

TRANSDIAGNÓSTICO DE LAS OBSESIONES Y LAS COMPULSIONES: UNA PROPUESTA

THE TRANSDIAGNOSTIC NATURE OF OBSESSIONS AND COMPULSIONS: A PROPOSAL

Amparo Belloch y Belén Pascual-Vera

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Unidad de Investigación y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones, I'TOC. Facultad de Psicología. Universitat de València. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Belloch, A. y Pascual-Vera, B. (2018). Transdiagnóstico de las obsesiones y las compulsiones: una propuesta. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 53-72.

Resumen

El propósito de adoptar un enfoque transdiagnóstico en psicopatología es comprender las comunalidades entre trastornos mentales clínicamente diferentes sobre la base de un rango de dimensiones y procesos etiopatogénicos compartidos. Este enfoque es radicalmente diferente al adoptado en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico vigentes, basados en ideas y conceptos categoriales que se han mostrado ineficaces en los mismos ámbitos en los que surgieron, es decir, en las ciencias biológicas. En este trabajo revisamos la información empírica disponible sobre la utilidad de enfocar las diferentes psicopatologías del espectro obsesivo, adoptando un planteamiento transdiagnóstico. Para ello, escogimos centrarnos en el papel que juegan las intrusiones mentales no deseadas (IM) y sus consecuencias funcionales en cuatro trastornos diferentes: dos incluidos en el espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos Obsesivo-Compulsivo y Dismórfico Corporal, y otros dos que no forman parte de ese espectro, la Hipocondría y los Trastornos Alimentarios. Los datos disponibles muestran, primero, la universalidad y dimensionalidad de IM con los contenidos característicos de cada trastorno, y segundo, que las IM y sus consecuencias funcionales son dimensiones de síntomas comunes para los cuatro trastornos. Datos como los aportados permiten comprender mejor las complejas relaciones de comorbilidad que tan frecuentemente se producen entre trastornos tan diferentes como los aquí estudiados.

Palabras clave: Intrusiones mentales; transdiagnóstico; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno dismórfico corporal; hipocondría; trastornos alimentarios.



Abstract

The objective of a transdiagnostic perspective in psychopathology is to understand better the commonalities among clinically different mental disorders on the basis of a set of shared etiopathogenic dimensions and processes. This approach is clearly opposed to the posited in the current and past psychiatric diagnostic systems, based on categorical constructs that have shown to be inefficacious to explain biological diversity, which was the context in which those constructs arose.

In this paper the focus is on the empirical available information about the usefulness to approach the several psychopathologies of obsessive-compulsive spectrum from a transdiagnostic perspective. To do that, we decided to focus the analysis on the role played by the unwanted intrusive cognitions (UMI) and their functional consequences in four different mental disorders: two currently included in the obsessive-compulsive spectrum disorders, the Obsessive-Compulsive and the Body Dysmorphic, and two other that do not are included in the abovementioned spectrum, Hypochondriasis and Eating Disorders. The revised data indicate, first, the universality and dimensionality of the UMIs with contents characteristic of each disorder, and secondly, that the UMIs and their associated functional consequences are common symptom dimensions to the four studied disorders. These data allow us a better understanding of the complex comorbidities relationships among the four studied disorders.

Keywords: Mental Intrusions; Transdiagnostic; Obsessive-compulsive disorder; Body dysmorphic disorder; Hypochondriasis; Eating Disorders.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias al Proyecto financiado por el MINECO (PSI2013-44733-R), al que está adscrita como Becaria de FPI la segunda autora.

Introducción

Los sistemas de diagnóstico psiquiátrico (i.e., DSM, CIE) conciben las psicopatologías como categorías diferentes e independientes, siguiendo la tradición *a more botanica* de las ciencias naturales que inauguró Linneo allá por el siglo XVIII. Este modo de entender y clasificar las psicopatologías se basa en, al menos, tres supuestos (Krueger y Eaton, 2015): 1) que los síntomas de un paciente revisten la suficiente intensidad o gravedad como para ser diagnosticado de un trastorno concreto (categoría), 2) que el trastorno (la categoría) no se solapa con otros (distintividad), y que por lo tanto, 3) el tener ese trastorno implica que no tiene otros (independencia de las categorías). Sin embargo, tanto la experiencia clínica como la investigación vienen mostrando insistentemente que estos supuestos no están justificados. Para empezar, porque las diferencias de gravedad entre personas con un mismo diagnóstico son la norma y no la excepción y porque quienes presentan formas “sub-clínicas” de un trastorno (es decir, que no presentan todos los síntomas, o la gravedad de éstos no alcanza el umbral mínimo pre-establecido para un diagnóstico), pueden a su vez experimentar un nivel clínicamente significativo de malestar, interferencia, y disfuncionalidad. Esta realidad indica que los modelos categoriales no pueden apresar la dimensionalidad inherente a cualquier psicopatología. Por lo que se refiere a la distintividad de las categorías, de nuevo la realidad es tozuda: la comorbilidad, e incluso, la multi-morbilidad (i.e., más de dos diagnósticos, relacionados o no con el trastorno índice) es lo habitual en la clínica, lo que limita extraordinariamente el alcance y representatividad de muchas de las investigaciones actuales que se basan en “trastornos puros”, es decir, sin comorbilidad alguna.

La forma de entender y clasificar los seres vivos cambió de manera sustancial cuando el concepto de evolución entró en escena, con sus ideas sobre la diversidad biológica en la formación de las especies. El sistema de Linneo, cuya clasificación solo podía basarse en las (aparentes) similitudes anatómicas, es decir, en las estructuras externas observables de los seres vivos, se mostró inoperante para explicar la variabilidad biológica que trajeron consigo las ideas evolucionistas. Algo parecido, salvando todas las distancias, parece estar sucediendo hoy en psicopatología. Frente a la mencionada caracterización categorial de los trastornos mentales en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, que establecen características únicas y específicas *de y para* cada trastorno, surge a principios de este siglo el denominado enfoque transdiagnóstico de la psicopatología (Sandín, 2012). Su objetivo es identificar los procesos disfuncionales nucleares que subyacen a trastornos mentales que, aun siendo diferentes en su manifestación clínica, mantienen tasas de comorbilidad más elevadas de lo que cabría esperar por azar, se ajustan bien a modelos explicativos similares, y responden a tratamientos a menudo idénticos. Un supuesto adicional de este enfoque es el de que los trastornos mentales, son las versiones disfuncionales de procesos y experiencias mentales y del comportamiento que se producen y se manifiestan en personas sin esos trastornos, es decir, que fluctúan a través de dimensiones continuas, sin puntos

claros de corte entre la normalidad y la psicopatología (Cannon y Keller, 2006; Insel et al., 2010; Regier, Narrow, Kuhl y Kupfer, 2009).

Este nuevo enfoque transdiagnóstico de la psicopatología, pero también del diagnóstico y la psicoterapia, tiene como objetivo avanzar en la comprensión de las complejas redes que existen entre trastornos clínicamente distintos (multimorbilidad), así como las transiciones de unos a otros que, en muchos casos, se producen en un mismo paciente. Se pretende con ello solventar algunas de las limitaciones derivadas de los sistemas categoriales, tales como la dificultad para establecer diagnósticos precisos, las altas tasas de comorbilidad (tanto intra—como entre— categorías), la “mutación” de un trastorno en otro en una misma persona, las dificultades para establecer etiopatogenias específicas y diferenciadas, y como consecuencia de todo ello, los problemas para establecer el curso de los distintos trastornos y las pautas más eficaces para su tratamiento. El cumplimiento de estos objetivos deberá por tanto optimizar los recursos y procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Barlow et al., 2011; Belloch, 2012; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011).

En el contexto de la psicopatología el listado de posibles variables transdiagnósticas que se vienen proponiendo desde principios de siglo es bastante amplio (para una revisión de algunos de los más importantes, véase el número especial dedicado a este tema en la *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (2012, vol. 17, nº 3). Entre las más estudiadas cabe mencionar desde metacogniciones como la intolerancia a la incertidumbre o la fusión pensamiento-acción, características de personalidad como el perfeccionismo, estados emocionales como el afecto negativo, procesos de pensamiento como la rumiación, productos mentales como las intrusiones no deseadas (ya sea en forma de pensamientos, imágenes, sensaciones, o impulsos), hasta comportamientos como la comprobación, la reaseguración, o las conductas de seguridad.

En el contexto más específico de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, una de las variables con mayor entidad para ser incluida en el conjunto de “variables transdiagnósticas” son las intrusiones mentales desagradables y no deseadas (en adelante, IM) (Belloch, 2012). Si bien se ha constatado la relevancia de las IM como análogos y/o pre-síntomas clínicos en el trastorno obsesivo-compulsivo, también se ha mencionado que su aparición y relevancia van más allá de este trastorno. De hecho, se han propuesto como variantes normativas de síntomas clínicos como las preocupaciones por defectos en el aspecto físico del trastorno dismórfico corporal (TDC) (Giraldo-O’Meara y Belloch, 2017a,b, 2018; Osman, Cooper, Hackmann y Veale, 2004), las imágenes intrusas sobre la enfermedad y la muerte en la ansiedad por la enfermedad o hipocondría (Arnáez, García-Soriano y Belloch, 2017; Muse, McManus, Hackmann, Williams y Williams, 2010; Wells y Hackmann, 1993), o los pensamientos, imágenes, e impulsos sobre la figura, la dieta y el ejercicio físico en los trastornos alimentarios (TA), especialmente en la anorexia nerviosa (Berry, Andrade y May, 2007; Blackburn, Thompson y

May, 2012; Perpiñá, Roncero, Belloch y Sánchez-Reales, 2011).

Aunque los cuatro trastornos mencionados (TOC, TDC, Hipocondría y TA) tienen manifestaciones sintomáticas diferentes, comparten similitudes fenomenológicas y funcionales, según los modelos explicativos más aceptados para cada uno de ellos, además de variables clínicas relevantes, tales como edad de inicio, curso, y respuesta al tratamiento (Abramowitz y Braddock, 2006; Bartz y Hollander, 2006; Deacon y Abramowitz, 2008). Entre las semejanzas que recogen los modelos etiológicos explicativos de cada trastorno se encuentra la experimentación involuntaria de ideas, impulsos, sensaciones, o imágenes, a menudo repetitivas, inoportunas, y casi siempre desagradables, que tienen consecuencias aun si cabe más desagradables: generan malestar, interfieren con el funcionamiento cotidiano, se valoran de un modo sesgado y disfuncional, y a menudo dan lugar a comportamientos y/o estrategias cuya finalidad es minimizar y/o afrontar el malestar y la interferencia que provocan. En suma, se producen relaciones funcionales entre un producto mental del que la persona es consciente, las IM, y el estado emocional, la calidad de vida, y los comportamientos que suscitan. Desde esta perspectiva, tanto las IM como sus consecuencias funcionales (i.e., malestar, egodistonia, interferencia, valoraciones sesgadas, comportamientos y estrategias de neutralización y control), son un factor común, con valor transdiagnóstico, en los trastornos mencionados (Belloch, 2012; Blom, Hagestein-de Brujin, de Graaf, ten Have y Denys, 2011), además de estar presentes en otros, como el insomnio (p.ej., Harvey y Payne, 2002; Schubert y Coles, 2013), el trastorno de estrés post-traumático (p.ej., Ehlers et al., 2002; Engelhard, van den Hout, Arntz y McNally, 2002), la ansiedad generalizada, las adicciones, o la depresión (Clark, 2005, 2017).

El objetivo de este artículo es revisar los datos publicados hasta el momento sobre las IM y sus consecuencias funcionales como variables transdiagnósticas a los cuatro trastornos que venimos mencionando: el TOC, el TDC, los TA, y la Hipocondría (HIP) en su acepción de “ansiedad por la enfermedad” del DSM-5 (APA, 2013). Primero, se presentarán los estudios que han examinado de forma aislada IM con contenidos relacionados con cada uno de los trastornos mencionados. Revisamos después los que han analizado específicamente las IM como dimensiones de síntomas comunes en el TOC y los TA. Por último, aportamos información obtenida a partir de nuestra propia investigación más reciente sobre el carácter transdiagnóstico de las IM, a partir del estudio de las similitudes y diferencias, en los mismos individuos, entre IM de los cuatro contenidos: obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios.

Intrusiones mentales en el TOC

Parafraseando un viejo proverbio, las obsesiones tienen un largo pasado, pero una historia reciente. La presencia de obsesiones y los elementos definitorios de las mismas se han descrito desde muy antiguo, pero las controversias acerca su importancia como elemento organizador de trastornos mentales diferentes siguen

vigentes, como se refleja en el nuevo DSM-5 con la configuración del espectro obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (APA, 2013).

Una de las variables que ha venido adquiriendo mayor interés por su papel en la génesis y mantenimiento de las obsesiones son las intrusiones mentales desagradables y no deseadas. Según la definición clásica de Rachman (1981), se trata de pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, que son inaceptables o indeseados, interrumpen la actividad que se está llevando a cabo, se atribuyen a un origen interno, y son difíciles de controlar. Más recientemente Clark y Rhyno (2005) las han definido como un *“evento cognitivo identificable y diferente de otros, que no es deseado, no es intencional y es recurrente. Interrumpe el flujo normal de pensamientos, interfiere con la realización de actividades, se asocia con afecto negativo, y es difícil de controlar”* (pág. 4). Además, pueden versar sobre cualquier tema que sea importante para un individuo, o relevante en una situación o momento específicos (Clark y Rhyno, 2005). Otras características que definen estos productos mentales conscientes refieren a las consecuencias que generan, tales como el malestar emocional (ansiedad, tristeza, ira, asco...), la interferencia que producen (p.ej., “no puedo hacer nada mientras tenga esto en la cabeza”), las valoraciones disfuncionales que suscitan (p.ej., “si lo pienso/lo siento puede suceder” “si lo pienso/siento es importante, es cierto”), y las estrategias de control/neutralización que instigan, cuya finalidad es la de hacer manejable e incluso tolerable el malestar que provocan (p.ej., “debo quitármelo de la cabeza”, “tengo que hacer algo para dejar de pensarlo/sentirlo”, “si le hago caso, se irá”).

La investigación sobre el papel que desempeñan las IM en el TOC es extensa y tiene sus raíces en los trabajos pioneros de Rachman y de Silva (1978). Estos autores fueron los primeros en mostrar que las personas sin diagnóstico clínico de trastorno mental experimentaban IM con contenidos análogos a las ideas obsesivas de personas con TOC (en adelante, IM-obsesivas). Además, demostraron que la forma de aparición (súbita, no deseada, y con tendencia a recurrir) era asimismo similar a la de las obsesiones clínicas. La universalidad de las IM-obsesivas ha sido contrastada en muchos trabajos que muestran que entre el 80% y el 99% de la población general, de diferentes contextos y culturas, informan haber experimentado frecuentemente IM en forma de pensamientos, imágenes, o impulsos (p.ej., Clark et al., 2014; Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014). Se ha demostrado, además, que las diferencias entre las IM-obsesivas “normales” y las IM-obsesivas “clínicas” son fundamentalmente de grado, en el sentido de que las segundas son más frecuentes, molestas y persistentes, además de más incontrolables e inaceptables o egodistónicas (García-Soriano, Belloch, Morillo y Clark, 2011; Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007). Además, las estrategias que se ponen en marcha para hacer frente a las obsesiones se juzgan como poco exitosas en el caso de las obsesiones, a diferencia de lo que sucede con las IM obsesivas que experimentan las personas sin TOC que, en la mayoría de las ocasiones, consiguen “librarse” de ellas (Calamari y Janeck, 1998; García-Soriano y Belloch, 2013; Janeck y Calamari,

1999; Rachman y de Silva, 1978).

En uno de los escasos trabajos publicados comparando la presencia de IM-obsesivas y sus consecuencias funcionales en pacientes con trastornos diferentes (TOC, depresión mayor, distimia, y diversos trastornos de ansiedad: ansiedad generalizada, pánico con y sin agorafobia, ansiedad social, fobias simples, y estrés postraumático) y población general no clínica, Morillo et al. (2007) mostraron que las personas con TOC no solo experimentaron las IM con mayor frecuencia y mayor malestar, sino también con mayor sensación de incontrolabilidad, a pesar de los esfuerzos por evitar cualquier estímulo y/o situación que pudiera activar la IM. Además, los pacientes interpretaron de un modo más disfuncional sus IM: estaban más preocupados porque se pudieran hacer realidad, y pensaban que era muy importante mantenerlas bajo control. Finalmente, utilizaban mucho más que los demás pacientes con trastornos diferentes al TOC estrategias (asimismo disfuncionales por ineficaces) para controlar y suprimir sus pensamientos, buscaban continuamente reasegurarse consigo mismos y con otras personas, y eran los únicos que desarrollaban lo que comúnmente se etiqueta como compulsiones (lavar, ordenar, comprobar, etc.).

En síntesis, la investigación sobre las IM-obsesivas muestra que, aunque se experimentan por la gran mayoría de la población tanto sin trastornos mentales como con trastornos muy prevalentes (i.e., ansiedad, depresión), los pacientes con TOC las tienen con una frecuencia mucho mayor, las valoran o interpretan de manera muy disfuncional, y ponen en marcha muchas e infructuosas estrategias para controlarlas y deshacerse de ellas (García-Soriano y Belloch, 2013). De hecho, son estas consecuencias de las IM y en especial, las estrategias para neutralizarlas y/o controlarlas, las que marcan una “línea roja” entre la normalidad (i.e., experimentar IM) y la psicopatología (i.e., que las IM se conviertan en obsesiones clínicas) (Belloch, Carrió, Cabedo y García-Soriano, 2015)

Intrusiones mentales en el TDC

Osman, Cooper, Hackmann y Veale (2004) fueron los primeros en poner de manifiesto la presencia de imágenes intrusas de contenidos relacionados con defectos en la apariencia física en pacientes con TDC. En este trabajo todos los participantes (18 personas con TDC, 18 controles no clínicos) describieron la presencia de esas intrusiones sobre defectos en la apariencia física con una frecuencia análoga. Sin embargo, los pacientes tuvieron significativamente más imágenes espontáneas sobre su apariencia, las interpretaban peor o más negativamente, y tenían un carácter claramente recurrente. Estos hallazgos fueron replicados en población general, donde el 84% de la muestra (N=65) afirmó haber experimentado imágenes intrusas con contenidos análogos a los referidos por pacientes con TDC (Onden-Lim y Grisham, 2014).

Recientemente, Giraldo-O’Meara y Belloch (2017a,b, 2018) examinaron de forma sistemática si estos fenómenos, que en la literatura se han operacionalizado

como “preocupación dismórfica”, tenían características fenomenológicas análogas a las obsesiones, en términos de intrusividad, recurrencia, e indeseabilidad, entre otras. Para ello desarrollaron el *Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Apariencia Física* (INPIAF), que evaluaba específicamente la frecuencia de estos pensamientos, imágenes, impulsos y/o sensaciones intrusas no deseadas sobre defectos en la apariencia física (en adelante, IM-dismórficas), así como las consecuencias funcionales asociadas a estos. Acorde con los estudios de Onden-Lim y Grisham (2014) el 90 % de los participantes no clínicos de una muestra amplia de la comunidad (583 personas), indicó haber experimentado al menos una IM-dismórfica en los tres meses precedentes. Las más frecuentes estaban relacionadas con “*la necesidad de hacer algo para ocultar/disimular el defecto*”. El número de IM-dismórficas experimentadas fue alto (promedio de 12 sobre un total de 27), aunque la frecuencia fue relativamente baja (“varias veces al año”). Sin embargo, la frecuencia de la intrusión seleccionada como más molesta y, por tanto, la más cercana al significado clínico, se asoció con un impacto emocional elevado, gran interferencia en la vida cotidiana, interpretaciones disfuncionales sobre su contenido y aparición, y estrategias de neutralización ineficaces y contraproducentes sobre la necesidad de controlar la intrusión, especialmente en contextos sociales.

También examinaron la dimensionalidad de las IM-dismórficas en un grupo de 443 personas sin riesgo de presentar un TDC comparadas con un grupo de 77 participantes que cumplía criterios para un diagnóstico subclínico de TDC según el *Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal* (Phillips, Atala y Pope, 1995). Los resultados mostraron que los participantes con diagnóstico subclínico de TDC experimentaron más IM-dismórficas (en torno a 21 intrusiones frente a las 11 del grupo sin riesgo), y con mayor frecuencia que las personas no vulnerables (“1 o 2 veces al mes”, frente a “varias veces al año”). Además, sus puntuaciones en las consecuencias funcionales asociadas con la IM más molesta fueron superiores a las del grupo sin riesgo, es decir, experimentaron más emociones negativas, valoraron de forma más disfuncional la intrusión, y pusieron en marcha más estrategias disfuncionales de control para atenuar el malestar y/o controlar la intrusión.

Que sepamos, estos estudios son los únicos publicados hasta la fecha que demuestran no solo la dimensionalidad y universalidad de las IM-dismórficas, sino además su similitud con las IM-obsesivas en términos de las conexiones funcionales que se establecen entre el mero hecho de experimentar una IM no deseada y la alteración del estado emocional de la persona, así como la necesidad de buscarle una explicación al mero hecho de su aparición en el flujo de pensamiento consciente y motivar un comportamiento o acción determinadas.

Intrusiones mentales en la Hipocondría

Por lo que se refiere a las intrusiones que versan sobre la salud y la enfermedad, Wells y Hackmann (1993) fueron los primeros en describir la presencia de imágenes intrusas relacionadas con la enfermedad y la muerte en pacientes con ansiedad por

la enfermedad o hipocondría. Años después Muse et al. (2010) evidenciaron que el 78% de un total de 55 pacientes con hipocondría experimentaron imágenes intrusivas con una frecuencia media elevada (de 3 a 4 veces al día) sobre contenidos tales como padecer una enfermedad grave o mortal (34.5%), morir a causa de una enfermedad (22.4%), y/o el impacto de la propia muerte (36.2%), entre otros. Todos ellos refirieron que estas imágenes eran recurrentes, puesto que experimentaban la misma imagen repetidamente.

En línea con lo anterior, Arnáez, García-Soriano y Belloch (2017), replicaron estos hallazgos en población general mediante un cuestionario de auto-informe, elaborado específicamente para evaluar tanto la presencia de IM de contenidos relacionados con la ansiedad por la salud y la enfermedad (en adelante, IM-hipocondríacas), como las consecuencias funcionales asociadas a las intrusiones más molestas experimentadas en los últimos tres meses (*Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad, INPIE*). Los resultados mostraron que todas las personas que participaron en el estudio (n=56) indicaron haber experimentado a lo largo de su vida IM-hipocondríacas, y más de la mitad de ellas (51,79%) refirió haber experimentado una intrusión muy molesta en los últimos 3 meses. Como se había observado en estudios previos similares (Muse et al., 2010; Wells y Hackmann, 1993), los contenidos de las IM-hipocondríacas más molestas estaban relacionados con la muerte y la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave. A pesar de que la frecuencia de aparición de las IM fue en general baja (entre una o dos veces en la vida y varias veces al año), cuando se evaluó la frecuencia de la intrusión más cercana al significado clínico, es decir la que las personas seleccionaban como la más molesta entre las más recientes (en los 3 meses previos), las puntuaciones medias aumentaron hasta, en algunos casos, experimentarlas mensualmente. No obstante, incluso estas intrusiones más molestas evocaron una respuesta emocional escasa, generaron poca interferencia e interpretaciones escasamente disfuncionales. A pesar de ello, en todos los casos provocaron la necesidad de poner en marcha estrategias de control o neutralización activas para afrontarlas, siendo las más habituales las relacionadas con la necesidad de mantenerlas bajo control, especialmente mediante la supresión activa de la IM, una estrategia que se ha demostrado no solo contraproducente sino, en muchos casos, imposible y sobre todo claramente disfuncional (p.ej., Belloch, Morillo y Giménez, 2004).

Intrusiones mentales en los Trastornos Alimentarios

El estudio de las IM relacionadas con la figura, la dieta y el ejercicio físico, típicamente vinculadas con el espectro de los trastornos alimentarios (en adelante, IM-alimentarias), ha recibido mayor investigación que las IM dismórficas e hipocondríacas. De hecho, se ha demostrado que del mismo modo que las IM-obsesivas constituyen la variante normativa de las obsesiones clínicas, las IM-alimentarias forman parte del continuo normalidad-patología en los Trastornos Alimentarios (p. ej., Perpiñá et al., 2011).

El modelo cognitivo de los TA plantea que los pensamientos disfuncionales con respecto al tamaño corporal, la figura, el peso, o lo que se debe comer para conseguir controlar el cuerpo, constituyen no sólo la causa de los síntomas manifiestos de los TA, sino que además contribuyen a su mantenimiento o perpetuación (Jones, Harris y Leung, 2005). Desde esta perspectiva, puede hipotetizarse que los comportamientos disfuncionales relacionados con un patrón alimentario anómalo se deben, al menos en parte, a la intrusión repetida y persistente de pensamientos sobre la propia apariencia y el peso, que generan malestar e incertidumbre, son valorados de forma negativa, y que acaban provocando comportamientos tales como verificar el propio peso, hacer ejercicio, purgarse, o restringir la ingesta, entre otros. Así pues, emociones y comportamientos tan dispares como el miedo a ganar peso, el impulso a hacer dieta y/o ejercicio físico, los impulsos de atracarse o los de purgarse, o la necesidad de comprobar o verificar el peso, tienen un carácter intruso y comportan rituales que interfieren y perjudican gravemente la calidad de vida de las personas. Además, a diferencia de lo que sucede con las IM-obsesivas, el estudio de los contenidos de IM que se producen en los TA brinda la oportunidad de trabajar con “contenidos” que son normativos y socialmente deseables y aceptados.

No obstante lo anterior, las investigaciones publicadas sobre estos aspectos son todavía escasas. Perpiñá, Roncero y Belloch (2008) publicaron el primer estudio, que sepamos, sobre las IM alimentarias en población general. El objetivo era, ante todo, constatar que, como se había hipotetizado, este tipo de contenidos intrusos se producían efectivamente en la población general, paso previo para su estudio en población clínica, pues de ser así se estaría poniendo a prueba la idea de la dimensionalidad entre lo normal y lo psicopatológico. Sus resultados mostraron que, como se había supuesto, todas las personas (N= 358) que completaron el instrumento de autoevaluación elaborado por las autoras (*Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios, INPIAS*) refirieron haber experimentado más de una de estas intrusiones durante los últimos tres meses. Además, las personas que obtuvieron puntuaciones elevadas en la Escala de Restricción (*Restraint Scale*, Herman y Polivy, 1980) y, por tanto, podían considerarse como personas en situación de riesgo a padecer un TA (15% de la muestra), tuvieron un número significativamente mayor de IM alimentarias, y las experimentaron con mayor frecuencia, que las personas sin riesgo a TA. El grupo de riesgo también difirió significativamente del grupo sin riesgo en la egodistonia de las IM, la interferencia que provocaban, la disfuncionalidad de las valoraciones que hacían de sus IM, y las estrategias de control y neutralización que empleaban.

Especialmente interesante es el perfil de las IM que experimentaba cada grupo. Las IM de las personas sin riesgo versaban sobre hacer ejercicio, comer, o verse ante un espejo, con una frecuencia mínima (algunas veces al año), pero no habían experimentado nunca IM relacionadas con comportamientos claramente purgativos. De hecho, las IM que valoraban como más molestas tenían que ver con el mero

hecho de pensar en hacer ejercicio físico, y estas intrusiones provocaban emociones negativas de muy baja intensidad, no les otorgaban un significado personal especial (en el sentido de que no formaban parte de su auto-concepto), y generaban poca credibilidad sobre las consecuencias adversas en el futuro a causa de la intrusión. Su máxima puntuación se daba precisamente en el éxito que decían tener a la hora de controlar la IM: en otras palabras, eran perfectamente capaces de “olvidarse” de hacer ejercicio. Por lo que respecta al grupo de riesgo o subclínico, si bien la mayor tasa de IM versaba de nuevo sobre la necesidad de hacer ejercicio, también presentaban una frecuencia relativamente elevada de IM sobre hacer dieta y sobre “lo maravilloso” que sería estar delgado. Además, habían experimentado también en ocasiones impulsos a vomitar, lo que marca un punto de inflexión notable con el grupo anterior. El impacto emocional de la IM que escogían como la más molesta, fue asimismo claramente superior, así como su interferencia, además de valorarla más disfuncionalmente, en especial porque sobre-estimaron la “amenaza” de la intrusión y otorgaron un significado personal a la misma. Estos resultados fueron corroborados y ampliados en un estudio posterior (Perpiñá et al., 2011) con un número mayor de personas (N= 574). En este segundo estudio se constató que los diversos contenidos de IM alimentarias se agrupaban en tres conjuntos claramente diferenciados: importancia de la apariencia física y la dieta, importancia/necesidad de hacer ejercicio, y conductas purgativas e ingesta anómala. Los resultados de este estudio mostraron también que las personas sin riesgo de padecer un TA no escogían IM del tercer grupo, mientras que sí lo hacían las personas vulnerables.

Uno de los resultados paradójicos de los estudios mencionados fue el grado de egodistonia que provocaban las IM, tanto en las personas sin riesgo como en las vulnerables a padecer un TA. Este importante aspecto fue abordado en un estudio posterior con 98 mujeres con TA de dos nacionalidades: españolas (N= 56) e inglesas (N= 42) (Roncero, Belloch, Perpiñá y Treasure, 2013). Los resultados más importantes indicaron que las IM-alimentarias que experimentaban estas pacientes eran en parte egosintónicas y en parte egodistónicas. Por un lado, las consideraban lógicas y normales, pero por otro las valoraban como no deseables (lo que obviamente es una característica de las IM) y, en cierta medida, inmorales o contrarias a la ética y los valores. Estas valoraciones no dependían del subtipo de TA que presentarán. Además, los análisis mediacionales arrojaron unos datos especialmente relevantes para el contexto clínico: cuanto más interferencia provocaba la IM que escogían como más importante, más egosintonía tenían con ella, y más se esforzaban por “hacerle caso” (purgarse, vomitar, restringir, hacer ejercicio extenuante, etc.). Sin embargo, si la IM resultaba egodistónica, las pacientes hacían muchos esfuerzos por controlarla, neutralizarla, alejarla de su pensamiento, etc. En suma, estos resultados sugieren que las IM alimentarias provocan sentimientos encontrados y ambivalentes, y que cuanto más se está de acuerdo con ellas (i.e., más egosintonía), más probabilidades hay de que las pacientes se resistan a introducir cambios en su estilo de vida y, por tanto, es muy posible que haya una mayor

tendencia a la cronificación del problema alimentario y las complicaciones derivadas el mismo.

Intrusiones mentales obsesivas y alimentarias: relaciones y diferencias

Numerosos trabajos han estudiado la asociación entre el TOC y los TA, centrándose en el análisis de características clínicas compartidas (p. ej., síntomas ansioso-depresivos), dimensiones comunes (p. ej., perfeccionismo) y/o la comorbilidad entre ambos trastornos (p.ej., Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters, 2004; Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer y Schnyder, 2002; Speranza et al., 2001). Sin embargo, son escasos los que han analizado las relaciones entre ambos trastornos desde una perspectiva cognitiva tomando como punto de referencia las IM (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2016; Freid, 2007; García-Soriano, Roncero, Perpiñá y Belloch, 2014; Lavender, Shubert, de Silva y Treasure, 2006; Roncero, Perpiñá y Belloch, 2010).

Un primer elemento en común entre ambos trastornos es la universalidad de los dos contenidos de IM asociados a ellos, como han mostrado los estudios realizados tanto en población general como en personas con diagnóstico subclínico o clínico de TA (p.ej., Perpiñá et al., 2008; Perpiñá et al., 2011; Roncero et al., 2010). García-Soriano et al. (2014) examinaron si las IM-alimentarias tenían, en pacientes con TA, un rol similar al que desempeñan las IM-obsesivas en pacientes con TOC. Partiendo del modelo cognitivo, analizaron en dos grupos de pacientes con diagnósticos de TOC o de TA las diferencias y similitudes en la frecuencia y molestia de sus respectivas IM (i.e., obsesivas en pacientes TOC, y alimentarias en pacientes con TA), además de la interferencia y egodistonia asociadas a unas y otras, las valoraciones disfuncionales que suscitaban, y las estrategias de control que generaban para hacerles frente. Los resultados mostraron que ambos grupos de pacientes experimentaron IM con los contenidos propios de cada trastorno en cada caso, con una frecuencia y malestar similares, pero los pacientes con TOC evaluaron sus IM-obsesivas como más egodistónicas, más interfirientes y más difíciles de controlar de lo que lo hicieron los pacientes con TA con sus IM-alimentarias.

Por lo que se refiere a las valoraciones que hacían de sus IM, en los pacientes TOC primaron las creencias de responsabilidad excesiva, importancia de controlar los propios pensamientos, y sobrevaloración del peligro asociada con los pensamientos (obsesiones), mientras que los pacientes con TA asignaron un mayor significado personal a sus intrusiones de lo que lo hicieron los pacientes con TOC. Ambos grupos evaluaron sus IM como importantes y puntuaron de forma análoga en las dos dimensiones de creencias tipo fusión pensamiento-acción (moral y probabilidad) y en las creencias sobre intolerancia a la incertidumbre. En cuanto a las estrategias empleadas para controlar las IM más molestas, los dos grupos de pacientes emplearon estrategias activas de distracción y de control del pensamiento. Una diferencia importante entre los dos grupos fue que las personas con TA llevaron a cabo comportamientos compensatorios que son muy poco habituales en el TOC,

tales como hacer “lo que dice la IM” (por ej., hacer ejercicio, dieta, vomitar...). Este hecho apoya lo que comentamos antes: las IM alimentarias no son siempre egodistónicas para las pacientes con TA, o al menos no son valoradas como extrañas a ellas mismas. En algunos casos de TOC, por ej., pacientes con síntomas de contaminación/lavado/limpieza, la persona se ve de algún modo obligada a “hacer caso” a la intrusión (suciedad-asco-lavado), pero ello no suele ser experimentado como egosintónico, sino más bien como inevitable o “imposible de no-hacer”.

En un trabajo posterior, las mismas autoras (Belloch et al., 2016) se propusieron investigar de manera más directa la naturaleza transdiagnóstica de las IM, es decir, la búsqueda de factores etiológicos compartidos entre estos dos trastornos sintomatológicamente diferentes. Tomaron como referencia los dos contenidos de IM previamente explorados, alimentarios y obsesivos, pero en esta ocasión adoptaron una metodología intra-individuo. La hipótesis central era que las personas vulnerables, ya fuera a un TA o a un TOC, experimentarían un número mayor de IM tanto obsesivas como alimentarias que las personas no vulnerables a ninguno de los dos trastornos. Y, en consecuencia, en las personas vulnerables las consecuencias funcionales de ambos tipos de IM (i.e., impacto emocional, egodistonia, interferencia, valoraciones disfuncionales y estrategias de afrontamiento) serían similares, independientemente de si eran vulnerables a un TOC o a un TA. Los resultados corroboraron en buena medida ambas hipótesis. Las personas vulnerables a un TOC o a un TA, experimentaron más intrusiones mentales de ambos contenidos que las que no presentaban riesgo a ninguno de los dos trastornos. Y, corroborando la universalidad de las IM-alimentarias, estas fueron más frecuentes que las obsesivas, tanto si se era vulnerable a un TOC como si se era a un TA. Además, las personas vulnerables a uno de los dos trastornos valoraron de forma más disfuncional los dos tipos de IM, y emplearon más estrategias de neutralización y/o control del pensamiento ante cualquier modalidad de IM, que las personas no vulnerables.

Por otro lado, los análisis intra-sujeto revelaron similitudes y diferencias en cuanto a las consecuencias funcionales de las IM, según fuera su contenido. Por ejemplo, los participantes con mayor riesgo a padecer TOC, en comparación con los no vulnerables y las personas en riesgo de TA, valoraron que su IM-obsesiva interfería más gravemente en su vida diaria, generaba más emociones negativas, y era valorada más disfuncionalmente que su IM-alimentaria. Sin embargo, para las personas en riesgo de TA los dos tipos de intrusiones tuvieron las mismas consecuencias funcionales: interfirieron igual, causaron un impacto emocional análogo, generaron valoraciones disfuncionales con la misma intensidad, y promovieron la puesta en marcha de estrategias similares de neutralización y/o control. Estos resultados apoyaban la hipótesis del carácter transdiagnóstico de las IM para trastornos clínicamente diferentes como el TOC y los TA. Además, en el caso concreto de estos trastornos, los datos permitían avanzar en la comprensión de los complejos mecanismos de comorbilidad entre ambos trastornos.

Intrusiones mentales como variables transdiagnósticas al TOC, los TA, el TDC y la Hipocondría

Partiendo, en buena medida, del estudio mencionado de Belloch et al. (2016), Pascual-Vera, Roncero y Belloch (2017), examinaron por primera vez el carácter transdiagnóstico de las IM con los cuatro contenidos que se vienen comentando: obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios. Para ello diseñaron un nuevo cuestionario de auto-informe, el *Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES)*, que evalúa tanto la frecuencia de aparición como el malestar que generan intrusiones mentales de diferentes contenidos (obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios), además de las consecuencias funcionales (emociones, valoraciones y estrategias de control) que desencadena cada modalidad de intrusión mental. Los datos obtenidos con muestras de estudiantes y población general no clínica han sido objeto de publicación en otros trabajos (Pascual-Vera et al., 2017; Pascual-Vera y Belloch, 2018), por lo que aquí únicamente resumiremos la información más relevante.

Partiendo de la idea de que las IM que versan sobre los cuatro contenidos evaluados son fenómenos universales y parecen ser dimensiones de síntomas relevantes en el TOC, el TDC, la Hipocondría y los TA, los objetivos de estos trabajos fueron: primero, examinar si las personas que experimenten IM de un contenido específico, en términos de su frecuencia y molestia, experimentaban también IM de los otros contenidos, teniendo en cuenta como es lógico la frecuencia y molestia con la que los mismos individuos experimentan las diferentes IM; el segundo objetivo fue examinar las similitudes y diferencias en las consecuencias funcionales que instigan las IM más molestas de cada contenido. Para ello se siguió una metodología correlacional y de medidas repetidas (MANOVA) con dos grupos independientes en función del género. Para obtener información cercana a la hipótesis de la transdiagnostividad, únicamente se tuvieron en cuenta a aquellos participantes que habían experimentado todas las IM conjuntamente.

Los resultados mostraron que el 76.48% de la muestra (N=438) había tenido IM de los cuatro contenidos evaluados, y hasta un 50% (N=234) informó haber experimentado todas las IM en los últimos tres meses. La frecuencia media de los cuatro contenidos fue entre moderada (“ocasionalmente: varias veces al año”) y baja (“una o dos veces en mi vida”). No obstante, las IM cercanas a la relevancia clínica tuvieron una frecuencia entre moderada (“ocasionalmente: varias veces al año”) y alta. Cuando se exploró la frecuencia y molestia general de las cuatro IM se evidenció que las obsesivas, dismórficas y alimentarias fueron más frecuentes en mujeres, y que las IM alimentarias también fueron más molestas para ellas que para los hombres. Sin embargo, no se observaron diferencias de género cuando se examinaron las IM con relevancia clínica, lo que sugiere que las diferencias de género se diluyen cuando nos encontramos con IM cercanas a la psicopatología.

Teniendo en cuenta el primer objetivo antes mencionado, se observó que un elevado porcentaje de personas tenían IM de los cuatro contenidos evaluados con

una frecuencia relativamente elevada, y, además, cuando un determinado contenido de IM se había experimentado de forma perturbadora, lo mismo sucedía con los otros contenidos. Por otro lado, las comparaciones intra-sujeto revelaron que las IM alimentarias fueron las más frecuentes, pero a la vez las menos molestas, lo que corrobora en parte un cierto carácter egosintónico de estas IM. En el extremo opuesto se encontraban las IM hipocondríacas, pues, aunque fueran las menos frecuentes, eran las que más molestia ocasionaban.

En relación con las consecuencias funcionales asociadas con las IM que las personas escogían como más perturbadoras (es decir, las que tenían más significado clínico), se observaron de nuevo similitudes y diferencias en función del contenido específico de la IM. En línea con lo anterior, las IM-hipocondríacas fueron las que causaron mayor impacto emocional, mientras que las obsesivas, dismórficas y alimentarias se valoraron de forma análoga. Además, las IM obsesivas fueron las que más interfirieron en las actividades de la vida diaria, mientras que las alimentarias fueron las que menos lo hicieron. Estas cuatro intrusiones se evaluaron de manera análoga en cuanto a la egodistonia que generaban y en términos de las valoraciones disfuncionales que instigaban, salvo por el hecho de que las mujeres interpretaron más disfuncionalmente las IM-obsesivas que las otras IM. Además, en línea con los resultados de estudios previos, todos los contenidos de IM promovieron la necesidad de “hacer algo” para controlarlos y/o neutralizarlos, aunque se observaron diferencias en el uso de estrategias de control específicas. Como señalamos antes, esa “necesidad de hacer algo”, ya sea de forma manifiesta o encubierta, para mantener bajo control una IM, es en muchos casos la “línea roja” que diferencia un problema que requiere atención clínica de otro que, aun siendo molesto, puede ser manejado sin mayores problemas por la persona (Belloch et al., 2015; Purdon, Gifford, McCabe y Antony, 2011).

A modo de conclusión

Partiendo de la idea expresada en el DSM-5 (y, según todos los indicios, en la próxima edición de la CIE) de que el TOC es el trastorno organizador principal de un espectro obsesivo-compulsivo, nos hemos centrado en el examen de las intrusiones mentales y sus consecuencias funcionales, ya que constituyen la variante normativa de los síntomas nucleares del TOC e, hipotéticamente, podrían estar implicadas en la génesis y/o el mantenimiento de otros trastornos. Hemos escogido dos trastornos que actualmente forman parte del “espectro obsesivo” en los sistemas psiquiátricos, el TOC y el TDC, junto con otros dos que no se incluyen en ese espectro, los TA y la Hipocondría, precisamente para poner en cuestión la organización categorial excluyente de los sistemas de diagnóstico psiquiátrico. Para ello hemos revisado la información empírica disponible sobre una variable transdiagnóstica, las intrusiones mentales no deseadas.

La conclusión más evidente de los estudios que hemos venido comentando es el respaldo que proporcionan a la idea de que las IM y sus consecuencias funcionales

tienen valor transdiagnóstico y su toma en consideración puede ayudarnos a comprender las complejas relaciones de comorbilidad que, en el contexto clínico real, se producen entre trastornos muy diferentes entre sí y que van más allá de los formalmente incluidos en el espectro TOC del DSM-5. Además, los datos avalan la idea de la dimensionalidad de los síntomas, en el sentido de que las diferencias entre normalidad y psicopatología parecen ser más de grado que cualitativas. Adoptar un enfoque transdiagnóstico supone un cambio de paradigma en el estudio de la psicopatología y la psicología clínica, y con ello en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Esta perspectiva permite comprender los trastornos mentales sobre la base de un rango de dimensiones y procesos etiopatogénicos causales y/o mantenedores en una agrupación o familia de trastornos mentales (Sandín, 2012).

El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales se revela tanto en su caracterización como dimensiones en un continuo de normalidad-patología, como por estar relacionadas etiológicamente (ya en su génesis, ya en su mantenimiento, o en ambos) en el conjunto de trastornos en los que se ha examinado, en este caso, por su relevancia clínica en el TOC, TDC, Hipocondría y TA. Por un lado, destaca la alta tasa de prevalencia con la que fueron experimentados conjuntamente los cuatro contenidos de IM, y las relaciones que se mantuvieron entre los diferentes contenidos de intrusiones. Estos hallazgos sugieren que la propensión a experimentar IM de los contenidos mencionados es un factor de vulnerabilidad para la génesis y/o mantenimiento de estos trastornos. De confirmarse estos datos con poblaciones clínicas, tendría implicaciones en la detección temprana y prevención de estos trastornos, que como sabemos comparten edades de inicio y curso similares, así como también en la elaboración de diagnósticos clínicos y diferenciales precisos.

Las similitudes en las consecuencias funcionales asociadas con los cuatro contenidos de intrusiones sugieren la existencia de procesos comunes, cognitivos y conductuales, relacionados con la experiencia de las IM. Un ejemplo de ello son las semejanzas en las valoraciones disfuncionales que se atribuyeron a las intrusiones, independientemente de su contenido, y la necesidad de “hacer algo” para mantenerlas bajo control. Datos como estos permiten, por una parte, establecer “la línea roja” entre la normalidad y la patología, línea que tiene más que ver con la respuesta a las intrusiones mentales que con el mero hecho de experimentarlas; y por otra, permite analizar de manera diferenciada el rol de ciertas variables relevantes en la actual formulación cognitiva de los trastornos en los que las IM juegan un rol importante (i.e., malestar emocional, valoraciones disfuncionales, y/o estrategias de control). A pesar de que los trastornos citados son claramente diferentes desde un punto de vista sintomatológico, y se encuentran en categorías diferentes en el DSM-5 (a excepción del TOC y el TDC), comparten una respuesta similar al tratamiento, por lo que cabe esperar que implementar componentes de intervención transdiagnósticos focalizados en la experiencia de las IM y las consecuencias derivadas de estas, podría ayudar a mejorar el tratamiento, prevenir recaídas, y minimizar el riesgo de

transitar de unos a otros.

En suma, los trabajos revisados nos permiten contemplar a las IM como variables transdiagnósticas. Sin embargo, también se ha mostrado aquí que existen diferencias en función de los contenidos de las intrusiones: por ejemplo, las IM alimentarias son fenómenos más generalizados que las IM hipocondríacas, las cuales a su vez se asocian a un mayor malestar emocional, mientras que las obsesivas interfieren más que las demás. En cierta medida, estas diferencias avalan la *hipótesis de la especificidad de contenidos*, según la cual “cada uno de los trastornos psicológicos tiene un perfil cognitivo diferente, que se pone de manifiesto en el contenido y la orientación de las cogniciones negativas y en los sesgos de procesamiento asociados con cada trastorno” (Clark, Beck y Alford, 1999, p.127). En nuestra opinión, las diferencias observadas entre los cuatro contenidos de IM analizados no descartan su carácter transdiagnóstico a favor de la hipótesis de la especificidad de contenidos, sino que, más bien, sugieren que ambos enfoques ofrecen información complementaria. Desde la perspectiva de una psicopatología que busque establecer la etiopatogenia de los trastornos mentales, es importante y necesario conocer tanto las dimensiones o procesos que pueden ser comunes a una agrupación de trastornos, como el papel que juegan en el resultado final los contenidos específicos de cada uno de ellos. Es muy posible que factores diferentes a los aquí comentados, tales como experiencias tempranas, estilos de apego, patrones de aprendizaje, estilos de crianza, características temperamentales, o normas, creencias y valores sociales, influyan de manera determinante en los contenidos de los miedos nucleares de cada persona y, por lo tanto, en los sesgos que se producen a la hora de analizar la información circundante y ponerla en relación con la almacenada en la memoria y experiencias de cada cual. Pero ello no invalida, sino que complementa y ayuda a entender mejor tanto la “anatomía” como la “fisiología” de aquellos procesos mentales que son comunes a los trastornos mentales en los que las emociones juegan un papel fundamental. Concebimos las IM como un proceso mental complejo, que tiene sus propias reglas funcionales que es necesario conocer para poder intervenir de manera eficaz cuando su aparición pone en riesgo a las personas.

En conclusión, la incorporación de la investigación transdiagnóstica a la psicopatología facilita la comprensión dimensional de los trastornos mentales, y contribuye a mejorar tanto los diagnósticos como los tratamientos, además de entender mejor la realidad clínica de la que hablamos al principio, es decir, la comorbilidad entre trastornos cuyas manifestaciones clínicas son, en principio, distintas. Las IM y sus respectivas consecuencias funcionales son un ejemplo, entre otros muchos, de esa realidad clínica.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J.S. y Braddock, A.E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 503-519. <https://bit.ly/2KbWJto>
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Arnáez, S., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2017). Hypochondriasis and illness intrusions: Development and validation of an assessment instrument. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25 (1), 165-186.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, Ch.P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Nueva York, NY: Oxford University Press
- Bartz, J. A. y Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 30, 338-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbpb.2005.11.003>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencias, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Belloch, A., Carrió, C., Cabedo, E. y García-Soriano, G. (2015). Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 180-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.006>
- Belloch, A., Morillo, C. y Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857. <https://bit.ly/2KaA3wL>
- Belloch, A., Roncero, M. y 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. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2458>
- Berry, L. M., Andrade, J. y May, J. (2007). Hunger-related intrusive thoughts reflect increased accessibility of food items. *Cognition y Emotion*, 21, 865-878. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930600826408>
- Blackburn, J. F., Thompson, A. R. y May, J. (2012). Feeling good about being hungry: Food-related thoughts in eating disorders. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 243-257. <http://dx.doi.org/10.5127/jep.018711>
- Blom, R. M., Hagestein de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M. y Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, 28(10), 870-875. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20853>
- Calamari, J. E. y Janeck, A. S. (1998). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal differences. *Depression and Anxiety*, 7, 139-140.
- Cannon, T. D. y Keller, M. C. (2006). Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 267-290. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095232>
- Clark, D. A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2017). *The Anxious Thoughts Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gomez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A. S., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.006>
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York, NY: Wiley.
- Clark, D. A. y Rhyno, S. (2015). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals. En: Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 1-19). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Deacon, B. y Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 115-127. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., y Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 995-1002. <https://bit.ly/2KgV0pV>

- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. y McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40(12), 1415-1424. <https://bit.ly/2Mhrptl>
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. <https://bit.ly/2Kd5DKy>
- Freid, C. M. (2007). *Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: The development of the Obsessive Beliefs about Body Size and Eating Survey (OBBSES)*. Doctoral Dissertation. University of Vanderbilt. Recuperado de: <https://bit.ly/2K9heqt>
- García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 441-448. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.005>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis. *European Eating Disorders Review*, 22, 191-199. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2285>
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2017a). Body dysmorphic disorder: An under-diagnosed problem. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 69-84. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17811>
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2017b). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment*. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000406>
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2018). Escalation from normal appearance related intrusive cognitions to clinical preoccupations in Body Dysmorphic Disorder: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 265, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.047>
- Harvey, A. G. y Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 267-277. Recuperado de: <https://bit.ly/2Kbj2uB>
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*. Filadelfia, PA: Saunders.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Janeck, A. S. y Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 497-509.
- Jones, C., Harris, G. y Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 237-244. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.642>
- Kaye, W. H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N. y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 161, 2215-2221. <https://bit.ly/2JYO55r>
- Krueger, R. F. y Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14 (1), 27-29. DOI 10.1002/wps.20175
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P. y Treasure, J. (2006). Obsessive compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 331-342. <https://bit.ly/2JYW4zi>
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 284-289. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10013>
- Morillo, C., Belloch, A. y García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.005>
- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Doron, G., Fernández-Álvarez, García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Radomsky, A. S., Shams, G., Sica, C., Simons, G. y 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(3), 280-291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.006>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M. y Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792-798. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>

- Nolen-Hoeksema, S. y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Onden-Lim, M. y Grisham, J. R. (2014). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 99-105. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-012-9318-1>
- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A. y Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*, 12, 428-436. <https://bit.ly/2lwllb>
- Pascual-Vera, B., Roncero, M. y Belloch (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*, 29, 166-171. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2016.199>
- Pascual-Vera, B. y Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 43-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.001>
- Perpiñá, C., Roncero, M. y Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: Desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS) *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 187-203. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4059>
- Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A. y Sánchez-Reales, S. (2011). Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: Exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*, 109, 108-126. <http://dx.doi.org/10.2466/02.09.13.18.PR0.109.4.108-126>
- Phillips, K. A., Atala, K. D. y Pope, H. G. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. En American Psychiatric Association (ed.), *New research program and abstracts. 148th meeting of the American Psychiatric Association*. Miami, FL: American Psychiatric Association.
- Purdon, C., Gifford, S., McCabe, R. y Antony, M. M. (2011). Thought dismissability in obsessive-compulsive disorder versus panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 646-653. <https://bit.ly/2K8Ncqn>
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99. <https://bit.ly/2lhQ5Qt>
- Rachman, S. y De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248. <https://bit.ly/2JYYjTe>
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y 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. <https://bit.ly/2tlJr7i>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A. y Kupfer, D. J. (2009). The conceptual development of DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 645-650. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C. y Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 208, 67-73. <https://bit.ly/2lgQJOc>
- Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2010). Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios y en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 101-113. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4089>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Schubert, J. R. y Coles, M. E. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and characteristics in individuals with delayed sleep phase disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 877-884. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5eb13>
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbau, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviour*, 2, 193-207. <https://bit.ly/2yyuJ1A>
- Wells, A. y Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-273. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465800010511>