica. Específicamente:

3.3.1. Las dimensiones de falta de confianza en la memoria, y auto-focalización en los pensamientos se asociarán de forma positiva con indicadores de morbilidad psicopatológica.

3.4. El grupo de pacientes con un TDC presentarán mayores niveles de falta de confianza en la memoria, y auto-focalización en los pensamientos, y menor capacidad/ habilidad de supervisión y planificación, que los otros dos grupos de participantes.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Participantes

La muestra estaba compuesta por 554 participantes de población general provenientes del estudio 1.

4.2. Instrumentos

4.2.1. *Nuevas medidas desarrolladas*

4.2.1.1. Cuestionario de Habilidad Metacognitiva (CHM)

El Cuestionario de Habilidad Metacognitiva (CHM) es un auto informe de 27 ítems, con una escala de respuesta de 5 puntos (desde 0 “*nada de acuerdo/no lo hago nunca*”, hasta 4 “*Totalmente de acuerdo/lo hago siempre*”) agrupados en 3 dimensiones: supervisión y planificación, confianza en la memoria, y auto-focalización en los pensamientos. La elaboración y validación de este instrumento forma parte de este estudio, y sus propiedades psicométricas serán presentadas en la sección de resultados.

4.2.2. Medidas relacionadas con síntomas dismórficos

4.2.2.1 Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF, Giraldo-O'Meara y Belloch, 2016).

4.2.2.2. Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDD-Q; Phillips, Atala, y Pope, 1995).

4.2.3. Medidas relacionadas con síntomas obsesivo-compulsivos

4.2.3.1. Cuestionario Obsesivo-Compulsivo (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa et al., 2002).

4.2.3.2. Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory, CBOCI; Clark, Beck, Antony, y Swinson, 2005).

4.2.4. Medidas relacionadas con síntomas ansioso-depresivos

4.2.4.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995).

4.2.4.2. Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990).

4.2.4.3. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988).

4.2.5. Consentimiento informado y datos sociodemográficos

4.3. Procedimiento

El procedimiento seguido en este estudio es el mismo que el seguido en el estudio 1. La descripción detallada del procedimiento puede verse en el apartado de procedimiento de este estudio.

4.4. Análisis estadísticos

Para analizar la estructura subyacente del MAQ, se realizaron Análisis de Componentes Principales (ACP), con rotación oblicua Oblimin debido a la falta de independencia entre las variables. Se tuvieron en cuenta la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($KMO > 0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS) ($p \leq 0,05$), para comprobar la adecuación de los datos para los análisis.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) fueron realizados con el método de máxima verosimilitud (ML) mediante el programa EQS v.6.1. Ya que el estadístico chi cuadrado es muy sensible a las variaciones de la muestra (Bentler y Bonett, 1980), fueron tenidos en cuenta varios índices para analizar la bondad de ajuste del modelo además del chi cuadrado robusto ($\chi^2 < 5$): el NFI (índice de ajuste normativo) $> 0,90$; el NNFI (índice de ajuste no normativo) $> 0,90$; el IFI (índice de ajuste incremental) $> 0,85$, el RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) $< 0,8$; y el modelo AIC (criterio de información de Akaike) para realizar comparaciones entre los distintos modelos (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999; Ullman y Bentler, 2004).

Para establecer la consistencia interna de las medidas, se utilizó el alfa de Cronbach. Se consideran aceptables valores de 0,70 o mayores (Garson, 2000).

Para analizar las asociaciones entre variables se realizaron correlaciones bivariadas (Pearson), y las diferencias entre dichas correlaciones se determinaron mediante el cálculo del estadístico z de Fisher. Para valorar el tamaño de las correlaciones, se adoptaron los criterios de Cohen (1998): pequeño: $r = 0,10$ a $0,29$; medio: $r = 0,30$ a $0,49$; grande: $r = \geq 0,50$). El análisis de las diferencias de medias en las variables del INPIAF, se realizó mediante el estadístico t de Student para grupos independientes, con el estadístico d de Cohen para determinar el tamaño del efecto. Para analizar las diferencias de medias entre grupos (pacientes con diagnóstico de TDC, personas en riesgo de TDC o subclínicos, y

población no clínica) se utilizó el estadístico estadístico F de Welch en los análisis de varianza (ANOVA) para las variables continuas, y el estadístico chi-cuadrado para las variables categóricas. Se analizó la homogeneidad de las varianzas con el estadístico de Levene y en el caso de no existir homogeneidad de varianzas se sustituyó la prueba F por Brown Forsythe. Las pruebas post-hoc se determinaron mediante el estadístico Games-Howell. Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS v.20 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Para examinar el papel de la habilidad metacognitiva en la experimentación de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia y las consecuencias asociadas, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple con el método de “pasos sucesivos” para eliminar los predictores no significativos.

En todos los casos los análisis de regresión contaron con el número de participantes adecuados (mínimo de 5-10 por predictor), y se empleó el coeficiente de correlación corregido al cuadrado o coeficiente de determinación.

5. RESULTS

5.1. Development of the Metacognitive Ability Questionnaire (MAQ)

The MAQ was developed in a similar way to the AIQ, described in study 1. The first step in the development of the new instrument was to examine the literature about metacognition from its former conceptualization by Flavell (1979). Items were derived from the literature on core elements of metacognition, such as knowledge and regulation, as explained in the Introduction section of the current study. The MAQ was closely based on the Metacognition Awareness Inventory (MAI; Schraw & Sperling-Dennison, 1994), and on the Meta-cognitions Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 2004). Thirty-four items were written in the first draft of the MAQ, reflecting the two core elements mentioned above, metacognitive knowledge and metacognitive regulation, and grouped in three different dimensions: planning & monitoring, memory confidence, and self-focusing on thoughts. Subsequently, the MAQ draft was revised by a group of experts in clinical psychology whose recommendations were considered for the improvement of the new questionnaire, which was analyzed and adjusted.

The MAQ was tested in a pilot study of 200 undergraduate participants. After PCA (taking into account redundant items, and items that loaded below .40 in their factor), correlation and reliability analyses, and endorsement of items by the sample, 7 items were discarded, and the questionnaire was reduced to 27 items, with one reversed item.

5.2. Factor structure of the MAQ: Exploratory and Confirmatory Factor analyses

Three factors were subjected to oblique rotation. The three factors accounted for 50% of the variance. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure verified sampling adequacy for the EFA (.859), and Bartlett's test of sphericity ($X^2 = 2252.873$), $df= 351$, $p <.000$) indicated that correlations between items were sufficiently large for factor analysis.

The first factor was composed of 13 items related to planning & monitoring, and it explained 25.135% of the total variance. A second factor, accounting for 17.294% of the variance, was composed of 8 items related to lack of memory confidence, and finally, the third factor included 6 items about self-focusing on thoughts, explaining 7.571% of the total variance.

After PCA analyses, two models were tested through CFA, a 1-factor model and a 3-factor model derived from the PCA. Goodness of fit indices (see Table 16) indicated that the 3-factor model presented a better fit, with indices very close to the expected values. The item loading ranges for each factor were: Planning & monitoring: .45 - .64; Memory confidence: .45 - .83; Self-focusing on thoughts: .46 - .84.

Table 16. Goodness of fit indices for the MAQ factor models analyzed

Indices	Models	
	1-Factor model	3-factor model
Chi-Square	2780.8649	1017.3991
Degrees of freedom	324	321
NFI	.433	.793
NNFI	.416	.833
CFI	.461	.847
IFI	.464	.848
RMSEA	.119	.064
Model AIC	2132.865	375.399

NFI: Normed Fit Index; NNFI: Non-Normed Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation; AIC: Akaike Information Criteria

5.3. Internal consistency of the MAQ

The internal consistency of the new questionnaire was assessed through Cronbach' alpha values. Results of these analyses were satisfactory for the MAQ total scale and subscales. Alpha values and item-total correlations were: Total scale: $\alpha = .86$, $r = .31$ to $.56$; Planning & monitoring: $\alpha = .86$, $r = .44$ to $.60$; Memory confidence: $\alpha = .86$, $r = .42$ to $.76$; Self-focusing on thoughts: $\alpha = .83$, $r = .43$ to $.72$.

5.4. Descriptive statistics of the MAQ and gender differences

Descriptive data for the total scale and subscales are presented in Table 17. There were no gender differences found on the total scale and the three subscales of the MAQ. Item analyses showed that the highest mean was for item 6 from the planning & monitoring subscale: *"When solving problems or making decisions, I consider all the options to make sure I choose the best one"* (Mean= 3.21; SD= .87), whereas the lowest was for item 27 from memory confidence *"I have a bad memory"* (Mean= 1.42; SD= 1.29). Asymmetry values were acceptable for all items, ranging from -1.21 to .50. Correlation analyses were performed between the MAQ subscales and age, and significant but small associations were found: $r = -.10$ to $.14$. There were not gender differences.

Table 17. Descriptive statistics and gender differences of MAQ subscales

MAQ	Total sample (N=547)	Men (n=158)	Women (n=389)	t (df)	Cohen's d
Planning & monitoring (13 items)	36.07 (7.87)	35.96 (7.38)	36.06 (8.12)	.13 (545)	-
Memory confidence (8 items)	13.53 (6.97)	13.84 (7.29)	13.40 (6.87)	.66 (542)	-
Self-focusing on thoughts (6 items)	13.19 (5.11)	13.17 (5.13)	13.20 (5.11)	.06 (544)	-
Total scale (27 items)	62.67 (13.63)	63.00 (13.53)	62.47 (13.73)	.40 (525)	-

Data on the first 3 columns are expressed in Means (Standard Deviation)

5.5. Relationships among the MAQ and the presence and negative consequences of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs)

To analyze the relationship between metacognitive ability and the presence and contents of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs) and their consequences, correlation analyses were performed controlling for age, due to the associations previously found in the MAQ. Results can be seen in Table 18. The planning & monitoring (PM) subscale was significantly and negatively associated with the frequency of AITs related to a defect and others, but not with other types of contents from Part I of the AIQ. It was also associated inversely with the frequency of the AIT selected as the most upsetting and its emotional impact, but not with difficulty in controlling & interference or dysfunctional appraisals. Regarding strategies, the PM subscale correlated only with thought control and anxiety control strategies.

Furthermore, the Memory Confidence subscale (MC) was not associated with the first part of the AIQ, but it was with AIQ part- II, regarding the frequency of the most upsetting AIT, its emotional impact, and difficulty in controlling & interference it produces. Concerning AIQ part- III, associations were found between MC and social control, OCD-related strategies, and BDD-related strategies.

As on MC, the Self-focusing on Thoughts subscale (SFT) was not associated with the first part of the AIQ. Correlations were found with the second part, regarding emotional reactions, difficulty in controlling & interference, and dysfunctional appraisals, but not with the frequency of the most upsetting AIT. SFT was associated with all the strategies from AIQ part- III, except for distraction. All correlation coefficients were small.

Table 18. Partial correlations among the MAQ and AIQ subscales

AIQ subscales	Metacognitive Ability Questionnaire		
	Planning & monitoring	Memory confidence	Self-focusing on thoughts
<i>Part I</i>			
Defect	-.23**	.11	-.04
Others	-.15*	.04	.02
Concealment	-.10	.01	-.03
Bodily functions	-.08	.08	.09
Urge to do something	-.12	.09	.02
<i>Part II</i>			
Frequency of the AIT	-.17**	.14*	.08
Emotional reactions	-.11*	.19**	.11*
Difficulty in controlling & Interference	-.09	.17**	.14*
Dysfunctional appraisals	-.09	.09	.12*
<i>Part III (strategies)</i>			
Thought control	.13*	.06	.21**
Anxiety control	.13*	.06	.19**
Social control	.01	.19**	.19**
Distraction	-.01	.08	.02
OCD-related	.07	.24**	.18**
BDD-related	.10	.10*	.11*

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

5.6. Differences in AIQ subscales according to metacognitive ability levels

To explore whether there were differences in the AIQ subscales taking into account the level of metacognitive ability of the participants, the sample was divided according to their high and low levels of planning & monitoring, lack of memory confidence, and self-focusing on thoughts. Percentiles (PTCL) 25 and 75 were considered for each dimension to determine low and high levels. The PTCL for each subscale were: Planning & monitoring: ptcl 25= 31; ptcl 75= 41; lack of memory confidence: ptcl 25= 8; ptcl 75= 18; and self-focusing on thoughts: ptcl 25= 10; ptcl 75= 17. Only AIQ- part II and III were analyzed.

With regard to the planning & monitoring dimension (see Table 19), differences were found in AITs related to the urge to do something from AIQ- Part I, and emotional reactions and difficulty in controlling and interference from AIQ- part II, with small effect sizes. Individuals who were low on this dimension presented a higher frequency of intrusive thoughts related to the urge to do something content, a higher emotional impact associated with the most upsetting AIT, and more interference and difficulty in controlling it.

Table 19. Differences in AIQ subscales between low and high levels of planning & monitoring

AIQ subscales	Metacognitive Ability Questionnaire			
	Low P&M (<i>n</i> = 88)	High P&M (<i>n</i> = 111)	<i>t</i> (<i>df</i>)	Cohen's <i>d</i>
<i>Part I</i>				
Defect	2.23 (1.13)	1.98 (.99)	1.943 (277)	-
Others	2.23 (1.16)	2.16 (1.11)	.477 (261)	-
Concealment	2.09 (1.19)	2.03 (1.07)	.374 (224)	-
Bodily functions	2.18 (2.21)	2.09 (1.26)	.522 (196)	-
Urge to do something	2.59 (1.29)	2.12 (1.17)	3.047 (249)**	.38
<i>Part II</i>				
Frequency of the most upsetting AIT	3.92 (1.48)	3.19 (1.51)	3.415 (197)**	.48
Emotional reactions	1.45 (.87)	1.17 (.81)	2.255 (197)**	.33
Difficulty in controlling & interference	1.61 (.96)	1.36 (.84)	1.977 (197)**	.27
Dysfunctional appraisals	1.10 (.76)	.93 (.67)	1.608 (196)	-
<i>Part III (strategies)</i>				
Thought control	1.45 (1.03)	1.73 (1.00)	1.924 (197)	-
Anxiety control	1.50 (1.00)	1.76 (1.04)	1.772 (197)	-
Social control	1.08 (.84)	1.15 (.93)	.526 (195)	-
Distraction	1.77 (1.00)	1.71 (1.07)	.416 (195)	-
OCD-related	.54 (.66)	.74 (.87)	1.748 (196)	-
BDD- related	1.12 (.84)	1.10 (1.02)	.141 (197)	-

Data on the first 2 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p \leq .01$; PM: Planning & monitoring.

Differences in memory confidence (see table 20) were found with defect and urge to do something contents of AITs from AIQ- part I. Regarding AIQ part II and III, there were only differences with the frequency of the most upsetting AIT and social control strategies, respectively. Individuals with a high level of lack of memory confidence had a higher frequency of defect and urge to do something AIT contents and, moreover, with their most upsetting AIT. They also used more social control strategies, such as comparing, avoidance, and concealment. Medium effect sizes in the differences were observed.

Table 20. Differences in AIQ subscales between low and high levels of memory confidence

AIQ subscales	Metacognitive Ability Questionnaire			
	Low MC (<i>n</i> = 88)	High MC (<i>n</i> = 111)	<i>t</i> (<i>df</i>)	Cohen's <i>d</i>
<i>Part I</i>				
Defect	1.91 (1.03)	2.19 (1.10)	2.089 (266)*	.26
Others	1.99 (1.07)	2.11 (1.09)	.857 (242)	-
Concealment	1.82 (1.09)	1.97 (1.10)	.988 (206)	-
Bodily functions	1.81 (1.12)	2.07 (1.20)	1.505 (183)	-
Urge to do something	2.09 (1.23)	2.47 (1.33)	2.210 (232)*	.29
<i>Part II</i>				
Frequency of the most upsetting AIT	3.09 (1.42)	3.61 (1.62)	2.327 (183)*	.34
Emotional reactions	1.16 (.89)	1.40 (.84)	1.833 (183)	-
Difficulty in controlling & interference	1.33 (1.01)	1.55 (.85)	1.556 (183)	-
Dysfunctional appraisals	.92 (.77)	1.04 (.72)	1.096 (183)	-
<i>Part III (strategies)</i>				
Thought control	1.48 (1.00)	1.59 (.98)	.771 (182)*	-
Anxiety control	1.57 (.97)	1.65 (1.02)	.525 (182)	-
Social control	.95 (.89)	1.24 (.94)	2.129 (182)*	.31
Distraction	1.59 (1.05)	1.80 (1.04)	1.403 (181)	-
OCD-related	.47 (.54)	.89 (.89)	3.873 (183)*	.57
BDD- related	.93 (.84)	1.04 (.85)	.889 (183)	-

Data on the first 2 columns are expressed in Means (Standard Deviation); * $p \leq .05$; MC= Memory confidence.

On the other hand, individuals with a high level of self-focusing on thoughts experienced more AITs related to others, and worse consequences associated with the AIT

selected as the most upsetting (see Table 21). They experienced higher emotional impact, more interference and difficulty in controlling the AIT, and more associated dysfunctional appraisals. In addition, they used more thought control, social control, and OCD- related strategies than individuals with a low level in this dimension. A marginal difference was found with BDD- related strategies. Differences in effect sizes were medium and large.

Table 21. Differences in AIQ subscales between low and high levels of self-focusing on thoughts

AIQ subscales	Metacognitive Ability Questionnaire			
	Low SFT (<i>n</i> = 88)	High SFT (<i>n</i> = 111)	<i>t</i> (<i>df</i>)	Cohen's <i>d</i>
<i>Part I</i>				
Defect	2.02 (1.09)	2.09 (.98)	.524 (254)	-
Others	2.05 (1.06)	2.33 (1.10)	1.981 (236)*	.25
Concealment	2.00 (1.19)	2.01 (1.04)	.076 (201)	-
Bodily functions	1.98 (1.08)	2.21 (1.33)	1.236 (174)	-
Urge to do something	2.28 (1.23)	2.43 (1.29)	.908 (223)	-
<i>Part II</i>				
Frequency of the most upsetting AIT	3.18 (1.54)	3.53 (1.60)	1.516 (188)	-
Emotional reactions	1.13 (.82)	1.40 (.85)	2.190 (187)*	.32
Difficulty in controlling & interference	1.28 (.95)	1.57 (.86)	2.218 (188)*	.32
Dysfunctional appraisals	.84 (.63)	1.14 (.75)	2.975 (188)*	.43
<i>Part III</i>				
Thought control	1.22 (.97)	1.80 (.98)	4.022 (187)**	.59
Anxiety control	1.29 (.98)	1.85 (.99)	3.865 (187)**	-
Social control	.89 (.81)	1.37 (.96)	3.709 (187)**	.54
Distraction	1.60 (1.11)	1.75 (1.03)	.943 (186)	-
OCD-related	.49 (.62)	.83 (.85)	3.177 (187)*	.45
BDD-related	.88 (.86)	1.13 (.97)	1.822 (188)†	.27

Data on the first 2 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; † $p \leq .059$; SFT= Self-focusing on thoughts.

5.7. Predictive power of metacognitive ability on the AIQ subscales

To examine whether metacognitive ability dimensions predicted AIQ subscales, a series of regression analyses were carried out with the MAQ subscales, gender, and age as independent variables. In the first step, sex and gender were entered. Then PANAS- Negative affect was included in the second step. In the final step, the MAQ dimensions were entered.

Results are shown in Table 22. MAQ dimensions predicted several AIQ subscales, although the percentage of variance explained was low. Regarding AIQ- I, only AITs related to a defect were predicted by gender, negative affect (PANAS), and MAQ-planning & monitoring. For AIQ- part II, negative affect and age contributed to the variance of all the subscales. The frequency of the most upsetting AIT was also predicted by the MAQ dimensions planning & monitoring and self-focusing on thoughts; emotional impact was predicted by gender and memory confidence; and difficulty in controlling & interference was predicted by planning & monitoring. With regard to AIQ- part III, the MAQ dimension self-focusing on thoughts predicted thought control and anxiety control strategies, whereas memory confidence contributed to social control and OCD-related strategies. Planning & monitoring also contributed in the variance of the latter group of strategies. Negative affect explained a percentage of variance in all the strategies, as well as age in social control, distraction and BDD-related strategies, and gender in thought control and anxiety control strategies.

Table 22. Predictors of the AIQ total score and subscales in the final steps of the regression models

Independent Variables*	Adj. R^2	ΔR^2	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
DV: AIQ-Defect							
	.066						
Gender		.012	.279	.106	.122	2.638	.009
PANAS- Negative affect		.039	.024	.006	.192	4.162	.000
MAQ-Planning & monitoring		.015	.016	.006	.124	2.689	.007
DV: AIQ-AIT most upsetting frequency							
	.087						
Age		.016	.010	.008	.068	1.244	.214
PANAS- Negative affect		.041	.028	.011	.152	2.613	.009
MAQ-Planning & monitoring		.027	.044	.012	.235	3.761	.000

Independent Variables*	Adj. <i>R</i> ²	ΔR^2	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
MAQ-Self-focusing on thoughts		.015	.045	.020	.147	2.258	.025
DV: AIQ- Emotional impact							
	.169						
Age		.058	.084	.020	.217	4.147	.000
Gender		.013	1.164	.506	.118	2.298	.022
PANAS- Negative affect		.094	.140	.027	.279	5.221	.000
MAQ-Memory confidence		.027	.033	.032	.127	2.375	.018
DV: AIQ-Difficulty in controlling and interference							
	.111						
Age		.042	.046	.013	.189	3.497	.001
PANAS- Negative affect		.064	.072	.017	.228	4.142	.000
MAQ-Planning & monitoring		.013	.044	.021	.117	2.123	.035
DV: AIQ- Dysfunctional appraisals							
	.184						
Age		.093	.139	.027	.266	5.176	.000
PANAS- Negative affect		.095	.211	.035	.312	6.060	.000
DV: AIQ- Thought control strategies							
	.079						
Gender		.024	1.825	.628	.157	2.907	.004
PANAS- Negative affect		.035	.079	.033	.134	2.359	.019
MAQ-Self-focusing on thoughts		.029	.174	.055	.178	3.140	.002
DV: AIQ- Anxiety control strategies							
	.058						
Gender		.013	1.059	.514	.113	2.060	.040
PANAS- Negative affect		.030	.059	.124	.124	2.165	.031
MAQ-Self-focusing on thoughts		.024	.128	.162	.162	2.831	.005
DV: AIQ- Social control strategies							
	.148						
Age		.047	.048	.013	.193	3.636	.000
PANAS- Negative affect		.097	.092	.017	.287	5.310	.000
MAQ-Memory confidence		.012	.043	.021	.112	2.066	.040
DV: AIQ- Distraction strategies							
	.101						
Age		.075	.074	.016	.256	4.723	.000
Gender		.016	.940	.396	.127	2.372	.018
PANAS- Negative affect		.019	.053	.020	.139	2.573	.011

Independent Variables*	Adj. R^2	ΔR^2	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
DV: AIQ- OCD-related strategies							
	.135						
PANAS- Negative affect		.112	.112	.020	.308	5.715	.000
MAQ-Memory confidence		.021	.066	.023	.151	2.815	.005
MAQ-Planning & monitoring		.011	.040	.020	.105	2.002	.046
DV: AIQ- BDD-related strategies							
	.088						
Age		.043	.044	.013	.178	3.277	.001
PANAS- Negative affect		.051	.072	.017	.228	4.199	.000

*Only significant predictors in final equations are shown on the Table. PANAS: Positive Affect and Negative Affect Scales; MAQ: Metacognitive Ability Questionnaire.

5.8. Associations among metacognitive ability and psychopathology measures

Correlation analyses were performed to explore the associations between the MAQ dimensions and various psychopathology indicators (see Table 23). Given the previous associations found with this variable, age was controlled.

Results showed that MAQ- self-focusing on thoughts and memory confidence were associated with almost all psychopathology measures. Strong, small to medium-sized correlations, especially for self-focusing on thoughts, were found with anxiety, depressive, obsessive-compulsive, and dysmorphic symptoms, but not between distress & interference due to dysmorphic symptoms and memory confidence. Positive affect (PANAS) did not correlate with these dimensions, but it was associated with the MAQ dimension planning & monitoring. This dimension was not associated with any psychopathology measure.

Table 23. Partial correlations among MAQ dimensions and psychopathology indicators

Study measures	Metacognitive Ability Questionnaires dimensions		
	Planning & monitoring	Memory confidence	Self-focusing on thoughts
PANAS- Positive Affect	.247**	-.061	.064
PANAS- Negative Affect	-.095	.206*	.200*
DASS 21- Anxiety	-.035	.175*	.203*
DASS 21 -Depression	-.097	.183*	.154*
PSWQ- Total	.096	.170**	.264**
BDDQ- Distress & Interference	-.031	.130	.207*
CBOCI- obsessions	.055	.263**	.336**
CBOCI- Compulsions	.133	.173*	.339**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

PANAS: Positive and Negative Affect Scales; DASS-21: Depression, Anxiety & Stress Scales; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; BDDQ: Body-Dysmorphic Disorder Questionnaire; CBOCI: Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory

5.9. Differences on MAQ dimensions in clinical, subclinical, and non-clinical individuals

In order to explore differences in metacognitive ability in different levels of psychopathology, analyses between groups were performed by comparing non-clinical, subclinical (at risk for BDD), and clinical individuals. The participants in this analysis were the same as those in study 3. The detailed description of the sample can be consulted in that study, in the participants section.

Results are presented in Table 24. Significant differences were only found in the memory confidence dimension. BDD patients presented a higher lack of memory confidence compared to the non-clinical group, but not compared to subclinical individuals. Although, the subclinical group scored higher than the non-clinical group on this dimension, differences were non-significant. It is noteworthy that, although there were no significant differences in the other two dimensions, lower scores can be observed on planning & monitoring and higher scores on self-focusing on thoughts in the clinical group.

Given the associations found with age, the analysis was conducted again with age as a covariate (ANCOVA). The results described above remained, suggesting that age did not influence the differences observed.

Table 24. Differences on the MAQ in clinical, subclinical, and non-clinical subjects

MAQ dimensions	Clinical group (<i>n</i> = 15)	Subclinical group (<i>n</i> = 15)	Non-clinical group (<i>n</i> = 15)	<i>F</i> / <i>Welch</i>	<i>df</i>	<i>N_p²</i>
Planning & monitoring	33.11 (6.79)	35.62 (9.34)	36.07 (8.94)	.353	2,28	-
Memory confidence	16.77 (5.16)a	14.25 (6.22)ab	9.21 (5.36)b	5.522**	2,28	.28
Self-focusing on thoughts	16.25 (6.11)	12.75 (7.36)	13.50 (4.39)	.854	2,27	-

Note: Different letters (a,b,c) indicate that Games-Howell post hoc comparisons of group means are significantly different from one another; η^2_p : eta partial squared; Data in the first 3 columns are expressed in Means (Standard Deviation); ** $p < .01$.

6. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la habilidad metacognitiva podría ser una variable importante en el desarrollo del TDC. El cuestionario que hemos diseñado para valorar la habilidad metacognitiva, el CHM, es un instrumento fiable que mide 3 aspectos de la habilidad metacognitiva en población general, y posiblemente en población clínica.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, la habilidad metacognitiva se asoció con y predijo, aunque con poca varianza explicada, la presencia y experimentación de IAs. La dimensión de supervisión y planificación se asoció negativamente con la frecuencia de IAs y sus consecuencias negativas, resultando ser una dimensión positiva. Esto se confirmó con la asociación de esta dimensión con afecto positivo y por la ausencia de asociaciones con medidas de psicopatología. Estos datos podrían estar indicando que la capacidad de planificar y supervisar los procesos cognitivos de forma activa, es decir tanto de evaluar la importancia o relevancia de estos, y de sus implicaciones en el procesamiento cognitivo, como decidir sobre los propios procesos cognitivos (p. ej., Pensar en varias maneras de resolver un problema antes de afrontarlo), protegería de la experimentación de IAs y de las consecuencias negativas asociadas. Otra posible explicación puede estar relacionada con los recursos atencionales disponibles y la dirección voluntaria de la atención hacia un aspecto

concreto de la cognición. Al planificar y supervisar la cognición, el foco de atención está dirigido hacia un objetivo, y se encuentra de cierta forma “saturado”, limitando la capacidad de atención en otras experiencias.

Por otra parte, aunque las dimensiones de falta de confianza en la memoria y la auto-focalización en los pensamientos no presentaron asociaciones con la frecuencia de IAs, estuvieron asociadas a las consecuencias negativas de la IA elegida como la más molesta. En contra de lo esperado, la auto-focalización en los pensamientos no se asoció con la frecuencia de la IA más molesta, y si lo hizo la falta de confianza en la memoria. Esto podría relacionarse con el hecho de que una vez la IA aparece en el flujo consciente, el proceso de focalización en los pensamientos intrusos, y no solo su aparición, es el que dispara las reacciones y las valoraciones negativas de la IA más molesta. Esto coincide con lo expuesto por Veale (2004) en cuanto a las consecuencias negativas de la auto-focalización característica del TDC, y su papel en el mantenimiento del trastorno.

Ambas dimensiones también se asociaron con las estrategias utilizadas para controlar y neutralizar la IA más molesta, excepto con estrategias de distracción. La confianza en la memoria tampoco presentó asociaciones con estrategias del control del pensamiento, y control de la ansiedad. Los datos obtenidos en este trabajo, y los descritos en la literatura, plantean a la distracción como una estrategia positiva. Estos datos corroboran estos resultados. Por otro lado, los datos de este estudio también sugieren que la auto-focalización en los pensamientos activa más estrategias para intentar controlar la intrusión. La falta de confianza en la memoria parece ser más específica en este aspecto, ya que está más asociada a estrategias con un carácter más repetitivo, y en general con una significación más clínica, al menos con respecto a los resultados encontrados en este trabajo, como las estrategias dismórficas y obsesivo-compulsivas. Estos resultados tienen una semejanza con datos disponibles sobre la relación entre la falta de confianza en la memoria, y personas con TOC de tipo “comprobador”, en comparación a “no comprobadores” y personas no clínicas (McNally y Kohlbeck, 1993).

En un análisis más detallado, personas con un alto nivel en supervisión y planificación de su cognición, presentaron menos IAs relacionadas con la necesidad de hacer algo, menor frecuencia de la IA más molesta, menor impacto emocional asociado a la intrusión, y menos interferencia y dificultad en controlarla. Las personas con una elevada falta de confianza en

la memoria presentaron mayor frecuencia de IAs relacionadas con el defecto, con la necesidad de hacer algo, y también una mayor frecuencia de la IA más molesta. Estas personas también usaron más estrategias de control social, y obsesivo-compulsivas, en comparación a las personas con alta confianza en la memoria. Por su lado, aquellas personas con una mayor auto-focalización, tuvieron IAs relacionadas con otras personas con mayor frecuencia, y además experimentaron un mayor impacto emocional asociado, mayor interferencia y dificultad en controlar la IA, y más valoraciones disfuncionales. También utilizaron más estrategias de control de pensamiento, control social, y estrategias obsesivo-compulsivas y dismórficas.

Según lo esperado, la falta de confianza en la memoria y la auto-focalización en los pensamientos se asociaron a distintos indicadores de morbilidad psicopatológica. La falta de confianza en la memoria, sin embargo, no se asoció con el malestar y la interferencia asociada a los síntomas dismórficos.

Con respecto a las diferencias entre los distintos grupos, el grupo clínico solo se diferenció del grupo no clínico en la dimensión de falta de confianza en la memoria, en la que esta fue más elevada.

En general, los resultados apuntan a que las dimensiones de falta de confianza en la memoria y la auto-focalización en los pensamientos podrían ser indicadores de riesgo para el desarrollo de un TDC, mientras que la planificación y supervisión de la cognición podría ser un factor protector asociado a la salud mental.

PARTE III. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue estudiar si las preocupaciones sobre la apariencia física características del trastorno dismórfico corporal pueden tener la forma de pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones intrusos e indeseados sobre la apariencia. Y a partir de aquí, explorar su posible papel en el origen y desarrollo de este trastorno, examinando el proceso por el cual los pensamientos intrusos sobre la apariencia se pueden convertir en preocupaciones clínicas dismórficas.

Para llevar a cabo este objetivo, se realizaron 4 estudios consecutivos en los que se fueron poniendo a prueba las hipótesis necesarias para responder a ese objetivo. La primera pregunta general que se planteó fue si la población general presentaba intrusiones mentales relacionadas con la Apariencia (IAs). Esta pregunta se analizó en el estudio 1. La segunda pregunta planteada, una vez establecida la universalidad de este tipo de pensamientos, fue si las IAs producían consecuencias negativas en las personas que las experimentaban. Una pregunta fundamental en la comprensión de cómo estos fenómenos universales se convierten en síntomas clínicos. Esta cuestión se respondió en el estudio 2. En estos dos primeros estudios, además de responder a sus dos preguntas principales, se hizo un avance importante en cuanto a la identificación de la dimensionalidad de las IAs y de sus consecuencias negativas, en personas con riesgo a padecer un TDC. En el tercer estudio se terminó de dar respuesta al objetivo general de este trabajo. Primero, confirmando la experimentación de IAs y de sus consecuencias funcionales negativas en personas con un diagnóstico de TDC, y segundo, con el hallazgo de que estas personas experimentan IAs con una mayor frecuencia, y las IAs tienen para ellas peores consecuencias que para las personas sin un diagnóstico de TDC, lo que termina de avalar la dimensionalidad de este tipo de cogniciones en este trastorno. Finalmente, el cuarto estudio se centró en estudiar qué otros aspectos relacionados con la experimentación de IAs, podrían ayudar a explicar el desarrollo y mantenimiento del TDC. La habilidad metacognitiva fue el objetivo de este estudio.

Para responder a la primera pregunta de si las personas de población general experimentan AIs, el primer paso fue diseñar un nuevo instrumento, el INPIAF, para evaluar la presencia y frecuencia de los pensamientos intrusos sobre el aspecto físico (IAs) y su hipotética universalidad en población general. A pesar de que existen diversas medidas,

tanto en formato auto-informe como en entrevista clínica, diseñadas para la detección, el diagnóstico, y la valoración de síntomas dismórficos (p. ej., el BDDQ, Phillips et al., 1995; la BDDE, Rosen y Reiter, 1996; el DCQ, Oosthuizen et al., 1998, etc.), estas medidas no evalúan si las preocupaciones típicas del TDC **consisten en pensamientos intrusos relacionados con la Apariencia** (IAs), definidos como pensamientos breves, repentinos, indeseados y recurrentes que pueden ser experimentados como impulsos, imágenes o sensaciones (Clark y Rhyno, 2005; Rachman, 1981). El INPIAF está basado en dos instrumentos ampliamente utilizados para valorar la presencia de pensamientos intrusos de tipo obsesivo en población general: el Revised Obsessional Intrusive Inventory (ROI; Purdon y Clark, 1993), y el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS; Garcia-Soriano, 2008).

El análisis factorial del INPIAF reveló una estructura compuesta por 5 factores agrupados de acuerdo al contenido de las intrusiones, que posteriormente fueron confirmados por medio de un AFC: intrusiones relacionadas con el defecto, relacionadas con otras personas, relacionadas con funciones corporales, relacionadas con el ocultamiento, y con la necesidad de hacer algo con el defecto. Estos 5 factores demostraron tener una consistencia interna satisfactoria, y más importante aún, capturaron la fenomenología del TDC. La característica principal de las personas con un TDC es la preocupación por un defecto o imperfección percibido (APA, 2013). Estas personas además están preocupadas por cómo son observadas por otras personas, y tienden al ocultamiento de los síntomas (Neziroglu et al., 2006; Veale y Riley, 2001). El cuestionario además agrupa las IAs en relación al escenario en el que es más probable que estas aparezcan: de repente y sin venir a cuento, en superficies reflectantes, en presencia de otros, y en la intimidad. La identificación del contexto en el que ocurren las intrusiones tiene un valor práctico en el tratamiento, a la hora de trabajar con este tipo de cogniciones.

Los datos obtenidos en este estudio apoyan la universalidad de los pensamientos, imágenes, impulsos y sensaciones sobre la apariencia, teniendo en cuenta que más del 90% de los participantes experimentaron este tipo de cogniciones como intrusivas y molestas. Estos resultados son comparables con los encontrados por Onden-Lim y Grisham (2013), en los cuales el 84,6% de los participantes no clínicos reportaron tener imágenes intrusivas sobre su apariencia. En los datos obtenidos, es interesante el hecho de que las mujeres reportaran tener más IAs que los hombres, ya que coincide con estudios previos en los que

se encontraron mayores tasas de incidencia del TDC en mujeres (Bjornsson, Didie, Grant, Menard, Stalker, Phillips, et al., 2013). Estos datos también apoyan el supuesto desde donde parte el modelo explicativo del TDC de Wilhelm (2002), con respecto a que la mayoría de personas experimentan IAs, y confirman a su vez la primera hipótesis planteada en este trabajo.

Los resultados sobre la universalidad de los IAs es comparable con los resultados de la mayoría de estudios sobre pensamientos intrusos obsesivos utilizando muestras no clínicas en diferentes contextos culturales (p.ej., Clark et al., 2014; Radomsky et al., 2014). La universalidad de los dos contenidos de las cogniciones intrusivas, obsesivas y dismórficas, indican que tanto el TOC como el TDC comparten esta modalidad de cogniciones, las cuales pueden ayudar a comprender las altas tasas de comorbilidad (Abramowitz y Jacoby, 2015; Altamura, Paluello, Mundo, Medda, y Mannu, 2001; Phillips et al., 2010), las similitudes clínicas y fenomenológicas entre ambos trastornos (p.ej., Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy, y Carter, 1998), y la actual inclusión del TDC en el espectro obsesivo-compulsivo (APA, 2013).

En relación a la dimensionalidad de los pensamientos intrusos sobre el aspecto físico, el mayor número y mayor frecuencia de este tipo de cogniciones en individuos con riesgo a padecer TDC, comparados con aquellos que no lo tienen, apoyan esta noción. Además, el gran tamaño del efecto en las diferencias entre los grupos en la puntuación total del INPIAF indica que el nuevo cuestionario en versión auto-informe tiene una buena validez de constructo y respalda su utilidad para detectar pródromos o formas subclínicas del TDC en población general.

Con respecto a las asociaciones entre las intrusiones sobre el aspecto físico evaluadas por el INPIAF y las medidas de psicopatología tanto dismórfica como no dismórfica, los resultados indican que las preocupaciones dismórficas están más cercanas a las obsesiones que a las preocupaciones, lo cual avala la idea de que estas preocupaciones podrían consistir en pensamientos intrusos. Los resultados también demuestran la validez de constructo del INPIAF dadas las asociaciones entre el INPIAF y la medida de imagen corporal (MBSRQ), y especialmente con la subescala de satisfacción de las áreas corporales. La asociación más alta fue la observada con esta subescala, en comparación con las otras dos subescalas del MBSRQ que están más relacionadas con los trastornos alimentarios como la preocupación

por el sobrepeso y la auto-clasificación del peso. Esto explicaría que el poder predictivo de la medida de imagen corporal sobre la frecuencia de los IAs fuera baja, sugiriendo que el INPIAF y el MBSRQ están evaluando aspectos distintos de la imagen corporal y de las preocupaciones sobre la apariencia: como se acaba de comentar, dos de las cinco subescalas de MBSRQ evalúan preocupaciones sobre la imagen corporal más características de los trastornos alimentarios. Por otro lado, el bajo porcentaje de varianza en la puntuación total del INPIAF explicada por el BDDQ indica que las dos medidas están midiendo dos aspectos distintos del TDC. En primer lugar, el INPIAF evalúa pensamientos, imágenes, impulsos y sensaciones sobre la apariencia en población general, mientras que el BDDQ evalúa síntomas clínicos siguiendo los criterios del DSM-IV. De esta manera, el INPIAF puede ser útil para entender la sintomatología dismórfica, igual que la investigación sobre pensamientos intrusos con obtenidos obsesivos ha ayudado en el avance del entendimiento y tratamiento del TOC. En segundo lugar, el INPIAF evalúa la ocultación de los síntomas y los diferentes contextos o situaciones en los que los síntomas pueden ser disparados. Esto puede ser especialmente importante en la detección temprana del trastorno, dado que las personas con TDC y presumiblemente las personas con riesgo a padecerlo, tienden a ocultar los síntomas y/o no ser conscientes del riesgo a desarrollar este tipo de trastorno.

Una vez establecida la universalidad de las IAs en población general, el siguiente paso fue evaluar las consecuencias de la IA elegida como más molesta. Para esto, la persona tenía que elegir del listado de las 27 IAs de la primera parte, aquella que le hubiese resultado más molesta en los últimos 3 meses y valorarla de acuerdo a su impacto emocional, la interferencia que produce y la dificultad en controlarla, las valoraciones disfuncionales asociadas, y las estrategias utilizadas para controlarla y/o neutralizarla. La razón detrás de la valoración de la IA más molesta, y no de cualquiera de las experimentadas, es el intento de acercar a la persona de población general a la experimentación de una preocupación dismórfica por parte de un paciente con TDC.

La valoración de la IA más molesta se realizó a través de la segunda y tercera partes del INPIAF. Los análisis de su estructura revelaron que la mejor solución para la segunda parte era la derivada de la estructura original del cuestionario: impacto emocional, interferencia y dificultad de control, y valoraciones disfuncionales. Con respecto a la tercera parte, la mejor solución agrupó a las 22 estrategias en 6 subescalas: estrategias de control

de pensamiento (parada de pensamiento, relajación, auto-castigo, esfuerzo de supresión), estrategias del control de la ansiedad (reestructuración cognitiva, revaloración, búsqueda de re-aseguración, auto-tranquilización), distracción (manifiesta y encubierta), control social (evitación, ocultación y comparación), estrategias obsesivo-compulsivas (limpiar, comprobar, repetir y ordenar), y estrategias dismórficas (Tocar/ mirar fijamente el defecto, preguntar a alguien, tomar una foto).

Todas las IAs incluidas en el cuestionario fueron seleccionadas al menos una vez como la más molesta, lo cual indica la representatividad en la población de las intrusiones que se incluyen en el cuestionario. La IA más molesta tuvo una frecuencia moderada, lo cual se corresponde con los resultados encontrados en estudios que analizan la frecuencia de una intrusión molesta de contenido obsesivo en muestras de población general (García-Soriano y Belloch, 2013). En general, las IAs no fueron valoradas de una forma muy negativa como era de esperarse en esta población. La IA fue experimentada como algo molesta, pero generó poca interferencia en la concentración, y las personas reportaron haber tenido éxito en controlarla.

En relación a las estrategias, es interesante señalar que solo un porcentaje pequeño de la muestra (5,8%) no hizo nada en respuesta a la intrusión. De hecho, las personas utilizaron un gran repertorio de estrategias para intentar controlarla y/o neutralizarla. Las estrategias más utilizadas en población general fueron por un lado reestructuración cognitiva y distracción, las cuales son consideradas como estrategias positivas, y de hecho son utilizadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (p. ej., Clark, 2013), para el tratamiento de distintos trastornos como el TDC (Hartmann et al., 2015; Wilhelm et al. 2011). Por ejemplo, en algunos estudios de pacientes con TOC, los pacientes utilizaban menos la distracción que personas no clínicas (Abramowitz et al., 2003; Fehm y Hoyer, 2004), lo cual apoya la consideración de la distracción como una estrategia positiva. Por otro lado, la comparación con otras personas también fue frecuentemente utilizada por esta población. Esta estrategia es muy común en pacientes con TDC, y es parte del círculo vicioso que mantiene dicho trastorno (Veale y Neziroglu, 2010). Lo que estaría indicando la dimensionalidad de esta estrategia.

Los datos obtenidos en este trabajo indican que en general, la población general utiliza tanto estrategias positivas como negativas para controlar la intrusión más molesta.

Sin embargo, estrategias con una significación clínica dismórfica más clara como tocar /mirar fijamente el defecto, o el ocultamiento, fueron menos utilizadas. En este estudio, las mujeres utilizaron más estrategias de control del pensamiento y de distracción que los hombres, lo que podría estar indicando una mayor necesidad en este grupo de hacer algo con respecto a las intrusiones relacionadas con la apariencia, experimentadas como muy molestas. Las mujeres, especialmente jóvenes como la mayoría de participantes en este estudio, podrían ser más susceptibles que los hombres a la presión social en relación a la apariencia física (Striegel-Moore y Bulik, 2007). De hecho, en este estudio también se encontró que a más edad, las personas suelen utilizar menos estrategias de control.

Otro de los resultados interesantes encontrados es que a mayor frecuencia de IAs, mayor es el impacto emocional, más disfuncionales son las creencias asociadas, y mayor es la necesidad de hacer algo para controlar la intrusión. Estos datos son consistentes con datos obtenidos en estudios con pensamientos intrusos obsesivos, en los que una mayor frecuencia de estos pensamientos se asociaba con peores valoraciones (p. ej., Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2007; Clark, Purdon, y Wang, 2003). En relación a las estrategias de control, es interesante señalar que la frecuencia de la IA más molesta no se asoció con las estrategias dismórficas, sino con las estrategias de control social. Estos resultados pueden ser debidos al hecho de que los participantes en este estudio son de población general, y por lo tanto no emplean estrategias claramente disfuncionales como tocarse repetidamente el defecto o tomarse una foto. Sin embargo, sí hacen uso de estrategias de control social (p. ej., compararse con otras personas o evitar ciertas situaciones) para manejar el malestar generado por la intrusión, también típicas del TDC, como se ha mencionado anteriormente. En la literatura sobre el TOC que ha investigado con mayor profundidad este tema, el uso de estrategias para controlar el pensamiento marca una especie de línea roja entre la normalidad y la psicopatología (Belloch, Carrió, Cabedo, y García-Soriano, 2015; Ladouceur et al., 2000; Morillo, Belloch, y García-Soriano, 2007; Salkovskis y Wahl, 2003). Los resultados de este estudio apuntan a la misma dirección.

Las asociaciones entre las consecuencias funcionales negativas de las IAs y las distintas medidas de síntomas indican que especialmente las reacciones emocionales, y las valoraciones disfuncionales estuvieron más asociadas con sintomatología obsesivo-compulsiva y dismórfica, que con síntomas ansiosos, depresivos, o con el “worry”. Estos

resultados no son sorprendentes ya que el INPIAF mide cogniciones de tipo dismórfico. Sin embargo si apoyan el supuesto de que este tipo de cogniciones y sus consecuencias, están más relacionadas con síntomas TOC, que con síntomas ansioso-depresivos.

La IA elegida como más molesta tuvo peor impacto negativo en personas con riesgo a padecer un TDC, en comparación a las personas que no presentaron ese riesgo. La intrusión generó más emociones negativas, mayor interferencia en la concentración y mayor dificultad en controlarla. Además fue valorada de una forma más disfuncional, y activó más estrategias para controlar la intrusión. En un estudio realizado por Lavell et al., (2014), con el objetivo de examinar factores de vulnerabilidad cognitivos en relación a sintomatología dismórfica en estudiantes universitarios, encontraron que las personas con una mayor sintomatología dismórfica presentaban también más creencias disfuncionales, que aquellos que no presentaban ninguna sintomatología.

Las diferencias en la intensidad de las reacciones emocionales, las valoraciones disfuncionales y las estrategias de control generadas por la IA más molesta entre personas con y sin riesgo a padecer un TDC, apoyan el supuesto de que aunque la experimentación de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia es un fenómeno universal, la forma en que las personas valoran estos pensamientos y reaccionan ante ellos, es la línea que marca la diferencia entre la normalidad y la tendencia a la psicopatología dismórfica (Wilhelm y Neziroglu 2002). Este supuesto es muy similar al planteado en el modelo cognitivo del TOC con respecto al papel de las valoraciones y el uso de estrategias en la experimentación de pensamientos intrusos de contenido obsesivo, el cual se ha confirmado en distintos estudios (p. ej., Belloch et al., 2015; Salkovskis y Wahl, 2003).

Una vez comprobado que las IAs tienen consecuencias negativas asociadas, el paso siguiente fue analizar si los datos obtenidos hasta ahora en población general y personas en riesgo de un TDC, se repetían también en pacientes con un diagnóstico de TDC, aunque con una mayor intensidad propia de esta población. De esta forma se confirmaría la dimensionalidad de las IAs y de sus consecuencias funcionales. Los resultados apoyan dicha dimensionalidad. Los pacientes con un TDC experimentaron IAs con diversos contenidos y de forma más frecuente que población general. Mientras esta población experimentó IAs algunas veces al año, las personas con TDC lo hicieron algunas veces al mes. Además tuvieron un número mayor de intrusiones que población general (23 frente a 12). Esto

confirma los resultados de este trabajo con respecto a las personas con riesgo a padecer un TDC y también a lo encontrado por Kollei y Martin (2014), con respecto a la mayor experimentación de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia en pacientes con este trastorno. La IA más molesta también fue experimentada con mayor frecuencia por los participantes clínicos que por los no clínicos. Mientras que los clínicos la experimentaban diariamente, los no clínicos lo hacían algunas veces al mes.

Con respecto a las consecuencias negativas de la IA más molesta en pacientes, los resultados confirman lo encontrado en personas con riesgo a padecer TDC, pero de nuevo, con mayor intensidad, como era de esperar. Estas personas reportaron que la IA más molesta les causó interferencia, fue difícil de controlar, y que tuvo un impacto emocional negativo. Estas características relacionadas con la IA molesta, son las mismas que las asociadas a las preocupaciones dismórficas, lo que contribuye a responder de forma positiva a la pregunta inicial planteada en este trabajo sobre si las preocupaciones dismórficas podrían ser pensamientos intrusos relacionados con la apariencia.

Examinando con mayor detalle estos resultados, la culpa no parece ser una emoción característica en la experimentación de IAs, como tampoco la vergüenza. De acuerdo a lo expuesto en la literatura, se esperaba que la vergüenza asociada a la IA más molesta fuera más alta, por el papel central de esta emoción en el TDC. Sin embargo, este grupo de pacientes solo experimentó algo de vergüenza ante la IA más molesta. Se sabe que la vergüenza está asociada tanto a la preocupación por el defecto, como al defecto en sí mismo (Veale y Neziroglu, 2010). En este trabajo, los datos solo permiten corroborar esta información parcialmente. Es posible que al tratarse de personas que acuden a tratamiento en un centro de salud mental por sus síntomas dismórficos, el sentimiento de vergüenza sea menor porque tienen un cierto grado de *insight* sobre los síntomas, lo que seguramente no sucede entre los pacientes con TDC que acuden a centros de estética y dermatología, tal y como indica la literatura al respecto. En estos casos, es más posible que las personas sientan vergüenza por sus preocupaciones, y que su nivel de *insight* sobre la naturaleza psicológica (o de salud mental) de sus problemas sea menor.

En relación a las creencias disfuncionales activadas por estas intrusiones, se encontró una alta intolerancia a la incertidumbre en estos pacientes, lo cual contrasta con lo encontrado en población general, en la cual esta creencia no fue relevante. La Intolerancia a

la Incertidumbre (II) es considerada como un factor transdiagnóstico en diferentes trastornos, incluido el TOC, los trastornos por estrés, y la totalidad de los trastornos de ansiedad. Teniendo en cuenta lo anterior, Summers et al., (2016) estudiaron la relación entre la II y el TDC, y encontraron mayores niveles de II en pacientes con TDC, en comparación a población general, lo cual es corroborado por los resultados de este trabajo. Otra de las creencias disfuncionales que se activaron frente a la IA más molesta en este grupo de pacientes fue el perfeccionismo. Como se ha mencionado anteriormente, aunque no existe mucha investigación al respecto, el perfeccionismo se ha planteado como un factor de riesgo en el TDC (Bartsch, 2007; Buhlmann et al., 2008). Los datos obtenidos en este trabajo apoyan este planteamiento, y contribuyen a ampliar los datos existentes en este tema. Por otro lado, también se ha visto que el perfeccionismo está íntimamente relacionado con el TOC (Frost y Steketee, 1997), lo cual es otra evidencia más de las similitudes entre el TOC y el TDC. Al mismo tiempo, está ampliamente documentado el papel que juega el perfeccionismo en los trastornos alimentarios, lo que evidencia el rol transdiagnóstico de esta creencia, asociada en muchas ocasiones más a una variable de personalidad que a una creencia. Además, permite quizá entender mejor las similitudes que existen entre las personas con TDC y las que padecen un trastorno alimentario en lo que se refiere a la valoración de la apariencia física.

Haciendo una exploración en el modelo explicativo adaptativo alternativo del TDC propuesto por Veale y Gilbert (2014), la sobreestimación de la amenaza, jugaría un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de este problema, ya que proponen que los síntomas dismórficos son en realidad mecanismos de detección y vigilancia de una amenaza percibida. Los datos obtenidos en este trabajo no apoyarían este supuesto, ya que esta creencia fue muy baja en estos pacientes.

Con respecto a las estrategias utilizadas por los pacientes, todos los participantes hicieron siempre algo en respuesta de su IA, utilizando una gran cantidad de estrategias para controlarla y/o neutralizarla. Las estrategias de control social, especialmente la comparación con otras personas, y las estrategias dismórficas, principalmente tocarse/mirarse fijamente el defecto, fueron las más utilizadas. La especificidad en el uso de este tipo de estrategias y no de otras, confirman la utilidad del INPIAF para valorar sintomatología dismórfica, ya que son justamente estas estrategias las más utilizadas por personas con un TDC (Neziroglu y

Yaryura-Tobias, 1993; Phillips et al., 2008; Wilhelm et al., 2013). El hecho de que la comparación con otras personas fuese también una de las estrategias más utilizadas por las personas no clínicas en este trabajo, apoya la dimensionalidad de las consecuencias funcionales de las IAs, identificando las diferencias claras entre ambas poblaciones. Al contrario de las personas no clínicas, los pacientes no tendieron a utilizar la reestructuración cognitiva para neutralizar su IA más molesta. Estos resultados, aun teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra clínica, avalan la utilidad del INPIAF como instrumento para valorar los síntomas dismórficos y sus características asociadas en el contexto de la práctica clínica. Los resultados sobre las consecuencias negativas de la IA más molesta en pacientes con TDC en este trabajo, coinciden con los obtenidos en los pocos estudios realizados sobre este mismo tema, en los cuales las personas con un TDC experimentaron un mayor afecto negativo en general, y mayor malestar (Kollei et al., 2012), y una mayor necesidad de hacer algo con la intrusión, en comparación a las personas no clínicas (Kollei et al., 2012).

Otro hallazgo importante en relación a los pacientes con TDC fue el hecho de que una mayor ocurrencia de la IA más molesta generara mayor interferencia en la concentración y más dificultad en controlarla. La mayor ocurrencia de la IA también activó más valoraciones disfuncionales, es decir, cuando la IA aparecía con mucha frecuencia, la persona tendía a involucrarse más en un proceso de interpretación del significado de la intrusión experimentada. Es llamativo que una mayor ocurrencia de la intrusión no haya generado peor impacto emocional. Sin embargo, si se encontraron asociaciones con síntomas depresivos. Es posible que el hecho de que el impacto emocional se evalúe únicamente con 5 ítems en el INPIAF, pueda explicar esta discrepancia.

Aunque en un principio la frecuencia de la intrusión no se asoció con un mayor uso de estrategias, sí que se observó una tendencia a una mayor utilización de estrategias dismórficas y de control social, y un menor uso de estrategias de distracción. Estos resultados de nuevo confirman, por un lado la especificidad y la gravedad del uso de este tipo de estrategias, y por otro lado, el carácter positivo de la distracción y su confirmación como una estrategia útil en el tratamiento del TDC.

Las consecuencias negativas de las IAs se asociaron con distinta psicopatología ansioso-depresiva, obsesivo-compulsiva, y dismórfica. Sin embargo, las estrategias de control social y las estrategias dismórficas no presentaron asociaciones con sintomatología

ansioso-depresiva, aunque sí lo hicieron con sintomatología dismórfica y la egodistonía de los pensamientos. Por otro lado, las estrategias de control del pensamiento y control de la ansiedad fueron las únicas variables asociadas con afecto negativo. Las peores consecuencias negativas asociadas a la IA más molesta en pacientes con TDC, y las relaciones entre las consecuencias negativas de la IA más molesta, pero no su frecuencia, con la gravedad de los síntomas dismórficos, apoyan lo expuesto por Wilhelm en su modelo de desarrollo de TDC (2006; Wilhelm y Neziroglu, 2002). En este, la diferencia entre las IAs y las preocupaciones dismórficas, no se basa solo en la experimentación de las IAs, sino en la forma en que las personas reaccionan ante ellas, las valoran y las cosas que hacen con ellas. Estos resultados apoyan de nuevo este supuesto.

Con respecto a la dimensionalidad de la presencia y experimentación de IAs, y de sus consecuencias funcionales negativas, los datos obtenidos en este estudio confirman lo encontrado en población general, y subclínicos. En los pacientes con TDC las IAs tuvieron un mayor impacto emocional, fueron valoradas de una forma más disfuncional, y también generaron mayor interferencia y mayor dificultad de control. Estas personas también utilizaron más estrategias de control de la ansiedad, control social, y estrategias dismórficas que el grupo de no clínicos y subclínicos.

En relación a la egodistonía del IA elegido como más molesto, a pesar de que la intrusión fue valorada como racional por todos los participantes, fue experimentada como muy indeseada y hasta cierta medida, inconsistente con la moral, las creencias, y los valores y actitudes, únicamente por el grupo clínico y en menor medida por el grupo subclínico, lo cual sugiere que la IA no es valorada completamente como egodistónica. Estos resultados no son sorprendentes ya que la egodistonía tiene una naturaleza multifacética. En estudios con pacientes alimentarias y pacientes con TOC, con obsesiones de tipo agresivo caracterizadas por ser muy egodistónicas, se ha encontrado que los pensamientos no son totalmente egodistónicos. Aunque en un principio el pensamiento es rechazado, la persona suele acomodarse al significado del pensamiento (Purdon et al., 2007), o como en el caso de las pacientes alimentarias, es utilizado como un recordatorio del objetivo autoimpuesto de estar delgadas (Roncero, Belloch, Perpiñá, y Treasure, 2013). Que la IA más molesta haya sido experimentada como egosintónica y egodistónica al mismo tiempo no hace más que corroborar lo encontrado por Purdon et al. (2007), y Roncero et al., (2013). Sin embargo, es

interesante el hecho de que la IA haya sido hasta cierto punto valorada como inmoral, ya que las personas con TDC suelen otorgarle un valor muy importante a la apariencia en su identidad, y por lo tanto se esperaría que fuera considerada como consistente con sus valores. Una posible explicación para esto es que la experimentación de la intrusión (p. ej., el malestar, la interferencia y el carácter repetitivo) y no su contenido, sea percibida como egodistónica.

Ya que el estudio de la metacognición en el TOC ha proporcionado datos importantes en cuanto al desarrollo y mantenimiento de este trastorno, en el cuarto estudio nos hemos propuesto examinar si concretamente la habilidad metacognitiva también estaría relacionada con el TDC, especialmente con la experimentación de IAs y sus consecuencias negativas. En el TOC han sido estudiadas especialmente las creencias metacognitivas asociadas a la interpretación de los pensamientos intrusos, como la responsabilidad por el daño (Salkovskis, 1985, 1989), o la fusión pensamiento-acción (Rachman, 1993). En este trabajo se ha querido investigar si la capacidad de controlar, evaluar y regular los procesos cognitivos guarda una relación con la experimentación de IAs y su escalada hacia las preocupaciones dismórficas. Para esto lo primero que se hizo fue diseñar un cuestionario que evaluara los 2 aspectos más importantes de la metacognición: conocimiento y regulación. El Cuestionario de Habilidad Metacognitiva (CHM) compuesto por 3 dimensiones, evalúa estos dos aspectos. Por un lado se encuentra la dimensión de supervisión y planificación que está relacionada con la regulación de la metacognición, y por otro lado se encuentran la confianza en la memoria, y la auto-focalización en los pensamientos, relacionados con el conocimiento de la metacognición. Los resultados de este estudio sugieren que el CHM es un instrumento fiable para medir la habilidad metacognitiva en población general, y posiblemente en población clínica.

Los análisis de diferencias de género, mostraron puntuaciones similares tanto para hombres, como para mujeres en las tres dimensiones. Con respecto a las relaciones con la presencia y experimentación de IAs, la dimensión de supervisión y planificación se asoció negativamente con la frecuencia de IAs y sus consecuencias negativas, y de forma positiva con las estrategias de control del pensamiento y control de la ansiedad. Estos resultados indican el carácter positivo de esta dimensión, ya que cuanto más se planifica y supervisan los procesos cognitivos, menos frecuente es la aparición de IAs. Los resultados con respecto

a las estrategias, aunque en un principio podrían parecer contradictorios, se explican por la población empleada. Como ya se ha mencionado anteriormente, las estrategias de control de la ansiedad, por ejemplo, son utilizadas por población general para controlar las intrusiones, y no parecen tener las mismas consecuencias negativas que en los pacientes. Junto con lo anterior, el carácter positivo de esta dimensión se terminó de confirmar con la asociación encontrada con afecto positivo y por la ausencia de asociaciones con medidas de psicopatología. Como se mencionó en las conclusiones de este estudio, estos resultados podrían estar indicando que la capacidad de planificar y supervisar los procesos cognitivos de forma activa, es decir, evaluar la importancia o relevancia de estos, y de sus implicaciones en el procesamiento cognitivo, y decidir sobre los propios procesos cognitivos (p. ej., pensar en varias maneras de resolver un problema antes de afrontarlo), es un factor protector contra la experimentación de IAs y de sus consecuencias negativas asociadas. Otra posible explicación también podría estar relacionada con los recursos atencionales disponibles y la dirección voluntaria de la atención hacia un aspecto concreto de la cognición. Al planificar y supervisar la cognición, el foco de atención estaría dirigido hacia un objetivo, lo que consumiría recursos atencionales, que en última instancia limitarían la capacidad de prestar atención consciente a otro tipo de experiencias cognitivas.

Por otra parte, las dimensiones de falta de confianza en la memoria y la auto-focalización en los pensamientos presentaron asociaciones con las consecuencias negativas de la IA elegida como la más molesta, aunque en oposición a lo esperado, la auto-focalización en los pensamientos no se asoció con la frecuencia de la IA más molesta, y si lo hizo la falta de confianza en la memoria. Estos resultados podrían relacionarse con el hecho de que una vez la IA aparece en el flujo consciente, el proceso de focalización en los pensamientos intrusos, es el que dispararía las reacciones y las valoraciones negativas de la IA más molesta, y no solo su aparición. Estos datos coinciden con lo propuesto por Veale (2004), en cuanto a la importancia de la auto-focalización en el desarrollo y mantenimiento del TDC, ya que como en una espiral, la auto-focalización aumenta y mantiene la atención centrada en la imagen corporal distorsionada y en el estado emocional negativo generado, lo que a su vez aumenta la auto-focalización.

Con respecto a las estrategias, estas dos dimensiones también se asociaron con las estrategias utilizadas para controlar y neutralizar la IA más molesta, excepto con las

estrategias de distracción. La confianza en la memoria tampoco presentó asociaciones con estrategias del control del pensamiento, y control de la ansiedad. Estos datos, junto a los resultados obtenidos en este trabajo, y los descritos en la literatura, siguen confirmando que la distracción es una estrategia positiva, y por lo tanto se propone como una estrategia a utilizar en el tratamiento de las IAs en el TDC.

Por otro lado, los datos de este estudio también sugieren que la auto-focalización en los pensamientos dispara una mayor necesidad de controlar la IA más molesta, utilizando todo tipo de estrategias. La falta de confianza en la memoria parece ser más específica en este aspecto, ya que está asociada a estrategias con un carácter más repetitivo, y en general con una significación más clínica, al menos con respecto a los resultados encontrados en este trabajo, como las estrategias dismórficas y obsesivo-compulsivas. La falta de confianza en la memoria ha sido estudiada en el TOC (p. ej., McNally y Kohlberg, 1993; Tuna, Tekcan, y Topçuoğlu (2005), especialmente en pacientes que comprueban constantemente. McNally y Kohlberg (1993) postularon que la comprobación en estos pacientes se debe a la falta de confianza en su habilidad para discriminar el recuerdo de haber hecho algo o de solo haberlo imaginado. Los resultados en el presente trabajo, podrían estar relacionados con la necesidad de realizar determinados comportamientos de forma repetitiva (p. ej., comprobar, tocarse el defecto,...), al no tener la total certeza de recordar cómo luce exactamente el defecto o cual es la apariencia actual. Lo anterior se ha planteado como una explicación de algunos comportamientos característicos del TDC, como mirarse en el espejo (Veale y Neziroglu, 2010; Veale, 2004). Y aunque la muestra de este trabajo es población general, estos resultados son muy prometedores.

En un análisis más detallado, personas con un alto nivel en supervisión y planificación, presentaron menos IAs relacionadas con la necesidad de hacer algo, menor frecuencia de la IA más molesta, menor impacto emocional asociado a la intrusión, y menos interferencia y dificultad en controlarla, lo cual reafirma el carácter positivo de esta dimensión. Por su lado, las personas con una elevada falta de confianza en la memoria presentaron mayor frecuencia de IAs relacionadas con el defecto, con la necesidad de hacer algo, y también una mayor frecuencia de la IA más molesta. Además, usaron más estrategias de control social, y obsesivo-compulsivas, en comparación a las personas con confianza en la memoria. Por último, aquellas personas con una mayor auto-focalización en los

pensamientos, tuvieron más IAs relacionadas con otras personas, y también experimentaron un mayor impacto emocional asociado, mayor interferencia y dificultad en controlar la IA, más valoraciones disfuncionales, y utilizaron más estrategias de control de pensamiento, control social, y estrategias obsesivo-compulsivas y dismórficas. Estos resultados especifican más el tipo de estrategias utilizadas por las personas con un alto nivel en la auto-focalización en los pensamientos, y probablemente indican también una mayor gravedad de las mismas. Sin embargo, de nuevo hay que tener en consideración la muestra utilizada en este estudio a la hora de hacer interpretaciones y generalizaciones.

Con respecto a las asociaciones con indicadores de psicopatología, la falta de confianza en la memoria y la auto-focalización en los pensamientos se asociaron a psicopatología ansioso-depresiva, obsesivo-compulsiva, y solo en el caso de la auto-focalización en los pensamientos, también con sintomatología dismórfica. La auto-focalización se ha relacionado con distintos productos cognitivos como el worry, las obsesiones, las rumiaciones (Ingram, 1990; Koch y Exner, 2015; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Olantunji, Naragon-Gainey, y Wolitzky-Taylor, 2013), y de acuerdo a lo encontrado en este trabajo, también con IAs. Por lo que no es extraña la presencia de asociaciones con sintomatología dismórfica.

En relación a las diferencias entre el grupo de clínicos, subclínicos, y no clínicos, solo se encontraron diferencias en la dimensión de falta de confianza en la memoria, en la que el grupo clínico presentó una mayor falta de confianza en la memoria que los otros grupos. Estos resultados son similares a los obtenidos en pacientes con TOC (McNally y Kohlbeck, 1993, Tuna et al., 2005), estableciendo así más semejanzas en ambos trastornos.

1. LIMITACIONES

El presente estudio tuvo varias limitaciones. En primer lugar, el INPIAF es un auto-informe, y como tal hace una valoración retrospectiva de las IAs y de sus consecuencias. Esta limitación se intentó solventar, al menos parcialmente, limitando el tiempo a 3 meses de la experimentación de la intrusión más molesta. En segundo lugar, el grupo de pacientes con TDC fue muy pequeño, y esto limita la potencia de los análisis, y la generalización de nuestros resultados, con lo que es necesario aumentar la muestra en futuros estudios. Sin embargo, el acceso a pacientes con TDC no es nada fácil, ya que como se ha mencionado

anteriormente en este trabajo, estos pacientes no suelen llegar a consulta, y si lo hacen generalmente no lo hacen por los síntomas dismórficos. En este punto también es importante señalar que el uso de muestras análogas para estudiar los pensamientos intrusos es común, y nuestro estudio cumple los requerimientos para el uso de este tipo de muestras de forma que puedan extraerse inferencias acerca de participantes clínicos, p.ej., prevalencia de síntomas en la muestra, dimensionalidad de los síntomas objeto de estudio, similitudes en las características cualitativas de los síntomas, factores etiológicos comunes a ambas muestras, y variables psicológicas relevantes del trastorno (Abramowitz, Fabricant, Taylor, Deacon, McKay, y Storch, 2014). Además, en este trabajo una alta proporción de participantes (19,76%), cumplieron los criterios para el diagnóstico de un TDC, al menos a un nivel subclínico. Como ha sido expuesto en este trabajo, y mencionado también por Lavell et al. (2014), los síntomas dismórficos son dimensionales, más que categóricos, lo que hace que muestras no clínicas sean adecuadas para el avance en la comprensión de un trastorno infradiagnosticado como el TDC. Así mismo, el hecho de que los participantes valoren la intrusión más molesta, y no cualquier otra, es un acercamiento a la experimentación de intrusiones dismórficas clínicamente significativas. Una tercera limitación fue la desigualdad en la distribución del género, lo cual limita la generalización de los resultados a contextos más amplios. Aunque aparentemente el TDC es más prevalente entre mujeres y tiene un comienzo temprano, es necesaria una muestra más representativa en futuros estudios. Finalmente, los ítems del cuestionario se centran en pensamientos, imágenes, impulsos y sensaciones intrusos. Esto no excluye la posibilidad de que las preocupaciones sobre la apariencia puedan tener la forma de preocupación tipo “worry” o de rumiación. Sería interesante que en estudios futuros se examinara si las preocupaciones dismórficas consisten en cogniciones más cercanas a las obsesiones, que a estos otros tipos de procesos cognitivos.

2. CONCLUSIONS

This thesis revolved around four main objectives designed to answer the question about whether preoccupations about defects in physical appearance are experienced as unwanted intrusive thoughts and, therefore, their putative role in the etiology and development of BDD.

2.1. OBJECTIVE ONE

The first objective, addressed in the first study, was to assess the presence of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs) in a general non-clinical population. The results obtained in this study showed that more than 90% percent of non-clinical participants experienced AITs, although with a low frequency, suggesting the universality of this phenomenon.

Four specific objectives were established to achieve this objective:

2.1.1. To design an instrument to assess the presence, contents, and frequency of Appearance Intrusive Thoughts (AITs) in the general population.

The AIQ was developed to assess the presence and frequency of 27 AITs grouped in five subscales. *Defect* and *bodily functions* included AITs related to physical appearance defects. *Contact with others* grouped intrusions people have about physical appearance defects when they are with other people and compare themselves to others. By contrast, the *concealment* and *urge to do something* subscales included AITs about the need to do something about the defect. The five subscales showed good internal consistency, except the *bodily functions* subscale, with only two items, and the contents of these subscales cover the clinical nuances of BDD, as postulated by different experts in the field (Phillips, 2009; Phillips et al., 2006; Veale, 2009; Wilhelm et al., 2013).

2.1.2. To explore the AITs' contents and frequency in the general population.

As mentioned above, 91.9 % of respondents reported having had at least one of the 27 AITs included in the AIQ. Participants had an average of 12 AIs and experienced them a few times a year. The highest frequency was found for the urge to do something subscale. Women experienced more AITs than men, except in the case of AITs related to the urge to do something.

2.1.3 To study the relationship between the different AITs' contents and psychopathology morbidity indicators.

The results indicate that appearance intrusions were consistently more associated with BDD symptoms, body image concerns, and O-C symptoms than with *worry*, which suggests that BDD preoccupations are closer to obsessions than to worries, and it provides additional support for the current consideration of BDD as an OC-spectrum disorder. The high associations found with the BDDQ support the construct validity of the AIQ, but the low percentage of variance of the BDDQ in explaining the AIQ total score indicates that the two measures are assessing different aspects of BDD.

2.1.4. To describe and analyze the differences between the different contents of the AITs and psychopathology morbidity indicators in the general population and participants at risk of BDD.

The results on the higher number and frequency of AITs in individuals at risk of BDD, compared to those with no risk, support the dimensionality of AITs because an increased risk of BDD is accompanied by an increased number and frequency of distressing intrusive thoughts about appearance defects. The high effect size of the between-groups difference on the AIQ total scale indicates that the new self-report questionnaire has good construct validity, and it supports its usefulness as a screening instrument for BDD in the general population. Moreover, as expected, the two groups of individuals differed on all the study measures.

2.2 OBJECTIVE TWO

To study to what extent an upsetting AIT has a negative impact on the individuals, in terms of emotions, interference in daily activities, dysfunctional appraisals, and the need to do something to resist or keep the intrusion under control, in a non-clinical population. Results indicated that the AIT selected as the most upsetting had negative consequences and activated strategies to control and neutralize the AIT.

Five specific objectives were established in order to achieve this objective:

2.2.1. To develop an instrument (continuation of the questionnaire from study 1) to assess the emotional consequences, interference, dysfunctional appraisals, and control strategies of the most upsetting AIT that subjects had experienced in the past three months.

AIQ's part II and III were developed and their psychometric properties were tested. AIQ Part- II assessed reactions and appraisals of the most upsetting AIT, and it was composed of 3 subscales derived from the original AIQ structure, grouping: emotional reactions, control difficulty & interference, and dysfunctional appraisals. Part- III grouped all the strategies to control/ neutralize the AIT in 6 subscales: thought control, anxiety control, distraction, social control, and Body Dysmorphic Disorder (BDD)-related strategies. The subscales showed good internal consistency.

2.2.2. To explore the emotional consequences, interference and difficulty in controlling, dysfunctional appraisals and control strategies associated with the most upsetting and recently (past 3 months) experienced AIT.

In general, the AITs were not assessed very negatively, as would be expected in a non-clinical sample. Although the most upsetting AIT was reported as somewhat unpleasant, individuals reported low interference and some success controlling the intrusive thought. Just a small percentage of individuals (5.8%) did not use any strategy at all in response to their most upsetting intrusion. In fact, the subjects in this study used a wide repertory of strategies to control/neutralize this intrusive cognition. The strategies used most were

Conclusions

cognitive restructuring, covert and overt distraction, and comparing themselves to others. In this study, women displayed more thought control and distraction strategies than men.

2.2.3. To analyze the relationship between emotional consequences, interference, and difficulty in controlling, and dysfunctional appraisals and control strategies associated to the most upsetting AIT, and psychopathology indicators.

Associations between consequences of intrusive appearance- related cognitions and symptom measures indicate that emotional reactions and dysfunctional appraisals were especially more associated with OCD and BDD symptoms than with depression and anxiety symptoms. These data, although not surprising, support the notion that these cognitions and their consequences are closer to OCD symptoms than to depressive or anxious ones.

2.2.4. To study the relationship between the frequency of the most upsetting AIT and its emotional consequences, the interference it produces, and the difficulty in controlling it, the dysfunctional appraisals associated with it, and the control strategies used to control it.

Results suggest that the higher the frequency of the AIT, the more dysfunctional the appraisals, the more negative the emotional impact, and the greater the need to do something to control it. Regarding the control strategies, the frequency of the most upsetting BDD-related intrusion did not correlate with BDD- typical strategies, but rather with social control strategies, which might be due to the fact that participants were non-clinical and, therefore, do not make use of more dysfunctional strategies.

2.2.5. To analyze the differences between individuals at risk of BDD and those with no risk in the functional consequences of the most upsetting AIT and psychopathology indicators.

The AIT that subjects selected as their most upsetting had a more negative impact on those individuals at risk for BDD, compared to those with no risk, because the intrusion aroused more negative emotions, caused more interference and control difficulties, was appraised more dysfunctionally, and activated more neutralizing strategies to get rid of the intrusion. Regarding symptom measures, individuals at risk for BDD scored higher on all the psychopathology indicators, except self-classified weight, a body image aspect more related to eating disorders symptomatology.

2.3. OBJECTIVE THREE

To study the presence of Appearance-related Intrusive Thoughts (AITs) and their negative impact on the individuals, in terms of emotions, interference in daily activities, dysfunctional appraisals, and the need to do something to resist or keep the intrusion under control in a group of patients with BDD. As expected, data obtained in this study showed that patients experienced AITs, which had negative consequences and activated strategies to control them.

Five specific objectives were established to achieve this objective:

2.3.1. To explore the AITs' contents and frequency in BDD patients.

All patients reported having had at least one of the 27 AITs with moderate frequency: one or twice a month. On average, they experienced 23 intrusions with different contents. The most frequent AIT was the one from item 8: *"My flaw is very noticeable (nose, ears, hands, sweat, spots, greasy look..."*.

2.3.2. To explore the emotional consequences, interference and difficulty in controlling, dysfunctional appraisals and control strategies associated with the most upsetting and recently (past 3 months) experienced AIT.

Regarding the AITs selected as the most upsetting, their contents were diverse, and patients experienced them daily. Patients experienced an emotional impact and interference and difficulty in controlling the AIT, and more dysfunctional appraisals were activated when having it. The higher dysfunctional appraisals were intolerance of uncertainty and perfectionism. Regarding the strategies, individuals with BDD used a variety of strategies to control/neutralize the most upsetting AIT. The ones used more frequently were social control and BDD-related strategies, including touching/staring at the defect, and comparing to others.

2.3.3. To analyze the relationships among emotional consequences, interference, and difficulty in controlling, and dysfunctional appraisals and control strategies associated with the most upsetting AIT and psychopathology indicators.

Due to the size of the sample, only significant associations were observed among the negative consequences of the most upsetting AIT and psychopathology indicators, but taking into account the considerable amount of shared variance between these variables, other associations were considered. The emotional consequences, interference, and difficulty in controlling, and dysfunctional appraisals were associated with BDD symptoms severity and depressive symptoms. Associations between social control and BDD-related strategies and BDD severity were also found, as well as between the former and egodystonicity, body image dimensions, and O-C symptoms.

2.3.4. To study the relationship between the frequency of the most upsetting AIT and its emotional consequences, the interference it produces, and the difficulty in controlling it, the associated dysfunctional appraisals, and the control strategies used to control it.

The frequency of the most upsetting AIT was only associated with interference, and difficulty in controlling the AIT and dysfunctional appraisals. Again taking the shared variance into consideration, positive associations were found with BDD-related and social control and strategies, and negative associations with distraction strategies.

2.3.5. To analyze the differences between clinical, subclinical, and non-clinical individuals, in the AITs' contents, frequency, and functional consequences of the most upsetting AIT and psychopathology indicators.

Significant differences were found in the AITs' frequency and associated negative consequences in the three groups, except on the frequency of AITs related to bodily functions, thought control, distraction, and OCD-related strategies. As expected, the clinical group scored higher on all these subscales, and the subclinical participants in turn, scored higher than the non-clinical group. Regarding the egodystonicity measure, differences were also observed in the three subscales, except for irrationality. Non-clinical subjects scored lower than clinical and subclinical participants on undesirability of the thought, and lower than the clinical group on immorality.

2.4. OBJECTIVE FOUR

To study the relationships between metacognitive ability and the presence of Intrusive Thoughts related to Appearance (AITs) and the way they are experienced. The results suggest that metacognitive ability and all of its dimensions might be an important variable related to AITs and their functional consequences.

Five specific objectives were established to achieve this objective:

2.4.1. To design an instrument to assess metacognitive ability dimensions.

A 27-item self-report was developed to assess 3 different dimensions of metacognitive ability: planning & monitoring, memory confidence, and self-focusing on thoughts. The internal consistency of the CHM was satisfactory.

2.4.2. To explore the relationships between the metacognitive ability dimensions and the experience of AITs in terms of their frequency and negative consequences (i.e. emotional impact, difficulty in controlling & interference, dysfunctional appraisals, and strategies to neutralize/control).

The planning & monitoring dimension was significantly and negatively associated with the frequency of AITs related to a defect and others. It was also associated inversely with the frequency of the AIT selected as the most upsetting and its emotional impact. Regarding strategies, the PM subscale correlated only with thought control and anxiety control strategies. Conversely, Memory Confidence was associated with the frequency of the most upsetting AIT, its emotional impact, and the difficulty in controlling & interference it produces, as well as with social control, OCD-related strategies, and BDD-related strategies. Regarding the dimension of self-focusing on thoughts, correlations were found with emotional reactions, difficulty in controlling & interference, and dysfunctional appraisals, but not with the frequency of the most upsetting AIT. This dimension was associated with all the strategies, except distraction. MAQ dimensions predicted several AIQ subscales, although the percentage of variance explained was low.

2.4.3. To analyze the relationships between the metacognitive ability dimensions and psychopathology indicators.

Results showed that the self-focusing on thoughts and memory confidence dimensions were associated with BDD-related, O-C-related, anxiety, and depressive symptomatology. Planning & monitoring was not associated with any psychopathology indicator, but it was associated with positive affect.

2.4.4. To explore the differences in the frequency and negative consequences of AITs in participants with low and high levels on the metacognitive ability dimensions.

Individuals with lower planning & monitoring ability presented a higher frequency of intrusive thoughts related to the urge to do something content, a higher emotional impact associated with the most upsetting AIT, and more interference and difficulty in controlling it. On the other hand, individuals with a greater lack of memory confidence experienced more AITs related to a defect and urge to do something contents and a higher frequency of the most upsetting AIT, and they used more social control strategies such as comparing, avoidance, and concealment. Finally, individuals with a high level of self-focusing on thoughts experienced more AITs related to others and worse consequences associated with the AIT selected as the most upsetting. They experienced a greater emotional impact, more interference and difficulty in controlling the AIT, and more associated dysfunctional appraisals. Moreover, they used more thought control, social control, and OCD- related strategies than individuals with a low level on this dimension. A marginal difference was found in BDD- related strategies.

2.4.5. To analyze metacognitive ability dimensions in BDD patients and subclinical and non-clinical participants.

BDD patients presented a greater lack of memory confidence compared to the non-clinical group, but not compared to subclinical individuals. Although the subclinical group scored higher than the non-clinical group in this dimension, differences were non-significant.

To conclude, this is the first empirical study providing support for the notion that preoccupations about appearance defects can be operationalized as unwanted intrusive thoughts, and that the vast majority of people experience these thoughts, as occurs with intrusive thoughts analogous to obsessions. The differences in the cognitive appraisals and neutralizing strategies of individuals at risk of BDD and BDD patients support the proposals of the cognitive model by Wilhelm (2006; Wilhelm & Neziroglu, 2002): although having unwanted thoughts about appearance defects is a normal universal phenomenon, the way people appraise and react to these thoughts differentiates between normalcy and a

Conclusions

psychopathological tendency toward BDD (Wilhelm & Neziroglu 2002). This would help to explain why AITs escalate into BDD preoccupations. In this regard, the results related to metacognitive ability suggest that this might also be a relevant factor in the development and maintenance of BDD, but more research is required to confirm this data.

The new self-report might be a valid and reliable measure of AITs, and as such, it might be useful as a screening instrument for BDD to detect prodromal symptoms such as AITs. Finally, the results derived from this Thesis suggest that BDD preoccupations are closer to obsessions than to worries, and they provide additional support for the current consideration of BDD as an OC-spectrum disorder.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J.S., & Jacoby, R.J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *The Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 165-186.
- Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Kalsy, S.A., & Tolin, D.F. (2003). Thought control strategies in obsessive compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 529-540.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington (DC): Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington (DC): Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: Autor.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 775-777.
- Andreasen, N., & Bardach, J. (1977). Dysmorphophobia: Symptom or disease? *The American Journal of Psychiatry*, *134*, 673-676.
- Atiullah, N., & Phillips, K. A. (2001). Fatal body dysmorphic disorder by proxy. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 204-205.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, *17*, 679-683.
- Baldock, E., Anson, M., & Veale, D. (2012). The stopping criteria for mirror-gazing in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*, 323-344.
- Barr, L.C., Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1406-1407.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, *11*, 16-23.
- 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 and Psychotherapy*, *11*, 100-110.

Bibliografía

- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G., & Clark, D. (2009). El Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): Validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 95-105.
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E., & Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*, 249-256.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and Ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Psychopathology and Behavioral Assessment 34*, 94-106.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and Eating Disorder-related Intrusive Thoughts: Differences and Similarities Within and Between Individuals Vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review, 24*, 446-454.
- Bentler, P.M., & Bonett, D.G. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin, 88*, 588-606.
- Berrios, G.E., & Kan, C.S. (1996). A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*, 1-7.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., Hoehn-Saric, R., Liang, K.-Y., Cullen, B.A.M.,... Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry, 48*, 287-293.
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body Dysmorphic Disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 221-232.
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., Grant, J.E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K.A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 893-903.
- Blackburn, J.F., Thompson, A.R., & May, J. (2012). Feeling good about being hungry: food-related thoughts in eating disorder. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*, 243-257.
- Blummer, B., & Kenton, J.M. (2014). *Improving student information search: a metacognitive approach*. Oxford, UK: Chandos Publishing.

- Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, *43*, 486–490.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, *109*, 101–104.
- Borda, T., Neziroglu, F., Santos, N., Donnelly, K., & Perez Rivera, R. (2011). Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 507-512.
- Borkovec, T. D. (1994). *The nature, functions, and origins of worry*. En G.-C. L. Davey y F. Tallins (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment, and treatment* (pp. 5–34). New York: Wiley.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Dupree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9-16.
- Boroughs, M.S., Krawczyk, R., & Thompson, J.K. (2010). Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: prevalence estimates and associated factors. *Sex Roles*, *63*, 725-737.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K.A., Morton, A., Czepowicz, V., Emmanuel, N.,... Ballenger, J.C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1665–1667.
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., & Wijma, K. (2013). Validation of the body dysmorphic disorder questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Research*, *210*, 647–652.
- Brown, A. (1987). *Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms*. En F. Weinert y R. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation, and understanding* (pp. 65-116). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brunswick, R.M. (1928). A supplement to Freud's "History of an Infantile Neurosis". *International Journal of Psycho-Analysis*, *9*, 439-476.
- Buhlmann, U., Cook, L.M., Fama, J.M., & Wilhelm, S. (2007). Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*, *4*, 381-385.

Bibliografía

- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research* 40, 105–111.
- Buhlmann, U., Etcoff, N.L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 540–547.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brahler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178, 171–175.
- Buhlmann, U., McNally, R., Etcoff, N., Tuschen-Caffier, B., & Wilhelm, S. (2004). Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 201-206.
- Buhlmann, U., McNally, R.J., Wilhelm, S., & Florin, I. (2002). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 289-298.
- Buhlmann, U., Rupf, L., Gleiss, M.J.L., Zschenderlein, K., & Kathmann, N. (2014). Seeing “changes” that aren’t there: Facial and object discrimination in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 468, 474.
- Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2004). Cognitive factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 34, 922-926.
- Buhlmann, U., Wilhelm, S., McNally, R.J., Tuschen-Caffier, B., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 7, 435–436.
- Buhlmann, U., & Winter, A. (2011). Perceived ugliness: An update on treatment-relevant aspects of body dysmorphic disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13, 283-288.
- Buhlmann, U., Winter, A., & Kathmann, N. (2013). Emotion recognition in body dysmorphic disorder: Application of the reading the mind in the eyes task. *Body Image*, 10, 247-250.
- 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.

- Cansever, A., Uzun, A., Danmez, E., & Ozayahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 60–64.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* *11*, 279-296.
- Cash, T.F. (2000). Multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ) users' manual. Disponible desde la página web del autor en <http://www.body-images.com>.
- Cash, T.F. (2002). *Cognitive behavioral perspectives on body image*. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pg. 14–38). New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. (2008). *The body image workbook* (segunda edición). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Cash, T.F., Phillips, K.A., Santos, M.T., & Hrabosky, J.I. (2004). Measuring 'negative body image': Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, *1*, 363-372.
- Cheng, S.T. (1996). A critical review of Chinese koro. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *20*, 67–82.
- Chowdhury, A.N., & Bera, N.K. (1994). Koro following cannabis smoking: Two case reports. *Addiction*, *89*, 1017-1020.
- Choy, Y., Schneier, F.R., Heimberg, R.G., Oh, K.S., & Liebowitz, M.R. (2008). Features of the offensive subtype of Taijin-Kyofu-Sho in US and Korean patients with DSM-IV social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *25*, 230-240.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D.A., Abramowitz, J., Alcolado, G.S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M.,... Wong, W. (2014). Part 3 - A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*, 292-299.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2005). Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *17*, 132-143.

Bibliografía

- Clark, D.A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 655-669.
- 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*. (pg. 1-29). New York: Guilford Press.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. Hope, y F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia-diagnosis, assessment, and treatment* (pg. 69–93). New York: Guilford Press.
- Cohen, L.J., Kingston, P., Bell, A., Kwon, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (2000). Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 4-12.
- Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B., & Stout, R.L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety* *23*, 26–33.
- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., & Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 67–72.
- Cooper, M., & Osman, S. (2007). Metacognition in Body Dysmorphic Disorder-A Preliminary Exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *21*, 148-155.
- Cororve, M.B., & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, *21*, 949-970.
- Craven, J.L., & Rodin, G.M. (1987). Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, *32*, 143-145.
- Deckersbach, T., Savage, C., Phillips, K.A., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S.L.,... Jenike, M.A. (2000). Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *Journal of International Neuropsychological Society*, *6*, 673-681.
- De Leon, J., Bott, A., & Simpson, G.M. (1989). Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, *30*, 457-472.

- Didie, E.R., Loerke, E.H., Howes, S.E., & Phillips, K.A. (2012). Severity of interpersonal problems in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*, 345-356.
- Didie, E.R., Menard, W., Stern, A. P., & Phillips, K.A. (2008). Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 561-569.
- Didie, E.R., Reinecke, M.A., & Phillips, K.A. (2010). Case conceptualization and treatment of comorbid body dysmorphic disorder and bulimia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 259-269.
- Didie, E.R., Tortolani, C., Pope, C.G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K.A. (2006a). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse y Neglect, 30*, 1105-1115.
- Didie, E.R., Tortolani, C., Walters, M., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K.A. (2006). Social functioning in body dysmorphic disorder: assessment considerations. *Psychiatry Quarterly, 77*, 223-229.
- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 207-211.
- Eisen, J.L., Phillips, K.A., Baer, L., Beer, D.A., Atala, K.D., & Rasmussen, S.A. (1998). The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 102-108.
- Eisen, J.L., Phillips, K. A., Coles, M.E., & Rasmussen, S.A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 10-15.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet, 361*, 407-416.
- Fang, A., & Hofmann, S.G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 1040-1048.
- Fang, A., Sawyer, A.T., Aderka, I.M., & Hofmann, S.G. (2013). Psychological treatment of social anxiety disorder improves body dysmorphic concerns. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 684-691.

Bibliografía

- Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *The Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 5.1-5.26.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*, 24–29.
- Feusner, J.D., Arienzo, D., Li, W., Zhan, L., GadElkarim, J., Thompson, P.M., & Leow, A.D. (2013). White matter microstructure in body dysmorphic disorder and its clinical correlates. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 211*, 132-140.
- Feusner, J.D., Bystritsky, A., Helleman, G., & Bookheimer, S. (2010b). Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research, 179*, 318-323.
- Feusner, J.D., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T.D. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine, 41*, 2385-2397.
- Feusner, J.D., Moller, H., Altstein, L., Sugar, C., Bookheimer, S., Yoon, J., & Hembacher, E. (2010c). Inverted face processing in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 1088–1094.
- Feusner, J.D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., Mckinley, M., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2010a). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 197-205.
- Feusner, J.D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancuso, L., & Bohen, C. (2010d). What causes BDD: Research findings and a proposed model. *Psychiatric Annals, 40*, 349-355.
- Feusner, J.D., Townsend, J., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2007). Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1417-1425.
- Feusner, J.D., Phillips, K.A., & Stein, D.J. (2010). Olfactory reference syndrome: Issues for DSM-V. *Depression and Anxiety, 0*, 1-8.
- Feusner, J.D., Yaryura-Tobias, J., & Saxena, S. (2008). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image, 5*, 3-12.
- Fineberg, N.A., Saxena, S., Zohar, J., & Craig, K.J. (2011). *Obsessive-compulsive disorder: boundary issues*. En *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the*

- Research Agenda for DSM-V, ed. Hollander, E., Zohar, J. Sirovatka, P.J. y Regier, D.A. (pg. 1–32). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M.B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: Biometric Research Department.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, *34*, 906-911.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485-496.
- Fontenelle, L.F., Telles, L.L., Nazar, B.P., de Menezes, G.B., do Nascimento, A.L., Mendolowicz, M.V., & Versiani, M. (2006). A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *36*, 243-259.
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., & Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, *19*, 292-298.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 585–597.
- Frost, R.O., & Marten, P. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 559-572.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 449-468.
- Gangestad, R., Thomhill, R. y Yeo, R.A. (1994). Facial attractiveness, developmental stability, and fluctuating asymmetry. *Ethology and Sociobiology*, *15*, 73-85.
- 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.

Bibliografía

- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive Thoughts in Obsessive–Compulsive Disorder and Eating Disorder Patients: A Differential Analysis. *European Eating Disorders Review*, *22*, 191-199.
- Garson, G. D. (2000). *Scales and Standard Measures*. En Statnotes: Topics in Multivariate Analysis. <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>.
- Geremia, G., & Neziroglu, F. (2001). Cognitive therapy in the treatment for body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 243-251.
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2017). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment*, en prensa.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II: validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1012-1016.
- Grant, J.E., Kim, S.W., & Eckert, E.D. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 291–300.
- Grant, J.E., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., & Phillips, K.A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 309-405.
- Grant, J.E., & Phillips, K.A. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? *Harvard Review of Psychiatry*, *12*, 123-126.
- Gray, J.A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press, New York.
- Greenberg, J.L., Reuman, L., Hartmann, A.S., Kasarskis, I., & Wilhelm, S. (2014). Visual hot spots: an eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, *57*, 125-132.
- Greenberg, J.L., Sarvode Mothi, S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder by Proxy. *Behavior Therapy*, *47*, 515-526.
- Grochowski, A., Kliem, S., & Heinrichs, N. (2012). Selective attention to imagined facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body Image*, *9*, 261–269.
- Gunstad, J., & Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 270–276.

- Gupta, M.A., & Johnson, A.M. (2000). Nonweight-related body image concerns among female eating disordered patients and nonclinical controls: some preliminary observations. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 304–309.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1999). *Análisis de datos multivariante* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harris, D.L. (1982). Cosmetic surgery - where does it begin? *British Journal of Plastic Surgery*, 35, 281- 286.
- Hartmann, A.S., Greenberg, J.L., & Wilhelm, S. (2013). The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 675-685.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Greenberg, J.L., Elliott, C.M., Matheny, N.L., & Wilhelm, S. (2015). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image*, 14, 77-84.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Greenberg, J.L., Rosenfeld, E.H., & Wilhelm, S. (2015). Accept, distract, or reframe? An exploratory experimental comparison of strategies for coping with intrusive body image thoughts in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 225, 643-650.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.J., Wilson, A.C., & Wilhelm, S. (2013). Insight impairment in body image disorders: Delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 210, 1129-1135.
- Harvey, A.G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: A comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of clinical Psychology* 39, 275-286.
- Hay, G.G. (1970). Dymorphophobia. *The British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hollander, E. (1993). *Introduction*. En: Hollander E, editor. *Obsessive-Compulsive Related Disorders* (pg. 1–16). 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., & Aronowitz, B.R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl 9), 27-31.

Bibliografía

- Hollander, E., & Benzaquen, S.D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry, 9*, 99-109.
- Hollander, E., Cohen, L., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals, 23*, 359–364.
- Hollander, E., Cohen, L., Simeon, D., Rosen, J., DeCaria, C., & Stein, D.J. (1994). Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder (letter). *Journal of Clinical Psychopharmacology, 14*, 75-77.
- Hollander, E., Friedberg, J.P., Wasserman, S., Yeh, C-C., & Iyengar, R. (2005). *The case for the OCD spectrum*. In Concepts and Controversies in Obsessive-Compulsive Disorder, ed. Abramowitz, J.S., & Houts, A.C. (pg. 95–118). New York: Springer.
- Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R., Klumer, A., & Klein, D.E. (1989). Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry, 146*, 768-770.
- Horowitz, M.J. (1970). *Image formation and cognition*. New York: Appleton Century Crofts.
- Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A., Garner, D.M.,... Phillips, K.A. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image, 6*, 155–163.
- Hübner, C., Wiesendahl, W., Kleinstäuber, M., Stangier, U., Kathmann, N., & Buhlmann, U. (2016). Facial discrimination in body dysmorphic, obsessive-compulsive and social anxiety disorders. *Psychiatry Research, 236*, 105-111.
- Ipser, J.C., Sander, C., & Stein, D.J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*.
- Jacobi, D.M., Calamari, J.E., & Woodar, J.L. (2006). Obsessive-compulsive disorder beliefs, meta-cognitive beliefs and obsessional symptoms: relations between parent beliefs and child symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 153-162.
- Jahrreiss, W. (1930). Das hypochondrische Denken. *Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 92*, 686-923.
- Janeck, A.S., Calamari, J.E., Riemann, B.C., & Heffelfinger, S.K. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 17*, 181–195.

- Johnson, S.L., Turner, R.J., & Iwata, N. (2003). BIS/BAS levels and psychiatric disorder: an epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 25, 25–36.
- Josephson, S.C., & Hollander, E. (1997). Body dysmorphic disorder by proxy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 86–87.
- Kaan, H. (1892). *Der neurasthenische Angsteffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grubelzwang*. Leipzig: Deutike.
- Kelly, M.M., Dalrymple, K., Zimmerman, M., & Phillips, K. A. (2013). A comparison study of body dysmorphic disorder versus social phobia. *Psychiatry Research*, 205, 109-116.
- Kelly, M.M., Simmons, R., Wang, S., Kraus, S., Donahue, J., & Phillips, K. A. (2017). Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive Disorders*, 12, 52-57.
- Kelly, M.M., Walters, C., & Phillips, K.A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy* 41, 143–153.
- Kelly, M.M., Zhang, J., & Phillips, K.A. (2015). The prevalence of body dysmorphic disorder and its clinical correlates in a VA primary care behavioral health clinic. *Psychiatry Research*, 228, 162–165.
- Kerwin, L., Hovav, S., Helleman, G., & Feusner, J.D. (2014). Impairment in local and global processing and set-shifting in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 57, 41-50.
- Kollei, I., Bruhober, S., Rauh, E. de Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 321-327.
- Kollei, I., & Martin, A. (2014). Body-related cognitions, affect and post-event processing in body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 45, 144-151.
- Kollei, I., Martin, A., Rein, K., Rotter, A., Jacobi, A., & Mueller, A. (2011). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 189, 153–155.
- Koran, L., Abujaoude, E., Large, M., & Serpe, R. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13, 316–322.

Bibliografía

- Lambrou, C., Veale, D., & Wilson, G. (2011). The role of aesthetic sensitivity in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 443-453.
- Lavell, C. H., Farrell, L.J., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2014). Do obsessional belief domains relate to body dysmorphic concerns in undergraduate students? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 354-358.
- Leon, J., de, Bott, A., & Simpson, G.M. (1989). Dymorphophobia: Body dysmorphic disorder of delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry, 30*, 457-472.
- Liao, Y., Knoesen, N.P., Deng, Y., Tang, J., Castle, D.J., Bookun, R.,... Liu, T. (2010). Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology, 45*, 963–971.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 229–241.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335–343.
- Marks, I., & Mishan, J. (1988). Dymorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry, 152*, 674-678.
- Marques, L., LeBlanc, N., Weingarden, H., Greenberg, J.L., Traeger, L.N., Keshaviah, A., & Wilhelm, S. (2011). Body dysmorphic symptoms: Phenomenology and ethnicity. *Body Image, 8*, 163-167.
- McElroy, S.L., Phillips, K.A., & Keck, P.E. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 33-51.
- McKay, D., Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 447-454.
- McNally, R.J., & Kohlbeck, P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 249-253.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.

- 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.
- Moller, A.P., & Thomhill, R. (1998). Bilateral symmetry and sexual selection: A meta analysis. *American Naturalist*, 151, 174-192.
- Morselli E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bollettino delta Accademia Medica di Genova*, VI, 100-119.
- Moses, L.J. and Baird, J.A. (1998). *Metacognition*. In: R. A. Wilson and F. C. Keil (Eds), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences*. Cambridge: MIT Press.
- Moulding, R., Coles, M.E., Abramowitz, J.S., Alcolado, G.M., Alonso, P., Belloch, A.,... Wong, W. (2014). Part 2 - They scare because we care: The relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 3, 280-291.
- Munro, A., & Stewart, M. (1991). Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia (see comments]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 36, 91- 96.
- Murray, S.B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E.,... Touyz, S.W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193-200.
- Nakdimen, A. (1977). A neglected reference. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1313-1316.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014). Mental health and behavioural conditions. (Online). Consultado el 15 de febrero de 2017, en <https://pathways.nice.org.uk/pathways/obsessive-compulsive-disorder>
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2002). A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7, 464-471.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Veale, D. (2008). Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5, 28-38.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J.A. (2006). Body Dysmorphic Disorder. In J.E. Fisher y W.T. Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp 142-150). New York: Springer.

Bibliografía

- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J.A. (1996). Effect of Cognitive Behavior Therapy on Persons With Body Dysmorphic Disorder and Comorbid Axis II Diagnoses. *Behavior Therapy, 27*, 67-77.
- Neziroglu, F., Roberts, M., & Yaryura-Tobias, J.A. (2004). A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals, 34*, 915-920.
- Neziroglu, F., & Santos, N.M. (2013). Advances in the treatment of body dysmorphic disorder: phenomenology and case descriptions. *International Journal of Cognitive Psychotherapy, 6*, 138-149.
- Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (1993). Body dysmorphic disorder: phenomenology and case descriptions. *Behavioural Psychotherapy, 21*, 27-36.
- Nierenberg, A.A., Phillips, K.A., Petersen, T.J., Kelly, K.E., Alpert, J.E., Worthington, J.J.,... Fava, M., (2002). Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *Journal of Affective Disorders, 69*, 141–148.
- Niler, F.R., & Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 213–220.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyumbomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*, 129-132.
- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, M., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory, 12*, 428–436.
- Parkinson, I., & Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 101–110.
- Pavan, C., Simonato, P., Marini, M., Mazzoleni, F., Pavan, L., & Vindigni, V. (2008). Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder: A Literature Review. *Aesthetic Plastic Surgery, 32*, 473-484.
- Perugi, G., Akiskal, H.S., Giannotti, D., Frare, F., Di Vaio, S., & Cassano, G.B. (1997). Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 578- 582.
- Philippopoulos, G.S. (1979). The analysis of a case of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 24*, 379-401.

- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1138-1149.
- Phillips, K.A. (1996). Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *Journal of Clinical Psychiatry*, *148*, 1138-1149.
- Phillips, K.A. (1999). Body dysmorphic disorder and depression: Theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatric Quarterly*, *70*, 313-331.
- Phillips, K.A. (2004). Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*, *3*, 12-17.
- Phillips, K.A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Rev ed. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K.A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, *14*, 58-66.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S., & Rasmussen, S.A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 381-388.
- Phillips, K.A., Atala, K.D., & Pope, H.G. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. In American Psychiatric Association. (Ed.), New research program and abstracts. 148th meeting of the American Psychiatric Association. Miami: American Psychiatric Association.
- Phillips, K.A., Coles, M.E., Menard, W., Yen, s., Fay, C., & Weisberg, R.B. (2005b). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 717-725.
- Phillips, K.A., & Diaz, S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 571-577.
- Phillips, K.A., Didie, E.R., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., & Weisberg, R.B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Research*, *141*, 305-314.
- Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Wilkel, C.S., & Vittorio, C.C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *42*, 436-441.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., Ralph, M.S., & Albertini, S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *42*, 504-510.

Bibliografía

- Phillips, K.A., Gunderson, C.G., Mallya, G., McElroy, S.L., & Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 568–575.
- Phillips, K.A., Hart, A.S., Blair Simpson, H., & Stein, D.J. (2014). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectrums, 19*, 10-20.
- Phillips, K.A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image, 5*, 13-27.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., DeCaria, C., & Goodman, W.K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 17-22.
- Phillips, K.A., Kim, J.M., & Hudson, J.I. (1995). Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 18*, 317–334.
- Phillips, K. A., & McElroy, S.L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 229-236.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1993). Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 302-308.
- Phillips, K.A., & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1280-1282.
- Phillips, K.A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 77–87.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Pagano, M.E. (2005a). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 254-260.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 46*, 317-325.
- Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., & Stout, R.L. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 95–104.

- Phillips, K.A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E.R., & Stout, R.L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, *43*, 1109–1117.
- Phillips, K.A., Nierenberg, A.A., Brendel, G., & Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*, 125–129.
- Phillips, K.A., Pagano, M.E., Menard, W., & Stout, R.L. (2006). A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 907–912.
- Phillips, K.A., Pinto, A., Hart, A.S., Coles, M.E., Eisen, J.L., Menard, W., & Rasmussen, S.A. (2007). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *46*, 1293-1299.
- Phillips, K.A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J.L., Mancebo, M., & Rasmussen, S.A. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, *24*, 399-409.
- Phillips, K.A., & Rasmussen, S.A. (2004). Change in psychological functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: A placebo-controlled study. *Psychosomatics*, *45*, 438–444.
- Phillips, K.A. & Stein, D. J., Rauch, S.L., Hollander, E., Fallon, B.A., Baskin, A.,... Leckman, J. (2010). Should an obsessive–compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, *27*, 528-555.
- Phillips, K.A., & Stout, R.L. (2006). Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive–compulsive disorder, and social phobia. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 360-369.
- Phillips, K.A., & Taub, S.L. (1995). Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, *31*, 279-288.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.R., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J., & Stein, D. J. (2010b). Body Dysmorphic Disorder: Some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, *27*, 573–591.
- Phillips, K.A., Zai, G., King, N.A., Menard, W., Kennedy, J.L., & Richter, M.A. (2015). A preliminary candidate gene study in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 72-76.

Bibliografía

- Pinto, A., & Phillips, K. A. (2005). Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image, 2*, 401–405.
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and social psychology bulletin, 16*, 263-273.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivarida, R., & Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 38*, 548-557.
- Pope, H.G., Katz, D.L., & Hudson, J.I. (1997). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 406-409.
- Pope, C.G., Pope, H.G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K.A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image, 2*, 395-400.
- Premo, J.E., Sarfan, L.D., & Clerkin, E.M. (2016). Training interpretation biases among individuals with body dysmorphic disorder symptoms. *Body Image, 16*, 54-62.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 403–410.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional thoughts: a replication and extension. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 22*, 269–285.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and 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: An International Quarterly, 21*, 198-216.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 89-99.
- 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., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248.
- Radomsky, A.S., Alcolado, G.M., Abramowitz, J.S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M.,... Wong, W. (2014). Part 1- You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.
- Rauch, S.L., Shin, L.M., & Wright, C.I. (2003). Neuroimaging studies of amygdala function in anxiety disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985, 389-410.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22. ed.). Consultado el 5 de enero de 2017, en <http://www.rae.es/rae.html>.
- Reese, H.E., McNally, R.J., & Wilhelm, S. (2010). Facial asymmetry detection in patients with body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 936-940.
- Richter, M., Tharmalingam, S., Burroughs, E., King, N., Menard, W., Kennedy, J., et al. (2004). *A preliminary genetic investigation of the relationship between body dysmorphic disorder and OCD*. Paper presented at the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting, San Juan, Puerto Rico.
- Richter, M.A., Zai, G., McBride, J.C., Mundo, E., Swinson, R.P., & Kennedy, J.L. (2009). The GABA_A-Receptor $\gamma 2$ (GABRG2) Gene in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 328-331.
- Riding, J., & Munro, A. (1975). Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 23-30.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877–85.
- Ritter, V., & Stangier, U. (2016). Seeing in the mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder. A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 187-195.
- Roncero, M., Perpiñá, C., Marco, H., & Sánchez-Reales, S. (2015). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Body Image*, 14, 47-53.

Bibliografía

- Rossell, S.L., Labuschagne, I., Dunai, J., Kyrios, M., & Castle, D.J. (2014). Using theories of delusion formation to explain abnormal beliefs in Body Dysmorphic Disorder (BDD). *Psychiatry Research, 215*, 599-605.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 143-166.
- Rosen, J.C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 441-449.
- Rosen, J.C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 755-766.
- Ruffolo, J.S., Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C. & Weisberg, R.B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 11-19.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S29-S52.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L. Joiner, T.H., Santed, M.A., & Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11*, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., & Lostao, L. (2009). Validación española del Cuestionario de Preocupaciones PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 107-122.
- Sarwer, D.B. (2002). Awareness and Identification of Body Dysmorphic Disorder by Aesthetic Surgeons: Results of a Survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery Members. *Aesthetic Surgery Journal, 22*, 531-535.
- Saxena, S., Winograd, A., Dunkin, J.J., Maidment, K., Rosen, R., Vapnik, T.,... Bystritsky, A. (2001). A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in BDD versus OCD. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 67-72.
- Schieber, K., Kollej, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder – What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 223-227.

- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Müller, A., & Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research, 210*, 242-246.
- Schraw, G., & Sperling-Dennison, R. (1994). Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology, 19*, 460-475.
- Semiz, U., Basoglu, C, Cetin, M. Ebrinc, S., Uzun, O., & Ergun, B. (2008). Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatrica, 20*, 33-40.
- Shaw, A.M., Arditte Hall, K.A., Rosenfield, E., & Timpano, K.R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image, 19*, 169-174.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Rocco Chiri, L., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive–Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 258-268.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D.J., Cohen. L., & Aronowitz, B. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1207–1209.
- Smucker, M.R., & Dancu, C.V. (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Snaith P. (1992). Body image disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 58*, 119-124.
- Solem, S., Håland, Å.T., Vogel, P.A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 301–307.
- Stangier, U., Müller, T., Adam-Schwebe, S., & Wolter, M. (2008). Discrimination of facial stimuli in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 435-443.
- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*, 181-198.
- Summers, B.J., Matheny, N.L., Srawgi, S., & Cogle, J.R. (2016). Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image, 16*, 45-53.
- Sündermann, O., Wheatly, J., & Veale, D. (2016). 'If you have good skin, you are god. If you have bad skin, you are a piece of rubbish'. Mastery of shame and anger in treatment-

Bibliografía

- resistant body dysmorphic disorder: a single case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, 1-18.
- Taqi, A.M., Shaikh, M., Gowani, S. A., Shahid, F., Khan, A., Tayyeb, S. M.,... Naqvi, H. A. (2008). Body dysmorphic disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*, 8, 20.
- Thomas, C.S. (1984). Dysmorphophobia: A question of definition. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 513-516.
- Toh, W.L., Rossell, S.L., & Castle, D.J. (2009). Body dysmorphic disorder: a review of current nosological issues and associated cognitive deficits. *Current Psychiatry Reviews*, 5, 261-270.
- Ullman, J.B., & Bentler, P.M. (2004). *Structural Equation Modeling*. In M. Hardy & A. Bryman (Eds.). *Handbook of Data Analysis* (pp. 431-458). SAGE.
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.
- Veale, D. (2001). Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 125-132.
- Veale, D. (2004). Body Dysmorphic Disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80, 67-71.
- Veale, D. (2004a). Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-25.
- Veale, D., Akyüz, E.U., & Hodsoll, J. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. *Psychiatry Research*, 230, 383-386.
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014a). Efficacy of cognitive behavior therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83, 341-353.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body Dysmorphic Disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D., De Haro, L., & Lambrou, C. (2003). Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *The British Association of Plastic Surgeons*, 56, 546-551.
- Veale, D., Ellison, N., Werner, T.G., Dodhia, R., Serfaty, M.A., & Clarke, A. (2012). Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body

- Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65, 530-532.
- Veale, D., Ennis, M., & Lambrou, C. (2002). Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1788-1790.
- Veale, D., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, Kavouni, D. A., & Cardozo, L. (2014). Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty. *Psychological Medicine*, 44, 555-566.
- Veale, D., Eshkevari, E., Kanakam, N., Ellison, N., Costa, A., & Werner, T. (2014a). The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a process measure in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 615-616.
- Veale, D., & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 150-160.
- Veale, D., Gledhill, L.J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717-729.
- Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., & Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 157-169.
- Veale, D., & Lambrou, C. (2002). The importance of aesthetics in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7, 429-431.
- Veale, D., & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, S14-S20.
- Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, A., Fiorito, C., Wells, H.,... Muir, G. (2015). Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: A cohort study. *Body Image*, 13, 53-61.
- Veale D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Chichester: John Wiley y Sons Ltd.

Bibliografía

- Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1381-1393.
- Wahl, K., Salkovskis, P.M., & Cotter, I. (2008). 'I wash until it feels right' the phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 143–161.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Weingarden, H., & Renshaw, K.D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *Journal of Affective Disorders, 171*, 74-84.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 6*, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. New York: Guilford Press.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L.C., Greenberg, J.L., & Dimaitre, R.A. (2010). A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 241–247.
- Wilhelm, S., Greenberg, J.L., Rosenfield, E., Kasarskis, I., & Blashill, A.J. (2016). The body dysmorphic disorder symptom scale: development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction. *Body Image, 17*, 82-87.
- Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Deckersbach, T., Engelhard, I.M., Forker AE, Baer L,... Jenike, M.A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 454-459.

- Wilhelm, S., & Neziroglu, F. (2002). Cognitive theory of body dysmorphic disorder. In R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 203–214). Oxford: Elsevier Press.
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G., & Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 499–502.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M.,... & Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A randomized trial. *Behavior Therapy, 45*, 314-327.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular Cognitive–Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy, 42*, 624-633.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., & Steketee, G. (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 99-111.
- Wilson, R., Veale, D., & Freeston, M. (2016). Imagery Rescripting for Body Dysmorphic Disorder: A multiple-baseline single-case experimental design. *Behavior Therapy, 47*, 248-261.
- Wittchen, H.U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*, 46–58.
- Yaryura-Tobias, J.A., Neziroglu, F., Chang, R., Lee, S., Pinto, A., & Donohue, L. (2002). Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: a pilot study. *CNS Spectrums, 7*, 444-446.
- Yaryura-Tobias, J., Neziroglu, F., & Torres-Gallegos, M. (2002). Neuroanatomical correlates and somatosensorial disturbances in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums, 7*, 432-434.
- Zai, C.C., Zai, G.C., Tiwari, A.K., Manchia, M., de Luca, V., Shaikh, S.A.,... Kennedy, J.L. (2014). Association study of GABRG2 polymorphisms with suicidal behaviour in schizophrenia patients with alcohol use disorder. *Neuropsychobiology, 69*, 154-158.

Bibliografía

Zaidens, S.H. (1950). Dermatologic hypochondriasis: a form of schizophrenia. *Psychosomatic Medicine, 12*, 250-253.

Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 265-270.

ANEXOS



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

FACULTAT ^(ψ) DE PSICOLOGIA



CONSENTIMIENTO

Acepto participar en este estudio, llevado a cabo por el Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados dirigido por la Dra. Amparo Belloch, en la Universidad de Valencia (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Por tanto, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que **en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.**

En _____, a _____ de _____ de 201__

Fdo.



DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

REFERENCIA/IDENTIFICACIÓN: _____

EDAD: _____

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

CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL*

Nombre _____

Fecha _____

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente y rodea la respuesta que más se ajuste a tu caso. Además, rellena las preguntas que se incluyen.

1) ¿Estás preocupado(a) por tu aspecto físico? SI NO

2) -Si la respuesta es SÍ: ¿Piensas mucho en tus problemas de apariencia y desearías pensar menos en ellos? SI NO

3) -Si la respuesta es SÍ: Por favor, haz una lista de las partes de tu cuerpo que NO te gustan:

Ejemplos de partes del cuerpo que pueden no gustarte: tu piel (p.e., acné, cicatrices, arrugas, palidez, enrojecimientos); pelo; la forma o tamaño de tu nariz, boca, mandíbula, labios, abdomen, caderas, etc.; o defectos en tus manos, genitales, pechos o cualquier otra parte del cuerpo.

NOTA: Si respondiste “NO” a cualquiera de las preguntas anteriores, has finalizado el cuestionario. Si no es así, continúa.

4) ¿Tu principal preocupación con respecto a tu apariencia es que no eres suficientemente delgado(a) o que puedes estar gordo(a)? SI NO

¿Cómo ha afectado tu vida tu preocupación sobre el aspecto físico?:

5) ¿Te molesta con frecuencia? SI NO

6) ¿Ha interferido en hacer cosas con tus amigos, en salir, relacionarte con otras personas, o en tus actividades sociales de forma frecuente? SI NO

7) -Si la respuesta es SÍ: Describe cómo te ha afectado: _____

8) ¿Te ha generado algún problema en la universidad, trabajo, o en otras actividades? SI NO

9) -Si la respuesta es SÍ: ¿Qué problemas? _____

10) ¿Hay cosas que evitas debido a tu aspecto físico? SI NO

11) -Si la respuesta es SÍ: ¿Cuáles? _____

- 12) En un día normal, ¿cuánto tiempo empleas pensando en tu apariencia? (suma todo el tiempo que empleas en total en un día y después selecciona una de las siguientes opciones)
- a) Menos de una hora al día b) De 1 a 3 horas al día c) Más de 3 horas al día

CBOCI

Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, léalos con atención y, a continuación, señale **la afirmación** de cada grupo que mejor describe sus pensamientos, sus sentimientos, o sus conductas **durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que corresponde a la afirmación que elija. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que se ajusta a su caso, señale la que tiene el número más alto. Si es incapaz de decidir, simplemente escoja la que crea que se ajusta mejor a usted.

No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de conocer su opinión acerca de la afirmación que mejor le describe. Intente responder con rapidez y no emplear demasiado tiempo pensando en el significado exacto de cada frase. La respuesta más adecuada será la que refleje su primera impresión sobre la afirmación que mejor le 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 (menos de una vez a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	2	Frecuentemente (varias veces a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	3	Con mucha frecuencia (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 (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 (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 (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 (menos de una vez a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	2	Frecuentemente (varias veces a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	3	Con mucha frecuencia (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 (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 (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 (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.

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. Versión Española, con permiso de los autores, de A.Belloch, N. Reina, G. Garcia-Soriano, y D. Clark (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2009, 14(2), 95-105).

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 (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 (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 (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 (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 (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 (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 (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

CUESTIONARIO DE HABILIDAD METACOGNITIVA¹

A continuación te presentamos un conjunto de enunciados y/o actividades. Léelos detenidamente y responde en qué medida te caracterizan, o la frecuencia con la que haces las cosas que se indican.

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo. No lo hago nunca				Totalmente de acuerdo. Lo hago siempre

1	Antes de empezar una tarea o actividad importantes, me marco objetivos específicos	0	1	2	3	4
2	Cuando termino algo, sé cómo me ha ido	0	1	2	3	4
3	Soy bueno organizando información	0	1	2	3	4
4	Me fío poco de mi memoria para hacer las cosas	0	1	2	3	4
5	Presto mucha atención a cómo funciona mi mente	0	1	2	3	4
6	Cuando tengo que resolver algo o tomar una decisión, pienso en las diferentes posibilidades para escoger la mejor	0	1	2	3	4
7	De vez en cuando me pregunto si estoy cumpliendo las metas que me propongo	0	1	2	3	4
8	Me doy cuenta de cómo trabaja mi mente cuando estoy pensando en un problema	0	1	2	3	4
9	Mi memoria puede confundirme a veces	0	1	2	3	4
10	Cuando realizo una tarea o actividad, tengo claro qué tipo de información me conviene tener en cuenta	0	1	2	3	4
11	Si pensara que hay algo que no hice, entonces dudaría de mi memoria para acordarme de las cosas que debo hacer	0	1	2	3	4
12	Cuando termino una tarea me pregunto hasta qué punto he conseguido los objetivos que tenía cuando la empecé	0	1	2	3	4
13	Normalmente me doy cuenta de las cosas que estoy pensando	0	1	2	3	4
14	Cuando aprendo algo nuevo, me pregunto si lo entiendo bien o no	0	1	2	3	4
15	Cuando estoy realizando una tarea o actividad, organizo el	0	1	2	3	4

	tiempo para poder terminarla					
16	No me fío de mi memoria	0	1	2	3	4
17	Me doy cuenta de las estrategias que utilizo cuando resuelvo un problema	0	1	2	3	4
18	Antes de ponerme a hacer algo, pienso en lo que necesito	0	1	2	3	4
19	Tengo poca confianza en mi memoria para las palabras y los nombres	0	1	2	3	4
20	Constantemente estoy examinando mis pensamientos	0	1	2	3	4
21	Pienso en varias maneras de resolver un problema antes de afrontarlo	0	1	2	3	4
22	Antes de empezar a hacer algo, me informo de lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4
23	Pienso demasiado sobre mis pensamientos	0	1	2	3	4
24	Se me da bien recordar cosas	0	1	2	3	4
25	Confío poco en mi memoria para los lugares	0	1	2	3	4
26	Estoy pendiente de mis pensamientos	0	1	2	3	4
27	Tengo mala memoria	0	1	2	3	4

Edición experimental. A.Belloch y M. Giraldo. Universitat de València (España).

martha.giraldo@uv.es; amparo.belloch@uv.es;

Nº id.....

The Depression Anxiety Stress Scale-DASS 21

Apellidos.....Nombre.....
 Edad.....Hombre / Mujer... Nivel máximo de
 estudios.....
 Nacionalidad.....Fecha.....

POR FAVOR, INDIQUE EN QUÉ MEDIDA HA EXPERIMENTADO LAS SENSACIONES O ESTADOS DE ÁNIMO SIGUIENTES DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.....

1	Me resultó difícil estar tranquilo/a, no sentir presión	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
3	No conseguí tener sentimientos positivos	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
4	Tuve dificultades para respirar (por ej., respiración excesivamente rápida, o quedarme sin aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
5	Me resultó difícil tener ganas de hacer cosas	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
6	Tuve tendencia a reaccionar exageradamente en ciertas situaciones	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
7	Sentí temblores (por ejemplo, en las manos o en las piernas)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
8	Me sentí muy nervioso	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
9	Estuve preocupado por situaciones en las que me asusto y hago el ridículo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
10	Sentí que no había nada que me hiciese ir adelante, que no tenía nada que esperar	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
11	Sentí que yo solo me ponía nervioso a mi mismo	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
12	Me resultó difícil relajarme	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
13	Me sentí desanimado y triste	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
14	No toleraba que algo me impidiera hacer lo que tenía que hacer	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
15	Estuve a punto de entrar en pánico	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
16	Me sentí incapaz de entusiasarme con nada	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
17	Sentí que no valía mucho como persona	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
18	Sentí que estaba susceptible, irritable	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
19	Sentía el latido de mi corazón sin hacer ningún esfuerzo físico (por ej., sentir el corazón acelerado, o que perdía algún latido)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
20	Sentí miedo sin ninguna razón, sin motivo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

Lovibond, S., y Lovibond, P. (1995). Manual for the depression anxiety scales. Sydney, Psychol. Found.

CED

CUESTIONARIO DE EGODISTONÍA[□]

Escribe debajo el pensamiento, imagen, o impulso intruso que has escogido como más molesto en el cuestionario que acabas de completar (INPIAF):

Corresponde al núm.: _____. Por favor, escríbelo a continuación:

A continuación encontrarás una serie de preguntas sobre el pensamiento intruso que acabas de escribir. Las preguntas son para saber si consideras que este pensamiento, imagen, o impulso, es inconsistente con la visión que tienes de ti mismo/a, o si entra en conflicto con algunos aspectos de ti mismo/a (por ej., con tu sentido de lo que es ético o moral, con tus actitudes, creencias, preferencias, hábitos, comportamientos, o racionalidad). En definitiva, si se trata de un pensamiento que **no encaja con, o no se ajusta bien a, quien tú crees que eres, a la idea que tienes de ti.**

Por favor, **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones, según la escala siguiente:

- 0= Completamente en desacuerdo.
- 1= Bastante en desacuerdo.
- 2= Algo en 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 de mí.	0	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo puede una persona como yo, tener un pensamiento como éste?	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

[□] Elaborado por M. Roncero, C. Perpiñá, y A. Belloch. Universitat de València (España). Correo-e: maria.roncero@uv.es

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
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

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS INTRUSOS SOBRE EL ASPECTO FÍSICO

INPIAF*

Este cuestionario recoge un listado de **INTRUSIONES MENTALES**, es decir, pensamientos, sensaciones, imágenes o impulsos, molestos o desagradables, sobre **DEFECTOS EN NUESTRO ASPECTO FÍSICO**. La mayoría de nosotros hemos tenido alguna vez estas intrusiones.

Se llaman “intrusiones” porque **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 CONTROLARLAS**, es decir quitarlas de la mente, pararlas, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos. Además, resultan **MOLESTAS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta **INACEPTABLES**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o simplemente porque nos parecen inoportunas.

Estas **INTRUSIONES MENTALES** se pueden experimentar como:

1. **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
2. **EL IMPULSO O LA NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
3. **PENSAMIENTOS**
4. **SENSACIONES**

NO se trata de **PREOCUPACIONES** a las que damos vueltas, **SINO** de “**PENSAMIENTOS, IMÁGENES, SENSACIONES O IMPULSOS INTRUSOS**”, que aparecen **DE PRONTO** en nuestra mente, como una especie de “**FLASHES**” **BREVES y MOLESTOS**.

- Nos interesa saber si tú has experimentado también estas **INTRUSIONES MENTALES SOBRE DEFECTOS EN TU ASPECTO FÍSICO**, y con qué frecuencia.

* A. Giraldo-O'Meara, M. & Belloch, A. (2016). *European Journal of Psychological Assessment*. Correo: amparo.belloch@uv.es; martha.giraldo@uv.es. Grupo I'TOC, www.itoc.info.

PARTE 1

ASÍ PORQUE SÍ, SIN VENIR A CUENTO, SE ME METEN EN LA CABEZA PENSAMIENTOS, IMÁGENES, SENSACIONES O IMPULSOS DESAGRADABLES COMO ÉSTOS:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca he tenido esta intrusión	Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	Tengo esta intrusión varias veces al año	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	Tengo esta intrusión varias veces al día
<i>Valora entre 0 y 6 la frecuencia de las intrusiones</i>						<i>Frecuencia</i>
1	Algo de mi aspecto físico me hace horroroso					
2	Estoy deformado/a					
3	Mi cuerpo funciona mal (mal olor, sudor, mal aliento, flatulencias, grasa en la cara, las manos, el pelo...)					
4	Tengo que tapar o disimular este defecto como sea (maquillarme, usar otra ropa, ir a la peluquería...)					
5	Tengo que encontrar una postura para esconder mi defecto					

CUANDO ME MIRO EN EL ESPEJO, O ME VEO REFLEJADO/A EN ALGÚN SITIO (ESCAPARATES, CRISTALES, ETC...), O ME VEO EN FOTOGRAFÍAS, VIDEOS, ETC., SE ME METEN EN LA CABEZA PENSAMIENTOS, IMÁGENES, SENSACIONES O IMPULSOS DESAGRADABLES COMO ÉSTOS:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca he tenido esta intrusión	Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	Tengo esta intrusión varias veces al año	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	Tengo esta intrusión varias veces al día
<i>Valora entre 0 y 6 la frecuencia de las intrusiones</i>						<i>Frecuencia</i>
6	Mi aspecto físico es horroroso					
7	Tengo un defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...) horrible, asqueroso					
8	Se me nota mucho el defecto (nariz, orejas, manos, sudor, aspecto grasiento, granos...)					
9	Con este defecto no puedo salir en ninguna foto					
10	Me gustaría saber cómo retocar mis fotos para tapar mi defecto					
11	He de buscar un cirujano o un dermatólogo para que me arregle esto					
12	He de hacer algo para quitarme este defecto					

CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS, CONOCIDAS O NO, YA SEA EN ESPACIOS CERRADOS (RESTAURANTES, TRABAJO, GIMNASIO...) O AL AIRE LIBRE (PARQUES, PLAYA, CAMPO...) SE ME METEN EN LA CABEZA PENSAMIENTOS, IMÁGENES, IMPULSOS O SENSACIONES COMO ÉSTOS:						
0 Nunca he tenido esta intrusión	1 Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	2 Tengo esta intrusión varias veces al año	3 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	4 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	5 Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	6 Tengo esta intrusión varias veces al día
<i>Valora entre 0 y 6 la frecuencia de las intrusiones</i>						Frecuencia
13	Cualquiera de estas personas tiene mejor aspecto que yo					
14	Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, piel, músculos, orejas, genitales...)					
15	Quisiera preguntar cómo me ven					
16	Se están fijando en mi defecto					
17	Están hablando de mi aspecto					
18	Me gustaría preguntar qué hacen para mejorar su apariencia					
19	Se me nota mucho el defecto. Tendría que haberme vestido o maquillado de otra forma					
20	Tengo que taparme lo más posible para ocultar mi defecto					
CUANDO TENGO CONTACTO FÍSICO CON ALGUIEN DE MI FAMILIA, DE MIS AMIGOS, O MI PAREJA, SE ME METEN EN LA CABEZA PENSAMIENTOS, IMÁGENES, IMPULSOS O SENSACIONES COMO ÉSTOS:						
0 Nunca he tenido esta intrusión	1 Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	2 Tengo esta intrusión varias veces al año	3 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	4 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	5 Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	6 Tengo esta intrusión varias veces al día
<i>Valora entre 0 y 6 la frecuencia de las intrusiones</i>						Frecuencia
21	Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...)					
22	Me está mirando el defecto, lo nota					
23	Me entran ganas de "despegarme"/ separarme					
24	No puedo hacer nada para disimular mi defecto físico					
25	Se está dando cuenta de que hay algo en mi cuerpo que funciona mal (huelo mal, sudo mucho, me huele el aliento...)					
26	Tengo que encontrar una postura que disimule o esconda mi defecto					
27	No puedo seguir así. He de hacer algo para quitarme este defecto					
OTRAS INTRUSIONES QUE HE TENIDO SOBRE ALGUN DEFECTO FÍSICO						
0 Nunca he tenido esta intrusión	1 Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	2 Tengo esta intrusión varias veces al año	3 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	4 Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	5 Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	6 Tengo esta intrusión varias veces al día
<i>Valora entre 0 y 6 la frecuencia de las intrusiones</i>						Frecuencia
28						
29						

PARTE 2

- Ahora fíjate por favor en las intrusiones de la lista anterior **QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES. SI NO HAS EXPERIMENTADO NINGUNA, AQUÍ FINALIZA EL CUESTIONARIO.**
- 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. Es esta (escríbela):

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON ESTA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA

<p>1. ¿ CUÁNTO te MOLESTA esa intrusión?</p> <p>1. No me molesta nada</p> <p>2. Es algo molesta</p> <p>3. Es bastante molesta</p> <p>4. Es muy molesta</p> <p>5. Es extremadamente molesta</p>	<p>2. ¿Te sientes ANSIOSO/A, NERVIOSO/A, ANGUSTIADO/A, cuando tienes esa intrusión?</p> <p>1. No me siento ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p>2. Me siento algo ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p>3. Me siento bastante ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p>4. Me siento muy ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p>5. Me siento extremadamente ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p>
<p>3. ¿Te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</p> <p>1. No me siento triste</p> <p>2. Me siento algo triste</p> <p>3. Me siento bastante triste</p> <p>4. Me siento muy triste</p> <p>5. Me siento extremadamente triste</p>	<p>4. ¿Te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</p> <p>1. No me siento nada culpable</p> <p>2. Me siento algo culpable</p> <p>3. Me siento bastante culpable</p> <p>4. Me siento muy culpable</p> <p>5. Me siento extremadamente culpable</p>

<p>5. ¿Te AVERGUENZA tener esa intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento avergonzado/a 2. Me siento algo avergonzado/a 3. Me siento bastante avergonzado/a 4. Me siento muy avergonzado/a 5. Me siento extremadamente avergonzado/a 	<p>6. ¿Te resulta difícil controlar la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me resulta difícil controlarla o dejar de pensar en ella 2. Me resulta algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella 3. Me resulta bastante difícil controlarla o dejar de pensar en ella 4. Me resulta muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella 5. Me resulta extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella
<p>7. ¿CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No lo consigo en absoluto 2. Lo consigo algo 3. Lo consigo bastante 4. Lo consigo mucho 5. Lo consigo del todo 	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración o lo que estés haciendo cuando la tienes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No interrumpe mi concentración 2. Interrumpe algo mi concentración 3. Interrumpe bastante mi concentración 4. Interrumpe mucho mi concentración 5. Interrumpe completamente mi concentración
<p>9. Esa intrusión, ¿crees que solo por el hecho de tenerla es IMPORTANTE?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No lo creo en absoluto 2. Lo creo algo 3. Lo creo bastante 4. Lo creo mucho 5. Lo creo totalmente 	<p>10. ¿Crees que la intrusión REVELA o DICE algo importante sobre ti, sobre quien eres?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No creo que revele o diga nada sobre mí 2. Creo que revela o dice algo sobre mí 3. Creo que revela o dice bastante sobre mí 4. Creo que revela o dice mucho sobre mí 5. Creo que revela o dice algo muy importante sobre mí
<p>11. Cuando tienes la intrusión, ¿Te sientes RESPONSABLE de impedir o prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento responsable 2. Me siento algo responsable 3. Me siento bastante responsable 4. Me siento muy responsable 5. Me siento extremadamente responsable 	<p>12. Cuando tienes la intrusión ¿es IMPORTANTE para ti CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es importante para mí controlarla 2. Es algo importante para mí controlarla 3. Es bastante importante para mí controlarla 4. Es muy importante para mí controlarla 5. Es extremadamente importante para mí controlarla

<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿te parece AMENAZANTE, PELIGROSA para ti?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me parece que sea en absoluto amenazante o peligrosa para mi 2. Me parece que es algo amenazante o peligrosa para mi 3. Me parece que es bastante amenazante o peligrosa para mi 4. Me parece que es muy amenazante o peligrosa para mi 5. Me parece que es completamente amenazante o peligrosa 	<p>14. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto hace que te sientas INSEGURO/A, que te plantees DUDAS SOBRE TI MISMO/A o sobre circunstancias de la vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No hace que me sienta inseguro/a ni tener dudas 2. Hace que me sienta un poco inseguro/a, con algunas dudas 3. Hace que me sienta bastante inseguro/a, con dudas 4. Hace que me sienta muy inseguro/a, me plantea muchas dudas 5. Hace que me sienta extremadamente inseguro/a, me hace dudar continuamente
<p>15. Cuando tienes la intrusión, ¿te molesta porque significa que no eres PERFECTO/A?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me molesta porque signifique que no soy perfecto/a 2. Me molesta algo porque significa que no soy perfecto/a 3. Me molesta bastante porque significa que no soy perfecto/a 4. Me molesta mucho porque significa que no soy perfecto/a 5. Me molesta extremadamente porque significa que no soy perfecto/a 	<p>16. Cuanto tienes la intrusión, ¿crees que por tenerla es MÁS PROBABLE que te suceda algo malo a ti o a otras personas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No creo que suceda nada malo por tenerla 2. Creo que es algo probable que suceda algo malo por tenerla 3. Creo que es bastante probable que suceda algo malo por tenerla 4. Creo que es muy probable que suceda algo malo por tenerla 5. Creo que es absolutamente probable que suceda algo malo por tenerla
<p>17. ¿Crees que es INMORAL tener esta intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No creo en absoluto que sea inmoral tenerla 2. Creo que es algo inmoral tenerla 3. Creo que tenerla es bastante inmoral 4. Creo que es muy inmoral tenerla 5. Creo que tenerla es absolutamente inmoral 	

PARTE 3

- 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 **afrentar 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 crear o provocar 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
<i>Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:</i>						
4	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
	Comprobar	0	1	2	3	4
	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
	Tocarme, mirarme, observarme detenidamente	0	1	2	3	4
	Pregunto su opinión a alguien en quien confío	0	1	2	3	4
	Me hago una foto	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 alguna 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",...	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 riño 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 (por ejemplo, evito ir a sitios, estar con ciertas personas, hacer ciertas cosas..., etc.)	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	Si puedo, hago caso a lo que me dice la intrusión	0	1	2	3	4
17	Intento aislar-me, ocultarme de los demás	0	1	2	3	4
18	Comparo mi aspecto con el de otras personas	0	1	2	3	4
19	Otras cosas (indica cuáles):	0	1	2	3	4

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.	
----------------------------------	--

En el recuadro en blanco, escriba un **1** si está **En total desacuerdo** con la afirmación.

Escriba un **2** si está **En desacuerdo**.

Escriba un **3** si su respuesta es **Neutra** (ni de acuerdo ni en desacuerdo).

Escriba un **4** si está **De acuerdo**.

Escriba un **5** si está **Totalmente de acuerdo**.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	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.	

Anexos

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 ni 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	

MBSRQ © Thomas F. Cash, Ph.D.

OCI R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en tu vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
 1= Un poco
 2= Bastante
 3= Mucho
 4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

The Obsessive-Compulsive Inventory short version. Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, G., et al. (2002). *Psychological Assessment*, 14, 485-405. Validación para su uso en castellano en población clínica: Belloch et al., *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2013, 2, 249-256.

ESCALAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS) *

A continuación se presenta una lista de 20 de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Por favor, lee cada una de ellas e indica en qué medida te has sentido de esta manera durante la **ÚLTIMA SEMANA, incluido el día de hoy**. Marca la respuesta más apropiada basándote en la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Muy ligeramente o nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

1	Interesado/a	1	2	3	4	5
2	Tenso/a o agobiado/a	1	2	3	4	5
3	Animado/a	1	2	3	4	5
4	Disgustado/a	1	2	3	4	5
5	Vital o enérgico/a	1	2	3	4	5
6	Culpable	1	2	3	4	5
7	Asustado/a	1	2	3	4	5
8	Enfadado/a	1	2	3	4	5
9	Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10	Orgullosa/a	1	2	3	4	5
11	Irritable	1	2	3	4	5
12	Dispuesto/a o despierto/a	1	2	3	4	5
13	Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14	Inspirado/a	1	2	3	4	5
15	Nervioso/a	1	2	3	4	5
16	Decidido/a	1	2	3	4	5
17	Atento/a	1	2	3	4	5
18	Intranquilo/a o preocupado/a	1	2	3	4	5
19	Activo/a	1	2	3	4	5
20	Temeroso/a	1	2	3	4	5

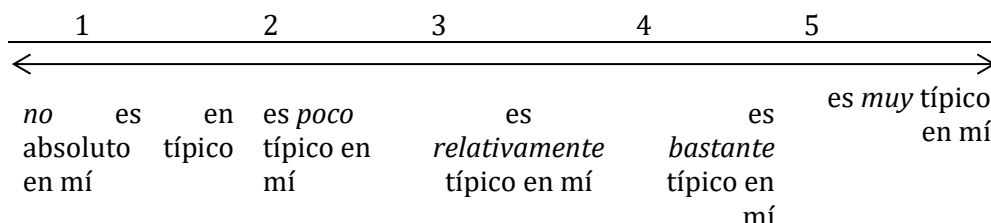
*Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark & Tellegen, 1988.

Validación española realizada por Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009 (Universidad Nacional de Educación a Distancia).

PSWQ

A continuación encontrará una lista de 16 enunciados sobre formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, aplicándolo a usted conteste rodeando con un círculo *el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual*. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

Escala de respuesta:



1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1 2 3 4 5
2. Me agobian mis preocupaciones	1 2 3 4 5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1 2 3 4 5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado	1 2 3 4 5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1 2 3 4 5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1 2 3 4 5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1 2 3 4 5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1 2 3 4 5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1 2 3 4 5
10. Nunca suelo estar preocupado/a	1 2 3 4 5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1 2 3 4 5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1 2 3 4 5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1 2 3 4 5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1 2 3 4 5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1 2 3 4 5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo realizado	1 2 3 4 5

The Penn State Worry Questionnaire. Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990). Pennsylvania State University, PA (USA).
Adaptación española de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2009, 14(2), 107-122.

MODIFICACION DEL Y-BOCS AL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL (BDD-YBOCS)¹

En cada ítem rodee el número que identifique la respuesta que mejor caracteriza al paciente en la **última semana**.

1. TIEMPO OCUPADO CON PENSAMIENTOS SOBRE UN DEFECTO CORPORAL	0 = Nada 1 = Ligero (menos de una hora al día) 2 = Moderado (1-3 horas al día) 3 = Grave (más de 3 y hasta 8 horas al día) 4 = Extremo (más de 8 horas al día)
Cuanto tiempo ocupas pensando en defectos o alteraciones de tu aspecto físico [identifique las partes del cuerpo que generan preocupación]?	
2. INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS SOBRE UN DEFECTO FISICO	0 = Nada. 1 = Ligera, poca interferencia con las actividades diarias sociales y ocupacionales, pero en general el rendimiento no está alterado. 2 = Moderada, interferencia evidente en el desempeño diario social y ocupacional, pero manejable. 3 = Grave, genera un deterioro importante en su actividad social, ocupacional. 4 = Extrema, incapacitante.
¿Cuánto interfieren esos pensamientos sobre tu(s) defecto(s) físico(s) en tu funcionamiento social o laboral? (¿hay algo que no estés haciendo o no puedas hacer debido a los pensamientos?)	
S/N Pasar tiempo con amigos	
S/N Quedar con otra persona	
S/N Asistir a eventos sociales	
S/N Hacer cosas con la familia dentro y fuera de casa	
S/N Ir a la universidad/trabajo todos los días	
S/N Llegar a tiempo a la universidad/trabajo o faltar	
S/N Centrarse en la universidad/trabajo	
S/N Ser productivo en la universidad/trabajo	
S/N Realizar los deberes o mantener las calificaciones	
S/N Actividades diarias	

¹ Phillips, K. et al. Body Dysmorphic Disorder modification of the Y-BOCS (BDD-YBOCS) (Adult version). Psychopharmacol Bull 1997. Traducido y adaptado para su uso en Español por M. Giraldo-O'Meara y A. Belloch, Universidad de Valencia, España (www.itoc.info).

3. MALESTAR ASOCIADO A LOS PENSAMIENTOS SOBRE EL DEFECTO FISICO

¿Cuánto malestar te generan tus pensamientos sobre tu defecto corporal?

Valore los sentimientos molestos o la ansiedad que parecen estar desencadenados por estos pensamientos, no la ansiedad general o ansiedad asociada a otros síntomas.

0 = Nada.
1 = Ligero, no le alteran demasiado
2 = Moderado, le alteran, pero es manejable.
3 = Grave, le alteran mucho.
4 = Extremo, incapacitante.

4. RESISTENCIA EN CONTRA DE LOS PENSAMIENTOS SOBRE EL DEFECTO CORPORAL

¿Cuánto esfuerzo haces para resistirte a esos pensamientos?

¿Con que frecuencia intentas no pensar en ellos o desviar tu atención cuando aparecen en tu cabeza?

Solo evalúe el esfuerzo que haya hecho para resistirse al pensamiento y no el éxito o el fracaso que haya tenido controlando los pensamientos. Que el paciente pueda resistirse a los pensamientos, puede que correlacione con la capacidad de controlarlos, pero también puede que no lo haga.

0 = Hace un esfuerzo para resistir siempre, o los síntomas son tan mínimos que no necesitan una resistencia activa.
1 = Trata de resistirse casi todo el tiempo.
2 = Hace algún esfuerzo para resistirse.
3 = Cede ante todos estos pensamientos sin intentar controlarlos aunque con alguna resistencia.
4 = Cede voluntaria y completamente ante estos pensamientos.

5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS SOBRE EL DEFECTO CORPORAL

¿Cuánto control tienes sobre tus pensamientos acerca de tu(s) defecto(s) corporal(es)?

¿Con cuánto éxito consigues detener o desviar esos pensamientos?

0 = Control total, o no necesita controlar porque los pensamientos son mínimos.
1 = Mucho control, normalmente es capaz de detener o desviar estos pensamientos con algún esfuerzo y concentración.
2 = Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar los pensamientos.
3 = Poco control, raramente tiene éxito en detener los pensamientos, solo puede desviar los pensamientos con dificultad.
4 = Ningún control, experimentado como completamente involuntario, raramente es capaz de desviar la atención aunque sea por un momento.

6. TIEMPO INVERTIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL DEFECTO CORPORAL

- 0 = Nada
- 1 = Ligero (menos de una hora al día)
- 2 = Moderado (1-3 horas al día)
- 3 = Grave (más de 3 y hasta 8 horas al día)
- 4 = Extremo (más de 8 horas al día)

Las siguientes preguntas están relacionadas con las actividades/comportamientos que realizas con relación a tus defectos corporales.

Lea la lista de actividades que aparece abajo para determinar cuáles realiza el paciente.

¿Cuánto tiempo empleas en ACTIVIDADES relacionadas con tu preocupación sobre tu apariencia [lea las actividades que el paciente realiza]?

Lea la lista de actividades (seleccione todas las que correspondan)

	Nada	Ligero	Moderado	Grave	Extremo
Mirarte en espejos/otras superficies	0	1	2	3	4
Cuidado personal cotidiano (peinarse, cortarse las uñas, etc..)	0	1	2	3	4
Ponerte maquillaje	0	1	2	3	4
Ejercicio excesivo (más de una hora al día)	0	1	2	3	4
Camuflar o disimular con ropa u otras cosas tu aspecto físico (valore el tiempo invertido en elegir la ropa/cambio de ropa y no el tiempo que la tiene puesta)	0	1	2	3	4
Fijarte con detalle en la apariencia de otros (y compararte con ellos)	0	1	2	3	4
Preguntar a otros/discutir acerca de tu apariencia	0	1	2	3	4
Pellizcarte la piel	0	1	2	3	4
Otros (especificar)_____	0	1	2	3	4

7. INTERFERENCIA DEBIDO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL DEFECTO FISICO

- 0 = Nada
- 1 = Ligera, poca interferencia con las actividades diarias sociales y ocupacionales, pero en general el desempeño no está alterado.
- 2 = Moderada, interferencia evidente en el desempeño diario social y ocupacional, pero manejable.
- 3 = Grave, genera un deterioro importante en el desempeño social y ocupacional.
- 4 = Extrema, incapacitante.

En general

¿Cuánto interfieren esas ACTIVIDADES en tu funcionamiento social o laboral? (¿hay algo que no estés haciendo o no puedas hacer debido a estas actividades?)

8. MALESTAR ASOCIADO CON LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL DEFECTO FISICO

¿Cómo te sentirías si no pudieras realizar esas ACTIVIDADES?

¿Cómo te pondrías de ansioso (a)?

Valore el grado de malestar/frustración que el paciente experimentaría si la realización de las actividades fuera interrumpida de repente.

0 = Nada
 1 = Ligero, poca ansiedad si no puede realizar el comportamiento.
 2 = Moderado, informa que la ansiedad aumenta si no puede realizar el comportamiento, pero sigue siendo manejable.
 3 = Grave, incremento prominente y muy perturbador de la ansiedad si el comportamiento es interrumpido.
 4 = Extremo, la ansiedad incapacita cualquier intervención dirigida a modificar la actividad.

9. RESISTENCIA EN CONTRA DE LAS COMPULSIONES

¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estas ACTIVIDADES?

Solo evalúa el esfuerzo que haya hecho para resistirse y no el éxito o el fracaso que haya tenido controlando las actividades. Que el paciente pueda resistirse a estos comportamientos puede que correlacione con la capacidad de controlarlos, pero también puede que no lo haga.

0 = Siempre hace un esfuerzo para resistirse, o los síntomas son tan mínimos que no necesitan una resistencia activa.
 1 = Trata de resistirse casi todo el tiempo.
 2 = Hace algún esfuerzo para resistirse.
 3 = Cede ante casi todos estos comportamientos sin intentar controlarlos, pero lo hace con alguna resistencia.
 4 = Cede completa y voluntariamente a todos los comportamientos relacionados con el defecto corporal.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA COMPULSIVA

¿Cómo de fuerte es el impulso para realizar estos comportamientos?

¿Cuánto control tienes sobre ellos?

0 = Control total, o no necesita controlar porque los síntomas son suaves.
 1 = Mucho control, experimenta presión para realizar el comportamiento, pero es capaz de controlarlo.
 2 = Control moderado, fuerte presión para realizar el comportamiento, puede controlarlo pero con dificultad.
 3 = Poco control, impulso muy fuerte para realizar el comportamiento, debe realizarlo hasta terminarlo, puede demorarlo con dificultad.
 4 = Ningún control, impulso para realizar el comportamiento experimentado como completamente involuntario y dominante, rara vez es capaz de demorar el comportamiento aunque sea por un momento.

11. INSIGHT

¿Es posible que tu defecto no sea tan evidente o que no sea tan poco atractivo como crees que es?

¿En qué medida estás convencido de que [parte del cuerpo] es tan poco atractiva como piensas que es?

¿Alguien podría convencerte de que no está tan mal?

0 = Excelente insight, completamente racional.

1 = Buen insight. Reconoce fácilmente lo absurdo de los pensamientos (pero no parece estar completamente convencido de que no hay nada de qué preocuparse, además de la ansiedad).

2 = Insight aceptable. Admite con resistencia que los pensamientos parecen irracionales pero con dudas.

3 = Insight pobre. Sostiene que los pensamientos no son irracionales.

4 = Ausencia de insight, delirio. Está completamente convencido de que las preocupaciones son razonables, no responde ante evidencia contraria.

12. EVITACION

¿Has estado evitando hacer algo, ir a algún sitio, o estar con alguien por tus pensamientos o comportamientos relacionados con tus defectos corporales?

Si la respuesta es SI, pregunte: ¿qué evitas?

Valore el grado en que el paciente deliberadamente intenta evitar cosas tales como interacciones sociales o actividades relacionadas con el trabajo. No incluya evitación de espejos o de comportamientos compulsivos.

0 = Evita sin proponérselo.

1 = Ligera, evitación mínima.

2 = Moderada, hay evitación claramente presente.

3 = Grave, mucha evitación, evitación importante.

4 = Extrema, evitación muy extendida; el paciente evita casi todas las actividades.

Llaves []. Indican el material que debe leerse. También se utilizan para indicar una pausa.

Paréntesis (). Indican material opcional para leer.

Letra cursiva. Instrucciones para el entrevistador.