



VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

Programa de doctorado: Investigación en psicología

**EL CARÁCTER TRANSDIAGNÓSTICO
DE LAS INTRUSIONES MENTALES**

Transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions

TESIS DOCTORAL

Doctoranda:

BELÉN PASCUAL VERA

Directora:

Dra. D^a AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, 2019

La presente tesis doctoral ha sido posible gracias al proyecto de I+D, *El espectro obsesivo-compulsivo desde una perspectiva transdiagnóstica* (referencia: PSI2013-44733-R) y la ayuda para contratos predoctorales para la formación de doctores (referencia: BES-2014-070299) financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad (España).

*A mi abuela Oro
Te quiero*

Agradecimientos

Este trabajo es fruto del esfuerzo y dedicación de mi directora de tesis, Amparo Belloch, que es, sin lugar a duda, de quien más agradecida me siento. La tesis doctoral solo representa una mínima parte de todo lo que me ha enseñado en los últimos cinco años: desde calcular un alfa de Cronbach y presentar un póster en un congreso, hasta ser crítica y aprender a redactar y defender un trabajo de investigación. Pero, de lo que más agradecida estoy es de haber tenido la oportunidad de aprender con ella: escucharla hablar de psicopatología, de historia, de terapia, de política, de los modelos de redes y del transdiagnóstico. En definitiva, de todo aquello que la inquiete, y que ha hecho que sienta la necesidad de seguir planteándome preguntas, que me entusiasme la psicopatología, la terapia, y el de dónde venimos y hacia dónde vamos.

Todo lo anterior, no hubiese sido posible sin su calidad humana, que para mi, sinceramente, es lo que marca la diferencia entre simplemente trabajar y trabajar bien. Durante estos años me ha hecho disfrutar con lo que hacía, sentirme cómoda y segura, y, sobre todo, confiar: confiar en que, por muy difícil que fuese el reto, ella iba a estar ahí apoyándome. Por todo ello, mis más sinceras gracias Amparo. Recordando a un compañero, y referente Pedro.T. Sánchez: a *“Amparo Belloch, por sus afectos y efectos”*.

Quiero agradecer también este trabajo a todas las compañeras y compañeros del grupo de investigación y tratamiento de obsesiones y compulsiones (ITOC). A las compañeras de la Universidad de Valencia, Conxa Perpiñá, Gemma García-Soriano y María Roncero, y muy especialmente a Sandra Árnaez, por *“las notas de voz”* y los momentos compartidos durante estos años. A los psicólogos clínicos del equipo, por enseñarnos a construir un puente entre la investigación y la práctica clínica, y con un cariño especial a José López Santiago, por ayudarme a recordar de donde soy, y lo orgullosa que me siento de ello.

Mi más sincero agradecimiento a Diana Kirszman, Héctor Fernández-Álvarez y todos los miembros de la Fundación Aiglé, que me invitaron a formar parte de una realidad donde la persona y los problemas que la acompañan son vistos de forma integrativa y comprensiva. Y a Marta Ghisi, Gioia Botessi y Silvia Cerea de la Universidad de Padova, que, con su fortaleza y dedicación, me han enseñado a trabajar en un grupo de investigación de reconocido prestigio. Con mucho aprecio a Silvia Cerea: *because I don't want to avoid tell you thanks again for this time in Padova and sincerely thank you for meet us.*

También me gustaría dar las gracias a todas las personas que han colaborado y participado en este trabajo. A los estudiantes, padres y amigos/as, y principalmente, a los pacientes, porque, es imposible que sintamos lo que les sucede, aunque escribamos sobre ello. Por último, quisiera agradecer a todos los integrantes del *Research Consortium on Intrusive Fear*, por su dedicación e implicación en el desarrollo del estudio transcultural, porque sin ellos no hubiese sido posible. A David A. Clark, Christine Purdon, Richard Moulding, Guy Doron, Pino Alonso, Mujgan Inozu, y Giti Shams: no voy a olvidar la reunión en Ankara, sinceramente gracias.

Para terminar, me gustaría resaltar que la tesis doctoral no es una carrera de velocidad, sino más bien de fondo, y de resistencia, así que quiero dedicar y agradecer este trabajo a todos/as los que han estado conmigo durante todos estos años: mis dos

grandes familias. A mi familia, en términos sistémicos, de origen, porque esto no tendría ningún sentido sin ellos. Siendo honesta tengo la suerte de tener una familia que me quiere, me guía, y que, al mismo tiempo, me deja ser libre, y me apoya. Gracias por ser así. A mi padre, por todos los “papers” a los que le hemos dado una vuelta durante estos años, por pensar y crecer contigo, pero sobre todo por el tiempo que hemos compartido haciéndolo. A mi madre, por recordarme que incluso cuando llueve se puede ir a la playa, y que, si no se puede, pues por lo menos, lo seguimos intentando. A mi hermana, porque no te imaginas lo que es tenerte cerca, y hacerme sentir “en casa” cuando estoy contigo. Y como no, a Humo, que, si aprendiese todo lo que ha leído mientras “estudiaba” conmigo ya tendría un par de carreras. Y no me olvido, de mis tíos, primos, y abuelos/as, y sin duda, gracias a Pepe y Víctor, que pronto tendréis que venir a que os invite a una paella.

Y por último, a mi otra familia: a mis amigos/as y compañeros de piso, por crear redes y mantenerme al día de lo que sucede en el mundo: las tardes en el Isaac, los cafés, y principalmente, por los cuidados. A Olga Sparano, por seguir a mi lado, A Guillem Rivas y Andreu Moreno, por la huerta y los balnearios, a Jorge Correcher, por los entresijos universitarios, y a Xavi Moreno, por enseñarme los planetas en inglés, en valenciano y en cualquier lengua que se ponga por delante. Finalmente, a Javier Erro, que como te he dicho muchas veces, eres amigo, compañero y un psicólogo de categoría. Gracias por contar conmigo (y aguantarme) durante estos años, pero más aún, por recordarme día a día, que la psicología es política, y que hay alternativas posibles y viables.

A todas y todos, sinceramente, muchas gracias. Os quiero mucho.

Belén
Valencia, 2019

Índice de contenidos

ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y FIGURAS	10
PRESENTACIÓN	11
MARCO TEÓRICO	13
1. HACIA LA COMPRESIÓN DE UN ESPECTRO: EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO --	14
1.1. Fenomenología del trastorno obsesivo-compulsivo.	14
1.1.1. Los síntomas nucleares: obsesiones y compulsiones.	14
1.2.2 Otros síntomas relacionados con el TOC: ¿más de lo mismo?	18
1.2. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo en los sistemas de clasificación.	20
1.3. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo	24
1.3.1. Prevalencia, edad de inicio y género.	24
1.3.2. Comorbilidad	26
1.3.3. Curso y estabilidad de los síntomas O-C	29
1.3.4. Transculturalidad	29
1.4. Heterogeneidad del TOC: enfoques basados en síntomas O-C.	31
1.5. Summary-Chapter 1.	34
2. AYER Y HOY DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO	35
2.1. El TOC antes del DSM-5.	35
2.2. Un debate abierto.	37
2.2.1 La defensa del espectro O-C.	38
2.2.2. La crítica al espectro O-C.	42
2.2.3 Otras aportaciones al espectro O-C.	44
2.3. El espectro obsesivo-compulsivo en los sistemas taxonómicos DSM-5 y CIE-11.	45
2.4. Summary-Chapter 2.	48
3. TOC, TOC. ¿ESTÁN TODOS?	49
3.1. El trastorno dismórfico corporal (TDC).....	50
3.1.1. Descripción y fenomenología.	50
3.1.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C	52
3.2. La hipocondría o ansiedad por la enfermedad (AE/H).	54
3.2.1. Descripción y fenomenología	54
3.2.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C	57
3.3. Los trastornos alimentarios	59
3.3.1. Descripción y fenomenología	59
3.2.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C	62
3.4. Summary-Chapter 3.	66
4. ¿ESPECTROS O TRANSDIAGNÓSTICO? UN PUNTO DE INFLEXIÓN	67
4.1. Sistemas taxonómicos categoriales vs. dimensionales	67
4.2. El enfoque transdiagnóstico en psicopatología.....	68
4.2.1. Orígenes y desarrollos actuales de la investigación transdiagnóstica.	69
4.2.2. Supuestos comunes para una investigación transdiagnóstica en psicopatología.	70
4.2.3. Ventajas de una aproximación transdiagnóstica a los trastornos mentales.	71
4.2.4. Retos futuros de la investigación transdiagnóstica.	72
4.3. Dimensiones de síntomas transdiagnósticas en el TOC, el TDC, la Hipocondría y los TA.	75
4.4. Summary-Chapter 4.	76
5. EL CARÁCTER TRANSDIAGNÓSTICO DE LAS INTRUSIONES MENTALES	77
5.1. Definición y características fenomenológicas de las intrusiones mentales.	78
Nota. Extraído de Clark, y Rhyno, 2005, pág. 5.	79
5.1.2. Diferenciación con otros productos cognitivos relevantes.	79
5.2. Los modelos cognitivos de las intrusiones mentales en el TOC.	80
5.2.1. De la responsabilidad excesiva y el significado personal al OCCWW.	81
5.2.2. Modelo cognitivo de Belloch, Cabedo y Carrió.	82
5.3. Intrusiones mentales obsesivas y el trastorno obsesivo-compulsivo.	85
5.4. Intrusiones mentales relacionadas con el aspecto físico y el trastorno dismórfico corporal.	86
5.5. Intrusiones mentales relacionadas con la salud y la enfermedad y la Ansiedad por la Enfermedad-Hipocondría.	87
5.6. Intrusiones relacionadas con la figura, el peso, la dieta y el ejercicio y los trastornos alimentarios.	88
5.6.1. Intrusiones mentales obsesivas y alimentarias: relaciones y diferencias.	90
5.7. Expresión de las IM en función del contexto socio-cultural.	92
5.8. Summary-Chapter 5.	92
THIS STUDY: EXPLORING THE TRANSDIAGNOSTIC NATURE OF UNWANTED MENTAL INTRUSIONS	94
OVERVIEW: THE TRANSDIAGNOSTIC NATURE OF UNWANTED MENTAL INTRUSIONS	95

PRELIMINARY STUDY:QUESTIONNAIRE OF UNPLEASANT INTRUSIVE THOUGHTS (QUIT) ---	97
1. Development and rationale. -----	97
2. Final version of the QUIT. -----	98
STUDY 1.ARE UNWANTED MENTAL INTRUSIONS A TRANSDIAGNOSTIC VARIABLE?-----	100
1.1. Method-----	100
1.1.1. Participants -----	100
1.1.2. Instruments -----	100
1.1.3. Procedure -----	101
1.1.4. Data analyses -----	102
1.2. Study 1. Part 1: Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? -----	102
1.2.1. Objectives -----	102
1.2.2. Results -----	102
1.2.2.1. Objective 1: Frequency and discomfort of OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions	102
1.2.2.2. Objective 2: Within-subject differences in the frequency and disturbance of the OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions -----	103
1.2.2.3. Objective 3: Relationships between the frequency and distress provoked by OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions -----	104
1.2.2. Discussion -----	105
1.3. Study 1. Part 2: Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating disorders-related mental intrusions -----	108
1.3.1. Objectives -----	108
1.3.2. Results -----	108
1.3.2.1. Preliminary data -----	108
1.3.2.2. Objective 1: Within-subject differences in the functional consequences of the most disturbing OCD, BDD, IA/H, and EDs-related unwanted mental intrusions -----	109
1.3.2.3. Objective 2. Relationships between the frequency and distress provoked by the most upsetting OCD, BDD, IA/H, and EDs-related unwanted mental intrusions -----	112
1.3.3. Discussion -----	112
STUDY 2.THE TRANSDIAGNOSTIC NATURE OF UNWANTED MENTAL INTRUSIONS IN PATIENTS WITH OCD-----	115
2.1. Objectives -----	115
2.2. Method-----	115
2.2.1. Participants -----	115
2.2.2. Instruments -----	116
2.2.3. Procedure -----	116
2.2.4. Data analyses -----	117
2.3. Results -----	117
2.3.1. Objective 1. Prevalence and nature of obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating-disorders unwanted mental intrusions in OCD patients. -----	117
2.3.2. Objective 2. How did OCD patients experience the four UMI contents? -----	118
2.3.3. Objective 3: Functional consequences of the four UMI contents.-----	120
2.4. Discussion-----	122
STUDY 3.UNWANTED MENTAL INTRUSIONS: AN INDICATOR OF PROPENSITY TO OCD AND RELATED DISORDERS. -----	126
3.1. Objectives -----	126
3.2. Method-----	127
3.2.1. Participants -----	127
3.2.1. Instruments -----	127
3.2.3. Procedure -----	128
3.2.4. Data analyses -----	129
3.3. Results -----	129
3.3.1. Objective 1, Hypothesis a). Associations between the frequency and disturbance of the four UMIs and clinical measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs. -----	129
3.3.2. Objective 1, Hypothesis b) Strength of the associations between the frequency of specific contents of intrusions and their respective clinical measures. -----	130
3.3.3. Objective 1, Hypothesis c) Predictive power of UMIs on symptom questionnaire measures. -----	130
3.3.4. Objective 2. Differences between OCD patients (n = 39), individuals at risk of OCD (n =71), and participants without risk of OCD (n = 68). -----	131
3.4. Discussion-----	132
STUDY 4.THE CROSS-CULTURAL EXPRESSION AND TRANSDIAGNOSTIC NATURE OF UNWANTED MENTAL INTRUSIONS -----	137
4.1. Objectives -----	137
4.2. Method-----	137
4.2.1. Participants -----	137
4.2.2. Instruments -----	138
4.2.3. Procedure -----	139
4.2.3.1. Data cleaning and missing data -----	139
4.2.4. Data analyses -----	139
4.3. Results -----	139
4.3.1. Prevalence of the four UMI content areas -----	139

4.3.2. Differences in the frequency and disturbance caused by the OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions in the participants from the different countries -----	141
4.3.3. Relationships between the frequency and disturbance caused by obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and EDs-related unwanted intrusions -----	144
4.3.4. Relationships among the frequency and discomfort provoked by UMIs and symptom measures of the different disorders -----	144
4.4. Discussion-----	147
DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES -----	151
1. Síntesis de los principales resultados y conclusiones.-----	152
1.1. Universalidad y prevalencia de las intrusiones obsesivas, dismórficas, hipocondríacas y alimentarias.-----	153
1.2. Relaciones entre las intrusiones mentales: ¿similitudes entre trastornos?-----	153
1.3. Las intrusiones mentales desde una perspectiva intra-sujeto.-----	155
1.4. Las intrusiones mentales como factores de propensión.-----	158
1.5. La expresión transcultural de las intrusiones mentales.-----	159
1.6. A modo de conclusión-----	160
2. Implicaciones para la conceptualización de los trastornos mentales: el enfoque transdiagnóstico y los modelos de redes.-----	160
3. Retos y futuras líneas de investigación.-----	162
4. Summary and conclusions -----	164
REFERENCIAS -----	168
ABREVIATURAS Y SIGLAS -----	194
SÍMBOLOS ESTADÍSTICOS -----	196
ANEXOS -----	197

Índice de tablas, cuadros y figuras

MARCO TEÓRICO

CUADRO 1.1. DIMENSIONES DE SÍNTOMAS O-C -----	16
CUADRO 1.2. A. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TOC SEGÚN EL DSM-5 -----	21
CUADRO 1.2.B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TOC EN LA CIE 10 Y CIE 11 -----	23
CUADRO 1.3.2. COMORBILIDAD DEL TOC. -----	28
CUADRO 2.1. EVOLUCIÓN DEL TOC EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DEL DSM -----	37
FIGURA 2.2.1. PROPUESTA INICIAL DE LA AGRUPACIÓN DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO O-C SEGÚN HOLLANDER -----	39
CUADRO 2.2.1. GRILLA DE ENDOFENOTIPOS DEL TOC -----	41
FIGURA 2.2.3. TRASTORNOS DEL ESPECTRO O-C SEGÚN STEKETEE -----	45
CUADRO 2.3. COMPARACIÓN DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO EN EL DSM-5 Y LA CIE-11 -----	47
CUADRO 3.1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDC SEGÚN EL DSM-5 -----	51
CUADRO 3.2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA HIPOCONDRIA (ANSIEDAD POR LA ENFERMEDAD) SEGÚN EL DSM-5 -----	55
CUADRO 3.3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA SEGÚN EL DSM-5 -----	60
FIGURA 3.2.2. LOS TA EN LA DIMENSIÓN COMPULSIVIDAD-IMPULSIVIDAD -----	63
FIGURA 4.2.4. HEURÍSTICO PARA MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS DE PSICOPATOLOGÍA -----	74
CUADRO 5.1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS INTRUSIONES MENTALES -----	79
CUADRO 5.2.1. CREENCIAS OBSESIVAS SEGÚN EL OCCGW -----	82
FIGURA 5.2.2. CICLO OBSESIVO-COMPULSIVO -----	83

THIS STUDY

TABLE 1. MAIN CHARACTERISTICS OF THE FOUR STUDIES IN THE CURRENT DOCTORAL DISSERTATION. -----	96
TABLE 1.1. GENDER DIFFERENCES IN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE OF FOUR SETS OF MENTAL INTRUSIONS -----	103
TABLE 1.2. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE OF FOUR SETS OF UMIS -----	104
TABLE 1.3. GENDER DIFFERENCES IN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE OF THE FOUR MOST UPSETTING UMIS -----	109
TABLE 1.4. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN EMOTIONAL IMPACT, INTERFERENCE, EGO-DYSTONICITY AND DYSFUNCTIONAL APPRAISALS ASSOCIATED WITH THE FOUR MOST UPSETTING UMIS -----	110
TABLE 1.5. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN THE THOUGHT CONTROL STRATEGIES USED TO MANAGE THE FOUR MOST UPSETTING UMIS. -----	111
FIGURE 2.1. DISTRIBUTION OF UNWANTED MENTAL INTRUSION CONTENTS EXPERIENCED BY PATIENTS WITH OCD. -----	118
TABLE 2.1. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN THE GENERAL FREQUENCY AND DISTURBANCE DUE TO UMIS -----	119
TABLE 2.2. CORRELATIONS AMONG FOUR INTRUSIVE COGNITIONS IN PATIENTS WITH OCD -----	119
TABLE 2.3. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN EMOTIONAL IMPACT, INTERFERENCE, EGO-DYSTONICITY AND DYSFUNCTIONAL APPRAISALS ASSOCIATED WITH THE FOUR MOST UPSETTING UMIS. -----	121
TABLE 2.4. WITHIN-SUBJECT DIFFERENCES IN THE THOUGHT CONTROL STRATEGIES USED TO MANAGE THE FOUR MOST UPSETTING UMIS. -----	122
TABLE 3.1. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND DIFFERENCES AMONG GROUPS. -----	127
TABLE 3.2. CORRELATIONS BETWEEN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE DUE TO THE FOUR MENTAL INTRUSION AND SYMPTOM MEASURES. -----	130
TABLE 3.3. EQUATION REGRESSION MODELS OF THE SCORES ON SYMPTOMS MEASURES OF OCD, BDD, IA/H AND EDS ----	131
TABLE 3.4. DIFFERENCES BETWEEN INDIVIDUALS WITHOUT RISK OF OCD, AT RISK OF OCD, AND PATIENTS WITH OCD IN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE DUE TO UMIS. -----	132
TABLE 3.5. DIFFERENCES BETWEEN INDIVIDUALS WITHOUT RISK OF OCD, AT RISK OF OCD, AND PATIENTS WITH OCD ON THE SCORES ON SELF-REPORTS FOR OCD, BDD, AI/H, AND EDS. -----	132
TABLE 4.1. DEMOGRAPHIC INFORMATION BY SITE. -----	138
TABLE 4.2. INTERNAL CONSISTENCY OF THE QUIT SCORES ACROSS COUNTRIES. -----	138
FIGURE 4.1. PERCENTAGE RATES OF THE EXPERIENCED UMI CONTENTS- NUMBERS BY SITE. -----	140
TABLE 4.3. NUMBER OF UMI ENDORSED BY COUNTRY. -----	141
TABLE 4.4. DIFFERENCES IN THE FREQUENCY AND DISTURBANCE OF FOUR SETS OF UMIS ACROSS COUNTRIES. -----	143
TABLE 4.5. CORRELATIONS BETWEEN THE UMIS' FREQUENCY AND DISCOMFORT AND SYMPTOM MEASURES. -----	146

DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

FIGURA 1.2. RELACIONES ENTRE LA FRECUENCIA DE LAS INTRUSIONES DEL TOC, EL TDC, EL AE/H Y LOS TA. -----	154
CUADRO 1.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL CONTENIDO DE LAS INTRUSIONES MENTALES EN LAS CONSECUENCIAS FUNCIONALES. -----	156
FIGURA 1.3. POSICIÓN DEL TOC, TDC, AE/H Y TA EN LAS DIMENSIONES DE EGODISTONÍA Y EVITACIÓN DEL DAÑO -----	158
TABLE 4.1. SIMILARITIES AND DIFFERENCES FOUND IN THE FUNCTIONAL CONSEQUENCES OF THE FOUR MOST UPSETTING UNWANTED MENTAL INTRUSIONS. -----	165
FIGURE 4.1. RELATIONSHIPS BETWEEN THE FREQUENCY OF OCD, BDD, IA/H AND EDS MENTAL INTRUSIONS. -----	166

Presentación

Aunque sé que es poco probable, me asalta la duda de que he olvidado algo importante. Al salir de casa o cuando he cerrado la maleta de viaje, antes de dormir, cuando estoy estresada y cuando estoy tranquila (o eso creo). En cualquier momento. Al principio era anecdótico, o al menos eso pensaba, hasta que un día, de repente, cambió. Me había despertado tarde, estaba cansada, y tenía el tiempo justo para llegar al trabajo. Ya estaba en la calle cuando ocurrió: ¿Había cerrado la puerta del piso con llave? Sabía que sí, juraría que sí, pero lo comprobé una y otra vez. Tres veces, como me había acostumbrado a hacerlo. Por si acaso. Estaba lista para empezar el día, subí al coche y puse música. Transcurridos unos minutos, mientras esperaba el cambio del disco del semáforo, surgió de nuevo. Como un animal que atraviesa la carretera en mitad de la noche. El gas. ¿Había cerrado la llave del gas antes de salir de casa? Me puse muy nerviosa. Experimentaba una sensación de malestar extraña, difusa. No conseguía quitármelo de la cabeza. Repasé y repasé mentalmente todos mis pasos de esa mañana, pero no lo conseguí. No conseguí relajarme. Volví a casa.

(En Oliva, Valencia, 2019).

La sospecha de que hemos olvidado algo, aunque sepamos que es poco probable, o incluso imposible, es una intrusión mental. Las intrusiones mentales son experiencias universales, que adoptan la forma de pensamientos, imágenes o sensaciones indeseadas e interrumpen repentinamente el flujo de la conciencia. Son difíciles de controlar y desencadenan emociones negativas, promueven interpretaciones erróneas, y hacen que pongamos en marcha estrategias para controlarlas y/o hacer más tolerable el malestar que causan.

Las intrusiones mentales pueden ser simplemente experiencias anecdóticas desagradables o síntomas clínicos de trastornos psicológicos. Se consideran experiencias de un continuo que va de la normalidad a la patología de los síntomas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo: las obsesiones. En trastornos diferentes, pero muy cercanos al obsesivo-compulsivo, como el Trastorno Dismórfico Corporal, la Ansiedad por la Enfermedad o Hipocondría, o los Trastornos Alimentarios, es frecuente también experimentar intrusiones mentales con contenidos relacionados con estos trastornos. De hecho, es muy probable que hayamos experimentado alguna vez todas estas intrusiones a lo largo de nuestra vida.

Tradicionalmente estos fenómenos se estudiaban de forma aislada, sin analizar hasta qué punto podían estar relacionados entre sí y ser factores comunes en trastornos diferentes. Fue en las últimas décadas cuando surgió el denominado *enfoque transdiagnóstico de psicopatología y psicología clínica*, que se centra en identificar procesos y dimensiones comunes, que subyacen a diferentes trastornos mentales. Este pretende integrar en un enfoque dimensional la comprensión de la psicopatología, poniendo un mayor énfasis en la continuidad de los procesos y experiencias mentales, en contraposición a la clasificación de las experiencias en categorías cualitativamente distintas.

El objetivo de esta tesis doctoral es examinar si las intrusiones mentales características del trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la

ansiedad por la enfermedad/hipocondría, y los trastornos alimentarios son dimensiones de síntomas con valor transdiagnóstico. Si esta hipótesis es cierta, nos puede permitir plantear algunas preguntas sobre los trastornos psicológicos donde predominan: ¿Son las intrusiones mentales un nexo entre estos trastornos?, ¿Pueden ser un factor de vulnerabilidad en la génesis y en el mantenimiento de los mismos? ¿Puede explicar el estudio transdiagnóstico de las intrusiones mentales las similitudes clínicas que comparten estos trastornos?

El animal que cruza la carretera en mitad de la noche es producto de mi mente, cruza mi mente. Si la intrusión mental es una experiencia universal, ¿por qué sólo algunas personas sufren el trastorno obsesivo-compulsivo? La comprensión de las intrusiones mentales como experiencias normativas de las obsesiones llevó a formular nuevos modelos explicativos sobre este trastorno y el desarrollo de programas de tratamiento cada vez más eficaces. Esperamos que el análisis transdiagnóstico nos permitirá comprender mejor los trastornos en los que las intrusiones mentales tienen un significado clínico relevante, y que esto contribuya a mejorar la detección temprana y la prevención de estos trastornos e impulse el diseño de tratamientos basados en las dimensiones y procesos subyacentes a los mismos.

Marco teórico

1

Hacia la comprensión de un espectro: el trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea y compleja, que repercute notablemente en diferentes áreas del funcionamiento personal e interpersonal, pudiendo comprometer la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o allegados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las diez enfermedades más incapacitantes y se asocia con elevadas tasas de discapacidad y disfuncionalidad en las áreas social y ocupacional (Abramowitz, McKay, y Storch, 2017). El TOC se caracteriza por la presencia de dos síntomas organizadores, las obsesiones y las compulsiones, que aparecen de forma recurrente, consumen mucho tiempo y causan malestar y deterioro clínicamente significativo (APA, 2013). Los síntomas y el curso del trastorno se presentan de forma continuada, precisando de ayuda especializada para la recuperación del paciente. Otra dificultad añadida son las elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos.

En las últimas décadas, el TOC ha sido objeto de atención, tanto por su fenomenología como por las relaciones que mantiene con otros trastornos psicológicos, motivos por los cuales, actualmente configura el grupo de trastornos denominados como, el espectro obsesivo-compulsivo. En este capítulo se presentan las características clínicas del trastorno, la descripción de los criterios diagnósticos en los sistemas taxonómicos actuales, y otros aspectos relativos a la epidemiología, comorbilidad, y curso.

1.1. Fenomenología del trastorno obsesivo-compulsivo.

1.1.1. Los síntomas nucleares: obsesiones y compulsiones.

Desde sus primeras formulaciones hasta las más recientes, los sistemas de clasificación han considerado al TOC como un trastorno unitario, aunque se trata de una condición clínica heterogénea. Su heterogeneidad se pone de manifiesto desde las diferencias en la edad de inicio del trastorno, los patrones de comorbilidad y de respuesta al tratamiento, hasta una significativa variabilidad en los síntomas obsesivo-compulsivos (en adelante, O-C) y su forma de presentación. La caracterización del TOC en los sistemas nosológicos actuales se basa en la definición de sus componentes nucleares, que como su nombre indica, son las obsesiones y las compulsiones. Si bien ambos síntomas están bien diferenciados psicopatológicamente, estos se presentan de forma diversa y no siempre encajan dentro de la definición formal que ofrecen los sistemas de clasificación.

Según la APA (2013), las obsesiones (término en latín, *obsessio, nis*, que significa asediado o cercado) son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados. Desde un punto de vista psicopatológico, otras características adicionales que comparten las obsesiones son las siguientes (Clark, 2004; García-Soriano, 2008):

- Son de carácter intruso, es decir, irrumpen de forma repetitiva, involuntaria y repentina en el flujo de la conciencia, en contra de la voluntad de la persona.
- Son recurrentes, pudiéndose presentarse a diario durante amplios períodos de tiempo.
- Son valoradas por la persona como inaceptables, y generalmente se asocian con emociones o afecto negativo, que puede variar desde la molestia al malestar, la tristeza, el asco, la vergüenza, la culpa y el miedo o la ansiedad.
- Son irracionales, por lo general, la persona reconoce que la idea obsesiva no tiene sentido, es excesiva, e injustificada. Nótese que, en ocasiones, el nivel de *insight* o conciencia de la irracionalidad de las obsesiones puede variar (p.ej., niveles de ansiedad elevados), e incluso puede ser bajo o nulo (APA, 2013; WHO, 2018).
- La persona se esfuerza y resiste a tener las obsesiones, bien con intentos voluntarios de suprimir, eliminar, disminuir o evitar que la obsesión aparezca, o bien realizando estrategias de neutralización, para mantenerlas bajo control.
- Son incontrolables, de modo que los intentos de supresión y/o de evitación suelen fracasar, e incluso promover una mayor frecuencia y saliencia de obsesiones.
- Son egodistónicas, es decir, generalmente la temática o contenidos de las obsesiones es inconsistente con el sistema personal (p.ej., obsesiones agresivas o sexuales), aunque en ocasiones también pueden versar sobre aspectos que tienen una implicación mínima para el sí mismo (p.ej., simetría o limpieza).

El contenido de las obsesiones es diverso y se relaciona habitualmente con diferentes temores o miedos nucleares. Aunque la fenomenología de las obsesiones es idiosincrásica, los contenidos principales suelen versar sobre los siguientes temas: el miedo a la contaminación, y/o la suciedad, el miedo o responsabilidad a causar daños tanto a sí mismo como a otros (o no hacer algo por prevenir que sucedan), la incerteza, tabúes típicos como el sexo, la violencia o la blasfemia, y la necesidad de orden y simetría. Algunos de estos implican aspectos cotidianos como, por ejemplo, la limpieza, la simetría o las dudas sobre cuestiones diarias (p.ej., errores, accidentes), mientras que otros abarcan temas como la agresividad, el daño, la sexualidad, las dudas existenciales (p.ej., orientación sexual, sentido del sí mismo) y la moralidad (p.ej., religiosidad y/u otros pensamientos mágicos o supersticiosos).

Las obsesiones pueden desencadenarse tanto por la presencia de estímulos externos o internos, como sin ellos. Lee y Kwon (2003) elaboraron una propuesta taxonómica que distingue entre obsesiones reactivas, autógenas y mixtas, en función de los estímulos que pueden elicitar las obsesiones y el modo en que se experimentan. El primer grupo incluye las denominadas obsesiones reactivas que son evocadas por estímulos o situaciones identificables (p.ej., baños públicos), y se perciben de un modo suficientemente racional como para impulsar comportamientos compensatorios lógicamente conectados con el contenido (p.ej., compulsiones de comprobación y lavado). En este grupo son característicos los temas de contaminación, enfermedad, errores, accidentes y simetría. En el segundo grupo se incluyen las obsesiones autógenas, que consisten en pensamientos, imágenes o impulsos no deseados que aparecen en el flujo de la conciencia con o sin un estímulo o situación identificable, y cuyos contenidos están relacionados con la sexualidad, la agresividad, o los valores éticos, morales y religiosos. Se experimentan

de forma muy molesta y desagradable y la persona realiza muchos esfuerzos para resistirse a ellas. En la mayor parte de las ocasiones, esos esfuerzos o bien son de tipo evitativo (p.ej., ante obsesiones agresivas, evitar cuchillos, objetos, etc.), o no están conectados lógicamente con el contenido obsesivo (p.ej., ante obsesiones agresivas, lavarse u ordenar repetidamente). El tipo mixto se caracterizaría por la presencia de los dos tipos anteriores. Es común que en el mismo paciente se den varios tipos de obsesiones, así como que éstas se presenten en diferentes modalidades en un mismo momento o a lo largo de la evolución del trastorno (Lipton, Brewin, Linke, y Halperin, 2010).

Finalmente, las obsesiones se relacionan con la resistencia subjetiva de quien las experimenta. Dicho de otro modo, la persona siente la necesidad de combatir las, neutralizarlas o evitarlas. De esto se deriva el segundo componente fundamental del TOC: las compulsiones. Según la APA (2013), las compulsiones (término en latín, *compulsio*, referente a acción o efecto de compeler) son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. En el cuadro 1.1. se exponen las 4 dimensiones de síntomas O-C que sistemáticamente han sido identificadas en la literatura (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger, y Leckman, 2008; McKay et al., 2004). En cada una se incluyen algunos ejemplos representativos de estos contenidos de obsesiones y compulsiones.

Cuadro 1.1. Dimensiones de síntomas O-C identificados de forma estable y sistemática.

Síntomas nucleares del TOC	
Obsesiones	Compulsiones
1. Simetría: obsesiones de simetría y repetición	
“Necesidad de que las cosas estén ordenadas de una forma determinada”	“Poner objetos en la misma posición, ordenar, repetir”, etc.
2. Pensamientos prohibidos: obsesiones agresivas, sexuales, religiosas y somáticas y compulsiones de comprobación.	
Agresivas: “tirarse por el balcón”, “salirse de la carretera a propósito”	Comprobaciones manifiestas: verificar que no he hecho daño a nadie, comprobar el “estado de mi cuerpo” (ej., atracción sexual, si mi memoria funciona bien), preguntar a otros si he dicho/ hecho algo inapropiado. Comprobaciones encubiertas: repasar mentalmente (ej., acciones, pensamientos involuntarios), rezar, comprobar mentalmente que he realizado tal actividad, etc.
Sexuales: “Participar en una actividad sexual repugnante para uno”, y/o “en actividades sexuales no consentidas (ej., niños, animales)”.	
Religiosidad: “Gritar obscenidades, blasfemias”.	
Somáticas: “Miedo a haber cogido una enfermedad”	
3. Limpieza: contaminación y lavado.	
“Ensuciarse al tocar algo que ha tocado un desconocido”; “Contagiarse por tocar pomos de las puertas, o usar WC. públicos”, “Ensuciar un mueble por tocarlo” o “ensuciar a otros”	Ducharse, lavarse las manos, lavar a otro, lavar objetos (ej., reloj, móvil), o superficies (ej., mesa).
4. Acumulación.	

De forma similar a las obsesiones, las compulsiones tampoco son síntomas homogéneos. Según la APA, estas se ponen en marcha en respuesta a una obsesión con el objetivo de prevenir el temor obsesivo o bien para reducir el nivel de ansiedad y malestar que provocan las obsesiones. Las compulsiones son generalmente excesivas o

absurdas en relación con los temores obsesivos y en ocasiones la persona siente la necesidad de llevarlos a cabo repetidamente y de acuerdo con reglas personales. La variante que más atención ha recibido y que queda mejor reflejada en los sistemas taxonómicos son los comportamientos compulsivos ritualizados, comúnmente denominados como compulsiones. Una de las diferenciaciones clásicas en este campo ha sido la de compulsiones manifiestas u observables y compulsiones mentales o encubiertas (actos mentales). La primera de ellas hace referencia a comportamientos como lavar/se, comprobar, reasegurarse (consigo mismo o con otros), repetir una actividad, u ordenar y la segunda a actos mentales internos, como repasar lo dicho o hecho, repetir, contar, rezar, comprobar y monitorizar mentalmente ciertos patrones o secuencias fijas y/o buscar mentalmente palabras o imágenes “buenas” para evitar o suprimir las obsesiones. Un ejemplo de ello es característico de los pacientes que, por temor de haber ocasionado daño a alguien, repiten mentalmente toda la secuencia de acciones que han llevado a cabo durante un periodo de tiempo, para asegurarse de que no han hecho nada malo.

Las compulsiones encubiertas han recibido menor cuerpo de investigación y han estado escasamente representadas en la descripción clínica del trastorno. Sin embargo, diferentes trabajos muestran que los pacientes utilizan frecuentemente estrategias encubiertas para neutralizar o mantener bajo control las obsesiones (Abramowitz y Jacoby, 2015). Por ejemplo, Belloch, Carrió, Cabedo y García-Soriano (2015) evidenciaron que tanto las compulsiones observables como las encubiertas juegan un rol importante en la gravedad del trastorno en pacientes cuyas obsesiones principales son de tipo moral o autógenas (i.e., agresivas, sexuales, religiosas o inmorales).

Las compulsiones además pueden acompañar a diferentes contenidos obsesivos, que pueden estar relacionados de una forma lógica con los temores obsesivos, mientras que otros comportamientos no tienen porqué estar relacionados directamente con estos. Un paciente puede, por ejemplo, lavarse excesivamente por miedo a contaminar a sus seres queridos o contaminarse (evitar el daño), por la sensación de suciedad y / o por experimentar obsesiones de contenido agresivo o sexual. Además, como veremos en los siguientes apartados, las compulsiones pueden estar motivadas también por otras variables como el afecto negativo, el asco, la evitación de la sensación de inacabado y/o la presencia de experiencias *Not Just Right (NJR)*. En el trabajo de García-Soriano, Carrió, y Belloch, (2016) las autoras ejemplifican el caso de varios pacientes con rituales de lavado, en los que subyacen diferentes motivaciones ante las mismas compulsiones. En suma, la funcionalidad o los motivos por los que una persona realiza compulsiones o neutralizaciones también parece ser más heterogénea de lo que se pensaba en un inicio. Recientemente, la CIE-11 ha incluido en su definición tres motivos diferenciados para describir las compulsiones: (1) obtener alivio temporal en respuesta a la presencia de la obsesión, (2) seguir ciertas reglas fijas y (3) alcanzar una *sensación de completud*. La incorporación de este último motivo tiene una importancia notable, ya que hasta ahora no formaba parte de la descripción y conceptualización del trastorno. En este sentido, la persona comprobaría o lavaría repetidamente con el objetivo de obtener una sensación de completud, y no con la finalidad de reducir el estado de ansiedad y/o seguir pautas fijas.

Por último, cabe destacar que, pese a que la definición actual del DSM-5 enfatiza el componente compulsivo, ritualístico y repetitivo de las compulsiones, los pacientes con TOC realizan frecuentemente otra serie de estrategias y comportamientos como las

estrategias de neutralización no-ritualizadas y la evitación, que no se caracterizan por ninguna de estas dos premisas, y que se llevan a cabo con la misma función, es decir, hacer frente a las obsesiones (Abramowitz y Jacoby, 2015).

1.2.2 Otros síntomas relacionados con el TOC: ¿más de lo mismo?

Aunque las obsesiones y compulsiones son los síntomas principales del TOC es habitual que a lo largo del curso del trastorno coexistan otros fenómenos psicopatológicos de relevancia clínica. Además, algunos de estos se han formulado como mecanismos explicativos y de mantenimiento de ciertos subtipos del TOC. Siguiendo el esquema anterior, a continuación describiremos los motivadores de síntomas OC, o análogos a las obsesiones, que más apoyo han recibido en los últimos años, así como otros comportamientos habituales que los pacientes ponen en marcha en respuesta a los fenómenos obsesivos.

En relación con los primeros destacaremos el asco, la sensación de inacabado o completud y las experiencias NJR. El asco ha sido una de las dimensiones más estudiadas desde un punto de vista teórico y empírico en relación con los trastornos de ansiedad y el TOC (Taylor, Abramowitz, McKay, y Cuttler, 2012) En el TOC, el asco se relacionado principalmente con el miedo a la contaminación. Por ejemplo, en el trabajo de Moretz y McKay (2008) el asco predijo directamente las puntuaciones en miedo a la contaminación, independientemente del estado de ansiedad de los participantes. Por otro lado, pacientes con síntomas predominantes de contaminación muestran mayores niveles de asco que los pacientes TOC sin esos síntomas (Woody y Tolin, 2002). El asco también se ha conceptualizado como un estado emocional específico de la cultura, que se relaciona con creencias relevantes en el miedo a la contaminación (*“sympatetic magic”*), que consisten básicamente en atribuir propiedades de asco a estímulos neutros. Estudios experimentales en este campo han mostrado que los pacientes con TOC, en comparación con pacientes ansiosos y no ansiosos, puntuaron por encima en el grado de contaminación que se atribuyó a los estímulos presentados (Tolin, Worhunsky, y Maltby, 2004).

La sensación de inacabado es un constructo que proviene del trabajo de Janet *“Les obsessions et la psychasthénie”* (1903), al que denominó como *“les sentiments d’incomplétude”*. Janet planteaba que algunos pacientes manifestaban una sensación interna de imperfección que los atormentaba continuamente. Esta idea fue posteriormente retomada por otros autores, entre los que destaca el grupo de Summerfeldt, que proponen un modelo del TOC compuesto por dos dimensiones motivacionales de síntomas: la evitación del daño y la sensación de incompletud o inacabado, que se ha descrito como una sensación molesta de insatisfacción o incomodidad con el estado o situación actual. Según Summerfeldt, Kloosterman, Antony, y Swinson (2014) es una sensación interior de imperfección, en cuyo extremo patológico funciona como potente motivador a hacer algo por corregirla o eliminarla (*“necesidad de que las experiencias se ajusten a un criterio exacto”*). De acuerdo con Summerfeldt (2004), la sensación de inacabado mantiene asociaciones con algunos síntomas O-C (p.ej., simetría, repetición, lentitud), con un inicio temprano de los síntomas y con rasgos de personalidad obsesiva tales como el perfeccionismo y la indecisión. La teoría de Summerfeldt surge, entre otros motivos, por el descontento con la clasificación de los síntomas O-C a partir de las manifestaciones

o conductas observables, como también por la evidencia de que ante síntomas manifiestos u observables similares subyacen motivaciones diferentes.

Por último, las experiencias Not Just Right (en adelante, NJRE) son experiencias subjetivas cercanas a la sensación de inacabado. Una diferencia entre ambas radica en que las NJRE se relacionan en mayor medida con fenómenos sensoriales (*sensory phenomena*) y la sensación de inacabado con dimensiones motivacionales. La tradición de las NJRE proviene del estudio de los tics nerviosos, y más específicamente del síndrome de la Tourette. La conceptualización contemporánea se refiere a estas como sensaciones de incomodidad de que las cosas no *“están del todo bien”* (“not just right”). Las personas que experimentan estos fenómenos sienten la necesidad de actuar para reducir el malestar que acompaña a estas experiencias o bien para obtener la sensación de que las *“cosas están bien”* (just right), o como *“deberían”* estar. Un ejemplo de estas experiencias son las siguientes: *“al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba perfectamente”*, o *“después de lavarme las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que se sienten las manos limpias”*. El papel de las experiencias NJRE está por esclarecer, aunque los estudios apuntan a que es una dimensión de síntomas con una relevancia clínica significativa en este trastorno (Belloch et al., 2016; Bottessi, Ghisi, Sica, y Freeston, 2017; Ghisi, Chiri, Marchetti, Sanavio, y Sica, 2010; Sica, Caudek, Chiri, Ghisi, y Marchetti, 2012). Las experiencias NJRE se han propuesto como motivadoras de síntomas O-C, como síntomas análogos a las obsesiones, y también como mecanismos implicados en la conducta repetitiva y/o la terminación de las compulsiones. Un ejemplo de esto último se aprecia en la segunda de las descripciones mencionadas: la persona sigue lavándose las manos hasta que obtiene la sensación *“just right”* deseada, *“como se supone que se sienten las manos limpias”*.

En cuanto a las estrategias o comportamientos no ritualizados, Abramowitz y Jacoby (2015) resaltan el rol de las estrategias de neutralización y de la evitación. En relación con la primera, muchas personas con TOC implementan estrategias que técnicamente no cumplen con los criterios del DSM-5 para los rituales compulsivos, es decir, no se rigen por reglas fijas o no se repiten en exceso. Algunos ejemplos de ello son utilizar estrategias de distracción intencionadas, intentos de supresión del pensamiento y otras estrategias sutiles como limpiarse brevemente las manos en los pantalones.

La evitación es una estrategia frecuentemente utilizada por los pacientes, que tiene el objetivo de impedir que aparezcan las obsesiones y que se produzcan las consecuencias temidas que se asocian a ellas. Por ejemplo, no utilizar cuchillos cerca de gente para evitar que aparezca la intrusión, o bien, evitarlos por si puedo hacer daño a alguien. Por otro lado, algunos pacientes informan de realizar conductas de evitación con el objetivo de *“no tener que llevar a cabo los rituales”*. Por ejemplo, un paciente atendido en nuestra unidad refería no *“recoger la maleta”* cuando volvía de viaje, porque de lo contrario *“tendría que dedicarle mucho tiempo”* a sus rituales de limpieza y orden. Algunos autores consideran que una de las diferencias entre las estrategias de neutralización y la evitación, es que las primeras se conceptualizan mejor como una reacción a las obsesiones que ya han ocurrido.

Por último, otra de las estrategias comúnmente utilizada para manejar los pensamientos y miedos es la búsqueda de reaseguro. Esta puede manifestarse

preguntando a otras personas (p.ej., familiares, profesionales) con el objetivo de tranquilizarse o asegurarse de que la intrusión no tiene importancia, o que no va a pasar “nada malo” por tenerla, o bien buscando reaseguro sobre aspectos relativos a las comprobaciones (p.ej., ¿he cerrado la puerta?). Las conductas de comprobación y reaseguro están asociadas a un alivio a corto plazo de la ansiedad, sin embargo este alivio refuerza el uso de tales conductas, lo que ayudaría a comprender la naturaleza "compulsiva" de la búsqueda incesante de seguridad en el TOC (Abramowitz y Braddock, 2006; Deacon y Abramowitz, 2008).

La observación clínica y la literatura científica señalan que hay una consistencia elevada entre los temas de las obsesiones y el tipo de resistencia empleada por el paciente (e.g., McKay et al., 2004). Por ejemplo, las obsesiones de contaminación se suelen presentar junto con rituales de lavado-limpieza, las obsesiones de responsabilidad con compulsiones de comprobación y reaseguro, las obsesiones de orden con compulsiones de simetría, y las obsesiones tabús se relacionan en mayor medida con las compulsiones encubiertas. La evitación puede también predecirse por los tipos de contenidos de las obsesiones, por ejemplo, la persona que no utiliza cuchillos en presencia de alguien por temor a hacerle daño accidentalmente (Abramowitz y Jacoby, 2015).

1.2. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo en los sistemas de clasificación.

La novedad más notoria del DSM-5 (APA, 2013) y la propuesta para la CIE-11 (WHO, 2018; vigente en el 2022), es la incorporación de espectros de trastornos. En ambos, el trastorno obsesivo-compulsivo se incluye en el espectro de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, o espectro O-C. Los puntos en común y discrepancias entre los dos sistemas de clasificación con relación a este espectro de trastornos se exponen en el capítulo 2. En esta ocasión describiremos los criterios generales para el diagnóstico de TOC y las similitudes y diferencias entre los sistemas de clasificación vigentes en lo que se refiere a su conceptualización y diagnóstico.

En el Cuadro 1.2. a. aparecen los criterios diagnósticos según el DSM-5. El diagnóstico de TOC se define por la presencia de obsesiones y compulsiones (o ambas) y la interferencia, en términos del tiempo consumido y deterioro, que provocan. Los especificadores del trastorno hacen referencia al grado de conciencia de enfermedad o *insight* y a la presencia de tics nerviosos en la actualidad o en el pasado.

Cuadro 1.2. a. Criterios diagnósticos del TOC según el DSM-5.

Criterios diagnósticos del DSM-5	300.3 (F42)
A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2): <ol style="list-style-type: none">1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). Las compulsiones se definen por (1) y (2): <ol style="list-style-type: none">1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.	
B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.	
D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo); rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación (rascarse la piel); estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos paratíficos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).	
<i>Especificar si:</i> Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas. Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.	
<i>Especificar si:</i> El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.	

La similitud más notable entre los criterios diagnósticos del DSM-5 y la edición vigente del manual de la OMS (CIE-10, OMS, 1992) es el consenso en los síntomas que constituyen el trastorno: presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, que, en ambos

casos, son criterios necesarios para su diagnóstico (véase Cuadro 1.2.b.). La diferencia más significativa es la distinción que establece la CIE-10 entre obsesiones y compulsiones, en función de si se trata de pensamientos, imágenes o ideas (obsesiones) o actos externos (compulsiones). De ello se deriva que, en la CIE, el diagnóstico de TOC puede especificarse en subtipos en función del predominio de los síntomas. Esta diferenciación por predominio de síntomas no es aplicable en el manual de la APA. La segunda diferencia más notable hace referencia a la descripción de los síntomas. Mientras que en el DSM-5 las obsesiones y las compulsiones tienen criterios específicos separados para los dos síntomas, en la CIE-10 comparten características comunes. De este modo, lo que en el DSM-5 se conceptualizarían como compulsiones cognitivas (actos mentales), en la CIE-10 podrían entenderse como obsesiones, ya que las compulsiones solo quedan definidas como actos. Además, en el DSM-5 se clarifica la existencia de la relación funcional entre las obsesiones y las compulsiones, que está ausente en la descripción de la CIE. Otra discrepancia menor es que en el DSM-5 la definición de obsesiones incluye el impulso, como una modalidad o forma de expresión de estas, mientras que esto no sucede en la CIE-10, que únicamente refleja la modalidad de obsesión en forma de impulso en el TOC con predominio de obsesiones, pero no en su definición general. La tercera fuente de discrepancias hace referencia a los dos especificadores que incorpora el DSM-5: *insight* y tics nerviosos. La CIE-10 no incluye estos criterios como especificadores del trastorno, pero sí quedan reflejados en 3 de las 4 características que definen las obsesiones y compulsiones: reconocimiento excesivo o irracionalidad, resistencia del paciente a los síntomas, y tipo de reforzador que la persona obtiene con los síntomas O-C. En este último, se subraya la distinción entre experimentar placer, el cual estaría más relacionado con la impulsividad y con reforzadores positivos, y la obtención de alivio temporal, que sería más característico de la compulsividad y el refuerzo negativo. Otra diferencia entre ambos es que en la CIE-10 se establece un criterio temporal de padecimiento de los síntomas de al menos dos semanas de duración, mientras que en el DSM-5 no se incluye.

En el Cuadro 1.2.b. se presenta una descripción resumida de los criterios de la CIE-10 y las propuestas para el diagnóstico en la CIE-11. Lo cierto es que la propuesta para la CIE-11 presenta muchas similitudes con los criterios de la APA, aunque también incorpora novedades notables en relación con las dos ediciones vigentes en la actualidad. En la definición se incluyen aportaciones recientes para la comprensión de los síntomas del trastorno. Por un lado, se subraya la asociación entre las obsesiones y la ansiedad, así como la relación funcional existente entre las obsesiones y las compulsiones, y por otro, incluyen la modalidad de impulso como una forma de expresión de las obsesiones. Estos dos puntos no estaban adecuadamente reflejados en la CIE-10, aunque sí en el DSM-5. El elemento más novedoso, es la incorporación de otro mecanismo explicativo de la funcionalidad de las compulsiones, que es la necesidad de la persona de conseguir una sensación de “*completud*” con la realización de tales comportamientos. Esto supone incorporar nuevos mecanismos sobre la etiopatogénesis del trastorno que reflejan su heterogeneidad y suponen cambios diferenciales en el tratamiento del TOC, en función del predominio de estas características clínicas. Por último, también se incorpora un indicador de tiempo consumido por los síntomas O-C (p.ej., más de una hora al día), lo cual integra los criterios diagnósticos con las medidas de evaluación más utilizadas para

valorar la gravedad del TOC (i.e., la Escala de Obsesiones y Compulsiones Yale-Brown; Y-BOCS).

Cuadro 1.2.b. Criterios diagnósticos del TOC en la CIE 10 y CIE 11

CIE-10 (1992)	CIE-11(2019)
Trastornos Neuróticos	Trastorno Obsesivo-Compulsivo y relacionados
Criterios diagnósticos	
A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas). La mayor parte de los días (al menos dos semanas).	Presencia de obsesiones o compulsiones persistentes, o como es lo más común, por la presencia de las dos.
B. Características de las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos). Todas presentes.	Las obsesiones son pensamientos, imágenes, o impulsos persistentes y repetitivos que son intrusivos, indeseados y se asocian comúnmente con la ansiedad. El individuo intenta ignorar o suprimir las obsesiones o neutralizarlas realizando compulsiones.
1. Reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.	Las compulsiones son comportamientos repetitivos que incluyen actos mentales que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión, de acuerdo con reglas rígidas, o para lograr una sensación de “completud”.
2. Son reiteradas y desagradables. Al menos una reconocida como excesiva o irracional.	
3. Intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Al menos una resistida sin éxito.	
4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (distinguir del alivio temporal de la ansiedad o tensión)	
C. Malestar o interferencia en el funcionamiento social o individual (normalmente por el tiempo).	Consumir > 1hora/día y malestar o deterioro (personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas).
D. Exclusión: esquizofrenia o relacionados o trastornos del humor (afectivos)	<i>Incluye:</i> neurosis anancastica, neurosis obsesivo-compulsiva <i>Excluye:</i> comportamiento obsesivo compulsivo
Especificadores	
1. Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas. Pueden tomar la forma de ideas, imágenes o impulsos a actuar, que casi siempre causan malestar al sujeto. Algunas veces las ideas son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día.	1. Trastorno obsesivo-compulsivo con buen insight. La mayor parte del tiempo, el individuo es capaz de considerar la posibilidad de que sus creencias específicas sobre el trastorno no son ciertas y está dispuesto a aceptar explicaciones alternativas a su experiencia. En momentos circunscritos (por ejemplo, cuando está muy ansioso), el individuo puede mostrar una ausencia de insight.
2. Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos). La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se han prevenido situaciones potencialmente peligrosas, de pulcritud y orden. En esta conducta manifiesta subyace miedo, habitualmente a causar o ser objeto de un peligro, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de impedir ese peligro.	2. Trastorno obsesivo-compulsivo con insight pobre o ausente. La mayor parte del tiempo (o todo el tiempo), el individuo está convencido de que las creencias específicas del trastorno son ciertas y no puede aceptar explicaciones alternativas a su experiencia. La falta de insight que muestra el individuo no varía considerablemente en función del nivel de ansiedad que experimenta.
3. Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.	
Otros trastornos obsesivo-compulsivos. Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado.

En relación con los especificadores, la CIE-11 también propone cambios sustanciales con respecto a su edición anterior. Los subtipos en función del predominio de los síntomas O-C, que se establecían en la CIE-10, desaparecen y se sustituyen por criterios referentes al grado de conciencia de enfermedad, más cercanos al modelo de la APA. Una diferencia menor con el DSM-5 es el número de especificadores propuestos, dos en la CIE y tres en el DSM. Sin embargo, como novedad más significativa resaltaremos la incorporación que hace la CIE sobre la variabilidad del grado de *insight* del paciente en función del nivel de ansiedad experimentado.

1.3. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo

1.3.1. Prevalencia, edad de inicio y género.

Los estudios epidemiológicos han mostrado tasas de prevalencia diversas, y en ocasiones, poco consistentes. Los motivos que explican estas divergencias tienen que ver, por un lado, con el tipo de prevalencia estimada (p.ej., si se estima la prevalencia del trastorno en un período de tiempo determinado (prevalencia actual), o a lo largo de la vida o prevalencia vital); y por otro, con los instrumentos y métodos de evaluación empleados (p.ej., observación clínica, entrevistas estructuradas y/o con la formación de los entrevistadores), y con los criterios diagnósticos utilizados (p.ej., criterios diagnósticos de las diferentes ediciones de la APA, OMS) (Calamari, Chik, Pontarelli, y DeJong, 2012).

Pese a ello, la literatura coincide en que los primeros estudios epidemiológicos (<1980) reflejaron tasas de prevalencias considerablemente más bajas de lo que mostraron los estudios posteriores (>1980). Según Calamari et al. (2012), estos trabajos estimaron tasas de prevalencia vital de TOC de entre el 0,05% al 0,3%, aunque estas cifras podían explicarse, en parte, por la metodología utilizada, que se basaba fundamentalmente en la observación clínica, en detrimento de la utilización de entrevistas de evaluación sistematizadas. Estudios epidemiológicos posteriores emplearon una metodología más rigurosa, y mostraron tasas de prevalencia significativamente superiores. Un trabajo pionero en este sentido fue el Estudio Epidemiológico de Área de Karno, Golding, Sorenson y Burnam (1988), que incluyó a participantes de cinco comunidades de los EE. UU. que fueron evaluadas entre 1980-1984. Estos informaron sobre una tasa de prevalencia vital del 2,5 %, una tasa entre 40 y 60 veces superior a la mostrada previamente. En un período de dos semanas, un mes, 6 meses y un año de evolución, las tasas de prevalencia fueron de 1,2%, 1,3%, 1,5% y 1,6% respectivamente. Posteriormente, se informaron tasas de prevalencia similares en otros contextos sociales y culturales: 1,9% en Corea, 2,5% en Puerto Rico, 0,4 % en Taiwán y de entre 1-1,5% en Gran Bretaña (Calamari et al., 2012).

Actualmente, la prevalencia vital del TOC se sitúa entre el 1% y el 3%, cifras que son consistentes en diferentes países y culturas. Por ejemplo, en el trabajo de Ruscio, Stein, Chiu, y Kessler (2010), en una muestra de 2073 participantes, se estimó una prevalencia vital del 2,3 % y del 1,2 % en los 12 meses previos a la evaluación. Además, estos observaron que el 25% de los evaluados habían experimentado obsesiones y compulsiones varias veces en su vida, aunque una proporción relativamente más baja de estos cumplía criterios según el DSM-IV.

Si bien, estos trabajos aportan resultados coherentes con los primeros estudios epidemiológicos rigurosos (Karno et al., 1988), la variabilidad en las tasas de prevalencia sigue siendo considerable. Una de las razones puede recaer en los criterios diagnósticos de los sistemas psiquiátricos de diagnóstico. Por ejemplo, estudios que emplearon la CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), una entrevista de evaluación que combina los criterios de la APA y la OMS, reportaron un rango de prevalencia en un mes de 0,3% a 3,1%. Por otro lado, Crino, Slade, y Andrews (2005) compararon las tasas de prevalencia del TOC basándose en los criterios del DSM-III en comparación con los del DSM-V. Mostraron que las tasas de prevalencia a un año según los criterios del DSM-III fueron del 0,6%, significativamente menores que las estimadas empleando el DSM-IV. Por otro lado, Ruscio et al. (2010), obtuvieron tasas de prevalencia superiores utilizando los criterios del DSM-IV (prevalencia vital del 2,3 % y del 1,2 % en los 12 meses).

La adolescencia y el inicio de la edad adulta son los dos períodos evolutivos donde más frecuentemente debuta el trastorno. Las primeras manifestaciones suelen aparecer entre los 8 y 11 años, con un aumento en los diagnósticos durante la pubertad y nuevamente en la edad adulta temprana (Farrell, Barrett, y Piacentini, 2006; Guzick, et al., 2017). Diferentes estudios han informado además sobre otros dos cursos de inicio, el temprano y el tardío. En cuanto a la prevalencia del TOC en la infancia y adolescencia, los resultados del estudio longitudinal de 1980 del Instituto Nacional de Salud Mental, que evaluó a 5.596 adolescentes, mostraron un punto de prevalencia del 1% y una tasa de prevalencia vital del 1,9%. Por otro lado, en el trabajo de Valleni-Basile et al., (1994), en una muestra comunitaria de 3000 adolescentes, estimaron una prevalencia del TOC del 3% y de TOC subclínico del 19%. Por último, Heyman et al., (2001, 2003), en la Encuesta Británica de Salud Mental Infantil que incluyó a 10.000 participantes de la población infantil y adolescente informaron de una prevalencia actual de TOC del 0,25%. Estas tasas aumentaron progresivamente con la edad de los participantes: entre los 5 y 7 años la prevalencia fue del 0,026%, entre los 8 y 10 años del 0,14%; entre los 11 y 12 años del 0,21%; y por último, entre los 13 y los 15 años la tasa fue del 0,63% (James, Farrell, y Zimmer-Gembeck, 2017). El estudio del TOC de inicio temprano ha recibido un apoyo considerable por parte de la investigación, y los resultados iniciales parecen concluir que puede constituir un subtipo importante de TOC. Resultados de estos trabajos han mostrado perfiles diferentes en función del género, principalmente más hombres (Tukel et., 2005), predominio de síntomas O-C (p.ej., compulsiones de orden, obsesiones de simetría, obsesiones religiosas, obsesiones y compulsiones de acumulación), patrones de comorbilidad diferentes (p.ej., tics, síndrome de Tourette), y un mayor historial de antecedentes familiares (Delorme et al., 2005).

El TOC de inicio en edades avanzadas cuenta con menor literatura. Sin embargo, los trabajos que han examinado este aspecto parecen indicar que el inicio del trastorno no se limita a la edad adulta temprana (Dozier y Ayers, 2017). Se considera un TOC de inicio tardío cuando el trastorno se presenta partir de los 40 años. Las tasas de prevalencia son diversas. Frydman et al. (2014) estimaron que el 8,6% de los casos de adultos mayores con TOC se iniciaron a la edad de 40 años o más, mientras que Weiss y Jenike (2000) plantearon que el inicio después de los 50 años tiene una prevalencia mucho menor, sobre un 0,5%. Por otro lado, Grenier et al., (2009) informaron que, en el 17,6% de los usuarios de viviendas comunitarias, el inicio de los síntomas fue posterior a los 60 años.

Finalmente, los estudios de prevalencia en las últimas décadas de la vida adulta, 70 y 80 años, son escasos. Se han señalado algunos factores predictores del TOC de inicio tardío: en las mujeres el TOC de inicio tardío es más prevalente que en los hombres, el embarazo en las mujeres frente el embarazo reciente en los otros significativos en el caso de los hombres, la presencia de síntomas subclínicos obsesivo-compulsivos de larga duración (diez o más años) y el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático después de los 40 años (Frydman et al., 2014).

En cuanto al género, el TOC de inicio temprano parece afectar desproporcionadamente más a los hombres que a las mujeres, en una ratio de 2:1, sin embargo, en la edad adulta temprana, la distribución de género es más equitativa (Guzick et al., 2017). La revisión de Lochner y Stein (2001) informó ratios similares entre hombres y mujeres, aunque algunos estudios epidemiológicos subrayan una superioridad en las tasas de prevalencia en las mujeres. Esto podría deberse a que en ocasiones las mujeres desarrollan el TOC a una edad avanzada (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, y Wittchen, 2012). Los estudios señalan que este ligero desequilibrio, entre mujeres y hombres, disminuye a partir de los 65 años evidenciándose tasas similares entre ambos (Guzick et al., 2017; Kessler et al., 2012).

Otros autores señalan que las diferencias de género observadas pueden deberse a otros motivos. Por ejemplo, Calamari et al. (2012) apuntan que, por ejemplo, en el estudio de Karno et al. (1988), las diferencias de género carecían de significación estadística cuando se controló la situación laboral de los participantes. Además, como sugirieron Hartung y Widiger (1998), las diferencias de género observadas en buena parte de los estudios epidemiológicos en salud mental pueden explicarse también por factores que van más allá del género de los participantes (p.ej., sesgos del entrevistador, mayor asistencia a centros de salud).

1.3.2. Comorbilidad

“...comorbidity should be seen as part of the flesh and bones of psychopathology”
(Borsboom, 2017, p.8)

Comprender la comorbilidad del TOC con otras psicopatologías tiene una importancia clínica sustancial. La presencia de TOC con otras psicopatologías comórbidas parece ser más la norma que la excepción, de hecho, se estima que entre el 62-92 % de las personas con TOC presentan al menos otra condición clínica comórbida (LaSalle et al., 2004; Torres et al., 2006). Dicho de otro modo, es relativamente poco frecuente que el TOC curse sólo, estimándose únicamente en el 15% de los casos a lo largo de la vida (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001; Diniz et al., 2004; LaSalle et al., 2004).

La comorbilidad entre trastornos tiene repercusiones en varios sentidos. El primero, y más importante, es la asociación entre la comorbilidad psicopatológica y la gravedad de los síntomas, la disminución de la respuesta al tratamiento, un peor pronóstico, y un mayor deterioro en la calidad de vida. Por otro lado, conocer hasta qué punto la misma persona puede haber experimentado diferentes trastornos en diferentes periodos de su vida (es decir, que un trastorno preceda o se dé posteriormente a otro) es relevante en el sentido de que puede sugerir que ambos comparten mecanismos etiológicos relevantes (Clark., 2004). Adicionalmente, la comorbilidad entre los síndromes tiene implicaciones considerables en la clasificación y agrupación de los trastornos mentales. Como veremos

en los capítulos siguientes, uno de los criterios y/o argumentos principales para la re-clasificación del TOC y configuración del espectro O-C en los sistemas de clasificación se basa en la comorbilidad diagnóstica. Este punto lo abordaremos de forma exhaustiva en las páginas que siguen y comentaremos con más detalle la comorbilidad del TOC con otros trastornos con los que se relaciona. Aquí únicamente mencionaremos las características y patrones generales de la comorbilidad del TOC con otras psicopatologías.

Como se muestra en el Cuadro 1.3.2., el TOC presenta una elevada comorbilidad con trastornos muy diversos. La comorbilidad más elevada es con los trastornos de ansiedad, evidenciándose unas tasas de comorbilidad vital de aproximadamente el 75% y unas tasas de comorbilidad en el momento de la evaluación, que rondan entre el 48-64% (Guzick et al., 2017; Horwath y Weissman, 2000; Ruscio et al., 2010). Después de los trastornos de ansiedad, las tasas de comorbilidad más elevadas se producen con los trastornos del estado de ánimo (63,3%), aunque la comorbilidad con los trastornos del control de los impulsos (55,9% en conjunto) y con los trastornos relacionados con el abuso de sustancias (38,6%) tampoco son despreciables (Ruscio et al., 2010). Otros trabajos estiman tasas de comorbilidad elevadas con los trastornos de la personalidad (Calamari et al., 2012).

Por otro lado, la comorbilidad vital de trastornos relacionados con el espectro O-C en personas con TOC oscila entre el 28,4% (de Mathis et al., 2013) y el 67,1% (du Toit, van Kradenburg, Niehaus, y Stein, 2001). En el estudio de Toit y colaboradores (2001) con 85 personas que buscaban tratamiento para el TOC observaron las siguientes tasas de comorbilidad vital: trastorno de excoriación (28,2%); compra compulsiva (12,9%); trastorno dismórfico corporal (TDC) (12,9%); tricotilomanía (TTM) (12,9%); y trastornos de tics (11,8%). De forma similar, en población clínica, Torresan y colaboradores (2013) mostraron las siguientes tasas: 17,7% tuvieron un trastorno de excoriación, el 12,5% compra compulsiva, el 12,1% TDC, el 8,4% tuvo Síndrome de Tourette, y el 6,9% TTM. Además, la prevalencia del trastorno por tics en personas con TOC es elevada, estimándose una comorbilidad alrededor del 28% (Torresan et al., 2013). En un estudio reciente, Lochner y colaboradores (2014) mostraron que, en una muestra de 457 pacientes ambulatorios, el 12,5% tuvo un trastorno de tics, el 8,7% tuvo TDC, el 7,4% excoriación, el 6,9% compra compulsiva, el 5,3% TTM y el 4,2% Síndrome de Tourette.

Cuadro 1.3.2. Comorbilidad del TOC.

Comorbilidad del TOC		
<i>Trastornos</i>	<i>Comorbilidad vital (%)</i>	<i>Referencia</i>
Trastorno dismórfico corporal	8,7 - 19	3,7, 11, 16, 18, 19,22.
Tricotilomanía	5 - 12,9	12,19
Excoriación	7,4 - 28	12,3,11,19,21
Trastorno de acumulación	18 - 40	14
Ansiedad social	3,6 - 41,4	2,4,6
Fobia específica	0,95 - 20,7	2,4,6
Pánico (con/sin agorafobia)	4 - 21	2,3,4,6
Agorafobia	17	3
Ansiedad generalizada	0,95 - 13	2,3,4,6
Trastorno de tics	11,8 - 28	15,19,21
Síndrome de Tourette	4,2 - 8,4	11,21
Abuso alcohol/otras sustancias	20 - 14	19
Anorexia nerviosa	3 - 17	9
Bulimia nerviosa	3 - 10	9
Hipocondría	15	3
Trastorno depresivo mayor	63	17
TDM-recurrente	54	3
Distimia	12 - 24	4
Trastorno Bipolar (tipo II)	6 - 13	1, 7, 10, 13
TP-obsesivo compulsivo	23 - 36	3,5,8

Nota. Referencia (1^{er}autor, año); ¹Amerio et al. (2014); ²Antony et al. (1998); ³Bienvenu et al. (2000); ⁴Brown et al. (2001); ⁵Coles et al. (2008); ⁶Denys et al. (2004); ⁷Diniz et al. (2004) ⁸Garyfallos et al. (2010) ⁹Halmi et al. (2003); ¹⁰LaSalle et al. (2004); ¹¹Lochner et al. (2014) ¹²Lovato et al. (2012); ¹³Maina et al. (2007); ¹⁴Mataix-Cols et al. (2010) ¹⁵Nestadt et al. (2009); ¹⁶Phillips et al. (1998); ¹⁷Ruscio et al. (2010) ¹⁸Stewart et al. (2008); ¹⁹du Toit et al. (2001); ²⁰Torres et al. (2006), ²¹Torresan et al., (2013); TP: Trastorno de la personalidad, TDM: trastorno depresivo mayor.

La comorbilidad del TOC con otros trastornos parece ser más bien asimétrica. Un ejemplo de ello lo observamos en el caso de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, concretamente de la depresión mayor. Es frecuente que personas con TOC tengan un trastorno adicional de depresión y/o ansiedad, mientras que no es tan común que, personas con un diagnóstico primario de estos trastornos tengan también un TOC. Por otro lado, también es frecuente encontrarnos con un patrón inverso: entre el 7,8% y el 40% de pacientes con un diagnóstico primario de esquizofrenia también cumple criterios para un TOC; mientras que, por otro lado, solo entre el 1,7% y el 4% de los pacientes con TOC cumple criterios para este conjunto de trastornos (Denys, et al., 2004). Por último destacar, que también es habitual observar patrones diferenciales en el orden temporal en el que se presentan los trastornos cuando se examina la comorbilidad vital. En el caso de la comorbilidad entre el TOC y los trastornos de ansiedad y del ánimo, por ejemplo, el trabajo de Brown et al. (2001) reveló que los trastornos de ansiedad tenían una tendencia a preceder al TOC, mientras que la depresión mayor parecía ser secundaria.

1.3.3. Curso y estabilidad de los síntomas O-C

Los resultados de los estudios que han examinado el curso longitudinal del TOC son consistentes (Calamari et al., 2012): si el trastorno no se trata, las personas con TOC siguen cumpliendo criterios diagnósticos del mismo, o presentando síntomas O-C, por un período de tiempo prolongado. Además, aunque los síntomas pueden fluctuar con el tiempo, la remisión completa es infrecuente. El estudio longitudinal más amplio hasta la fecha es el de Skoog y Skoog (1999). En este, el mismo profesional evaluó a 144 pacientes con TOC en dos momentos temporales, en un primer periodo entre el 1954-1956 y nuevamente entre 1989-1993. Los resultados de este trabajo fueron los siguientes: el 83% de los pacientes mostró una mejoría en la sintomatología O-C, y el 48% mostró una recuperación clínica, pero solo el 20% se recuperó por completo. En aquellos que se recuperaron, la mejoría fue lenta y progresiva en el 65%, rápida en el 9%, y difícil de evaluar en el 26%. Posteriormente Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw y Rasmussen (1999) mostraron resultados similares en cuanto a la remisión de síntomas, informando de que solo el 20% de un total de 100 pacientes mostraron una remisión completa de los síntomas en el seguimiento a los 5 años. En el estudio retrospectivo de Rasmussen y Tsuang (1986) se observaron tres cursos diferenciales en los pacientes con TOC: el primero, y mayoritario, en el que los síntomas se mantenían de forma continua (84% de los pacientes), el segundo, de aquellos pacientes en los que el curso empeoraba (14% de los pacientes) y por último, aquellos que tuvieron un curso episódico, que solo se dio en el 2% de los casos.

Otra de las preguntas que ha llamado la atención de los clínicos e investigadores es la estabilidad de los síntomas O-C a lo largo del tiempo. Inicialmente, el trabajo de Skoog and Skoog (1999) evidenció que la mayoría de los pacientes experimentaron cambios cualitativos en la sintomatología O-C, y que solo el 12% de los pacientes presentó la misma sintomatología a lo largo del tiempo. Sin embargo, estudios recientes han matizado estas aseveraciones mostrando que, aunque la gravedad de los síntomas pertenecientes a una misma dimensión varía en los pacientes, los síntomas que presentaba la persona raramente cambiaban a otra dimensión completamente diferente (Mataix-Cols, et al., 2002). Besiroglu et al. (2007) evidenciaron resultados similares en un trabajo en el que agruparon a los pacientes según la taxonomía de obsesiones reactivas, autógenas y mixtas (Lee y Kwon, 2003). Los resultados mostraron que los pacientes experimentaron cambios en la sintomatología perteneciente a su propio “subtipo” o dimensión pero que ninguno de ellos transitó de una dimensión de síntomas a otra, es decir, que se observan variaciones, por ejemplo, dentro del grupo de obsesiones reactivas, pero los pacientes no pasaron de experimentar estas obsesiones a tener obsesiones autógenas y viceversa.

1.3.4. Transculturalidad

Está bien reconocido que el trastorno obsesivo-compulsivo es una condición clínica que se manifiesta en todo el mundo, independientemente del país, contexto social y cultural. La fenomenología del TOC se ha descrito desde tiempos remotos en diferentes localizaciones y culturas, y esto se ha venido reflejando en los resultados de encuestas internacionales y estudios transculturales. Sin embargo, como ocurre con la mayor parte de las psicopatologías, la literatura al respecto no es abundante ni exhaustiva, y la mayor

parte de estos trabajos se centran fundamentalmente en países occidentales e incluyen escasa información sobre países no-occidentales, y/o grupos poblacionales minoritarios (p.ej., etnicidad, cultura, contexto social). Mencionado esto, el interés por el estudio transcultural del TOC tiene una importancia clínica considerable, ya que partimos de la base del “efecto de la cultura” en la manifestación de la psicopatología, lo cual es especialmente representativo en el caso del TOC por tratarse de un trastorno multifacético (Williams, Chapman, Simms, y Tellawi, 2017). Además, determinar la influencia de los factores y diferencias culturales que puedan influir en la psicopatología tiene importantes repercusiones, que van desde la epidemiología y fenomenología del trastorno, hasta la notable influencia de estos factores en la búsqueda de ayuda y en el tratamiento.

Los resultados de los estudios transculturales señalan tanto similitudes como diferencias en las tasas de prevalencia, inicio del trastorno y sintomatología O-C entre países occidentales y no occidentales. Las tasas de prevalencia del trastorno son relativamente consistentes, observándose tasas ligeramente superiores (1,9-2,5%) en los países no-occidentales, según datos provenientes de EEUU (Calamari et al., 2012). La Encuesta Nacional de Comorbilidad de los EE. UU. examinó las tasas de prevalencia del TOC en diferentes grupos étnicos, observándose tasas similares entre estadounidenses, hispanos y sus descendientes europeos, mientras que se observó una tasa de prevalencia menor en participantes de procedencia afroamericana (Karno et al., 1988). Un trabajo similar reportó que, pese a que las tasas de prevalencia del TOC eran robustas en función de la etnicidad de los participantes de EEUU, los americanos con procedencia africana y caribeña mostraron una tasa de prevalencia vital del 1,6% (Himle, et al., 2008). En otro trabajo Friedman et al. (2003) observaron que los participantes americanos de procedencia afroamericana y caribeña eran más infra-diagnosticados de TOC que los caucásicos. Los autores argumentaron que estas diferencias podían explicarse por el hecho de que los primeros recurrían en mayor medida a médicos generalistas en lugar de a especialistas en salud mental, al contrario que los participantes caucásicos. De un modo similar, Neighbors (1988) argumentó que, cuando estos participantes pasan por situaciones de crisis emocional, solían buscar ayuda en los cuidados informales del entorno social (p.ej., amigos, familiares, clero).

En cuanto a la edad de inicio del trastorno se observa una mayor variabilidad en los resultados. Los estudios epidemiológicos en países no-occidentales sugieren que los inicios del TOC rondan entre las décadas de los 20 y los 30 años, tasas superiores a las provenientes de los datos de EEUU. Por ejemplo, en Puerto Rico la edad de inicio se encontraba en una media de 35,5 años, en Taiwán de 34,6 años, en Alemania de 30,6 años y en Corea de 29,8 años. De hecho, en países occidentales, los resultados sugieren la existencia de un patrón de inicio temprano y tardío, pero, que sepamos, esto aún no se ha replicado en países no-occidentales (Calamari et al., 2012).

Los estudios transculturales apoyan de forma consistente que los síntomas del TOC son similares entre países y culturas, aunque como es natural se observan diferencias en la fenomenología y expresión de los síntomas, que pueden verse más influidos por factores culturales, sociales y/o religiosos. Por ejemplo, tanto en EEUU como en otros países occidentalizados predominan las obsesiones de contaminación y dudas y las compulsiones de lavado y comprobación (p.ej., Fontenelle, Mendlowicz, Marques, y

Versiani, 2004). Si bien estos síntomas también son predominantes en países no occidentales, se observan diferencias en el predominio de unos contenidos de síntomas sobre otros y en las consecuencias que instigan (p.ej., Karadag, Oguzhanoglu, Özdel, Ateşci y Amuk, 2006; Okasha, 2004). En este sentido, uno de los campos que ha recibido mayor atención es la asociación entre síntomas obsesivos y religiosidad. Los trabajos de Karadag y colaboradores (2006) en Egipto, donde predominan sociedades musulmanas, observaron que era notable la presencia de obsesiones sexuales y además que las compulsiones de repetición y limpieza se valoran de manera más ego-sintónica, (es decir, más acordes con los valores del *self*), que podrían ser la consecuencia de prácticas religiosas que enfatizan la limpieza y la pureza. En un sentido parecido, Yorulmaz, Yilmaz, y Gençöz (2004) mostraron que las personas turcas experimentaban más creencias de fusión pensamiento-acción de tipo moral que las informadas en otras naciones, lo que sería un reflejo de la cultura turca, además de un concepto de la moralidad vinculado a los valores religiosos. Por otro lado, estudios en población cristiana arrojan resultados similares (Abramowitz, Deacon, Woods, y Tolin, 2004; Sica, Novara y Sanavio, 2002). Por ejemplo, en el trabajo de Abramowitz et al. (2004), separaron a los participantes en función del grado de “religiosidad o fe cristiana” y observaron que aquellos con mayor Fe cristiana experimentaron más síntomas obsesivos y lavados compulsivos y valoraron en mayor medida las creencias de importancia y control del pensamiento, en comparación con los participantes con un grado de religiosidad más bajo. Otra línea de investigación interesante tiene que ver con las relaciones entre el judaísmo y los síntomas TOC, concretamente con la escrupulosidad. Desde este punto de vista, los judíos ortodoxos realizan comportamientos religiosos, como lavarse, rezar o consultar con otros referentes, que en ocasiones son difíciles de distinguir de los síntomas TOC en pacientes en fase de tratamiento (Williams et al., 2017). Con esta idea, Rosmarin, Pirutinsky y Siev (2010) estudiaron las actitudes antes los síntomas TOC (escrupulosidad) en participantes judíos ortodoxos y no ortodoxos. En contra de sus hipótesis, los ortodoxos fueron más capaces de discernir los síntomas O-C de los rituales religiosos que los no ortodoxos. Los autores argumentaron que, o bien los participantes ortodoxos sabían capturar mejor la línea entre la religiosidad y los síntomas O-C por conocer con mayor detalle los rituales religiosos, o los participantes no ortodoxos temieron identificar los rituales religiosos como síntomas TOC por miedo a ofender a los ortodoxos.

1.4. Heterogeneidad del TOC: enfoques basados en síntomas O-C.

La homogeneidad del TOC se empezó a cuestionar, entre otras razones, por la complejidad y diversidad de las manifestaciones sintomáticas observadas en la clínica y en la respuesta al tratamiento de los pacientes (García-Soriano, Belloch y Morillo, 2008). A lo largo de los años, numerosos trabajos se interesaron por examinar y establecer subtipos y taxonomías del trastorno. Aunque se han empleado diferentes aproximaciones en los estudios sobre la heterogeneidad del TOC, uno de los abordajes más utilizados es el que se centra en la evaluación de las diferencias en los síntomas O-C. Este se basa en la idea de que ante las similitudes y diferencias en los síntomas subyacen diferencias importantes, como factores etiológicos, y de mantenimiento y/o de respuesta al tratamiento (Calamari et al., 2012). En este punto resaltaremos los trabajos que se han

centrado en el contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva, esto es, “en la expresión más observable o manifiesta del trastorno, o si se quiere, más inequívocamente fenotípica” (García-Soriano et al., 2008, p. 67)

Se han diferenciado dos estrategias metodológicas principales: las racionales o teóricas y las empíricas. Las primeras taxonomías (estrategia racional) se realizaron a partir de la observación clínica, diferenciando a los pacientes por subgrupos de síntomas que estaban presentes o ausentes en la caracterización clínica del trastorno. Una taxonomía clásica fue la distinción entre “obsesivos con compulsiones manifiestas”, y “obsesivos puros” (ausencia de compulsiones manifiestas), en función de si el paciente presentaba compulsiones manifiestas o no. Esta clasificación ha sido ampliamente aceptada por la práctica clínica y se mantiene en los criterios diagnósticos de la CIE-10, que especifica tres subgrupos de TOC en función del predominio de obsesiones, compulsiones o ambas. También se realizaron otras propuestas que establecían las tipologías del trastorno en función del tipo de compulsiones o comportamientos observables, por ejemplo, la diferenciación entre comprobadores (“*checkers*”) y lavadores (“*washers*”) (Hodgson, y Rachman, 1977), donde las obsesiones se agrupaban en un subgrupo, independientemente del contenido de estas. Otro ejemplo de ello, es la taxonomía de Marks (1987), que distingue entre, (1) rituales compulsivos con obsesiones, (2) lentitud sin rituales visibles y (3) obsesiones, o la taxonomía de De Silva y Rachman (1992), que diferencia entre (1) compulsiones de limpieza/lavado, (2) compulsiones de comprobación, (3) otro tipo de compulsiones manifiestas, (4) obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta y (5) lentitud obsesiva primaria (dificultad para verbalizar las obsesiones y compulsiones poco evidentes). Por otro lado, el grupo de Foa (Kozack, Foa, y McCarthy, 1988) propuso una taxonomía teórica que consideraba la combinación de tres mecanismos causales para la clasificación de los subtipos: (1) el tipo de indicios que provoca la ansiedad, (2) la presencia o ausencia de pensamientos sobre posibles consecuencias catastróficas, y (3) el tipo de actividad/compulsión que reduce la ansiedad. Estos autores argumentaron que su propuesta taxonómica atendía a tendencias generales o de grado, más acordes con un modelo de corte dimensional, que a la presencia *versus* ausencia de estos criterios. Al igual que otros muchos autores, estos defienden que los subtipos no son mutuamente excluyentes, ya que un paciente puede tener síntomas de varios tipos. En síntesis, las distintas manifestaciones del trastorno que se han postulado desde una perspectiva racional se pueden resumir en las siguientes:

1. Obsesiones puras
2. Compulsiones de lavado/limpieza
3. Compulsiones de comprobación
4. Compulsiones de repetición
5. Compulsiones de orden
6. Compulsiones de acumulación
7. Lentitud.

Aunque ninguna de las taxonomías descritas cuenta con un consenso generalizado, estas propuestas fueron determinantes para desarrollar taxonomías desde una estrategia empírica. Como elemento común a las taxonomías empíricas, mencionaremos que todas ellas parten del análisis de los síntomas del TOC mediante el empleo de diferentes instrumentos de evaluación: auto-informes o entrevistas construidas sobre la base de las

taxonomías racionales, instrumentos de los síntomas obsesivo-compulsivos, o de procesos etiopatogénicos, etc. No obstante, las taxonomías empíricas se han desarrollado desde diferentes perspectivas teóricas (categorial, dimensional, mixta), y han empleado distintas metodologías y herramientas estadísticas, como el análisis de *clusters* vs. el análisis factorial (para una revisión más exhaustiva de esta cuestión véase García-Soriano et al., 2008).

Las dos vertientes principales son la perspectiva categorial y la dimensional. La primera pretende ofrecer categorías homogéneas de subtipos de TOC diferenciadas y excluyentes entre sí, y es predominante el análisis de *clusters*. Por el contrario, la perspectiva dimensional pretende proporcionar información sobre las dimensiones subyacentes a las manifestaciones sintomáticas. Esta se basa en que estas dimensiones no son mutuamente excluyentes, y los subtipos no existen por sí mismos, sino que representan los puntos extremos dentro de un continuo (García-Soriano et al., 2008). La metodología destacada es el empleo del análisis factorial (exploratorio y confirmatorio). Otra diferencia entre ambas es el tipo de muestra utilizada: la perspectiva categorial se ha centrado en estudios con población clínica, mientras que la dimensional se ha desarrollado tanto en población general como clínica, de acuerdo con la idea de que la experiencia objeto de estudio varía en diferentes parámetros de la normalidad a la psicopatología. En este apartado únicamente nos centraremos en esta última.

Como acabamos de mencionar, desde la perspectiva dimensional se han desarrollado propuestas taxonómicas que han examinado tanto las obsesiones clínicas como sus análogos normativos, que en este caso son los pensamientos intrusos obsesivos o intrusiones mentales con contenidos típicamente obsesivos. En relación con estas últimas, los trabajos en población general han mostrado que la estructura más consistente está compuesta por dos factores: el primero incluye pensamientos intrusos obsesivos de contenido agresivo, sexual y/o sobre conductas inapropiadas o inmorales, y el segundo, pensamientos intrusos sobre simetría, orden, contaminación y duda. Esta estructura es acorde con la taxonomía de obsesiones autógenas y reactivas, que hemos mencionado con anterioridad (p.ej., García-Soriano, 2008), a la que estas autoras denominan Tipo I y Tipo II ya que, a diferencia de la propuesta del grupo de Lee y Kwon (2003), no realizan predicciones ni hipótesis sobre los mecanismos o factores desencadenantes y mantenedores de unas y otras modalidades de obsesiones. Por otro lado, hay cuatro dimensiones de síntomas O-C que han sido identificadas de forma consistente en pacientes con TOC (Bloch, et al., 2008; McKay et al., 2004). Estas son las siguientes:

1. Simetría: obsesiones de simetría y repetición.
2. Pensamientos prohibidos: obsesiones agresivas, sexuales, religiosas y somáticas y compulsiones de comprobación.
3. Limpieza: contaminación y lavado
4. Acumulación

En conjunto, según la propuesta de Mataix-Cols, Rosario-Campos, y Lekman (2005), para comprender la heterogeneidad de los síntomas O-C hay que considerar una serie de supuestos subyacentes a los mismos. Los que han mostrado un apoyo considerable en la literatura son los siguientes: (a) en el mismo paciente, a menudo coexisten diferentes tipos de síntomas; (b) los síntomas TOC forman parte de un continuo O-C de la normalidad a la patología, y, por último, (c) los síntomas van más allá de los

límites de la tradición nosológica. Sobre estas bases, los autores concluyen que la compleja presentación clínica del TOC se podría resumir con unas pocas dimensiones de síntomas sistemáticamente identificadas y temporalmente estables, que se corresponden con las cuatro dimensiones mencionadas (Bloch, et al., 2008; McKay et al., 2004). Además, añaden que, aunque el TOC sea un trastorno heterogéneo, parece más apropiado conceptualizar la heterogeneidad de los síntomas como dimensiones de un mismo trastorno que como múltiples trastornos diferentes.

1.5. Summary-Chapter 1.

Obsessive-compulsive disorder (OCD), considered a “rare clinical condition” until the 1990s, is one of the five most prevalent mental disorders, affecting up to approximately 1.2%-3% of the population. This prevalence rate has been demonstrated consistently across different social and cultural contexts. Gender distribution is fairly equal, and the age of onset is often during puberty and in early adulthood, although it can vary across the developmental stages. Spontaneous remission and complete recovery are uncommon, and more than half of patients with OCD have lifetime comorbid disorders. O-C symptoms are as heterogeneous as OCD, and in most cases their phenomenology and clinical manifestation go beyond the traditional psychiatric nosological boundaries of OCD. Research and clinical practice suggest that, although obsessions and compulsions are core symptoms of OCD, they often coexist with other psychopathological phenomena that are not exclusive to OCD (e.g., Not Just Right Experiences, disgust, or non-ritualized behaviors).

In the DSM-5, OCD became part of the obsessive-compulsive spectrum disorders, a diagnosis category also characterized by its heterogeneity because it includes a group of disorders that are presumed to be distinct from but related to and usually comorbid with OCD. The purpose of chapter 1 was to provide a general description of OCD that makes it possible to understand the O-C spectrum disorders and examine the similarities and differences between OCD and other disorders with which it is usually associated (i.e., OC-spectrum and non-OC spectrum).

2

Ayer y hoy del espectro obsesivo-compulsivo

Los avances en la conceptualización de los trastornos mentales y en los paradigmas explicativos van acompañadas, aunque no en todas las ocasiones, de cambios en los sistemas nosológicos de clasificación que afectan, en mayor o menor medida, a todos los trastornos mentales. Estos pueden implicar modificaciones tanto en la estructura organizativa de los mismos como en su descripción y criterios diagnósticos. Resaltaremos dos de las novedades importantes que han repercutido en el TOC en las últimas décadas: la primera es la configuración del espectro de trastornos obsesivo-compulsivos, independientes de los trastornos de ansiedad, y la segunda, derivada de lo anterior, es la consideración de que la fenomenología nuclear del TOC trasciende a la ansiedad. El planteamiento de un espectro O-C y la ubicación del TOC en los sistemas de clasificación continúa siendo un debate abierto entre expertos, investigadores y clínicos. En nuestra opinión, las premisas fundamentales de esta polémica se basan en las siguientes preguntas: (1) ¿El TOC es únicamente un trastorno de ansiedad?, (2) ¿El TOC es el trastorno organizador de un espectro o familia de trastornos? y (3) ¿Cuáles son las características nucleares del TOC y, por tanto, qué trastornos pueden ser candidatos para formar parte del espectro O-C?

A lo largo de este capítulo examinaremos la ubicación del TOC en el sistema de clasificación de la APA antes de la publicación del DSM-5 y revisaremos las aportaciones más relevantes, a favor y en contra, del espectro O-C. En último lugar, expondremos los criterios generales y trastornos que configuran el espectro según el DSM-5 y presentaremos la propuesta de clasificación para la nueva edición del manual de la OMS.

2.1. El TOC antes del DSM-5.

La categoría de los trastornos de ansiedad, tal como la conocemos hoy en día, no apareció en la nomenclatura oficial del DSM hasta su tercera edición (DSM-III, APA, 1980), sin embargo, las dos ediciones previas incluyeron conjuntos de trastornos que agrupaban las psicopatologías de ansiedad y en las que ésta constituía el mecanismo explicativo subyacente. En las dos primeras ediciones del DSM, caracterizadas por una fuerte influencia del psicoanálisis, los trastornos de ansiedad se agruparon bajo los epígrafes de trastornos psiconeuróticos (DSM-I; APA, 1952) y neurosis de ansiedad (DSM-II; APA, 1968). En cada una se diferenciaban tres grupos de trastornos: (1) reacción o neurosis de ansiedad, (2) reacción o neurosis fóbica y (3) reacción o neurosis obsesivo-compulsiva. Esta última categoría hacía referencia al TOC, aunque su caracterización clínica no se estableció hasta años después. En el Cuadro 2.1. se expone la ubicación del TOC en las taxonomías psiquiátricas de las diferentes ediciones del DSM.

La fenomenología de los síntomas O-C, que conocemos hoy en día, no se describió con claridad hasta la tercera edición del DSM. En las dos ediciones previas, la psicopatología se entendía como secundaria a la presencia de la ansiedad, la cual tenía su origen en conflictos intrapsíquicos. Dicho de otro modo, en el DSM-I, la ansiedad era la característica definitoria nuclear y el modo en que la persona reaccionaba ante esta era lo que determinaba el tipo de reacción. En este caso la “reacción obsesivo-compulsiva” hacía referencia a la presencia de ansiedad “asociada con persistentes ideas indeseadas e impulsos repetitivos para llevar a cabo acciones inmorales para la persona”. En la segunda edición, estos trastornos se clasificaron como neurosis y las condiciones clínicas que se agruparon bajo este epígrafe estaban caracterizadas por ansiedad de la cual el individuo desea obtener un alivio. Bajo el término de neurosis obsesivo-compulsiva, el TOC se definió de forma similar a la primera edición, con la inclusión adicional de una característica que hacía referencia a la presencia de ansiedad ante la necesidad de prevenir el ritual compulsivo o sentirse incapaz de controlarlo.

En palabras de Sandín (2013), el DSM-III “*significó un triunfo de Kraepelin sobre Freud*” (pág. 257). La influencia de Kraepelin generó la primera revolución en la clasificación de los trastornos mentales y cambió el paradigma imperante en la psicopatología y psiquiatría. Esto se fundamentaba en dos razones principales, la primera, por la utilización de un diagnóstico categorial, que se centraba en los síntomas para describir los trastornos, frente a uno dimensional; y segundo, por apoyarse en una perspectiva neutral o atórica, más cercana al modelo biomédico. De hecho, una de las novedades de esta edición fue la eliminación de la terminología psicoanalítica para describir los trastornos mentales (ej., mecanismos de defensa), que se empleaba en las dos ediciones anteriores. Adicionalmente, el DSM-III fue el primero en incorporar un abordaje multiaxial para el diagnóstico de los trastornos mentales, y basó su taxonomía en función de varios ejes. En el Eje I, dedicado a los trastornos mentales, se incluyó, por primera vez, el epígrafe de *Trastornos de Ansiedad*. En este se establecieron dos categorías principales, los trastornos por fobias, y los estados de ansiedad, donde se incluyó el TOC. En la revisión del DSM-III (APA, 1987) no se realizaron cambios estructurales importantes, salvo que se incluyó una categoría adicional para determinar aquellos trastornos de ansiedad no especificados por los criterios anteriores.

Una revisión mayor se produjo en 1994 con la edición del DSM-IV. Esta coincidió con la publicación de la CIE-10, y con el esfuerzo por minimizar las inconsistencias entre ambos sistemas de clasificación e incorporar hallazgos de la investigación en la nueva propuesta diagnóstica. Pese a que se dieron cambios notables en los criterios específicos de algunos de los trastornos de ansiedad, se mantuvo la categorización vigente y se añadieron tres nuevos trastornos de ansiedad: el de estrés agudo y los de ansiedad causados por enfermedades físicas e inducidos por sustancias (para una revisión más exhaustiva véase Calamari, et al., 2012 (pp.13-19); Sandín, 2013, (pp. 255-286)).

Las propuestas para el DSM-5, que se mantuvieron desde el 1999, prometieron ser “*esa segunda revolución de los trastornos mentales*”, generando un escenario de debate sobre la conceptualización de los trastornos mentales y la psicopatología, que no se habían dado desde aquella tercera edición (Sandín, 2013). Una de las modificaciones principales fue la incorporación de espectros o dimensiones para establecer nuevas agrupaciones de trastornos. En el caso del TOC, el cambio más notorio fue la separación de este de los

trastornos de ansiedad y la configuración de un espectro de trastornos independiente. El TOC pasaba a ser el trastorno organizador principal de un conjunto de psicopatologías: *Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*. Finalmente, en el DSM-5, este espectro incluyó los siguientes trastornos: (a) trastorno obsesivo-compulsivo (anteriormente en los trastornos de ansiedad); (b) trastorno dismórfico corporal (anteriormente en los trastornos somatomorfos); (c) tricotilomanía (anteriormente en los trastornos por control en los impulsos); (d) trastorno por excoriación (nuevo trastorno); y (e) trastorno por acumulación (nuevo trastorno). Además, se incluyeron las categorías diagnósticas de: (f) TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica; (g) TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias; (h) otros TOC y trastornos relacionados especificados; y (i) otros TOC y trastornos relacionados no especificados.

Cuadro 2.1. Evolución del TOC en los sistemas de clasificación del DSM.

Edición DSM	Categoría principal	Trastornos específicos
DSM-I (1952)	Trastornos Psiconeutóticos	Reacción de ansiedad Reacción fóbica Reacción obsesivo-compulsiva
DSM-II (1968)	Neurosis de ansiedad	Neurosis de ansiedad Neurosis fóbica Neurosis obsesivo-compulsiva
DSM-III (1980, 1987)	Trastornos de ansiedad	Trastornos por fobias – Agorafobia con AP – Agorafobia sin AP – Fobia social – Fobia simple Estados de Ansiedad – Trastorno de Pánico – Trastorno de Ansiedad Generalizada – Trastorno Obsesivo-Compulsivo – Trastorno de Estrés Postraumático – Trastorno de ansiedad no especificado (DSM-III-R) *
DSM-IV (1994; 2000)	Trastornos de ansiedad	– Trastorno de estrés agudo* – Trastorno de ansiedad causado por enfermedades físicas/ inducido por sustancias *
DSM-5 (2013)	TOC y trastornos relacionados	– Trastorno obsesivo-compulsivo – Trastorno dismórfico corporal – Tricotilomanía – Trastorno por excoriación – Trastorno por acumulación – TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica/inducidos por sustancias – Otros TOC y trastornos relacionados especificados/ no especificados.

Nota. *Se incluyen los mismos trastornos que en la edición previa, y se añaden nuevas categorías y/o cambios en la presente edición.

2.2. Un debate abierto.

La propuesta de reclasificación del TOC en los sistemas de clasificación se convirtió en un escenario de controversias, principalmente en las dos décadas previas a la publicación del DSM-5. Un ejemplo de esta polémica se refleja claramente en el trabajo Mataix-Cols, Pertusa, y Leckman (2007), quienes realizaron una encuesta on-line a investigadores y clínicos expertos en TOC de todo el mundo para conocer su opinión respecto a la configuración de un espectro O-C. Por un lado, les preguntaron si estaban de acuerdo con separar el TOC de la categoría de los trastornos de ansiedad y con la creación de una nueva categoría diagnóstica y por otro, les pidieron opinión sobre qué trastornos deberían incluirse. De los 187 profesionales (108 psiquiatras, 69 psicólogos, 10 otros) que respondieron a la encuesta, el 40% no estaba de acuerdo con mover al TOC de los trastornos de ansiedad, mientras que el 60% si lo estaba. Los resultados de este trabajo reflejaron además diferencias entre la opinión de los profesionales de la psiquiatría (75% de acuerdo), y los otros profesionales (40-45% de acuerdo). El argumento principal por el que el TOC tendría que separarse de los trastornos de ansiedad fue que las obsesiones y las compulsiones, más que la ansiedad, son las características fundamentales del TOC. Por otro lado, el mayor motivo de desacuerdo principal fue que el TOC y los trastornos de ansiedad respondían de una forma similar al tratamiento y tendían a co-ocurrir. Los trastornos que se propusieron para configurar el espectro fueron el TDC (72% de acuerdo), la tricotilomanía (70% de acuerdo), los trastornos de tics (61% de acuerdo) y la hipocondría (57% de acuerdo). El 45% estuvo de acuerdo con incluir también el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo.

Lo anterior permite hacernos una idea de los principales puntos de debate y discrepancia que surgieron en aquel entonces y algunos de los cuales se mantienen en la actualidad. En la literatura se evidenciaron posturas y argumentos encontrados, siendo las más relevantes, la propuesta liderada por Eric Hollander y la crítica de Jonathan Abramowitz y sus respectivos grupos de trabajo.

2.2.1 La defensa del espectro O-C.

Uno de los mayores defensores del espectro fue Hollander y su grupo (p.ej., Hollander, 1993; 1998; Hollander, Braun, y Simeon, 2008; Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, y Iyengar, 2005). Sus investigaciones repercutieron considerablemente en los criterios para la configuración del espectro en el DSM-5 y siguen recibiendo un elevado apoyo hoy en día. La propuesta de configuración de un espectro O-C devino de las observaciones de que un número de trastornos diversos, por ejemplo, el TDC, la hipocondría, algunos trastornos alimentarios y los trastornos del control de impulsos, compartían características típicamente O-C. Estos trastornos estaban caracterizados por pensamientos intrusivos fenomenológicamente obsesivos y comportamientos de naturaleza compulsiva y, además, presentaban similitudes con el TOC en características clínicas, comorbilidad, predisposición familiar, circuitos y estructuras cerebrales, sistemas de neurotransmisión y respuesta al tratamiento.

Inicialmente, estos autores plantearon que, los trastornos del espectro O-C podían dividirse en tres grupos, en función del dominio de los síntomas principales. Una representación gráfica de esta propuesta aparece en la Figura 2.2.1.

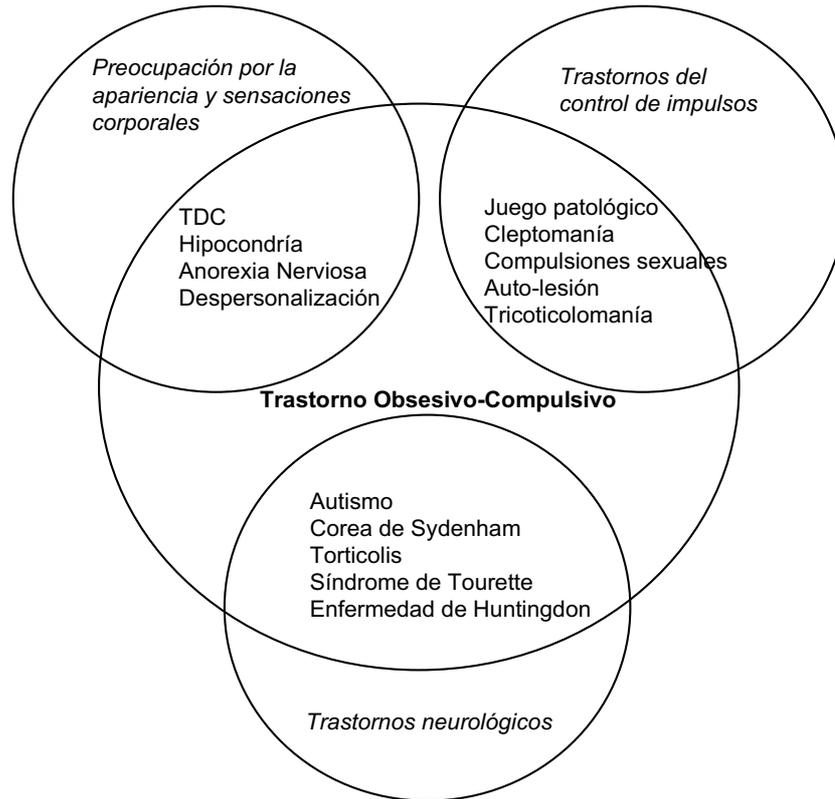


Figura 2.2.1. Propuesta inicial de la agrupación de trastornos del espectro O-C según Hollander. Adaptado de Hollander (1998).

El primer grupo lo conformaban los trastornos caracterizados por la preocupación por la apariencia del cuerpo y las sensaciones corporales y se incluyeron el trastorno dismórfico corporal, la despersonalización, la anorexia nerviosa, y la hipocondría. El segundo grupo estaba compuesto por trastornos del control de los impulsos, como las compulsiones sexuales, la tricotilomanía, el juego patológico, la cleptomanía y las autolesiones. El último grupo, lo componían una serie de trastornos neurológicos caracterizados por conductas repetitivas, como el autismo, el síndrome de Tourette y la Corea de Sydenham (Hollander et al., 2005). Las relaciones que estos trastornos mantenían con el TOC eran diversas. Según, McElroy Phillips y Keck (1994) los trastornos del primer grupo compartirían similitudes con los síntomas TOC, que se centran fundamentalmente en la experimentación de intensas preocupaciones, a menudo descritas como intrusivas, que desencadenan respuestas de ansiedad. La respuesta a la ansiedad se traduciría en los comportamientos repetitivos, que se realizan para reducir la angustia causada por las obsesiones (p.ej., visitas al médico repetitivas, reaseguro, comprobaciones en el espejo, cirugías y otras intervenciones cosméticas repetitivas, etc.). Además, el contenido de las preocupaciones es similar a las observadas en el TOC (p. ej., problemas de salud o preocupaciones de simetría). El segundo grupo estaría compuesto por los trastornos del control de los impulsos y el predominio de la impulsividad. Si bien los comportamientos característicos de estos trastornos se asocian principalmente con la experimentación de placer y el refuerzo positivo, estos autores sostienen que hay un elemento compulsivo en estos comportamientos porque funcionan para reducir la

ansiedad (Hollander y Wong, 1995). Por otra parte, argumentan que las obsesiones son prominentes en muchos de estos trastornos (ej., pensamientos obsesivos sobre el juego) y además que, exhiben niveles más altos de obsesividad que controles sanos. Por último, los trastornos neurológicos con comportamientos repetitivos compartirían con el TOC el comportamiento repetitivo motor, aunque las obsesiones sean menos comunes. Adicionalmente señalan que estos trastornos comparten disfunciones neurológicas, (p.ej., en los ganglios basales) y que ello puede conducir a los comportamientos repetitivos y estereotipados que destacan en estos trastornos (McElroy et al.,1994).

Adicionalmente, Hollander y su grupo plantearon que los trastornos del espectro O-C podrían representarse en tres dimensiones bipolares: (1) compulsividad-impulsividad o de valoración del riesgo, (2) cognitivo-motora, y (3) esquizo-obsesivo-cognitiva (*insight*). La dimensión de síntomas más influyente y que mayor cuerpo de investigación ha recibido es la de compulsividad-impulsividad. La compulsividad se caracterizaría por la aversión al riesgo, la sobrevaloración de la probabilidad de que algo negativo suceda en el futuro inmediato y la consiguiente ansiedad anticipatoria, mientras que el extremo opuesto, la impulsividad, se definiría por la consecución de acciones sin considerar las consecuencias negativas del comportamiento. Según estos autores, los trastornos relacionados con la preocupación por el cuerpo y las sensaciones corporales (grupo 1) se colocarían en el extremo de la compulsividad, mientras que los trastornos del control de impulsos (grupo 2) ocuparían el otro extremo, el de la impulsividad.

Por último cabe mencionar que en las formulaciones clásicas de los trastornos del espectro O-C los síntomas propios del TOC se consideraban el prototipo (Hollander, 1993; Hollander, Zohar, Sirovatka, y Regier, 2011). De hecho, el trastorno candidato para formar parte del espectro tendrá tantas posibilidades de pasar a ser considerado como componente de éste como características clínicas comparta con el TOC. En el Cuadro 2.2.1 se expone un ejemplo del prototipo de endofenotipos del TOC que Hollander y colaboradores (2011) plantearon para la revisión de la agenda del DSM-5. Según estos autores, el prototipo TOC constituye una guía para justificar la agrupación de unos trastornos sobre otros en la constitución del espectro O-C. De estas aportaciones deviene la idea, expresada por diferentes autores (p.ej., Steketee, 2012), de que el TOC es el trastorno organizador del espectro O-C.

Cuadro 2.2.1. Grilla de endofenotipos del TOC

Categorías (endofenotipos del TOC)	Ejemplos de la literatura
Características clínicas	Subtipos de obsesiones/compulsiones definidos
Curso de la enfermedad	Inicio bifásico (infancia y adultez temprana)
Comorbilidad	Depresión (66% prevalencia vital)
Epidemiología	Ratio hombres/mujeres =1.5:1
Historia familiar	TOC en el 10% de los familiares de primer grado
Factores genéticos	Genotipo COMT en hombres
Circuitos cerebrales	Disfunción en el circuito orbito-frontal-latero-ventral estriad
Neuropsicología	Fallos en el mecanismo inhibitorio
Disección farmacológica	Ningún efecto del agotamiento del triptófano.
Biomarcadores	↑anticuerpos de los ganglios basales (algunos casos pediátricos)
Respuesta al tratamiento	Respuesta preferencial a ISRS.
Modelos en otras especies	Estimulación de D2/D3 (quinpirol) induce las comprobaciones en ratas.

Nota. ISRS; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; COMT: Polimorfismo de nucleótido único met-met en el gen catecol-o-metiltransferasa; D2/D3=receptores de dopamina tipo 2/tipo 3. Extraído de Hollander et al. (2011, p.3.)

A modo de conclusión, resaltaremos que aunque todos los trastornos propuestos por Hollander no se llegaron a proponer como candidatos para el espectro O-C, un considerable número de ellos sí lo hicieron. Del mismo modo, los argumentos planteados por estos y otros autores tuvieron un impacto razonable en configuración del espectro O-C en el DSM-5. Los criterios más influyentes fueron los siguientes:

1. Los síntomas cardinales del TOC y los trastornos del espectro son pensamientos y comportamientos repetitivos y déficits en la inhibición de la conducta.
2. El TOC y los trastornos del espectro se solapan en edad de inicio, comorbilidad y carga familiar.
3. El TOC y los trastornos del espectro comparten anomalías en los circuitos cerebrales y sistemas biológicos (p.ej., neurotransmisión, péptidos).
4. El TOC y los trastornos del espectro comparten perfiles similares de respuesta al tratamiento.

La propuesta de Hollander recibió un amplio reconocimiento por parte de los investigadores. Los defensores de este enfoque han difundido ampliamente sus argumentos en publicaciones académicas y clínicas (p.ej., Bartz y Hollander, 2006; Hollander et al., 2005; Hollander y Evers 2004; Hollander, Kim, Khanna, y Pallanti, 2007; Lochner y Stein 2006; Stein y Lochner 2006) y han sentado la base para investigaciones posteriores. No obstante, también recibieron un considerable número de críticas que se fundamentan, entre otras, en las siguientes razones: (a) ser una propuesta demasiado ambiciosa, ya que incluye un número elevado y diverso de trastornos, (b) falta de clarificación de algunos conceptos fundamentales, como la dimensión de compulsividad-impulsividad y (c) inconsistencias y limitaciones metodológicas en los resultados de algunos de sus trabajos.

2.2.2. La crítica al espectro O-C.

El mayor opositor a esta propuesta fue Jonathan Abramowitz y su grupo de trabajo (p.ej., Abramowitz y Jacoby, 2015; Storch, Abramowitz, y Goodman, 2008). La crítica de estos autores se fundamenta en dos premisas fundamentales: una, por el supuesto de partida de separar el TOC de los trastornos de ansiedad, con los que defienden que el TOC guarda una mayor relación y dos, por los criterios y evidencia propuestos por el equipo de Hollander para argumentar la configuración del espectro O-C. En palabras de los autores, “*cuando estos trabajos se examinan de cerca, muestran claramente carencias en su lógica subyacente y una falta de apoyo empírico considerable*” (Abramowitz y Jacoby, 2015, p. 170), que puede conllevar que sean fácilmente interpretables y cuestionables. Durante los últimos años, el grupo de Abramowitz ha revisado exhaustivamente los criterios de agrupación y evidencias propuestos para la configuración del espectro O-C y también ha presentado argumentos de un interés notable que cuestionan las conclusiones derivadas de los mismos. Revisaremos a continuación algunos de ellos, teniendo en cuenta los criterios más influyentes para la creación del espectro.

En relación con los síntomas, el grupo de Hollander plantea que los aspectos nucleares del TOC y por tanto de los trastornos relacionados, son los pensamientos y comportamientos repetitivos, así como los fallos en los mecanismos inhibitorios. Como hemos visto en el capítulo 1, la fenomenología de los síntomas del TOC es mucho más amplia y diversa, por lo que la descripción propuesta en el DSM y en el trabajo de Hollander, solo explica una parte de los síntomas TOC. El hecho de que en los sistemas de clasificación el TOC pueda diagnosticarse por la presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) repercute en que estos fenómenos se puedan considerar como independientes, pudiendo conllevar que se den paralelismos en la forma de los síntomas de otros trastornos (p.ej., juego compulsivo) y que pasen desapercibidos los mecanismos funcionales que vinculan las obsesiones con las compulsiones. Dicho de otro modo, aunque ambos grupos de investigación coinciden en examinar las similitudes en los síntomas del TOC y los trastornos relacionados, la propuesta de Hollander ofrece únicamente una explicación estructural o topográfica de los síntomas, es decir, en la forma y, además, se centra únicamente en el dominio comportamental e ignora aspectos motivacionales y cognitivos. Del mismo modo, se omite la importancia de otros comportamientos, típicamente O-C, como las estrategias de neutralización o las compulsiones encubiertas y se enfatiza el papel de la repetición del comportamiento, cuando es únicamente una de las diferentes maneras en que los pacientes con TOC hacen frente a las obsesiones (Storch et al., 2008).

En su última revisión del tema, J. Abramowitz y R. Jacoby (2015) argumentan que, en relación con los trastornos del espectro O-C en el DSM-5, los síntomas que comparten el TOC y los relacionados son más bien de tipo topográfico o estructural, que funcional o motivacional. La existencia de similitudes en la forma de los síntomas entre estos trastornos está clara, sin embargo, desde un punto de vista funcional, es decir, del porqué se realizan y mantienen estos comportamientos, hay diferencias importantes entre ellos. Subrayan el hecho de que, en el TOC y el TDC, los comportamientos están motivados con el refuerzo negativo que se obtiene tras su realización, mientras que por ejemplo, en la tricotilomanía o en la excoriación se produce una ganancia o refuerzo positivo tras la realización de los síntomas. Por otro lado, también argumentan que el supuesto de que el

TOC está relacionado con déficits en el comportamiento inhibitorio, tampoco está ampliamente apoyado en la literatura.

Este argumento es, a nuestro entender, fundamental, ya que repercute en la formulación teórica y conceptualización del trastorno, como en los aspectos relacionados con el tratamiento. Respecto a este último, los autores plantean que el tratamiento para los diferentes trastornos del espectro O-C es diferente. Mientras que en el TOC y el TDC se basan en tratamientos donde se prioriza la exposición con prevención de respuesta, en la excoriación y tricotilomanía destaca la inversión del hábito, estrategia típicamente utilizada en los trastornos de tics. Aunque las similitudes entre el TOC y el TDC están bien establecidas, cuestionan las relaciones con los otros trastornos (concretamente con la tricotilomanía, la excoriación y la acumulación). Por estos motivos, también argumentan que el TOC y el TDC podrían tener una mayor relación con los trastornos de ansiedad.

En otro sentido, los proponentes del espectro O-C sugieren que el TOC y los otros trastornos comparten características similares en la edad de inicio y curso del trastorno. Como hemos mencionado, la edad media de inicio del TOC se encuentra entre finales de la adolescencia y principios de la juventud, y generalmente cursa de forma crónica. Esto es también característico de los otros trastornos del espectro, que suelen aparecer entre la adolescencia y la edad adulta temprana y evolucionan de forma similar (p.ej., Bjornsson et al. 2013; Flessner et al. 2010; Wilhelm et al. 1999). Sin embargo, los autores plantean que no son los únicos trastornos que cursan con un patrón similar, ya que otros trastornos mentales que no se incluyen en el espectro también presentan estas características (p. ej., depresión, bipolaridad, ansiedad, trastornos alimentarios). Los autores plantean que el hecho de que los trastornos del espectro compartan estas condiciones no significa que sea algo específico de estos trastornos, ni tampoco sustenta la relación que mantienen con el TOC.

Las tasas de comorbilidad entre el TOC y los trastornos del espectro fue otro de los argumentos utilizados para justificar su agrupación conjunta. Sin embargo, las cifras de comorbilidad del TOC son mayores con otros trastornos que con los del espectro O-C. Por ejemplo, en el estudio de Bienvenu et al. (2000) se informó sobre las siguientes tasas de comorbilidad de trastornos del espectro en 80 pacientes con TOC: 16% con hipocondría, 15% con TDC, 9% con anorexia nerviosa, 4% con bulimia, 4% con tricotilomanía, 3% cleptomanía, y 0% con juego patológico. El trabajo de Richter, Summerfeldt, Antony, y Swinson (2003) mostró tasas de comorbilidad similares: el 13% con los trastornos de tics, el 9% con tricotilomanía, el 5% con trastornos alimentarios y el 15% con excoriación. Por otro lado, el trabajo de Nestadt et al. (2001) mostró que el 13% de los pacientes con TOC cumplían criterios del trastorno de ansiedad generalizada, el 20,8% de trastorno de pánico, el 16,7% de agorafobia, el 36% de ansiedad social, el 30,7% de fobias específicas, y el 54,1% de depresión mayor recurrente (Storch et al., 2008). Además, los autores aseveran que *“la comorbilidad indica simplemente alguna asociación entre trastornos; no necesariamente tiene un significado desde el punto de vista etiológico o nosológico”* (Abramowitz y Jacoby, 2015, p. 174). En relación con los patrones familiares, los resultados apuntan conclusiones similares, aunque la literatura disponible no es abundante. Los defensores del espectro O-C sugieren que si los trastornos del espectro se dan en familiares de personas con TOC, entonces estos

trastornos se relacionan y comparten factores genéticos de base. Sin embargo, el trabajo de Bienvenu et al. (2000) mostró que la prevalencia vital de tricotilomanía en familiares de primer grado de adultos con TOC fue del 1%, mientras que las tasas de trastornos de ansiedad fueron superiores.

Para finalizar también argumentan su crítica para los criterios basados en argumentos puramente biológicos (anomalías en circuitos cerebrales y neurotransmisores, sistema de péptidos y respuesta al tratamiento farmacológico), pero dado que no constituyen los objetivos de este trabajo, únicamente resumiremos los argumentos más relevantes. Por un lado resaltan la escasez de trabajos, las limitaciones de las muestras y de los diseños experimentales, principalmente por el predominio de diseños correlacionales y la escasez de estudios aleatorizados. Por otro lado, inciden en la necesidad de incorporar teorías psicológicas de referencia para explicar los trastornos mentales, y advierten de la superioridad de las explicaciones biológicas en la actualidad para fundamentar las taxonomías psiquiátricas. Subrayan además las limitaciones que se derivan de extraer conclusiones sobre “aspectos cerebrales” de las que está claro que conocemos una mínima parte (Abramowitz y Jacoby, 2015).

En conclusión, la crítica de estos autores también ha suscitado un gran número de interrogantes y trabajos de investigación en los últimos años. Más allá de la pertinencia de agrupar el TOC con los trastornos de ansiedad o con los del espectro O-C, lo que en nuestra opinión es fundamental son los argumentos basados en las similitudes en los síntomas y el tratamiento, que en definitiva, son los objetivos principales que debe garantizar una propuesta taxonómica concreta. Estamos de acuerdo además en que la propuesta del espectro del DSM-5 carece de teorías psicológicas de referencia y que hay un predominio de argumentaciones basadas en criterios biologicistas para fundamentar la agrupación de los trastornos mentales en los sistemas taxonómicos actuales.

2.2.3 Otras aportaciones al espectro O-C.

La noción de un espectro O-C ganó popularidad en las últimas décadas y diferentes autores, aparte de los mencionados, realizaron aportaciones muy relevantes para su comprensión. Nos gustaría mencionar la propuesta integradora de Gail Steketee (2012). La autora plantea dos dimensiones (emocional y comportamental) a lo largo de las cuales se podrían situar varias condiciones obsesivo-compulsivas, en función de la posición de los trastornos propuestos en las mismas. Nótese que no se pretende que estas dimensiones sean ortogonales a la impulsivo-compulsiva, sino que se reconoce su solapamiento con ésta y únicamente se diferencian en que hacen referencia a procesos psicológicos diferentes. La Figura 2.2.3. muestra una representación de los Trastornos del espectro O-C de acuerdo con estas dos dimensiones.

relación con los trastornos de ansiedad, el capítulo de los trastornos del espectro O-C se presenta después de la sección dedicada a estos trastornos. Posteriormente, inciden en que los síntomas son excesivos o más persistentes de lo normal para la etapa de desarrollo y requiere que el clínico evalúe diferentes factores para establecer la distinción entre síntomas subclínicos y clínicos. Del mismo modo, resaltan que, pese a que las obsesiones y compulsiones pueden variar, ciertas dimensiones de síntomas son comunes, como los síntomas de limpieza, simetría y repetición, los pensamientos tabúes o prohibidos y de daño. En última instancia se clarifica cuándo se tiene que utilizar el especificador de tics en el TOC, y se presenta una breve descripción clínica del resto de trastornos O-C. En el apartado dedicado a cada uno de estos trastornos se incluye información adicional sobre características diagnósticas, epidemiología, curso y comorbilidad, entre otras.

Similar al DSM-5, el grupo de trabajo de la OMS también ha propuesto incluir en la CIE-11 una categoría de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. En el Cuadro 2.3. se exponen los trastornos que se incluyen en esa categoría. Es evidente que la creación de esta agrupación de trastornos es un claro cambio con respecto a la edición de la CIE-10. Los fundamentos por los que argumentan agrupar entidades tan dispares en la CIE 10 de forma conjunta en la CIE-11 es similar a la propuesta de la APA. Según Stein y colaboradores (2016) la agrupación se basa en la evidencia de que los trastornos propuestos comparten características clínicas fundamentalmente caracterizadas por la presencia de pensamientos no deseados y comportamientos repetitivos relacionados (Phillips et al., 2010). Además, estos comparten con el TOC una familiaridad superior a la esperada (Bienvenu et al., 2012), factores de riesgo genéticos, anomalías neuroquímicas y en los circuitos neuronales (p.ej., Milad y Rauch, 2012; Monzani, Rijdsdijk, Harris, y Mataix-Cols, 2014; Nikolaus, Antke, Beu, y Müller, 2010). Adicionalmente, estos co-ocurren frecuentemente (Lochner et al., 2005) y algunos comparten respuestas similares al tratamiento farmacológico y psicológico (Fineberg et al., 2014).

Los trastornos finalmente propuestos en la CIE-11 son los siguientes: por un lado, se incluyen el TOC, la hipocondría, el TDC y se crea una nueva entidad: el síndrome de referencia olfatorio. Anteriormente el TOC, la hipocondría y el TDC se clasificaban en el grupo general de *Trastornos Neuróticos, relacionados con el Estrés y Somatomorfos*: el TOC formaba parte de los *Trastornos Neuróticos*, la hipocondría de los *Somatomorfos* y el TDC, al incluirse como modalidad de hipocondría, formaba asimismo parte de los *Somatomorfos*. Por otro lado, en el espectro O-C de la CIE-11 también se incorporan el trastorno por acumulación y dos trastornos relacionados con comportamientos repetitivos corporales, de los que únicamente se ponen como ejemplos la tricotilomanía (anteriormente en los trastornos del hábito y del control de los impulsos, de la CIE-10) y la excoriación (en la CIE-10, incluida en las enfermedades dermatológicas como “excoriación neurótica”) sin más explicaciones. Por último, se hace referencia al Síndrome de Tourette en el capítulo dedicado al espectro O-C, aunque se incluye en la categoría de otros trastornos por tics primarios (actualmente en el capítulo de enfermedades del sistema nervioso).

La propuesta de trastornos que se proponen en la CIE-11 es bastante similar a la del DSM-5. El Cuadro 2.3. presenta las similitudes y diferencias entre ambos manuales.

Cuadro 2.3. Comparación de los trastornos que configuran el espectro obsesivo-compulsivo en el DSM-5 y la CIE-11.

Espectro obsesivo-compulsivo	
DSM-5	CIE-11
Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados	= Obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	= Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
Trastorno dismórfico corporal (TDC)	= Trastorno dismórfico corporal (TDC)
-----	≠ Trastorno de referencia olfativa
-----	≠ Hipocondría
Trastorno de acumulación (TA)	= Trastorno de acumulación
-----	≠ Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo
Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)	= Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
Trastorno de excoriación (rascarse la piel)	= Trastorno de excoriación (rascarse la piel)
-----	≠ Otros trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, especificados.
-----	≠ Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, no especificados.
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos	= Trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados inducidos por sustancias * Incluyen más sustancias en la CIE.
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica	= Trastorno obsesivo-compulsivo o relacionados secundarios a otros síndromes
-----	≠ Referencia al Síndrome de Tourette
Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados	= Otro trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados especificados
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados	= Otro trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados, no especificados

Una de las propuestas más interesantes que plantea la OMS es la sub-agrupación de dos grupos de trastornos del espectro, diferenciando entre trastornos Obsesivo-compulsivo y relacionados, y Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo. En nuestra opinión esto refleja, al mismo tiempo que clarifica, el tipo de relaciones que se mantienen entre estos trastornos, por lo menos, desde el punto de vista de un análisis fenomenológico de los síntomas. De este modo, los del primer grupo se caracterizarían mayoritariamente por la presencia de fenómenos obsesivos (p.ej., obsesiones, preocupaciones) y las respuestas vinculadas con estos, mientras que los del segundo, se caracterizarían en mayor medida por la repetitividad de los comportamientos centrados en el cuerpo. En nuestra opinión, esto permite situar a los trastornos en dos sentidos: primero, en función de la dimensión de compulsividad-impulsividad, perteneciendo los del primer grupo mayoritariamente al polo compulsivo y los del

segundo al impulsivo; y segundo, en función del tipo de reforzador que la persona obtiene con la realización de la conducta, ofreciendo información sobre la funcionalidad de los síntomas, los factores de mantenimiento y las indicaciones del tratamiento en cada caso. Otra de las diferencias notables con el DSM-5 es la inclusión de la hipocondría y del síndrome de referencia olfatorio en los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, aspecto muy discutible ya que en realidad, se trata más bien de una variante fenotípica del TDC. Por último, destaca la alusión a la relación que estos trastornos mantienen con el síndrome de Tourette.

Para finalizar, un breve comentario sobre algunas recomendaciones y puntos de debate de los miembros del grupo de trabajo de la OMS (Stein et al., 2016) sobre la configuración del espectro O-C en su próxima edición. En relación con la estrecha relación entre el TOC y la hipocondría con los trastornos de ansiedad y el miedo (Storch et al., 2008), estos autores plantean ubicar esta categoría seguida de la categoría de los trastornos de ansiedad (igual que la APA), dadas sus similitudes fenomenológicas y psicobiológicas. Asimismo, resaltan que esta agrupación refleja un equilibrio óptimo entre la utilidad clínica y la evidencia actual, en respuesta a la propuesta de incluir un espectro más amplio de trastornos, como el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, los trastornos del control de los impulsos, el trastorno de hiperactividad por déficit de atención, e incluso trastornos por abuso de sustancias y de la alimentación. Finalmente, se espera que esta agrupación pueda contribuir a reconocer mejor, evaluar y tratar estas condiciones, así como estimular la investigación basada en una conceptualización más precisa de estos trastornos.

2.4. Summary-Chapter 2.

The re-classification of OCD and the recent inclusion of several spectrum disorders in the current psychiatric taxonomical systems have been controversial, especially regarding the criteria on which the proposed spectra are based. In the case of O-C spectrum disorders, the most widely accepted evidence criteria were based on similarities of symptoms (mainly from a topographic or phenotypic point of view), clinical features (age of onset, gender distribution, and course), comorbidity and familiarity between disorders, and response to treatments (predominantly pharmacological). Similarities in neurotransmission systems and deficits in specific brain structures and functions were also highlighted. Despite this, several authors have reviewed and proposed other criteria to describe and/or discuss this category of disorders that are scarcely reflected in the current psychiatric classification. For example, phenomenological and functional similarities of symptoms, explanatory psychological mechanisms (e.g., motivation, cognition, personality, emotional traits), and response to psychological interventions are not considered in the current psychiatric diagnostic systems.

The objective of chapter 2 was to present a general picture of the different proposals for an obsessive-compulsive spectrum of disorders, in order to explain and to defend the framework of the current doctoral dissertation. Thus, we focus on the search for common underlying cognitive characteristics between OCD and other disorders, specifically Body Dysmorphic Disorder (BDD), Illness Anxiety/Hypochondriasis (IA/H), and Eating Disorders (EDs), which will be the main focus of the next chapter.

3

TOC, TOC. ¿Están todos?

Como se ha expuesto en el capítulo precedente, en la literatura se han diferenciado dos posturas diferenciadas en cuanto a qué trastornos configuran el espectro O-C y, en consecuencia, en los criterios que fundamentan tal agrupación. Una de ellas ha apostado por argumentos centrados en criterios diversos, relacionados con las similitudes las características clínicas y de curso, etiopatogénicas, comorbilidad, historia familiar y respuesta al tratamiento, mientras que otros, reivindican la agrupación sobre la base de las similitudes fenomenológicas y funcionales en los síntomas O-C. Uno de los criterios comunes entre ambos son las similitudes compartidas con los síntomas O-C. Los primeros se han interesado mayoritariamente por examinar estas similitudes desde un punto de vista estructural o topográfico, es decir, por la presencia de pensamientos y comportamientos repetitivos; mientras que los segundos apuestan por examinar las similitudes fenomenológicas y funcionales de los síntomas O-C (fenomenología funcional). Dicho de otro modo, estos incorporan elementos de los modelos explicativos de estos trastornos (cognitivos, comportamentales y motivacionales) para examinar las similitudes en los síntomas O-C, partiendo de la base de que, en trastornos que se plantean como relacionados, es prioritario examinar la funcionalidad de los síntomas y no solo las comunalidades en la topografía de los mismos. Desde este punto de vista, los trastornos del espectro compartían similitudes basadas en la existencia de fenómenos obsesivos relacionados con la temática de cada trastorno, acompañados de conductas y/o estrategias dirigidas a minimizar el malestar-ansiedad que estos provocan. En la taxonomía del espectro O-C propuesta por Hollander y su grupo los trastornos que compartirían principalmente estas características son los del grupo 1, es decir, aquellos donde el dominio principal de los síntomas está relacionado con la preocupación y sensaciones corporales (imagen corporal, alimentación y salud). En este grupo se incluyeron, entre otros trastornos, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la Ansiedad por la Enfermedad o Hipocondría (AE/H) y los Trastornos Alimentarios (TA). De estos, únicamente el TDC se incluyó dentro del espectro O-C en el DSM-5, aunque recientemente la CIE-11 ha propuesto incluir también a la hipocondría. Por otro lado, diferentes estudios han resaltado la estrecha relación entre los trastornos alimentarios y el TOC, aunque estos se agrupan en categorías diferenciadas.

En este apartado revisaremos las principales relaciones del TOC con el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o ansiedad por la enfermedad, y los trastornos alimentarios. Presentaremos en primer lugar la descripción y fenomenología de estos trastornos y posteriormente las similitudes y diferencias con el TOC y los trastornos relacionados.

3.1. El trastorno dismórfico corporal (TDC)

3.1.1. Descripción y fenomenología.

El TDC es una condición clínica caracterizada principalmente por la preocupación persistente por uno o más defectos en la apariencia física (Kelly y Phillips, 2012; Phillips, 2005). Estos defectos pueden no ser fácilmente perceptibles por los otros, o si lo son, la preocupación es excesiva. Los pacientes a menudo describen los defectos como: "feo", "horrible" o "monstruoso". En el TDC, cualquier parte del cuerpo puede ser objeto de preocupación, pero frecuentemente se centran en la cara o la cabeza. Concretamente se relacionan con aspectos de la piel (80%), la nariz (39%), los labios (14,5%), los ojos (21,5%), el pelo (57,5%) o cualquier otra parte del cuerpo (Hartmann y Lyons, 2017; Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005). Es frecuente que la persona perciba defectos en varias partes del cuerpo (Phillips y Diaz, 1997) y además que el número de áreas objeto de preocupación aumente y cambie con el curso del trastorno (Wilhelm, Phillips, y Steketee, 2013). El temor principal de estos pacientes es ser objeto de rechazo y humillación, o, en algunas culturas, poder ofender a los demás. Un ejemplo de esto último es característico de problemáticas relacionadas con el TDC predominantes en culturas no occidentales y que se especifican en otros apartados del DSM (ej., glosario de conceptos culturales del malestar).

La preocupación persistente por los defectos de la apariencia suele ir acompañada de comportamientos compulsivos dirigidos a analizar, ocultar o mejorar la apariencia del defecto percibido (Kelly y Phillips, 2012). Uno de los más comunes son las comprobaciones repetitivas en el espejo u otras superficies reflectantes (Veale y Riley, 2001). Otras implican tocarse repetidamente el defecto, buscar reaseguro sobre la apariencia en los otros (Bjornsson, Didie, y Phillips, 2010), las conductas de ocultación (ej., uso de maquillajes) y otras encaminadas a alterar o eliminar el defecto (p. ej., intervenciones quirúrgicas, dermatológicas, etc.). Un acto mental característico son las comparaciones con los otros, por ejemplo, comparar el defecto percibido propio con el de otra persona. También es común la evitación de situaciones que generan ansiedad, principalmente las relacionadas con el ámbito social e interpersonal. Estos comportamientos consumen entre 3 y 8 horas al día, e interfieren considerablemente la calidad de vida, siendo frecuente en algunos de estos pacientes la ideación suicida. Además, algunas personas con TDC pueden manifestar ideas delirantes sobre los defectos o imperfecciones percibidas.

En el Cuadro 3.1.1. se muestran los criterios diagnósticos del TDC según el DSM-5. El primer criterio hace referencia a la preocupación por los defectos o imperfecciones, mientras que el segundo alude a los comportamientos o actos mentales que se realizan en respuesta a la preocupación. Además figura un criterio para el diagnóstico diferencial con los trastornos alimentarios (preocupación por el peso corporal), un especificador del TDC para los casos de dismorfia muscular (preocupación por la estructura corporal y musculatura), y otro para la conciencia de enfermedad o grado de *insight*.

Cuadro 3.1.1. Criterios diagnósticos del TDC según el DSM-5.

Criterios diagnósticos del DSM-5	300.7(F45.22)
A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.	
B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.	
C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.	
<i>Especificar si:</i>	
Con dismorfia muscular: Al sujeto 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 zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.	
<i>Especificar si:</i>	
Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.	
Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.	
Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.	

Aunque el TDC es conocido desde hace siglos, su estudio e investigación se ha intensificado en los últimos años. Algunos autores lo denominan como “el trastorno silencioso”, porque, aunque es una problemática relativamente común, sigue estando infra-diagnosticado y además la ocultación es una característica relevante en el mismo (Giraldo-O’Meara, 2017; Giraldo-O’Meara, y Belloch, 2017a). La prevalencia del TDC únicamente se ha examinado en seis estudios epidemiológicos amplios, mostrando tasas de entre el 0,7 % y 2,4% en la población general, y una distribución del 1,9-2,5% en las mujeres, y de entre 1,4-2,2% en los hombres. Estudios con un tamaño muestral menor y en los que se han utilizado instrumentos de auto-informe, han informado sobre tasas de prevalencia mayores, de entre el 2% al 13% en población general. Además, estas tasas parecen ser mayores cuando se estudia la prevalencia del TDC en centros dermatológicos, cosméticos, y/o unidades de salud mental. Por ejemplo, un amplio estudio internacional en servicios cosméticos evidenció tasas de prevalencia del TDC entre el 2,9% y 53% de los usuarios. En unidades de salud mental también se ha observado que la tasa de prevalencia de TDC es más elevada que la de otros trastornos mentales, incluyendo de TOC, ansiedad social, tricotilomanía y episodios depresivos mayores atípicos. Esto se ha examinado en dos trabajos. El primero, en un estudio con 122 pacientes, el 13% (n=9) tenía TDC, siendo más común que otros trastornos como esquizofrenia, TOC, estrés post traumático y los trastornos alimentarios (Grant, Kim, y Crow, 2001). En el trabajo de Conroy et al. (2008) el 16% de los pacientes evaluados tenía un TDC, y además, una gran proporción de estos pacientes refirió que estos síntomas eran el principal motivo de sus pensamientos en torno al suicidio (50% de los casos), los intentos de suicidio (33%) o el uso de sustancias (42%).

La edad de inicio del TDC se encuentra entre los 15-16 años, aunque el diagnóstico suele demorarse hasta 15 años después (Phillips y Díaz, 1997; Veale et al., 1996). También hay indicadores de que el TDC puede iniciarse en la infancia (Albertini y Phillips, 1999), aunque no hay estudios comparativos sobre la presentación del trastorno entre estos y los adultos. En adolescentes, el TDC se asocia con creencias delirantes, deterioro y malestar significativo y altas tasas de ideación e intentos de suicidio. Por otro lado, las características clínicas del TDC en adolescentes y adultos son muy similares en todos los grupos de edad (Phillips et al., 2006). Casos aislados han reportado que el TDC puede presentarse de forma tardía, particularmente después de una situación de crisis, tras intervenciones quirúrgicas o cosméticas, y/o relacionado con las creencias acerca del envejecimiento y el atractivo. Sin embargo, en general, la evidencia apunta a que después de un curso crónico durante la adolescencia, los síntomas disminuyen con el tiempo en la población de edad avanzada, siendo raro que aparezca en estas edades (Hartmann y Lyons, 2017). De hecho, en el DSM-5 no se incluyen especificadores ni criterios específicos relativos a la edad. En cuanto al curso, el TDC suele presentarse de forma crónica y la remisión completa y parcial al año parece encontrarse en torno al 9% y 21%, respectivamente, si bien los estudios a este respecto son limitados (Kelly y Phillips, 2012).

Diferentes estudios informan sobre elevadas tasas de comorbilidad entre el TDC y varios trastornos mentales. En uno de los trabajos más exhaustivos con población clínica con TDC (n=293) y con otras psicopatologías (n= 200), el trastorno más comórbido fue la depresión mayor (TDM), que tuvo una comorbilidad vital en las tres cuartas partes de las dos muestras, y el TDC fue generalmente el trastorno primario. En estas muestras, la comorbilidad vital con otros trastornos fue del 37-39% con ansiedad social, del 32-33% con TOC, y entre el 30-50% con trastornos relacionados con el abuso de sustancias (Gunstad y Phillips, 2003; Phillips et al., 2005). Otros estudios han mostrado rangos de comorbilidad más amplios con otros trastornos: 6-69% con TDM, 6-78% con TOC, 12-29% con ansiedad social y 2-22% con abuso de sustancias (Hollander, 1993; Veale et al., 1996; Zimmerman y Mattia, 1998). Por otro lado, un elevado número de pacientes son diagnosticados de uno o más trastornos de personalidad adicionales al TDC, cifrando entre el 53-87% y el 48-57% los casos que se acompañaban de uno o dos trastornos de personalidad, respectivamente (Bellino et al., 2006).

Los estudios transculturales tampoco son abundantes, aunque se aprecian diferencias culturales en función de las áreas principales de preocupación. Por ejemplo, las mujeres asiáticas parecen preocuparse más por el pelo (p. ej., liso y negro) que por defectos percibidos en la forma de la cara, en comparación con mujeres caucásicas. También se han evidenciado diferencias en función del género: por ejemplo, la dismorfia muscular, que es un subtipo de TDC, afecta principalmente a los hombres (Phillips y Díaz, 1997). Además, estos tienden a preocuparse más por los genitales, la constitución corporal y el pelo liso, mientras que las mujeres se preocupan más por la piel, el estómago, el peso, el pecho, los glúteos, las piernas, las caderas, los dedos, y el vello corporal y/o facial. En general, las mujeres parecen estar preocupadas por más áreas del cuerpo que los hombres (Hartmann y Lyons, 2017; Phillips et al., 2006).

3.1.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C

Como se refleja en el DSM y la CIE, diversos criterios de evidencia han apoyado la inclusión del TDC en el espectro O-C (Veale y Matsunaga, 2014). A nivel fenomenológico, las personas con TDC comparten con el TOC la presencia de pensamientos intrusos o imágenes recurrentes, así como comportamientos repetitivos. La preocupación del TDC es obsesiva por naturaleza. De hecho, diversos trabajos apuntan a que los pacientes con TOC también experimentan pensamientos intrusos relacionados con la apariencia física. En el TDC, estas intrusiones se centran en los defectos percibidos en la apariencia (por ejemplo, “*Mi nariz es grande y está torcida*”) (Osman, Cooper, Hackmann, y Veale, 2004), mientras que en el TOC abarcan contenidos diversos, no relacionados con la apariencia. Además, estos pacientes llevan a cabo una variedad de comportamientos repetitivos asociados con tales preocupaciones. En ambos trastornos, las preocupaciones/obsesiones y los comportamientos repetitivos son intrusivos, consumen mucho tiempo, y son difíciles de controlar y de resistirse a ellos y además, no son deseados ni placenteros (Kelly y Phillips, 2012; Phillips y Kaye, 2007). Los estudios que han comparado directamente las puntuaciones en la escala Y-BOCS del TOC y la versión adaptada para el TDC no han evidenciado diferencias entre ambos pacientes en términos del tiempo ocupado por los síntomas, la interferencia, la resistencia y el control, sugiriendo similitudes entre ambos trastornos. Una de las diferencias tiene que ver con que las valoraciones que se hacen de las preocupaciones del TDC se relaciona en mayor medida con un *insight* bajo y con el pensamiento delirante. De hecho, entre el 27-60% de los pacientes con TDC se encuentran en un estado delirante mientras que esto solo ocurre en el 2% de las personas con TOC (Eisen, Phillips, Coles, y Rasmussen, 2004; Kelly y Phillips, 2012).

El segundo motivo que apunta a la relación entre el TOC y el TDC son las altas tasas de comorbilidad. La comorbilidad vital en pacientes con TOC de padecer un TDC se sitúa entre el 3-37%, con una media de 17% entre los diferentes estudios. Por otro lado, un tercio de los pacientes con TDC, presentan comorbilidad vital con el TOC. Los estudios sobre el curso vital que han examinado la mejoría de los síntomas de ambos trastornos tras el tratamiento sugieren que pese a sus similitudes no son dos trastornos idénticos. Así, mientras que en pacientes con TDC, con un trastorno comórbido de TOC, se ha observado que la mejora de los síntomas TOC predijo la remisión de los síntomas TDC, sin embargo, en el caso contrario, la mejora de los síntomas TDC no predijo la remisión de los síntomas TOC (Phillips y Stout, 2006).

También parecen existir similitudes a nivel familiar entre ambas condiciones. El TOC es el trastorno más frecuente en familiares de pacientes 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). Estos resultados han sido replicados posteriormente en una muestra más amplia, apoyando que el TOC y el TDC son dos trastornos relacionados (Bienvenu et al., 2012). Otro de los motivos que justifica su ubicación actual son las características de las manifestaciones de bajo *insight* en los pacientes con TDC.

En relación con la respuesta al tratamiento, al igual que el TOC, el TDC presenta una respuesta similar a los inhibidores de la recaptación de serotonina y la terapia cognitivo conductual (Veale et al., 2014). Una de las diferencias importantes en los síntomas y respuesta al tratamiento psicológico, es que algunas comprobaciones del TDC, concretamente las relacionadas con los espejos, no parecen basarse únicamente en el

modelo de reducción de la ansiedad, como es común que se presente en los casos de comprobación del TOC (Veale y Riley, 2001).

Tomados en conjunto, la evidencia sugiere que el trastorno dismórfico corporal es, de todos los propuestos en el DSM-5, el que parece tener mayores relaciones con el TOC, tanto desde una perspectiva fenomenológica y funcional de los síntomas como de respuesta similar al tratamiento (Abramowitz y Jacoby, 2015). Del mismo modo, el TOC y el TDC comparten similitudes en las características y curso del trastorno, patrones de comorbilidad y carga familiar, que justifican su agrupación conjunta en el espectro O-C.

3.2. La hipocondría o ansiedad por la enfermedad (AE/H).

3.2.1. Descripción y fenomenología

La hipocondría es un trastorno caracterizado por la presencia de preocupaciones persistentes o miedo sobre la posibilidad de tener o desarrollar una o más enfermedades graves. El miedo a la enfermedad y la muerte, que no se corresponden con la situación real del estado de salud, es el elemento esencial del trastorno. El temor puede centrarse en enfermedades que amenazan la vida (p.ej., cáncer, SIDA), enfermedades progresivas (p.ej., esclerosis múltiple), y, aunque es menos habitual, trastornos mentales graves (p.ej., esquizofrenia) (Stein et al., 2016; Van den Heuvel, Veale, y Stein, 2014). La enfermedad (o síntomas) objeto de preocupación puede ser una o varias, y estas pueden desencadenarse por varios factores: síntomas o signos corporales, noticias en medios de comunicación, experiencias relacionadas con la salud-enfermedad (p.ej., encontrar un bulto en el pecho), y/o por el afrontamiento de la enfermedad o la muerte de un ser querido (Walker y Furer, 2017).

La preocupación se asocia con hipervigilancia e interpretaciones catastróficas de uno o más síntomas o signos corporales, incluyendo sensaciones corporales normales (p.ej., el ritmo respiratorio), que van acompañadas de una variedad de comportamientos (i.e., evitación, visitas médicas continuadas, reaseguro y comportamientos de auto-observación y comprobación corporal repetitivos), dirigidos a comprobar el estado de salud y/o establecer un diagnóstico y/o un pronóstico de enfermedad (Van den Heuvel et al., 2014). Entre los comportamientos se observan, por ejemplo, comprobaciones en el cuerpo (p.ej., tocarse el cuerpo) y de las funciones corporales (p.ej., monitorizar la tensión arterial), vigilancia y auto-observación, búsqueda de información sobre la enfermedad, y consultas o búsqueda de reaseguro con los profesionales (Rachman, 2012; Warwick and Salkovskis, 1990). La evitación también es común en estos pacientes y puede manifestarse de las siguientes formas: supresión de pensamientos relacionados con la enfermedad, no asistir a las citas médicas, evitación de situaciones u objetos potencialmente desencadenantes del malestar (p.ej., estar con personas que han sufrido de cáncer), o bien la evitación por miedo a ser diagnosticado de una enfermedad grave o por la insatisfacción con las experiencias previas (Walker y Furer, 2017). Por ello, entre los especificadores de la hipocondría se incluyen tanto las personas que tienden a sobreutilizar los servicios médicos (con solicitud de asistencia), como las que tienden a evitarlos (con evitación de asistencia). En el Cuadro 3.2.1. se muestran los criterios diagnósticos del Trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondría según el DSM-5.

En conjunto, en el trastorno están afectados cuatro dominios principales (Van den Heuvel et al., 2014):

1. Componente cognitivo: preocupación e interpretación disfuncional.
2. Componente afectivo: miedo y ansiedad.
3. Componente atencional: hipervigilancia ante los síntomas físicos.
4. Componente comportamental: evitación y comportamientos repetitivos.

Cuadro 3.2.1. Criterios diagnósticos de la Hipocondría (trastorno de ansiedad por la enfermedad) según el DSM-5.

Criterios diagnósticos del DSM-5	300.7 (F45.21)
A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.	
B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.	
C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.	
D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).	
E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.	
F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.	
<i>Especificar si:</i>	
Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.	
Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.	

En cuanto a la epidemiología nos gustaría resaltar que estimar las tasas de prevalencia y de comorbilidad es realmente complejo. Como recuerdan Bleichhardt y Hiller (2007) *únicamente se puede especular sobre el motivo por el cual la hipocondría se ha excluido de los estudios epidemiológicos y de comorbilidad* (p.511). Sintetizaremos algunas de las razones: la baja representación de la hipocondría y los trastornos somatoformes en los estudios epidemiológicos a gran escala, la ausencia de ítems en los instrumentos de evaluación más populares en investigación epidemiológica relativos a temores hacia la enfermedad y la muerte y la restricción y vicisitudes en los criterios diagnósticos y nosología de la hipocondría.

Los estudios han mostrado una amplia variabilidad en los rangos de prevalencia del trastorno. La exhaustiva revisión de Creed y Barsky (2004) sobre la epidemiología de los trastornos somatoformes y la hipocondría señala que los rangos de prevalencia de esta última oscilan entre el 0,2% y el 8,5%. En cuatro muestras diferentes de la población general, la prevalencia del trastorno (según el DSM-III o IV, o la CIE-10) fue de 7,7%, 4,5%, 7% y 0,02%. En muestras de centros de salud, la prevalencia media fue de 4,2% (criterios DSM o CIE-10), en un rango de 0,8% a 8,5%. Cuando se consideraron criterios abreviados para la hipocondría, las tasas de prevalencia en las muestras poblacionales fueron de 10,7%, 10%, 1,3% y 6,2%, y en centros de salud la media fue del 6,7%. En otros estudios que emplearon puntos de corte alternativos, se observaron tasas de

prevalencia superiores (entre el 10,6 y el 14%). Por último, mencionaremos los resultados de los estudios más relevantes. A nivel comunitario, uno de los estudios más completo en población italiana es el Faravelli et al. (1997) en el que se encontró una prevalencia anual del 4,5% para la hipocondría. Una de las limitaciones de este trabajo es que la muestra estaba compuesta exclusivamente por mujeres. Otro de los pocos estudios epidemiológicos en la población general, concretamente de nacionalidad alemana, es el de Bleichhardt y Hiller (2007), que reportaron tasas de prevalencia de ansiedad por la enfermedad grave de entre el 0,4% y el 6%, ($N=2198$) con unas tasas similares entre mujeres y hombres. Por otro lado, el estudio multicéntrico de Gureje, Üstün, y Simon (1997) de la OMS, que se realizó en servicios médicos de salud, incluyó una muestra estratificada de 5447 pacientes en tratamiento ambulatorio de 14 países. Estos fueron entrevistados con la CIDI y según criterios de la CIE-10. La prevalencia a los 12 meses de hipocondría fue de 0,8%, y sobre el 1,5% en dos de los países. Con un criterio menos restrictivo para el diagnóstico, la prevalencia del trastorno se estimó en el 2,2%. Otro estudio realizado en atención primaria situó la prevalencia del trastorno en un 3,4% (Escobar et al., 1998).

En suma, a nivel comunitario, la prevalencia de la hipocondría es generalmente baja, aunque estas cifras parecen aumentar cuando se emplean criterios diagnósticos menos restrictivos. Estimar la prevalencia de la hipocondría en atención primaria puede verse influenciada por el acceso a los cuidados de salud, la búsqueda de atención médica, la comorbilidad con otras enfermedades y los sesgos relativos a la enfermedad. En conjunto los datos indican que, en atención primaria, entre un 1% y un 3% de los pacientes cumplen criterios para la hipocondría (criterio completo o abreviado).

Respecto a la comorbilidad nos encontramos con dificultades similares, ya que no disponemos de información fiable y actualizada sobre la comorbilidad de la hipocondría con otros trastornos mentales. Únicamente hay publicados dos trabajos que hayan evaluado, de manera sistemática, la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con hipocondría (Barsky, Wyshak, y Klerman, 1992; Noyes et al., 1994). Ambos se llevaron a cabo en las consultas de atención primaria con pacientes diagnosticados de hipocondría según los criterios del DSM-III-TR. La proporción de pacientes con hipocondría y pacientes control que presentaron uno o más trastornos comórbidos del Eje I fue del 88% frente al 51% en un estudio y del 62% frente al 30% en el otro. Estos autores también encontraron una prevalencia vital significativamente mayor para los trastornos de ansiedad y depresivos, y una prevalencia vital y actual mayor para la depresión mayor, en comparación con los pacientes control. Estos resultados son coherentes con los del trabajo de revisión de Creed y Barsky (2004), en la que constatan asociaciones positivas entre la hipocondría y el estado de ánimo depresivo (en 8 de los 8 estudios que lo examinaron) y entre la hipocondría y la ansiedad (5 de 6 estudios).

Los estudios que analizan las tasas de co-ocurrencia entre la hipocondría y condiciones psicopatológicas concretas son más numerosos y muchos de ellos se han desarrollado en los últimos años, principalmente motivados por el estatus nosológico de la hipocondría en los sistemas de clasificación. Mencionaremos únicamente la comorbilidad de la hipocondría con los trastornos somatoformes (concretamente el trastorno de somatización), los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico) y el TOC. Con relación al trastorno de pánico, se ha observado que un 25% de los pacientes de

atención primaria con ese diagnóstico padece hipocondría (Barsky, Barnett y Cleary, 1994), y este porcentaje es mayor entre los pacientes psiquiátricos con trastorno de pánico (entre el 45% y el 51%) (Bach, Nutzinger, y Hartl, 1996; Benedetti et al., 1997; Furer, Walker, Chartier, y Stein, 1997; Starcevic, Kellner, Uhlenhuth, y Pathak, 1992). Las tasas de co-ocurrencia entre el TOC y la hipocondría son inferiores a las encontradas para el trastorno de pánico: en torno al 10% para la prevalencia actual (Greeven, van Balkom, van Rood, Oppen, y Spinhoven, 2006), y entre el 8,2% y el 15% para la prevalencia vital (Bienvenu et al., 2000; du Toit et al., 2001). No obstante, otros estudios han mostrado que personas con TOC suelen presentar un trastorno de hipocondría comórbido (Bienvenu et al. 2000; 2012; Jaisoorya, Reddy, y Srinath, 2003). Recientemente, Solem y colaboradores (2015) han encontrado que el 30,4% de los pacientes con TOC de su estudio, obtuvo una puntuación superior al punto de corte para una medida de screening para la hipocondría: el Índice Whiteley. Por último, la hipocondría co-ocurre con los trastornos somatoformes, en particular con el trastorno de somatización (Barsky et al., 1992; Noyes et al., 1994; Rief, Hiller, y Margraf, 1998), aunque según Stein (2016) esto podría estar reflejando las limitaciones en los sistemas de clasificación para definir y diferenciar ambos trastornos.

En cuanto al género, tradicionalmente se ha considerado que la hipocondría tiene una prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo, los estudios que han examinado esta cuestión específicamente son escasos y sus conclusiones han de tomarse con cautela. Por ejemplo, el trabajo de revisión de Creed y Barsky (2004) analiza once estudios que examinan esta cuestión y solo en uno de ellos se observó una asociación con el género femenino, mientras que en los otros diez no. En general, en la mayoría de ellos no se detecta una prevalencia desigual en función del género, aunque en algunos se ha observado una prevalencia ligeramente mayor en mujeres (p.ej., Clarke, Piterman, Byrne, y Austin, 2008), que podría estar reflejando diferencias de género relacionadas con los cuidados, la búsqueda de ayuda especializada y la ocultación.

La hipocondría puede comenzar a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que empiece en los primeros años de vida adulta. En tres de los once estudios que hemos mencionado de la revisión de Creed y Barsky (2004) se encontró una asociación entre la hipocondría y las edades avanzadas, mientras que en los otros ocho no. Los estudios sobre la prevalencia de la hipocondría y la ansiedad por la salud en niños y adolescentes son, si cabe, más escasos y poco concluyentes.

Por último, el curso es generalmente crónico, aunque pueden existir períodos de mayor o menor intensidad relacionados con periodos de estrés. El diagnóstico suele ser estable: hasta dos terceras partes de los pacientes hipocondríacos continúan cumpliendo los criterios para este trastorno al cabo de un año y el tercio restante continúa presentando síntomas hipocondríacos (Jyvasjarvi et al., 1999).

3.2.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C

El bagaje histórico de la hipocondría en los sistemas nosológicos tampoco es sencillo. La hipocondría ha formado parte de los trastornos somatoformes desde la primera vez que se incluyó esta categoría diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980), lo que no quiere decir que ello haya sido motivo de acuerdo. Aunque hoy en día hay un consenso más o menos considerable en separarla de los trastornos somatoformes, presenta un solapamiento

elevado tanto con los trastornos del espectro O-C como con los trastornos de ansiedad. El grupo de trabajo del manual de la OMS ha propuesto para la próxima edición de la CIE incluir a la hipocondría en el espectro O-C (junto con el TOC y el TDC), de modo similar a las propuestas iniciales que surgieron con el DSM-5.

Este planteamiento no es nuevo, pues viene siendo propuesto y defendido por muchos expertos (p.ej., Abramowitz y Braddock, 2006; Hollander et al., 2005; Neziroglu, McKay, y Yaryura-Tobias, 2000; Reuman et al., 2017), debido fundamentalmente a un buen número de similitudes fenomenológicas y funcionales entre la hipocondría y el TOC. La decisión de incluir la hipocondría en el espectro O-C se ha basado en las tasas de comorbilidad y familiaridad con otros trastornos O-C (Bienvenu et al., 2012), una respuesta similar al tratamiento farmacológico y psicológico, en el que se incluyen adaptaciones del componente de exposición y prevención de respuesta (Greeven et al., 2009) y las similitudes en la fenomenología de los síntomas (Rachman, 2012).

Respecto al componente cognitivo se observa un solapamiento entre las preocupaciones de la hipocondría con las obsesiones que experimentan los pacientes con TOC, aunque los pensamientos hipocondríacos están relacionados solamente con el temor a padecer o desarrollar una enfermedad grave, a diferencia de los pacientes con TOC, que experimentan una diversidad de contenidos obsesivos. Por otro lado, como se pondrá de manifiesto a lo largo de las páginas que siguen, tanto las personas con TOC como aquellas que tienen hipocondría experimentan pensamientos repetitivos intrusos y molestos, difíciles de controlar o detener, que provocan gran malestar emocional y son interpretados de manera distorsionada (Arnáez, García-Soriano, y Belloch, 2017; Asmundson, Abramowitz, Richter, & Whedon, 2010; Fergus, 2013; Freeston et al., 1994; Muse, McManus, Hackmann, Williams, y Williams, 2010; Warwick y Salkovskis 1989, 1990). Otros hallazgos son la frecuencia elevada de intrusiones en forma de imagen en pacientes con hipocondría y su contribución en el mantenimiento del trastorno (Muse et al., 2010; Rachman, 2012, Wells, y Hackmann, 1993) Por otro lado, la hipocondría presenta similitudes con determinadas manifestaciones de TOC, concretamente con el miedo a la contaminación, en términos de la preocupación por la salud y la enfermedad y por la naturaleza repetitiva y penetrante de la preocupación (Asmundson et al., 2010).

En cuanto al dominio comportamental, la principal similitud radica en la evitación y los comportamientos repetitivos de “búsqueda de seguridad” (comprobaciones corporales, búsqueda de información y reaseguro) que son también comunes en pacientes con TOC. Las comprobaciones repetidas y excesivas relacionadas con la salud que llevan a cabo las personas con hipocondría son similares a las compulsiones de comprobación que se producen en el TOC. Además, ambos utilizan estrategias de reaseguro y de evitación con el fin de manejar los respectivos pensamientos y temores (Abramowitz y Braddock, 2006; Deacon y Abramowitz, 2008). Según Warwick y Salkovskis (2001), en los pacientes con hipocondría ambos comportamientos (evitación y comportamientos repetitivos) constituyen objetivos principales del tratamiento. Adicionalmente, se ha planteado que la hipocondría comparte similitudes importantes con el TDC, tanto en lo que se refiere al dominio cognitivo y comportamental, como en los casos donde predomina un *insight* bajo, donde es crucial establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos.

En conjunto, Van den Heuvel et al. (2014) consideran que, dadas las características comunes entre el TOC y la hipocondría, tanto en lo que se refiere al componente cognitivo (preocupaciones) como al comportamental (evitación y comportamientos repetitivos), la apuesta más coherente es la de incluir la hipocondría en el espectro O-C. Del mismo modo, consideran que por el hecho de que en la CIE-10, el TDC y la hipocondría se incluyeran bajo el mismo trastorno (el TDC se diagnostica como una variante del trastorno hipocondríaco), la opción más conservadora es agruparlos juntos en el espectro O-C, que también está estrechamente relacionado con los trastornos de ansiedad. Por último, argumentan que el hecho de que la hipocondría comparta síntomas con el TOC y que responda a tratamientos similares, la propuesta tiene utilidad clínica de cara al tratamiento.

En opinión de Stein et al. (2016) lo que parece estar claro es que la hipocondría guarda una relación mayor con los trastornos del espectro O-C y con los trastornos de ansiedad que con los somatoformes, por lo que es más adecuado reclasificarla en otro lugar. No obstante, no parece ser tan evidente que la hipocondría guarde mayores relaciones con los trastornos del espectro O-C que con los de ansiedad. Según estos autores, la decisión final se ha basado en las similitudes fenomenológicas, en el sentido de la presencia de preocupaciones intrusivas y comportamientos repetitivos, como el chequeo corporal, y la búsqueda de información y reaseguro con profesionales de la salud (Rachman, 2012). Para dejar constancia de las estrechas relaciones con los trastornos de ansiedad se plantea hacer una referencia a los mismos en el epígrafe de estos trastornos, así como presentarlos de forma sucesiva a los trastornos de ansiedad, además de re-denominar a la hipocondría como "ansiedad por la enfermedad", tal y como hace ya el DSM-5.

3.3. Los trastornos alimentarios

Revisar de forma exhaustiva las características clínicas, fenomenología, y cambios en los sistemas nosológicos y los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios supera sin lugar a duda los objetivos de este trabajo. Por estos motivos, en los dos apartados que siguen, expondremos las características y resultados generales de la investigación de este grupo de trastornos y comentaremos algunos de los trabajos más recientes que tienen que ver con el campo que nos ocupa.

3.3.1. Descripción y fenomenología

Al igual que el TOC, los trastornos alimentarios (TA) son condiciones clínicas heterogéneas, de hecho, en el DSM-5, este grupo de trastornos se compone tanto por los trastornos clásicos de la ingesta en la infancia como por los de la conducta alimentaria (epígrafe de *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*). En conjunto son condiciones caracterizadas por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos (APA, 2013). Se incluyen los trastornos de pica, de rumiación, de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracones. Una de las novedades importantes del DSM-5 fue la eliminación de la categoría de *Trastornos de la conducta alimentaria*

no especificados (TCANE), que constituían entre el 30 y el 60% de los casos de pacientes con TA (Fairburn y Bohn, 2005) y la inclusión del trastorno por atracones como entidad diagnóstica propia.

Acorde con el propósito de este trabajo, únicamente son objeto de interés los trastornos conocidos como de la conducta alimentaria (actualmente, AN, BN y trastorno de atracones). Dado el mayor número de investigación referida a los criterios diagnósticos de las ediciones previas del DSM-5, principalmente nos centraremos en los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, aunque en ocasiones haremos referencia tanto a los TCANE como al trastorno por atracones. En el Cuadro 3.3.1. aparecen los criterios y especificadores del DSM-5 para la AN y BN.

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso), y la alteración en la forma de percibir el peso y la constitución propios. La bulimia se caracteriza principalmente por episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación, que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Un episodio de atracón se define como la ingestión, en un periodo determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (APA, 2013). La bulimia comparte con el trastorno de atracones los atracones recurrentes, que son la característica principal de este trastorno, pero difiere de éste en los siguientes aspectos: en cuanto a la presentación clínica, el comportamiento compensatorio (p.ej., purgar, ejercicio) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno de atracones; además, las personas que padecen atracones, no suelen restringir la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre episodios.

En resumen, en la AN los dos componentes principales son la alteración de la imagen corporal y el peso por debajo del adecuado. De forma similar, en la BN se observan cuatro componentes: la alteración de la imagen corporal y el miedo a engordar (igual que en la AN), el atracón y las conductas compensatorias. Precisamente, es la alteración de la imagen y el miedo a ganar peso lo que distingue a la BN del trastorno por atracón.

A pesar de que los dos trastornos principales del grupo, la AN y la BN, presentan criterios diagnósticos diferenciados, la mayoría de los expertos señalan que ambos trastornos están interrelacionados. Por un lado, un elevado porcentaje de pacientes con BN presenta historia de AN (Eddy et al., 2007) y, por otro, en la evolución de la enfermedad se observan con frecuencia migraciones entre estos trastornos (Milos, Spindler, Schnyder, y Fairburn, 2005). Los estudios indican que estas son más comunes desde la AN a la BN y a los trastornos alimentarios no especificados (TCANE), que los casos de migración desde la BN a la AN (Eddy et al., 2008). Este solapamiento entre trastornos refleja claramente las limitaciones de los sistemas categoriales en la clasificación de los trastornos mentales.

Cuadro 3.3.1. Criterios diagnósticos de la Anorexia y Bulimia Nerviosa según el DSM-5.

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
-------------------	------------------

Criterios diagnósticos	
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.</p> <p>Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</p> <p>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p>
<p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p>	<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p>	<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
	<p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
Especificadores	
<p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B o C.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p>	<p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p>
<p>Gravedad actual: índice masa corporal (IMC)</p> <p>Leve: IMC \geq 17 kg/m².</p> <p>Moderado: IMC 16–16,99 kg/m².</p> <p>Grave: IMC 15–15,99 kg/m².</p> <p>Extremo: IMC < 15 kg/m².</p>	<p>Especificar la gravedad actual: frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.</p> <p>Leve: Un promedio de 1-3/semanales.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7/semanales.</p> <p>Grave: Un promedio de 8-13/semanales.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14/semanales.</p>
<p>(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p>	

En cuanto a la epidemiología, los resultados de un meta-análisis reciente, que incluyó 9315 artículos que examinaban la prevalencia en población general de AN, BN y del trastorno por atracones informaron de los siguientes resultados. Las tasas de prevalencia vital, la prevalencia a los 12 meses, y a las 4 semanas para cualquiera de los tres trastornos mencionados fueron del 1,01%, 0,37%, y 0,21%, respectivamente. La prevalencia de AN fue de 0,21%, de 0,81% para la BN, y de 2,22% para el trastorno por atracones. Por último, la prevalencia vital estimada para mujeres-hombres para cualquiera de estos trastornos fue de 4:2 (Qian, et al., 2013). En cuanto a la edad de inicio, se estima que la AN suele presentarse comúnmente al final de la pubertad (13-14 años), siendo

raras las formas que se inician después de los 20-22 años (Lechuga, Caro y Guerra, 2000), mientras que la BN suele aparecer de forma posterior (adolescencia y principio de la edad adulta). Los TA se asocian frecuentemente con otras psicopatologías, estimándose rangos de entre el 55-97% de las personas con un trastorno alimentario que presentan criterios diagnósticos de al menos otra condición clínica. En el estudio de Braun, Sunday y Haimi (1994), según criterios DSM-III, el 82% de los pacientes con un TA tenían otro diagnóstico del eje I asociado. Las psicopatologías comórbidas más comunes son los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor: 40%; distimia: 20%), los trastornos de ansiedad (60% en AN), el TOC, y el abuso de sustancias. Por otra parte, la presencia de, al menos, un trastorno de personalidad en los trastornos alimentarios es bastante frecuente (Rosenvinge, Martinussen, y Østensen, 2000), aunque las cifras y asociaciones con determinados trastornos de la personalidad no son del todo consistentes (Braun et al., 1994; Friborg et al., 2014).

El curso de los TA es heterogéneo, en cuanto a los años de evolución y el nivel de deterioro. Estos pueden manifestarse en un único episodio y con cursos cortos, con un patrón fluctuante de recaídas y remisión de síntomas, y como también cursos de larga evolución y deterioro crónico. Los estudios de respuesta al tratamiento muestran que son trastornos bastante resistentes. Por ejemplo, Fairburn, Cooper, Doll, Norman, y O'Connor (2000) mostraron que una tercera parte de los pacientes con BN, después de cinco años de tratamiento, seguían cumpliendo criterios diagnósticos. Por otro lado, Steinhausen (2002) observó que en el 47% se produjo una recuperación completa, en el 33% hubo una mejoría clínicamente significativa, en el 21% se dio una cronificación del cuadro y la tasa de mortalidad se produjo en el 5%. Nótese que también hay diferencias en el curso y evolución de los diferentes TA.

Por último, los estudios transculturales apuntan a que los TA son más frecuentes en sociedades occidentalizadas o países del primer mundo, donde el sistema de valores y creencias sobre el culto a la imagen, el cuerpo, la belleza y la delgadez, son destacados. No obstante, los resultados de diferentes trabajos señalan que la progresiva tendencia a la globalización y la consiguiente adopción de creencias y valores occidentales, han propiciado que los TA trasciendan a otros contextos sociales y culturales. De hecho, varios autores plantean que la AN es un “*síndrome ligado a la cultura*” occidental, transportado a otras culturas a través de un proceso de occidentalización. Por ejemplo, Cheney (2011) argumentó que la delgadez se había convertido en un emblema de “blancura” entre las mujeres jóvenes estadounidenses con antecedentes de inmigración, de modo que mantener un patrón de alimentación alterado se consideraba como una forma de mejorar las relaciones sociales, la movilidad, y el poder.

En definitiva, los TA constituyen un problema de relevancia social, y especialmente en poblaciones consideradas como de un mayor riesgo: mujeres en la adolescencia y juventud, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

3.2.2. Relaciones con el TOC y el espectro O-C

Los trastornos alimentarios (TA) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) son entidades clínicas diferenciadas, aunque comparten elementos comunes (Roncero, 2011) De hecho, también fueron candidatos a formar parte del espectro O-C. Desde hace décadas se ha

planteado que ambos trastornos están relacionados entre sí, basándose en motivos diversos (ej., características y/o rasgos de personalidad, tasas de comorbilidad, mecanismos etiopatogénicos compartidos). Un ejemplo de ello es la AN, que durante muchos años fue considerada como una manifestación de la “neurosis compulsiva” (Palmer y Jones, 1939). La decisión de no incluir los TA en el espectro O-C se fundamenta en dos argumentos principales: uno, que estos trastornos presentan por sí solos características que justifican su agrupación independiente (i.e., espectro TA); y dos, porque no había suficientes evidencias que apoyasen su inclusión en el espectro OC. Culbert y Klump (2007) plantearon tres posibilidades en la relación de los TA con el espectro O-C:

1. Los TA forman parte del espectro O-C.
2. Algunos subtipos de TA y de TOC pertenecerían al mismo espectro.
3. Los TA forman parte de un espectro más amplio de trastornos internalizantes.

Algunos autores apuntan que, dada la heterogeneidad intra-categoría de los TA es lógico pensar que las diferencias entre los subtipos darán lugar a posiciones relativas diferenciadas en las dimensiones del espectro (Reales, 2010). Estas posiciones pueden ayudar a explicar en mayor medida la heterogeneidad intra-categoría de los TA y las semejanzas particulares de cada subtipo con los trastornos del espectro OC, que tomando en conjunto la categoría homogénea de los TA. La propuesta del autor se muestra en la Figura 3.2.2., donde se sitúan los TA y el TOC en función de la dimensión de compulsividad-impulsividad.

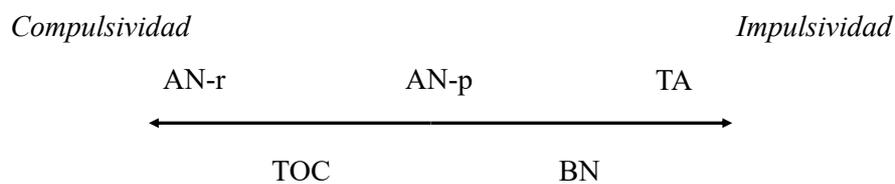


Figura 3.2.2. Los TA en la dimensión compulsividad-impulsividad propuesta en el espectro O-C *Nota.* AN-r: Anorexia Nerviosa subtipo restrictivo; AN-p: Anorexia Nerviosa subtipo purgativo.(Extraído de Reales, 2010).

Esta noción se basa en el supuesto de que la AN está más relacionada con el comportamiento compulsivo y la bulimia y el trastorno por atracón con el polo impulsivo. Según Reales (2010) las similitudes entre la AN y el TOC estarían basadas principalmente en la presencia de comportamientos caracterizados como compulsivos, entre los que destacarían la evitación de alimentos, y de situaciones sociales en las que hay que comer o exponer el propio cuerpo. El componente compulsivo se expresa en comportamientos relacionados con la comida, la imagen y el peso corporal, entre los que destaca la realización de ejercicio intenso y las verificaciones y comprobaciones relacionadas con el peso y la figura. Como veremos a continuación, otros de los motivos que han sugerido la relación de la AN con el TOC es la presencia de rasgos de personalidad obsesivos tanto con el TOC como con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP). En el otro extremo del continuo se situarían la BN y el trastorno por atracones, que se han asociado en mayor medida por el predominio de la impulsividad. Pese a lo anterior, parece que las nociones de compulsividad e impulsividad no son tan específicas como se presenta en la Figura 3.2.2, puesto que en los diferentes subtipos de TA se observan tanto la presencia de características impulsivas como compulsivas. No obstante, es un marco bastante clarificador para hacernos una idea de las relaciones de los TA con el TOC.

Junto a lo anterior, y pese a que los TA no forman parte del espectro O-C, estos trastornos comparten elementos psicopatológicos comunes con el TOC que adquieren una relevancia clínica y requieren ser examinados en profundidad. Mencionaremos algunos de las más relevantes. El primer argumento es la presencia de síntomas O-C en los pacientes con TA (Phillips y Kaye, 2007). Diferentes estudios muestran que una importante proporción de estos pacientes, especialmente con AN, presenta síntomas O-C, aunque se observan diferencias en el subtipo de obsesiones y/o compulsiones principales. En la AN las obsesiones más prevalentes son las de simetría y contaminación, y las compulsiones de orden y limpieza (Bastiani et al., 1996; Halmi et al., 2003; Matsunaga et al., 1999) Por ejemplo, en el estudio de Bastiani et al. (1996) las obsesiones de simetría fueron prevalentes en el 68,8% de los pacientes y en el trabajo de Matsunaga et al. (1999) en el 72%; y, en ambos trabajos, los pacientes presentaron tasas similares de compulsiones de orden. Por otro lado, el trabajo de Halmi et al. (2003) encontró que los pacientes con AN puntuaron de forma similar a los pacientes con TOC en la frecuencia de obsesiones de simetría y somáticas y en las compulsiones de orden y acumulación, mientras que en las otras categorías las personas con TOC presentaron una frecuencia más alta que los TA. Por último, en el estudio de Brouwer, Mirabel-Sarron, y Guelfi (2009) con 10 pacientes con AN restrictiva y 19 con BN, se observó que el grupo de AN presentaba sobre todo intrusiones obsesivas de contaminación, dudas, y orden, mientras que las pacientes con BN relataban intrusiones obsesivas con contenidos de agresión, sexuales, o inmorales. También en estudios con población general se encuentra una relación entre los síntomas alimentarios y obsesivo-compulsivos (Humphreys, Clopton, y Reich, 2007).

Pese a estas similitudes, hay varias diferencias en los síntomas TOC entre los dos trastornos que conviene destacar. Por un lado, las obsesiones y compulsiones de los pacientes de AN son en gran medida egosintónicas, a pesar de que interfieren significativamente en sus vidas y se ven obligados a realizar los comportamientos. Adicionalmente, los comportamientos no son considerados como no deseados (Mazure,

Halmi, Sunday, Romano, & Einhorn, 1994), y pese a su carácter repetitivo y angustiante, no necesariamente están en contra de su voluntad, ni se consideran como sin sentido. Además los síntomas de simetría y exactitud, que no están relacionados con los contenidos alimentarios, se valoran de forma similar (Bastiani et al. 1996). Finalmente, como veremos en el siguiente capítulo, desde el punto de vista de la fenomenología de los síntomas, en ambos trastornos se experimentan pensamientos intrusos repetitivos sobre sus temores fundamentales, es decir, con contenidos obsesivos en el TOC y con contenidos que versan sobre la alimentación, la figura y el ejercicio en los TA. Unos y otros son valorados de forma disfuncional y se acompañan de comportamientos compensatorios, como las comprobaciones, el orden o el lavado en el TOC y las purgas, dietas, y ejercicio en los TA (p.ej., Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2012; Cooper, Todd, Woolrich, Somerville, y Wells, 2006).

Otro argumento relevante de cara al estudio de la relación entre estos trastornos es la repercusión de los síntomas O-C en los TA (Roncero, Perpiña y Belloch, 2010). De hecho, tal como se viene reflejando en los criterios diagnósticos del DSM-5, la presencia de rasgos obsesivos en la infancia puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de AN (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, y Masters, 2004). Además, se ha planteado que la presencia de síntomas TOC en pacientes con TA podría ser un predictor de las recaídas en el trastorno alimentario y que los síntomas TOC se relacionan con un mal pronóstico del TA (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, y Woodside, 2004; Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer, y Schnyder, 2002), aunque los resultados no son del todo concluyentes. Por otro lado, la presencia de síntomas TOC se ha relacionado con el bajo peso y con una mayor gravedad del TA, y además, esta asociación no parece atribuirse al estado de inanición de las pacientes, puesto que se ha observado que estos síntomas persisten tras la recuperación del TA (Davies, Liao, Campbell, y Tchanturia, 2009; Morgan, Wolfe, Metzger, y Jimerson, 2007).

En cuanto a la comorbilidad, los estudios ofrecen rangos muy variables. Pese a que no hay un consenso claro sobre la co-ocurrencia de ambos trastornos, sí lo hay sobre que coexisten más frecuentemente de lo esperado (Speranza et al., 2001; Swinbourne y Touyz, 2007). La co-ocurrencia de ambos trastornos parece estar más clara cuando se examina la comorbilidad del TOC en personas con TA. Es decir, las personas con TA suelen presentar tasas de comorbilidad más elevadas con el TOC que las tasas de prevalencia de ambos trastornos por separado. Sin embargo, como hemos visto con anterioridad, en personas con TOC, el estudio de Bienvenue et al. (2012) mostró que la presencia de un TA comórbido es relativamente baja y tampoco se observó una relación entre la presencia de estos trastornos en familiares de primer grado.

Por último, desde el punto de vista de la personalidad, ambos conjuntos de trastornos comparten niveles elevados de rasgos de personalidad obsesivos (Bulik et al., 2003; Serpell, Livingstone, Neiderman, y Lask, 2002) y una prevalencia similar de trastornos de la personalidad, que va en un rango de 20% al 25% (Godt, 2002). Adicionalmente algunos estudios han identificado rasgos del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, como el perfeccionismo, en familiares de primer grado de personas con un TA (p.ej., Woodside et al., 2002).

En cuanto a las diferencias entre ambos síndromes clínicos, otras de las razones de no inclusión de los TA en el espectro O-C se basan en que en los TA hay una distorsión

importante de la imagen corporal, una prevalencia mayor en mujeres e inicio en la pubertad y que habitualmente estos pacientes se caracterizan por el bajo *insight* y la resistencia al tratamiento.

3.4. Summary-Chapter 3.

The four disorders on which the Thesis is focused (i.e., OCD, BDD, hypochondriasis, and EDs) are undoubtedly clinically different, but they share similarities not only in phenomenological and clinical features, but also in their course, comorbidity and familiarity, and response to treatment. As reviewed in Chapter 1, these have been the most widely accepted evidence criteria to support the current proposals about spectrum disorders in both the DSM-5 and the upcoming ICD-11. The most evident common key element among the four disorders pertains to the symptom domains: recurrent and distressing intrusive conscious cognitions that are experienced in diverse forms (thoughts, impulses, sensations), instigate changes in the emotional state (i.e., sadness, guilt, fear), interfere with daily activities, activate dysfunctional appraisals (i.e., perfectionism, responsibility, thought importance), and motivate behaviors (i.e., checking, reassurance, suppression), in order to face and manage or neutralize their negative effects. Additionally, in the case of OCD, BDD, and hypochondriasis, evidence suggests that they respond similarly to treatments (pharmacological and psychological) and share other characteristics, such as the course, age of onset, and gender distribution, supporting their current inclusion within the OC spectrum conditions in the psychiatric systems. Regarding EDs, a large number of studies have investigated their associations with OCD, suggesting that both disorders share etiopathogenic mechanisms that manifest in clinical features (i.e., symptoms), common personality dimensions (e.g., perfectionism), and/or comorbidity rates. Nonetheless, it remains unclear to what extent the observed relationships are merely an epiphenomenon or, on the contrary, reveal more in-depth psychopathological commonalities.

The purpose of Chapter 3 was to describe clinical and phenomenological features of BDD, hypochondriasis (IA/H), and EDs, in order to examine core elements of each disorder and its similarities with OCD.

4

¿Espectros o transdiagnóstico? Un punto de inflexión

Hasta ahora, se han examinado las semejanzas entre el TOC, el TDC, la hipocondría, y los TA, partiendo del análisis de los criterios de evidencia más aceptados para sustentar la agrupación de trastornos propuestos en el espectro O-C, según los manuales de diagnóstico psiquiátrico. Además, se han señalado los cambios y nuevas aportaciones para la comprensión y clasificación de los trastornos mentales que motivó la última edición del DSM, así como los principales elementos de discrepancia o controversia. Paralelo al debate sobre los sistemas de clasificación categoriales versus dimensionales que se dieron en aquel entonces, surge a principios de este siglo el denominado enfoque transdiagnóstico de la psicopatología (Sandín, 2012). Este emerge, por un lado, como un intento de superación de las limitaciones derivadas de la caracterización categorial de los trastornos mentales en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, como también como un cambio de paradigma para la comprensión de estos trastornos.

Este capítulo lo dedicaremos a profundizar en estos aspectos. Comenzaremos con la delimitación de las ventajas y desventajas de los sistemas taxonómicos categoriales y dimensionales para a continuación presentar las características y objetivos generales que definen el actual *enfoque transdiagnóstico de la psicopatología y la psicología clínica*.

4.1. Sistemas taxonómicos categoriales vs. dimensionales

Tras la publicación del DSM-IV se hicieron explícitas algunas de las limitaciones y alcances de los sistemas de clasificación categorial. Estas planteaban, entre otros aspectos, la necesidad de basar la conceptualización y las taxonomías de trastornos en dimensiones, y/o bien, incorporar abordajes dimensionales para su comprensión y diagnóstico en futuras ediciones.

Los sistemas categoriales, que se incorporaron a partir de la edición del DSM-III, mejoraron tanto el diagnóstico y su fiabilidad, como la descripción de los criterios y trastornos con respecto a sus precursores. Además, resultaron ser un vehículo útil para la comunicación interprofesional y facilitar un proceso diagnóstico sencillo. Pese a ello, las advertencias que se plantearon en el DSM-IV reflejaban, a nuestro entender, el choque de los sistemas de clasificación categorial con la realidad clínica. Dicho de otro modo, el sistema categorial, que establece características únicas y específicas *de y para* cada trastorno, clasifica a los trastornos mentales de forma dicotómica (presencia vs. ausencia), en entidades discretas y homogéneas, que son incapaces de apresar la realidad de la experiencia humana y los límites irresolubles de los trastornos mentales: "...que ni son homogéneos, ni están separados por límites claros..." (Sandín, 2013, p. 261). Los intentos por asemejar los trastornos mentales a entidades médicas y la hegemonía de los sistemas de clasificación categoriales, conllevaron una serie de limitaciones. Algunas de estas se reflejan en la dificultad para establecer diagnósticos precisos, la inflación de nuevos trastornos específicos en las sucesivas ediciones de los manuales taxonómicos, las altas

tasas de comorbilidad (tanto intra- como entre-categorías), la “mutación” de un trastorno en otro a lo largo del ciclo vital, y las cifras elevadas de trastornos categorizados como no-especificados, que más bien deberían hacer referencia a categorías residuales para casos excepcionales. De todo lo anterior, se derivan dificultades para establecer etiopatogénias específicas y diferenciadas y, como consecuencia de todo ello, los problemas para establecer el pronóstico y curso de los distintos trastornos y las pautas más eficaces para su tratamiento.

Estas limitaciones plantearon la necesidad de integrar la experiencia humana en dimensiones, que varían en función del grado o de la posición relativa de la experiencia, en un continuo que va desde la normalidad a la psicopatología. Los sistemas dimensionales de clasificación, o la incorporación de dimensiones en los mismos, pueden ayudar a conceptualizar los trastornos mentales de un modo más acorde con la realidad clínica. La desventaja de estos planteamientos, frente a los categoriales, radica en la escasa familiaridad de estas propuestas para el diagnóstico clínico y en una mayor complejidad, que requiere un aumento de investigación de cara a garantizar su utilidad y fiabilidad clínica. En la agenda del DSM se plantearon algunas incorporaciones dimensionales, aunque solo una parte de ellas se materializaron en su publicación (para una revisión exhaustiva véase Sandín, 2013). Un ejemplo de ello son las propuestas de espectros de trastornos (p.ej., espectro obsesivo-compulsivo), la incorporación de dimensiones en algunos de ellos (p.ej., esquizofrenia/s), el diseño de instrumentos de evaluación dimensionales, y como ejemplo, enigmático, la propuesta del modelo híbrido para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Aunque con el DSM-5 no se produjeron todos los cambios esperados, este ha logrado integrar parcialmente un modelo mixto, que combina el modelo categorial con dimensiones psicopatológicas. Adicionalmente, la propuesta del DSM-5 presenta una clasificación que podría constituir un marco de trabajo coherente con las recientes orientaciones psicológicas sobre el transdiagnóstico en psicopatología y clínica (Sandín, 2013). En esencia, lo que plantea este enfoque, es que las categorías clínicas consolidadas podrían integrarse y clasificarse sobre la base de dimensiones y procesos psicológicos o psicopatológicos compartidos (Belloch, 2012; Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

4.2. El enfoque transdiagnóstico en psicopatología

La premisa fundamental del nuevo enfoque transdiagnóstico de la psicopatología, pero también del diagnóstico y la psicoterapia, 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 (p.ej., Aldao, 2012; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003; Harvey, Watkins, Mansell, y Shafran, 2004; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Un supuesto adicional de este enfoque es el de que los trastornos mentales, tal y como se contemplan en los sistemas actuales de diagnóstico psiquiátrico (es decir, CIE y DSM), son las versiones disfuncionales de procesos y experiencias mentales y del comportamiento que se producen y se manifiestan en personas sin trastornos mentales, 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). Se espera que examinar los factores comunes y/o procesos compartidos entre trastornos pueda ayudar a explicar y comprender algunos de los retos de los trastornos mentales y la psicopatología: el solapamiento diagnóstico, la comorbilidad, las transiciones de unos a otros que, en muchos casos, se producen en un mismo paciente, y las elevadas tasas de diagnósticos de trastornos no-especificados. 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 et al., 2003; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011).

Adicionalmente, el enfoque transdiagnóstico se propone como un cambio de paradigma para la comprensión de la psicopatología y la clínica. Durante los últimos años, el paradigma predominante había sido el de los enfoques específicos o focalizados, que se caracterizan por la búsqueda de mecanismos o factores específicos para explicar la génesis y el mantenimiento de trastornos mentales concretos. Desde un punto de vista cognitivo, estos se basan en 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, estos modelos están más cerca de la tradición de los paradigmas médicos hegemónicos y de los sistemas categoriales, que intentan establecer relaciones específicas entre disfunciones en determinados “órganos” con su correspondiente “función”. Las ventajas y avances que estos paradigmas supusieron en la explicación de los trastornos mentales y su tratamiento son indiscutibles, dado que promovieron el desarrollo de múltiples modelos explicativos para trastornos concretos y protocolos focalizados de tratamiento. Un ejemplo de ello, son los Tratamientos cognitivo-conductuales para el pánico, la depresión o el TOC.

El punto de partida y la diferencia principal entre los enfoques focalizados y los abordajes transdiagnósticos radica en el interés de estos últimos por la búsqueda de lo “común” en contraposición con lo “específico” (Sandín, 2012). De todo ello, se asume que no hay sólo “órganos” y “funciones” exclusivas, sino que más bien se trata de procesos o disfunciones generales que se manifiestan en diferentes trastornos. 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 diferencial que juegan en el resultado final los factores específicos en cada uno de los trastornos mentales. En nuestra opinión, los dos enfoques son complementarios, pero, por separado, únicamente son capaces de ofrecer la información suficiente, pero no la necesaria, para garantizar la comprensión de la psicopatología de los trastornos mentales.

4.2.1. Orígenes y desarrollos actuales de la investigación transdiagnóstica.

Los enfoques transdiagnósticos emergen como un paradigma nuevo, aunque la noción de la transdiagnosticidad de procesos o dimensiones en el estudio de la psicología no lo es (Sandín et al., 2012). A lo largo de la historia nos encontramos con referentes de estas cuestiones tanto en ámbitos teóricos como clínicos. Un ejemplo representativo son las teorías conductuales del funcionamiento humano, en las que la conducta y los principios de las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), se proponen como

mecanismos explicativos del origen y mantenimiento de la mayor parte de los problemas o trastornos psicológicos. De hecho, la propuesta de que el análisis funcional sea el eje del diagnóstico clínico deviene del supuesto transdiagnóstico subyacente en estas aportaciones. De un modo similar, en los pioneros de los modelos cognitivos observamos el relevo de productos y procesos comunes actuales. Un ejemplo de ello son las creencias irracionales y/o las distorsiones y sesgos cognitivos de las teorías de Albert Ellis y Aaron T. Beck que, si bien inicialmente se plantearon como variables específicas de los trastornos emocionales, hoy en día son variables relevantes en el origen y/o en el mantenimiento de trastornos diferentes. Otro análogo son los mecanismos de defensa y represión propuestos por el psicoanálisis y las configuraciones de neurosis y psicosis de Sigmund Freud. Para finalizar, otra de las aportaciones que más ha repercutido en la actualidad es la propuesta de Hans J. Eysenck sobre los rasgos de la personalidad normal. La noción de rasgos de personalidad comunes en un continuo de normalidad y patología vertebró hoy en día las propuestas taxonómicas de los trastornos de personalidad en el DSM-5 (modelo alternativo: apéndice III) y la CIE-11 (Belloch, Fernández-Álvarez, y Pascual-Vera, 2019).

Estas aportaciones reflejan cómo la naturaleza transdiagnóstica de procesos y dimensiones psicopatológicas ha permanecido latente desde hace años, aunque hoy en día ha recibido un énfasis y acogida considerables. En la actualidad, las propuestas transdiagnósticas se han incorporado tanto al diagnóstico como al tratamiento de los trastornos mentales. En general, pretenden entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de dimensiones y procesos etiopatogénicos (causales y/o mantenedores) compartidos en familias diferentes de trastornos mentales. Los enfoques orientados al tratamiento se plantean con el objetivo de diseñar intervenciones basadas en principios terapéuticos comunes derivados de estos procesos psicopatológicos subyacentes. Si bien los objetivos y características generales están relacionados entre sí, en los últimos años han emergido diferentes líneas de investigación transdiagnóstica. Según Belloch (2012) estas pueden agruparse en tres grupos dependiendo del foco de análisis. La primera de ellas, incluye a aquellos trabajos que se han centrado en el estudio de los factores comunes en los trastornos mentales complejos (ej., triple vulnerabilidad), la segunda, en el estudio de dimensiones específicas (ej., intolerancia a la incertidumbre, intrusiones mentales) y en tercer lugar, cabe situar las investigaciones más directamente focalizadas en procesos cognitivos básicos (i.e., atención selectiva, sesgos de memoria, etc.), o en estrategias de afrontamiento del malestar psicológico (i.e., evitación, búsqueda de reaseguro, supresión de pensamientos, etc.), que hipotéticamente se encuentran en la base de trastornos mentales diferentes. En nuestro caso nos centraremos en el estudio transdiagnóstico de dimensiones específicas en diferentes condiciones clínicas relacionadas.

4.2.2. Supuestos comunes para una investigación transdiagnóstica en psicopatología.

La investigación psicopatológica de dimensiones específicas desde una perspectiva transdiagnóstica requiere considerar dos supuestos principales. El primer requisito fundamental es la *dimensionalidad* de las variables objeto de estudio (p.ej., procesos, productos cognitivos, estrategias, etc.). Esto parte de la idea de que las experiencias anómalas o patológicas son extremos de un continuo que va desde la normalidad a la psicopatología, y que por tanto las diferencias existentes entre los diferentes puntos del

continuo son más de grado que de cualidad. Según Belloch (2012) la noción de dimensionalidad entre la normalidad y la patología ha sido una de las mayores aportaciones psicológicas a la investigación y la comprensión de los trastornos mentales, siendo precisamente uno de los fundamentos principales de la psicopatología moderna. No obstante, y en parte como consecuencia del desarrollo hegemónico de los sistemas categoriales y de los enfoques específicos, la dimensionalidad ha caído en el olvido (Belloch, 2012). Los enfoques transdiagnósticos pretenden precisamente traer de vuelta el estudio dimensional. Por ello, las variables candidatas para una investigación transdiagnóstica tienen que partir de este supuesto.

En segundo lugar, el valor transdiagnóstico de una dimensión o proceso no se justifica por sí mismo, sino por su posible validez en los trastornos donde se examine (Aldao, 2012; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). En nuestra opinión, para considerar la transdiagnosticidad de ciertas dimensiones, estas tienen que estar relacionadas etiológicamente (génesis, mantenimiento o ambas) en la familia de trastornos donde se ponga a prueba. Todo lo anterior implica que *per se*, todas las dimensiones no son transdiagnósticas, sino que ello depende de la relevancia y función que desempeñen en los trastornos determinados. Por ejemplo, según Aldao (2012) un factor transdiagnóstico hace referencia a procesos compartidos, que son invariantes o equivalentes en su forma y función, entre varios trastornos mentales.

4.2.3. Ventajas de una aproximación transdiagnóstica a los trastornos mentales.

Las ventajas que se derivan de este enfoque de la psicopatología abarcan tanto la comprensión de los trastornos psicológicos, como su evaluación, diagnóstico, y tratamiento. La principal ventaja radica precisamente en el énfasis por el estudio de la dimensionalidad de la experiencia (Belloch, 2012). Por ejemplo, la interpretación negativa del pensamiento es común en población sana, así como también en una variedad de trastornos psicológicos. Además, ciertos procesos disfuncionales se dan en un número diferente de psicopatologías. Por ejemplo, la evitación es un síntoma característico de los trastornos de ansiedad, pero no es exclusivo de ellos pues está presente en otros conjuntos de psicopatologías donde adquiere una relevancia clínica, como en la hipocondría, el trastorno obsesivo-compulsivo, o los trastornos de la personalidad. La utilidad del enfoque transdiagnóstico es que se centra directamente en el examen de estos procesos y dimensiones y, por lo tanto, ofrece explicaciones más parsimoniosas y comprensivas de la psicopatología y la naturaleza de las experiencias psicológicas. Además, en el momento en que los síntomas se definen y se hacen operativos en términos dimensionales podemos apresar en qué medida una persona posee un determinado síntoma o un conjunto de ellos, o expresa un determinado conjunto de características de forma más extrema, independientemente de “la etiqueta diagnóstica”. Un ejemplo aplicado de ello son los modelos dimensionales propuestos para los trastornos de personalidad, en los que la evaluación y el diagnóstico, se basan, primero, en la valoración de las dimensiones de gravedad y disfuncionalidad (personal e interpersonal) y, segundo, en el análisis del conjunto de rasgos patológicos predominantes que constituyen puntos extremos o disfuncionales y que se derivan de los modelos de rasgos de la personalidad normal.

Adicionalmente, integrar los diferentes síntomas y diagnósticos en función de dimensiones y factores comunes permitiría efectuar diagnósticos más cercanos a la

realidad clínica de lo que lo hace un sistema de clasificación basado en categorías diagnósticas independientes y mutuamente excluyentes. Este permitiría tener en cuenta el solapamiento de los síntomas, que es habitual entre los trastornos psicológicos, y facilitar, a su vez, una formulación más exhaustiva y precisa de las dimensiones predominantes en una persona. Finalmente, según Mansell y colaboradores (2009), si asumimos que un factor transdiagnóstico se relaciona con varios trastornos, entonces la evaluación podría enfocarse en esos factores más que en el gran número de trastornos específicos que hay actualmente en los sistemas de clasificación. Todo lo anterior, no niega la necesidad de un sistema de clasificación, ni tampoco la utilidad de los sistemas categoriales de clasificación. No obstante, desde este punto de vista, las agrupaciones de trastornos y el diagnóstico de los mismos se justifican sobre la base de las dimensiones de síntomas y/o procesos psicológicos disfuncionales, facilitando tanto la comprensión individualizada de la problemática de la persona, como la comunicación inter-profesional (Belloch, 2012).

Los enfoques transdiagnósticos son prometedores, ya que pueden favorecer la comprensión de procesos comunes subyacentes a diferentes trastornos, usualmente comórbidos. Como hemos mencionado, la comorbilidad es uno de los retos de la psicología clínica y la psiquiatría, dado que más de la mitad de los individuos con un diagnóstico cumple con los criterios de al menos otro. Además, la estabilidad de los diagnósticos dentro del mismo individuo es baja y, de hecho, a lo largo del tiempo, una persona puede cumplir criterios de una variedad de diferentes trastornos (Forrester, Owens, y Johnstone, 2001). Por otro lado, y aunque ciertos desórdenes se agrupan sistemáticamente de forma fiable, existen comunalidades frecuentes con otros grupos de trastornos (Krueger y Markon, 2006). Por ejemplo, la depresión mayor presenta tasas de comorbilidad elevada con trastornos de ansiedad particulares, como los de ansiedad generalizada y ansiedad social. La identificación de factores comunes puede ayudar a dilucidar mecanismos etiopatogénicos compartidos en trastornos relacionados, y con ello explicar algunas de las comunalidades y comorbilidades entre ellos. Además, puede facilitar la detección precoz y la prevención de trastornos relacionados.

En la medida en que dispongamos de claras dimensiones con carácter transdiagnóstico, el tratamiento de los trastornos mentales puede resultar beneficiado. Por una parte, con el desarrollo de intervenciones y/o componentes de tratamiento que incluyan el manejo de dimensiones y/o procesos compartidos, que puedan ser adaptados a la problemática específica (por ejemplo, el Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico de Barlow). Por otra, puede ser beneficioso para prevenir recaídas, especialmente en aquellos casos donde es común que unos trastornos transiten a otros a lo largo de la vida, como sucede en los trastornos alimentarios (Fairburn et al., 2003). Finalmente, puede tener también ventajas en el ámbito formativo (p.ej., a través de programas de educación amplios, no focalizados en trastornos aislados) y en el asistencial, especialmente cuando la presencia de una elevada presión asistencial hace difícil o imposible aplicar intervenciones específicas individualizadas (Belloch, 2012).

4.2.4. Retos futuros de la investigación transdiagnóstica.

En 2011, Nolen-Hoeksema y Watkins propusieron un heurístico para desarrollar modelos psicopatológicos, sobre la base de dos de los retos con los que se enfrentaban los modelos transdiagnósticos actuales. Según estos autores, las principales limitaciones tenían que

ver con la dificultad por explicar simultáneamente la multifinalidad de los factores transdiagnósticos y las trayectorias divergentes de los mismos. La multifinalidad hace referencia a los mecanismos por los cuales los factores de riesgo se dan en trastornos diferentes; lo segundo, al porqué un individuo con un factor de riesgo transdiagnóstico desarrolla un conjunto de síntomas, mientras que otro con el mismo factor de riesgo desarrolla otro conjunto de síntomas diferentes. Dicho de otro modo, el mismo factor de riesgo presenta trayectorias divergentes en la expresión individual de los síntomas o trastornos.

El fenómeno de la multifinalidad fue descrito hace décadas, y hace referencia al proceso por el cual determinados ambientes, experiencias o características aumentan el riesgo para el desarrollo de determinadas psicopatologías del adulto y el infante. El estrés, por ejemplo, es una de las dimensiones que se ha asociado con múltiples trastornos y puede ser un ejemplo válido de a lo que nos estamos refiriendo (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Otros ejemplos lo constituyen experiencias tempranas de abuso en la infancia (sexual y físico), estilos de crianza negligentes, o la psicopatología parental. Desde el punto de vista de la personalidad, el neuroticismo y el afecto negativo también se han relacionado con diferentes psicopatologías y se consideran transdiagnósticos a diferentes trastornos. Del mismo modo, Harvey y colaboradores (2004) recopilaron una diversidad de productos y procesos cognitivos, que se asociaban fiablemente con múltiples trastornos.

En realidad, lo que vienen planteando Nolen-Hoeksema y Watkins es que la investigación transdiagnóstica, hasta la fecha, se ha mostrado precisamente más útil para examinar la multifinalidad de diferentes procesos, dimensiones o productos cognitivos, como los mencionados, que para explicar las trayectorias divergentes de estos factores, que se manifiestan en diferentes síntomas o trastornos. Siguiendo con el ejemplo del estrés, argumentan que hoy en día sabemos que es un factor de riesgo para diferentes trastornos, incluyendo la depresión, la ansiedad, o el abuso de alcohol, pero sigue sin haber respuesta al porqué el estrés se expresa en depresión en algunas personas, en ansiedad en otras y en abuso de sustancias en otras. Una de las razones tiene que ver con el escaso número de publicaciones que han examinado esta cuestión. Según los/as autores el desarrollo de investigaciones longitudinales podría ayudar a conocer si, en la misma persona, este factor de riesgo se expresa de diferentes formas a lo largo del tiempo. En otro sentido, plantean que puede ser de utilidad examinar qué mecanismos moderan la relación entre los factores de riesgo y los trastornos, así como cuáles pueden ser factores intermedios en estos. El heurístico que proponen se basa en esto último y queda representado en la Figura 4.2.4. Se aprecian tres componentes principales (factores de riesgo distales, próximos y moderadores) y el nivel de influencia que cada uno de ellos puede tener sobre determinados trastornos. Según los autores, los factores de riesgo distales contribuyen a los trastornos solo a través de la relación de mediación con los factores de riesgo próximos. Los factores de riesgo distales y próximos explican la multifinalidad, mientras que la interacción entre los moderadores y los factores próximos determinan los síntomas o trastornos específicos (es decir, las trayectorias divergentes).

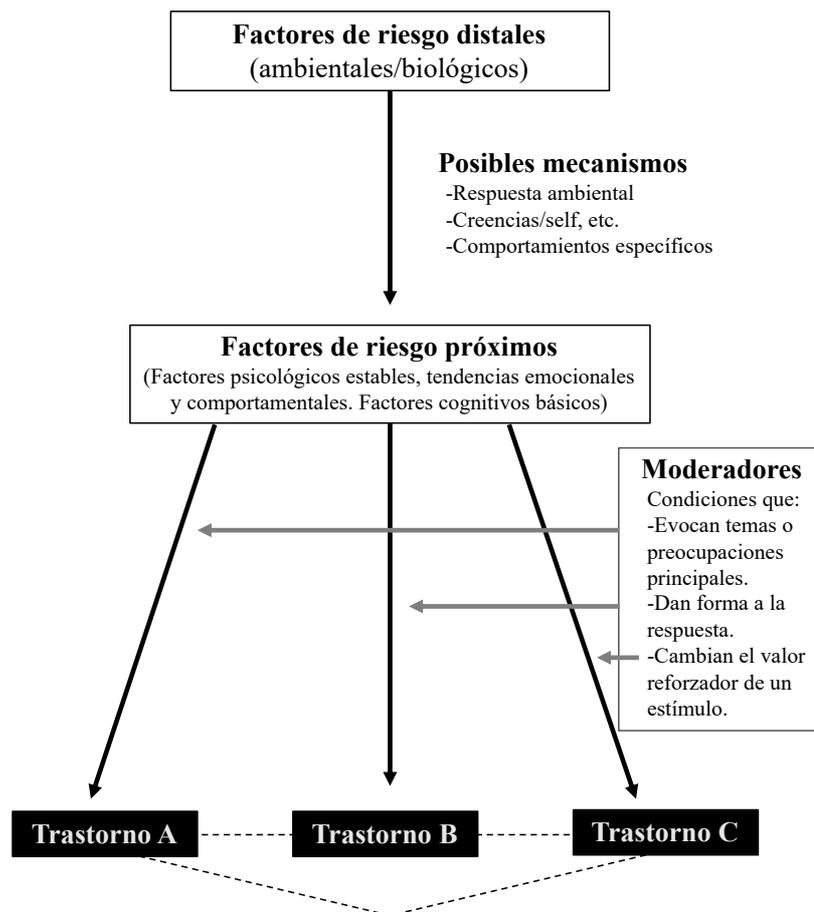


Figura 4.2.4. Heurístico para modelos transdiagnósticos de psicopatología.

Nota. Multifinalidad: factores de riesgo distales y próximos. Trayectorias divergentes: interacción moderadores x factores próximos; la comorbilidad se expresa con las líneas discontinuas. Adaptado de Nolen-Hoeksema y Watkins (2011).

Por último, mencionaremos dos advertencias señaladas por Aldao (2012) en cuanto a los diseños metodológicos en la investigación transdiagnóstica. Como hemos comentado previamente, el valor transdiagnóstico de una dimensión o proceso es relativo: depende de cómo se plantee la pregunta de investigación y qué grupos de trastornos se seleccionen para establecer la comparación. Al no tener en cuenta estas consideraciones corremos el riesgo tanto de identificar dimensiones transdiagnósticas que en realidad no lo son, como de pasar por alto el carácter transdiagnóstico de una dimensión. En relación con el grupo de trastornos de comparación, Aldao (2012) pone el ejemplo del valor transdiagnóstico del afecto positivo (disminuido) en la depresión y la ansiedad social. Si bien parece ser una dimensión transdiagnóstica a estos trastornos, no lo es para todos los trastornos de ansiedad. En este caso, un examen transdiagnóstico que tenga en cuenta a todos los trastornos de ansiedad, o que compare, por ejemplo, la ansiedad social y el pánico, puede pasar por alto el papel transdiagnóstico del afecto positivo en la ansiedad social, mientras que si comparamos la depresión con la ansiedad social nos encontramos con resultados opuestos, sugiriendo su valor transdiagnóstico en estos trastornos. Por otro lado, la autora advierte sobre la necesidad de analizar cuidadosamente el diseño y las estrategias metodológicas a implementar. En su caso, propone el uso de modelos de ecuaciones estructurales, dado que proporcionan múltiples coeficientes de regresión entre

variables que informan sobre los efectos directos y los indirectos o latentes de las dimensiones de estudio. Otros autores señalan las ventajas de los diseños de corte longitudinal, o como es nuestro caso, la utilización de abordajes intra-sujeto para obtener información sobre en qué medida determinadas dimensiones transdiagnósticas están presentes en los mismos individuos.

4.3. Dimensiones de síntomas transdiagnósticas en el TOC, el TDC, la Hipocondría y los TA.

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). En los últimos años, nuestro grupo de investigación se ha centrado en el estudio de las características fenomenológicas y variables psicopatológicas compartidas en el TOC, y otros trastornos relacionados, concretamente en el TDC, la hipocondría y los TA. Las intrusiones mentales desagradables y no deseadas se encuentran entre las posibles variables transdiagnósticas de la psicopatología que nuestro grupo viene proponiendo (p.ej., Belloch, 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.

Por lo que se refiere a los trastornos mencionados (TOC, TDC, hipocondría, y TA-AN), diversos autores han propuesto su agrupación conjunta en el espectro O-C, basándose en las similitudes en diferentes dimensiones de síntomas (i.e, disforia, problemas de inhibición y/o compulsividad, egodistonia), además de otras como edad de inicio, curso, y respuesta al tratamiento (p.ej., Abramowitz y Braddock, 2006; Abramowitz y Jacoby, 2015; Bartz y Hollander, 2006; Deacon y Abramowitz, 2008) Partiendo de la idea de que el TOC constituyese el trastorno central, y hasta cierto punto organizador de un conjunto de trastornos relacionados (p.ej., Steketee, 2012) también se han señalado las similitudes fenomenológicas y funcionales entre los síntomas nucleares del TOC y otros síntomas clínicos relevantes en el TDC, la hipocondría y los TA. Según los modelos explicativos más aceptados para cada uno de esos trastornos, la experimentación de intrusiones mentales en forma de pensamientos, impulsos, sensaciones, o imágenes forman parte de las características fenomenológicas comunes entre ellos, si bien los contenidos de las IM versan sobre los temores característicos de cada uno. Teniendo en cuenta las características compartidas entre el TOC y estos trastornos, sobre todo la fenomenología de los síntomas que los caracterizan, cabría esperar que las intrusiones mentales sean dimensiones comunes, pese a que la manifestación sintomática de estos trastornos esté bien diferenciada

Hasta ahora, que sepamos, no se ha examinado el hipotético carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales, ni como tampoco, las similitudes fenomenológicas y funcionales entre los síntomas de estos cuatro trastornos. Examinar el valor transdiagnóstico de las intrusiones mentales en el TOC, el TDC, la Hipocondría y los TA puede ayudar a comprender la compleja red de relaciones entre ellos y dilucidar factores etiopatogénicos comunes.

4.4. Summary-Chapter 4.

In the past two decades, a large-scale study established that there are a number of cognitive and behavioral processes that exist across a wide range of psychological disorders, i.e. they are transdiagnostic (Mansell, 2011). Transdiagnostic models of psychopathology are increasingly prominent because they focus on fundamental processes underlying multiple clinically (phenotypically) different disorders, they help to explain comorbidity among disorders, and they may lead to more effective assessment and treatment of these disorders (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). This approach to psychopathology represents a clear alternative to the disorder-related specificity that, paraphrasing Clark (2009), was spurred on by the widespread adoption of the psychiatric systems of diagnostic and classification of mental disorders, i.e., DSM and ICD, which, of course, emphasized the differentiation of psychiatric disturbances. The transdiagnostic approach to psychopathology and treatment, mainly proposed from a psychological perspective, re-opened the debate about the categorical vs. dimensional paradigms to explain mental disorders, which affected the revision of both the DSM-5 and ICD-11. Nonetheless, the “solution” found by the DSM-5 (and by the ICD-11) was to propose the notion of *spectrum disorders*, which continues to establish specific and exclusive features *of and for* each mental disorder.

Our main proposal in this chapter was to analyze the transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions, considering that these cognitive products could be relevant to explain the commonalities (i.e., age of onset, course, treatment response, neuropsychological characteristics) among OCD, BDD, Illness Anxiety/Hypochondriasis, and EDs.

5

El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales

Parafraseando un viejo proverbio, las obsesiones tienen un largo pasado, pero una historia reciente. La presencia de obsesiones y los elementos definatorios de las mismas se han descrito desde muy antiguo, pero las controversias acerca su importancia como elemento organizador de trastornos mentales diferentes permanecen vigentes (APA, 2013). El origen y desarrollo de las obsesiones ha suscitado un importante número de interrogantes, algunos de los cuales, tienen sus raíces en el artículo de Standley Rachman y Padmal de Silva (1978), *Abnormal and normal obsessions*. Planteaban que, para poder desarrollar una teoría acerca de las obsesiones, era necesario asumir que todas las personas experimentamos un fenómeno parecido a estas y que había que examinar y comprender qué características diferenciaban las experiencias obsesivas normales de las obsesiones clínicas que tienen las personas con TOC. El interés por responder a estas cuestiones ha contribuido al desarrollo de las teorías cognitivas y tratamientos actuales para el trastorno. El supuesto subyacente es el de la dimensionalidad de las obsesiones y de ello se deriva la razonable búsqueda de los mecanismos y factores (ej., emociones negativas, valoraciones e interpretaciones disfuncionales, y estrategias de neutralización) que intervienen en la escalada de estas experiencias normativas a síntomas de relevancia clínica. Como hemos mencionado previamente, una de las variables que ha adquirido mayor atención por su papel en la génesis y mantenimiento de las obsesiones son las intrusiones mentales desagradables y no deseadas (en adelante, IM-TOC u obsesivas). Según los modelos cognitivos del TOC, las intrusiones mentales y sus consecuencias (i.e., emociones, interferencia, valoraciones, y estrategias de neutralización) forman parte de la etiopatogenia de los síntomas nucleares del trastorno, obsesiones y compulsiones, y por lo tanto se consideran elementos fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento. Además, las intrusiones mentales con contenidos “obsesivos” (i.e., de agresión, de orden, de limpieza y/o contaminación, de dudas, etc.) que experimenta la gran mayoría de la población, se consideran como análogos de los síntomas clínicos del TOC supuesto que ha obtenido un amplio respaldo empírico (p.ej., Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 2003, 2005).

La aparición y relevancia de las intrusiones mentales (IM) va más allá del TOC, ya que están presentes en un conjunto de trastornos muy diversos, 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 estudio de las IM como precursores y/o como análogos de síntomas en otros trastornos relacionados con el TOC ha adquirido mayor relevancia desde que este trastorno se propuso como el nuclear de un nuevo espectro de trastornos obsesivo-compulsivos en el DSM-5 (APA, 2013). De hecho, desde hace tiempo se viene constatando que la presencia de IM, su carácter recurrente y las consecuencias negativas con ellas vinculadas, no son específicas del

TOC. Por ello se han propuesto como variantes normativas de síntomas clínicos diferentes, tales como las preocupaciones por defectos en el aspecto físico del trastorno dismórfico corporal (TDC) (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2017b, 2018; Osman et al., 2004), las imágenes intrusas sobre la enfermedad y la muerte en la ansiedad por la enfermedad o hipocondría (AE/H) (Arnáez et al., 2017; Muse et al., 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).

El objetivo de este capítulo 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, la AE/H, y los TA. Primero, se ofrece una descripción general de las IM y su diferenciación con otros fenómenos cognitivos relevantes, así como un breve apunte de los modelos cognitivos de las intrusiones mentales. Segundo, 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, presentamos los datos de los que disponemos sobre el estudio de las IM desde un punto de vista transcultural.

5.1. Definición y características fenomenológicas de las intrusiones mentales.

Recordando la definición clásica de Rachman (1981, p. 89), las intrusiones mentales son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, inaceptables o indeseados, que 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 definieron 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”* (p. 4). Además, las intrusiones mentales pueden versar sobre cualquier tema que sea importante para un individuo, o relevante en una situación o momento específicos.

Otras características que definen estos productos mentales conscientes refieren a las consecuencias que generan, tales como el malestar emocional (p.ej., 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 me irá”*).

En el cuadro 5.1. se sintetizan las características principales de las intrusiones mentales como fenómenos de relevancia clínica.

Cuadro 5.1. Características principales de las intrusiones mentales.

Características principales de las intrusiones mentales
<ul style="list-style-type: none">- Pensamiento, imagen, o impulso identificable que entra en el flujo de la conciencia consciente.- Atribución a un origen interno.- Se consideran inaceptables e indeseadas.- Interfieren en la actividad que se está llevando a cabo (cognitiva y conductual).- Son no intencionadas, ni autoiniciadas.- Tienden a ser experimentadas de forma repetitiva o recurrente.- Capturan esfuerzos atencionales y generan distracción.- Se asocian con afecto negativo (ej., ansiedad, tristeza, culpa).- Dificultad para controlarlas o disiparlas.

Nota. Extraído de Clark, y Rhyno, 2005, pág. 5.

5.1.2. Diferenciación con otros productos cognitivos relevantes.

En los últimos años, diferentes autores han considerado que las IM junto con otros productos cognitivos similares, son dimensiones transdiagnósticas comunes a diferentes trastornos. En la propuesta de Harvey las intrusiones mentales forman parte de la modalidad de Pensamiento Repetitivo, que incluye los pensamientos automáticos negativos, la rumiación, y la preocupación (*worry*), que se caracterizan por ser una modalidad de procesos no adaptativos del pensamiento consciente. En este caso, nos centraremos en examinar las similitudes y diferencias entre las intrusiones mentales, la preocupación (*worry*) y la rumiación, dada su relevancia psicopatológica en los trastornos con los que se las relaciona.

Aunque estos productos cognitivos comparten muchas similitudes, se aprecian diferencias sutiles, y a su vez importantes, entre ellos. La preocupación o *worry* se ha definido como una “cadena de pensamientos e imágenes, con carga afectiva negativa y relativamente incontrolable” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y Depree, 1983, p. 10), mientras que la rumiación es “la tendencia a analizar de forma repetitiva los propios problemas, preocupaciones, y sentimientos de malestar, sin emprender ninguna acción encaminada a realizar cambios positivos” (Nolen-Hoeksema y Watkins 2011, p. 596). Los contenidos de la rumiación habitualmente están más relacionados con los eventos del pasado, que los temas sobre los que versan las preocupaciones o las intrusiones mentales (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008). Una de las diferencias que más se ha resaltado entre las intrusiones mentales y las preocupaciones es el grado de egodistonia que se les atribuye. Los contenidos típicos de las preocupaciones son realistas y egosintónicos, y se relacionan en mayor medida con eventos de la vida cotidiana, mientras que los contenidos obsesivos se experimentan como irracionales, sin sentido o inconsistentes con el propio sistema de valores y creencias. Junto con esto, las preocupaciones se caracterizan por ser productos cognitivos autoiniciados que se manifiestan principalmente en forma verbal (es decir, como pensamientos), mientras que las IM son de tipo involuntario, y se presentan de diferentes formas (ej., imagen, impulso). Además, las preocupaciones tienden a estar presentes de forma continua o flotante en el

flujo de la conciencia, al contrario que las intrusiones, que suelen aparecer de forma más intrusa y repentina (Clark, 2005).

Al igual que las intrusiones mentales, la preocupación y la rumiación capturan recursos atencionales, interfieren con las actividades que se están llevando a cabo, son difíciles de controlar, y resultan molestas y desagradables. Aunque las tres modalidades son muy incontrolables, las personas se sienten más impulsadas a involucrarse en comportamientos de neutralización para responder a los pensamientos intrusos no deseados que para responder a la preocupación o a la rumiación (Fergus, 2013). El reciente trabajo de Wahl, van den Hout, y Lieb (2018) mostró que cuando se pide a los participantes que reflexionen sobre una IM idiosincrásica, estos sienten una mayor necesidad de realizar esfuerzos para neutralizarla, en comparación con aquellos que se centraban en la rumiación o en un estado afectivo negativo.

Establecer las distinciones entre estos productos cognitivos es importante de cara a hacerlos más operativos conceptualmente, así como para su manejo en el tratamiento. Aunque inicialmente la preocupación, la rumiación y las intrusiones mentales, se propusieron como productos psicopatológicos característicos del trastorno de ansiedad generalizada, la depresión y el TOC, respectivamente, en la actualidad se considera que son transdiagnósticos a diversos trastornos en los que predominan estados de ansiedad y ánimo negativo.

5.2. Los modelos cognitivos de las intrusiones mentales en el TOC.

Las teorías conductuales, basadas en los principios de condicionamiento instrumental y aprendizaje social, fueron las primeras en proponer modelos psicológicos explicativos sobre la etiología y el mantenimiento del TOC, que hoy en día constituyen la base del componente de exposición con prevención de respuesta de los tratamientos cognitivo-conductuales. Sin embargo, la aportación de estos modelos a la comprensión de la psicopatología de las obsesiones, es decir, a productos mentales conscientes, fue escasa o nula. Fue de hecho a raíz de las aportaciones antes comentadas de Rachman, y del trabajo de 1985 de Paul Salkovskis, que examinaba las obsesiones y compulsiones desde un punto de vista cognitivo-conductual, cuando se empezaron a incorporar elementos de carácter cognitivo a la explicación de los síntomas O-C.

Diversos autores se centraron en el estudio de dimensiones y procesos mediadores entre la experiencia de una obsesión y la respuesta ante esta, la “compulsión”. El énfasis principal era examinar qué factores específicos se relacionaban con la etiopatogenia del TOC. Algunos de los propuestos fueron, por ejemplo, las creencias, las interpretaciones, los procesos meta-cognitivos, las valoraciones y/o evaluaciones que los pacientes con TOC hacían sobre sus pensamientos u obsesiones. Si bien cada modelo, otorgaba una relevancia especial a unos procesos cognitivos sobre otros, y en ocasiones de forma indistinta, los elementos de carácter cognitivo se postulaban como factores clave en la comprensión del trastorno. Entre los modelos teóricos más representativos se encuentran el de Paul Salkovskis (1985, 1989; Salkovskis, Richards y Forrester, 1995), el de Standley Rachman (1997,1998) y el de Christine Purdon y David A. Clark (1993, 1999). El consecuente aumento de la investigación y la diversidad de elementos cognitivos planteados, motivó a un conjunto de investigadores, entre ellos a los mencionados y a la Directora de este trabajo, a constituir un grupo de expertos internacionales en el TOC,

denominado Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). El propósito principal del OCCWG fue diseñar y desarrollar trabajos de investigación conjuntos y consensuar los elementos cognitivos implicados en el TOC que, hasta la fecha, tenían respaldo empírico. Una de las aportaciones más relevantes fueron sus estudios sobre las creencias obsesivas, tanto por su delimitación conceptual como por el alcance internacional de los resultados que se derivaron de estas investigaciones.

A continuación, expondremos brevemente los planteamientos de los modelos de Salkovskis y Rachman, el conjunto de creencias obsesivas propuestas por el OCWG, y por último presentaremos el modelo cognitivo propuesto por Belloch, Cabedo y Carrió (2017) en el que se enmarca este trabajo.

5.2.1. De la responsabilidad excesiva y el significado personal al OCCWW.

El papel de la responsabilidad excesiva en el TOC tiene sus raíces en los planteamientos de Salkovskis (1985, 1999). Este sostenía que tanto las creencias como las valoraciones cargadas de responsabilidad excesiva eran *específicas del TOC* y daban lugar a los síntomas obsesivo-compulsivos. En su modelo, distingue dos niveles: en el primero se sitúan las creencias o asunciones relacionadas con la responsabilidad (nivel 1) y en el segundo, las valoraciones o interpretaciones sobre los pensamientos (nivel 2). Para Salkovskis, las creencias sobre responsabilidad excesiva tienen que ver con "*la creencia de que uno tiene una influencia crucial para provocar o evitar sucesos negativos. Estos sucesos pueden ser reales, es decir, tener consecuencias en el mundo real, y/ o a nivel moral*" (Salkovskis, 1998; p. 40). Según este, cuando la persona con TOC experimenta un pensamiento obsesivo se activan las creencias de responsabilidad, que dan lugar a *valoraciones* específicas sobre el pensamiento. Las valoraciones sobre la responsabilidad pueden girar o bien en torno al contenido del pensamiento (p. ej., "si no hago algo para evitar este suceso, por ejemplo, comprobar si el gas está encendido, será mi responsabilidad si sucede alguna desgracia") o bien sobre la mera ocurrencia del pensamiento (p. ej., "soy responsable de mis pensamientos y por lo tanto si no los elimino, perderé el control y actuaré en consonancia"). Las valoraciones de responsabilidad conllevan que se le otorgue una mayor importancia al pensamiento, y la persona sienta la necesidad de hacer algo para controlarlo. En este punto intervienen las *estrategias de neutralización*, que incrementan la persistencia de los pensamientos y que tienen la finalidad de evitar las consecuencias temidas y/o disminuir la responsabilidad percibida.

Al igual que Salkovskis, el modelo de Rachman también enfatiza la importancia que la persona otorga a los pensamientos, más que en el mero hecho de experimentarlos. Sus planteamientos más relevantes se centran específicamente en el significado personal que la persona atribuye a las obsesiones. Según éste, la obsesión se interpreta de forma catastrófica porque la persona le atribuye significados personales, es decir, la obsesión se interpreta como reveladora de la "naturaleza oculta" de la persona y por consiguiente es importante controlarla. A diferencia de Salkovskis, que planteaba que pensamientos neutros podrían escalar hasta convertirse en obsesiones, Rachman enfatiza la relevancia de los *contenidos* de las obsesiones. Plantea que el sistema de valores de la persona influye en la progresión de un pensamiento intruso normal a una obsesión clínica. Por otro lado, sus trabajos también subrayan la importancia de otros dos tipos de creencias vinculadas con el TOC: las de fusión pensamiento-acción (probabilidad-moral). Hacen

referencia a la idea de que pensar es equivalente a actuar, es decir, pensar es lo mismo que actuar y por lo tanto a la presencia de un pensamiento se le otorga un valor de realidad análogo al que le otorgaríamos a un hecho concreto. La creencia de fusión pensamiento-acción de probabilidad refiere a que pensar en algo influye en la probabilidad de que suceda realmente (“*Si pienso que va a ocurrir un accidente, quizá es más probable que ocurra*”), mientras que la del tipo moral se basa en la creencia de que los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones (“*Pensar en hacer daño a alguien es igual de malo que hacerle daño realmente*”). Como veremos a continuación, en los trabajos del OCCWG estas dos creencias se agruparon en el factor de sobre-importancia de los pensamientos.

El propósito principal del OCCWW fue sistematizar los esfuerzos de la investigación desarrollada hasta la fecha e integrar los resultados de estos en un marco de trabajo común en diferentes países y contextos culturales. Fruto de ello, publicaron un buen número de trabajos, que hoy en día constituyen los pilares de la investigación y los tratamientos psicológicos para el TOC. Las principales aportaciones fueron las siguientes:

- a. Definición y delimitación de los constructos cognitivos más relevantes (es decir, intrusiones, valoraciones y creencias).
- b. Descripción y estudio de las creencias obsesivas.
- c. Desarrollo de instrumentos de evaluación de creencias generales (Obsessive Beliefs Questionnaire, OBQ) y valoraciones específicas de las intrusiones obsesivas (Interpretation of Intrusions Inventory, III).

En el cuadro 5.2.1 aparece el listado y descripción de las creencias propuestas por el OCCGW y un ejemplo representativo de cada una de ellas según los ítems del Inventario de Creencias Obsesivas-Reducido, análogo al OBQ (ICO; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero, y Carrió, 2003).

Cuadro 5.2.1. Creencias obsesivas según el OCCGW.

Creencias obsesivas según el OCCGW (1997, p. 677-678)	
Responsabilidad excesiva	Creencia de que uno tiene una influencia crucial para provocar o prevenir acontecimientos negativos subjetivamente importantes <i>“No actuar para prevenir un posible desastre es tan malo como causarlo”</i>
Importancia de los pensamientos	Creencias de que la mera presencia de un pensamiento indica que es importante” <i>“Si un pensamiento entra en mi mente debe de ser importante”</i>
Sobrestimación de la amenaza	Exageración de la probabilidad o gravedad del daño <i>“Seguramente he dejado el grifo abierto, se saldrá el agua y se inundará el piso”</i>
Importancia de controlar los pensamientos	Sobrevaloración de la importancia de controlar completamente los pensamientos y la creencia de que ese control es posible y deseable. <i>“Yo debería controlar siempre lo que pasa por mi cabeza”</i>
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias sobre la necesidad de estar seguro, la incapacidad para afrontar cambios impredecibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas. <i>“Necesito estar seguro de lo que va a ocurrir”</i>
Perfeccionismo	Tendencia a creer que hay una solución perfecta para cualquier problema, que es posible y necesario hacer algo perfecto (sin errores) y que cualquier pequeño error tendrá graves consecuencias. <i>“Debo conseguir dejar todo perfecto”</i>

5.2.2. Modelo cognitivo de Belloch, Cabedo y Carrió.

El marco conceptual del presente trabajo se enmarca en el modelo propuesto por Belloch et al. (2017), derivado del de D.A. Clark, para la terapia cognitiva específica del TOC. Dado que se basa en varios de los aspectos mencionados con anterioridad, únicamente describiremos el proceso y mecanismos principales por los que las intrusiones mentales pasan a convertirse en obsesiones clínicas. Un resumen de este se sintetiza en la Figura 5.2.2.

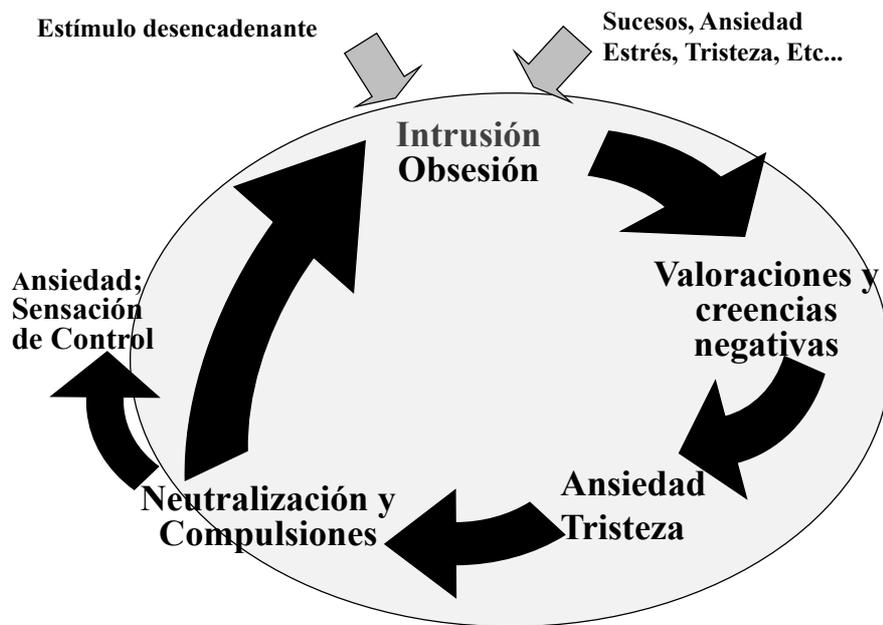


Figura 5.2.2. Ciclo obsesivo-compulsivo. Extraído de Belloch et al. (2017)

Como hemos puesto de manifiesto, un supuesto de los modelos cognitivos para el TOC es considerar que las intrusiones mentales son experiencias normales comunes, que escalan hasta convertirse en síntomas de relevancia clínica. Nótese que, aunque algunos contenidos sean más prevalentes que otros, por ejemplo, las intrusiones sexuales desagradables no son experiencias tan generalizadas como las intrusiones sobre suciedad o la contaminación, los contenidos sobre los que versan las obsesiones son análogos a los contenidos de las intrusiones.

Al igual que las obsesiones, las intrusiones pueden desencadenarse o no por estímulos identificables (internos o externos). Hay ciertos acontecimientos que pueden facilitar la aparición de las intrusiones. Por ejemplo, estar en lugares tales como los raíles de tren o las alturas, puede provocar la presencia de intrusiones como: *¿y si me tirase al vacío?* o, *¿y si me vuelvo loco y empujo a alguien a las vías del tren?*. Además, determinadas emociones, como la rabia o la tristeza (en general, el afecto negativo), o los estados de ansiedad y estrés se relacionan con la presencia de intrusiones. En resumen, aunque las intrusiones puedan aparecer sin ningún motivo o desencadenante particular, su presencia también puede facilitarse por determinados estímulos, situaciones, o estados emocionales concretos.

Sin embargo, como hemos mencionado, la escalada de las intrusiones mentales a las obsesiones clínicas va más allá de la mera ocurrencia de éstas. Es decir, las intrusiones

mentales se acompañan de una serie de consecuencias negativas, a la que en adelante nos referiremos como consecuencias funcionales (ej., emociones negativas, valoraciones disfuncionales y estrategias de control). Una de las que ha recibido mayor atención son las valoraciones disfuncionales que se atribuyen a las intrusiones. Esto es, el modo en que interpretamos y otorgamos un significado y un valor a la presencia de estos productos mentales, que *per se*, se definen como involuntarios, no deseados, e intrusivos, es lo que propicia la escalada de un pensamiento normal (aunque sea desagradable o inoportuno) a una obsesión. Por ejemplo: *“si he pensado esto, es cierto, peligroso, real”*, *“no puedo pensar esto, tengo que controlar mi pensamiento”*, *“soy horrible, malvada, me estoy volviendo loca por pensar esto”*. Si, por el contrario, ni el contenido del pensamiento, ni su irrupción involuntaria en el flujo normal de consciencia, merecen interpretación, significado, o valoración alguna, el ciclo obsesivo simplemente no se iniciaría. Pero además, la cadena de valoraciones y pensamientos disfuncionales provoca emociones negativas de diferentes tipos (miedo, tristeza, vergüenza, y/o asco), que aumentan todavía más el estado emocional negativo que propició la aparición inicial del pensamiento. Este incremento del estado emocional negativo, unido al significado e interpretación del pensamiento, son los elementos motivadores de comportamientos dirigidos a neutralizar tanto sus efectos emocionales como la aparición misma del pensamiento, es decir, promueven la necesidad de tener que *“hacer algo para controlar y manejar la intrusión, o simplemente quitármela de la cabeza”*. Diferentes autores plantean que esta “necesidad de hacer algo” revela la relación funcional que existe entre la presencia de la intrusión y los comportamientos que se llevan a cabo. Como hemos visto a lo largo de estas páginas, estos comportamientos son muy variados, e incluyen desde las “compulsiones” estándar, hasta conductas de neutralización, de búsqueda de tranquilidad, reaseguro o evitación. En un inicio, la realización de estos comportamientos lleva asociada consigo la reducción del malestar o ansiedad y la instauración de una sensación de control (entre otras cosas porque no se puede prestar atención consciente a dos cosas a la vez: al contenido del pensamiento y a los esfuerzos por eliminarlo), lo que refuerza de forma negativa el empleo de estas estrategias para “combatir” las intrusiones. Cuando el comportamiento de neutralización cesa, puede producirse la re-aparición de la intrusión. Si esto sucede, es muy posible que la persona interprete entonces que debe “esforzarse más” por eliminarla, lo que propicia que se reinicie el ciclo. La repetición de este ciclo aumenta la frecuencia del pensamiento y, sobre todo, su “saliencia” o visibilidad (con el consiguiente aumento en la apreciación negativa de su valía y significado).

Un aspecto importante del modelo hace referencia a las razones por las que se produce la re-aparición de la intrusión en el flujo de consciencia: la primera tiene que ver con la imposibilidad o enorme dificultad que conlleva el suprimir voluntaria o intencionadamente un pensamiento, sea o no desagradable. Los estudios sobre supresión voluntaria de pensamientos, iniciada por Wegner (p.ej., Wegner, 1994; Wegner, Schneider, Carter, y White, 1987), indican que tras la supresión forzada se produce, en la mayoría de los casos, un efecto “rebote” inmediato o demorado de los mismos, que ha sido demostrado en el caso de las intrusiones de contenidos obsesivos (Belloch, Morillo y Giménez, 2004). La segunda razón, ligada con la anterior, hace referencia a la imposibilidad real de mantener un mismo comportamiento (comprobar, reasegurarse, lavar, etc.) durante mucho tiempo. La consecuencia es que, cuando deja de hacerse, es

muy posible que reaparezca la intrusión. Por último, hay que tener en cuenta que la habituación natural a la ansiedad es muy poco probable: la mayoría de las personas intenta eliminarla o aliviar de algún modo el malestar que provoca.

En síntesis, si bien experimentar pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones desagradables, involuntarias, e intrusas puede ser un fenómeno universal, su conversión en un síntoma clínicamente significativo (obsesiones) depende del significado que se le otorgue y del estado emocional negativo que suscite. Por tanto, las valoraciones se consideran como factores etiopatogénicos de las obsesiones. A su vez, el estado emocional es el elemento motivador inicial de la necesidad de eliminarlo mediante un comportamiento (manifiesto o encubierto) determinado (estrategias de neutralización entre las que se incluyen las compulsiones o conductas repetitivas). En consecuencia, los comportamientos de neutralización se consideran factores fundamentales en el mantenimiento del trastorno. En conjunto, esas estrategias de control se vuelven tanto improductivas como contraproductivas, y el mecanismo reforzador de estas estrategias se convierte en un mecanismo de mantenimiento del ciclo O-C. Diferentes autores plantean que esta sería la línea roja que separa a una persona sin un diagnóstico de TOC de otra con TOC (p.ej., Belloch et al., 2015).

5.3. Intrusiones mentales obsesivas y el trastorno obsesivo-compulsivo.

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. 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 (Calamari y Janeck, 1998; García-Soriano y Belloch, 2013; Janeck y Calamari, 1999; Rachman y de Silva, 1978).

Morillo et al. (2007), en uno de los escasos trabajos publicados que comparan 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, 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 adscribieron

valoraciones más disfuncionales a sus IM: en concreto, estaban más preocupados porque se pudieran hacer realidad, y pensaban que era muy importante mantener bajo control sus pensamientos. Finalmente, utilizaban mucho más que los demás pacientes con trastornos diferentes al TOC estrategias disfuncionales 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.).

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 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 et al., 2015)

5.4. Intrusiones mentales relacionadas con el aspecto físico y el trastorno dismórfico corporal.

Las intrusiones relacionadas con el aspecto físico (en adelante, IM-TDC o dismórficas) son aquellas que versan sobre defectos en la propia apariencia física, por ejemplo, “*sin ningún motivo especial, se me mete en la cabeza el pensamiento de que de que tengo un defecto físico (nariz, boca, etc.) horrible, asqueroso*”. Los primeros en poner de manifiesto la presencia de imágenes intrusas de contenidos relacionados con estos temores en pacientes con TDC fueron Osman et al. (2004). Observaron que todos los participantes (18 personas con TDC, 18 controles no clínicos) describieron haber experimentado esas intrusiones con una frecuencia análoga. Pero los pacientes experimentaban imágenes desagradables sobre su apariencia y posibles defectos sin que mediara estímulo desencadenante alguno, las interpretaban de un modo más negativo y disfuncional, y su recurrencia era claramente mayor. Sus resultados fueron reproducidos posteriormente en población general: el 84% de los participantes en el estudio (N=65) afirmó haber experimentado imágenes intrusas con contenidos análogos a los referidos por pacientes con TDC (Onden-Lim y Grisham, 2014).

Giraldo-O’Meara y Belloch (2017a,b) han examinado 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, así como las consecuencias funcionales asociadas a estos. Acorde con los estudios de Ondén-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 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, valoraciones disfuncionales sobre su contenido, y estrategias de neutralización disfuncionales sobre la necesidad de controlar la intrusión, especialmente en contextos sociales.

La dimensionalidad de las IM-dismórficas desde la normalidad hasta la psicopatología fue asimismo examinada. Un grupo amplio de 443 personas sin riesgo de presentar un TDC fueron 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.

Adicionalmente las autoras compararon estos dos grupos (alto y bajo riesgo) con un grupo compuesto por pacientes con TDC (n=10). Como era de esperar, los pacientes puntuaron por encima que los otros dos grupos en las siguientes variables: frecuencia de la intrusión más molesta, impacto emocional e interferencia generada por la intrusión y valoraciones disfuncionales. En relación con las estrategias de control los pacientes utilizaron más estrategias relacionadas con el control social (ej., evitación, comparación, ocultación) y específicas del TDC (ej., tocarse, mirar fijamente el defecto, preguntar a alguien sobre el defecto, hacerse fotos) que los otros dos grupos (Giraldo-O’Meara y Belloch (2018).

Hasta donde sabemos, los estudios de Giraldo O’Meara y Belloch (2017a,b, 2018) 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 o interpretación y motivar un comportamiento o acción determinadas.

5.5. Intrusiones mentales relacionadas con la salud y la enfermedad y la Ansiedad por la Enfermedad-Hipocondría.

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, entre otros (36,2%). Todos ellos refirieron que estas imágenes eran recurrentes, puesto que experimentaban la misma imagen repetidamente.

Arnáez et al. (2017), han reproducido 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-AE/H o 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*). Sus 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 y valoraciones 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 et al., 2004).

5.6. Intrusiones relacionadas con la figura, el peso, la dieta y el ejercicio y 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-TA o 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, o la

necesidad de comprobar o verificar el peso, los impulsos de atracarse, o los de purgarse, 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 pensar en hacer ejercicio, en comer, o en 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 presentaran. Además, los análisis mediacionales arrojaron unos datos especialmente relevantes para el contexto clínico: cuanta 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 del mismo.

5.6.1. Intrusiones mentales obsesivas y alimentarias: relaciones y diferencias.

Como hemos visto, la posible asociación entre el TOC y los TA ha sido objeto de un buen número de investigaciones, sin embargo, son escasos los trabajos que han analizado las relaciones entre ambos trastornos tomando como punto de referencia las IM (p.ej., Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2016; García-Soriano, Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2014; Lavender, Shubert, de Silva, y Treasure, 2006; Roncero et al., 2010).

Un primer aspecto que tienen en común el TOC y los TA es la universalidad de los dos contenidos de IM asociados a ellos, como muestran 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.

En cuanto 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, egodistonía, 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.

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.

5.7. Expresión de las IM en función del contexto socio-cultural.

Un corolario de la afirmación que los modelos cognitivos hacen sobre la universalidad de las IM, es decir, sobre el hecho de que todas las personas las experimentan, es el de que son fenómenos cognitivos independientes de la cultura y/o el contexto social (Clark y Radomsky, 2014). La investigación así lo avala en el caso de las intrusiones mentales con contenidos obsesivos o relacionadas con el TOC (p.ej., relacionadas con agresión/daño, religión, sexualidad, contaminación, dudas, escrupulosidad, relaciones personales, etc.). Radomsky et al. (2014) constataron que, en 13 países, distribuidos en 6 continentes, la mayoría de las personas sin trastornos (93,6%) informaron haber experimentado IM con contenidos obsesivos. En la misma muestra, Moulding et al. (2014) constataron que, aunque había diferencias entre los distintos lugares en las tasas globales de ocurrencia de esos pensamientos intrusos, no había diferencias entre las personas de los distintos sitios en las asociaciones que se establecían entre la frecuencia de los pensamientos y los significados que se les atribuían. Posteriormente, Clark y colaboradores (2014) evidenciaron que ciertos contenidos de las intrusiones (suciedad/ contaminación/ dudas/ misceláneos) fueron predictores específicos de los síntomas OC, cuando se controlaron las puntuaciones en creencias obsesivas y el contexto cultural de los participantes. Estos hallazgos mostraban, primero, que los pensamientos intrusos obsesivos son muy prevalentes en la población general y que estos fenómenos cognitivos se experimentan cualquiera que sea la nacionalidad, religión, o cultura. Segundo, avalan la aplicación del modelo cognitivo del TOC a culturas diferentes, es decir, la generalización de un modelo psicológico de corte occidental a culturas no occidentales.

La naturaleza transcultural de las intrusiones mentales, que sepamos, únicamente se ha puesto a prueba en el caso de las IM-obsesivas (p.ej., Clark et al., 2014, Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014), puesto que los estudios sobre IM relacionadas con el TDC, la AE-H, y los TA, que hemos mencionado con anterioridad, se han llevado a cabo en ciudades concretas de Europa y Australia. Aunque los estudios transculturales señalan que estos trastornos (TDC, Hipocondría, y TA) están presentes en prácticamente todas las culturas y contextos sociales, con diferencias en sus respectivas tasas de prevalencia y formas de manifestación (p.ej., Eli y Warin, 2018; Nedeljkovic, Moulding, Foroughi, Kyrios y Doron, 2012), queda por determinar la universalidad y expresión transcultural de estas intrusiones mentales.

5.8. Summary-Chapter 5.

Unwanted mental intrusions and their respective functional consequences are clear candidates to be transdiagnostic variables in OCD, BDD, IA/H, and EDs. All the reviewed studies support the notion expressed by Clark and Rhyno (2005) that the experience of UMIs “can encompass any topic...that is pertinent to the individual or situation at hand” (p.3). Research has extensively supported the universality and dimensionality of mental intrusions, suggesting that they constitute the normal variants of clinically significant symptoms, such as obsessions in OCD, dysmorphic preoccupations about appearance defects in BDD, images about illnesses and death in Illness Anxiety/Hypochondriasis (IA/H), and thoughts and impulses about eating and food in EDs. These four disorders are marked by intense preoccupations, often experienced as intrusive and distressing, which are dysfunctionally appraised as revealing something important to the individuals. Thus, behaviors and control strategies are employed to reduce and/or manage the distress caused by the UMI (e.g., overt/covert behaviors, avoidance, concealment, repeated visits to the doctor, reassurance, checking). Although these disorders are clinically different, they have a number of phenomenological and functional similarities that, in our opinion, can be explained by the presence of recurrent and distressing unwanted mental intrusions in all of them.

To date, the published research has separately studied the four different intrusive-cognition contents, but without examining whether the four UMI contents could operate transdiagnostically in OCD, BDD, IA/H, and EDs, and thus be a common factor to all of them. As far we know, only one study has examined the similarities and differences between UMIs with OCD and ED-related contents, using a within-subject approach (Belloch et al., 2016). This approach seems to be more adequate to ascertain whether UMI could operate transdiagnostically across the four sets of the above-mentioned disorders and understand how individuals react to the different UMI contents (i.e., their functional consequences such as emotions, appraisals, and control strategies).

With this in mind, the main purpose of this doctoral dissertation was to examine the transdiagnostic nature of mental intrusions, above and beyond their specific contents (i.e., obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating disorders-related).

This Study

*Exploring the transdiagnostic nature of
unwanted mental intrusions*

Overview:

The transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions

The current doctoral dissertation focuses on the phenomenological and psychopathological features characterizing Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and other related OC spectrum disorders, such as Body Dysmorphic Disorder (BDD), Illness Anxiety or Hypochondriasis (IA/H), and Eating Disorders (EDs). From this perspective, we want to analyze the putative role of a specific cognitive conscious product, the unwanted mental intrusions (UMIs) and their functional consequences, as a common factor in the above-mentioned disorders. The reason for selecting UMIs was their hypothetical dimensionality from normal cognitive experiences to clinically significant symptoms, as research has shown regarding the obsessions in OCD, the dysmorphic preoccupations about appearance defects in BDD, the images about illnesses and death in IA/H, and the thoughts and impulses about eating and food in EDs. Accordingly, the main purpose of this doctoral dissertation has been to examine whether UMIs could be transdiagnostic to the disorders in which they are involved.

To ascertain the transdiagnostic nature of UMIs, a self-report was designed: the *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT) / Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES)*, in its English and Spanish versions, respectively. The questionnaire aims to explore the occurrence and disturbance of UMIs related to obsessive, dysmorphic, hypochondriacal, and ED-related themes in the same individual, as well as the functional links associated with each intrusive content. Based on the QUIT, the hypothetical transdiagnostic nature of UMIs was tested in four consecutive studies, in both non-clinical participants from different countries (community individuals and university students) and Spanish patients with OCD.

The transdiagnostic nature of UMIs was explored in four consecutive studies, using different perspectives, in terms of specific objectives and hypotheses, methodological design, statistical analyses, instruments, and participants. Table 1 summarizes the main characteristics and structure of each study. The four studies were primarily based on the *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)*. Its rationale and development will be presented in the next section. Additional assessment instruments were included according to the specific objectives of each study.

Table 1. Main characteristics of the four studies in the current doctoral dissertation.

Study	General objectives	Sample	Measures
1	Part 1. Transdiagnostic nature of four UMI contents, in terms of their frequency and disturbance. Part 2. Transdiagnostic nature of the functional consequences of the four most upsetting UMI contents.	Non-clinical Spanish (N= 438)	QUIT-Initial version
2	Transdiagnostic nature of UMIs and their associated functional consequences.	Spanish patients with OCD (N=39)	QUIT-Initial version
3	Propensity to unwanted mental intrusions	<i>Sample 1:</i> Non-clinical. Spanish (N=149) <i>Sample 2:</i> Three groups. – Non-clinical without risk of OCD (n=68) – Non-clinical at risk of OCD (n=71) – OCD patients (n=39)	– QUIT-Final version – Symptoms measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs.
4	Cross-cultural expression of UMIs and transdiagnostic nature	Non-clinical from Middle East, Europe and South America. (N= 1473)	– QUIT-Final version – Symptoms measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs

Preliminary Study: Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)

The *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)* is a newly developed self-report questionnaire that was specifically designed for the main purpose of the current doctoral dissertation: to examine the transdiagnostic nature of obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating disorders unwanted mental intrusions. In this preliminary section, the rationale behind the QUIT development and its definite final structure are described.

1. Development and rationale.

The idea of studying the transdiagnostic nature of different UMIs was first proposed by the Author and the Director of this Thesis at the 3th and 4th meetings of the Research Consortium on Intrusive Fear (RCIF), which were held in Valencia, Spain and Ankara, Turkey in 2014 and 2016, respectively. The RCIF is an international research group that has been investigating the cross-cultural effects of unwanted OCD-related intrusive thoughts (Clark et al., 2014; Clark & Radomsky, 2014; Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014). In these meetings, a proposal was made to examine the hypothetical transdiagnostic nature of UMIs, and a self-report questionnaire, called QUIT, was designed. The questionnaire aimed to explore, first, the frequency with which the same individual has UMIs related to obsessive, dysmorphic, hypochondriacal, and EDs-related themes, as well as the discomfort associated with each UMI. Second, the individual has to report the negative consequences of the most frequent and disturbing UMI in each content area that they have experienced recently—in terms of its associated negative emotions, the interference it causes in daily life, the maladaptive interpretations and appraisals it produces, and the neutralizing or control strategies the individual performs to alleviate the distress caused by the UMI.

The preliminary Spanish version of the QUIT was designed on the basis of previously validated self-report questionnaires assessing OCD-related intrusions (García-Soriano et al, 2011), BDD-related intrusions (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017b, 2018), hypochondriasis or illness anxiety and death-related intrusions (Arnáez et al., 2017), and EDs-related intrusions (Belloch et al., 2016; Perpiñá et al, 2011). The most frequent and disturbing mental intrusions experienced by non-clinical and clinical individuals in the aforementioned studies were selected for their inclusion in the QUIT. All these self-report instruments follow the structure of the Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII; Purdon & Clark, 1993) and the International Intrusive Thoughts Interview Schedule (IITIS; Clark et al., 2014; Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014), which assess the frequency of UMIs with obsessional contents as well as their functional consequences.

Pilot studies of the QUIT were conducted in Spanish community samples ($n= 438$) (Pascual-Vera et al., 2017; Pascual-Vera & Belloch, 2018). In the 4th RCIF meeting (Ankara, January 2016), the preliminary Spanish version of the QUIT and the results from

the pilot studies mentioned above were presented and discussed by all the RCIF members. As a result, some changes were made, and the final version of the QUIT was finally approved by the RCIF members in February 2016. The changes made are described at the end of point 2 of this section.

The final Spanish version of the QUIT was first translated to English by the author of this Thesis (B.P-V), and then back-translated to Spanish by an accredited English-Spanish translator. Then the English version of the QUIT was translated and back-translated into the various Languages in which it should be applied (Hebrew, Italian, Persian, Portuguese, and Turkish), following a standardized translation/back-translation protocol adopted by all authors. This protocol produced translated versions of the QUIT in seven languages (English, Hebrew, Italian, Persian, Portuguese, Spanish, and Turkish).

Detailed information about the definitive version of the instrument is shown below. The modifications of the preliminary version are also mentioned in this section. The Spanish and English versions of the QUIT are included in the Annex of this document.

2. Final version of the QUIT.

Similar to the ROII, the QUIT starts with a detailed definition of unwanted mental intrusions and the different ways they can be experienced (i.e., as images, thoughts/doubts, impulses, or physical sensations). After the initial description, four separate sets of intrusions are presented: Obsessional-related (OCD-related; 12 items), appearance defect-related (BDD-related; 9 items), illness and death-related (IA/H-related; 10 items) and eating disorders-related (EDs-related; 8 items). An additional set of relationship-related obsessive-compulsive phenomena was also included, based on the work by Doron's research group (e.g., Doron, Derby, & Szepsenwol, 2014; Doron, Derby, Szepsenwol, & Talmor, 2012 a,b). This section has 11 items; whereas the first 6 are about partner-related doubts, the following 4 are about obsessional doubts about their own children, and the last one is an additional open-ended item.

Each set of intrusions is presented separately. First, respondents must evaluate each intrusion in a set on its frequency (from 0 = never, to 6 = always, frequently throughout the day) and the discomfort (from 0 = not at all, to 4 = extremely disturbing) the intrusion produces when it occurs.

After a set of intrusions is completed, the respondent is asked to choose from the previous list the most upsetting intrusions he/she experienced during the past three months with a frequency ≥ 1 (*"Rarely, once or twice in my life"*). Then, participants report the modality/modalities in which s/he had experienced the intrusion: a) thought-doubt, b) image, c) impulse, and/or d) physical sensation. They also complete two open questions about the nature of the UMI (*"please, write the most disturbing intrusion that you chose from the list above by using your own words"*, *"do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you had it?"*). An additional question is also presented asking about the last time the subject had that intrusion (from *3 months ago* to *today*). These questions try to favor the priming of the selected intrusion and increase the respondent's self-involvement. Next, the functional consequences associated with the selected most upsetting intrusion are evaluated through 14 items (from 0=never/not at all, to 4=always/frequently) that assess the emotional distress experienced (anxiety, sadness), interference, egodystonicity, maladaptive

meanings the individual attaches to the selected intrusion (3 items: thought importance, importance of thought control, and thought-action fusion), and the control and/or neutralizing strategies the subject uses to manage the intrusion (7 items: do nothing, stop thinking/thought suppression, self-punishment, overt/covert behaviors, reassurance, positive distraction, and avoidance).

The changes from the preliminary Spanish version of the QUIT to the definitive one were as follows:

- a) In the first part of the QUIT, that is, in the description of each set of intrusions:
 - An idiosyncratic item was included at the end of the list of each UMI group
 - A new set of relationship-related obsessive-compulsive intrusions was added.
- b) Regarding the functional consequences linked to the most upsetting UMIs:
 - Two open response items and one multiple-choice item were included (i.e., describe the UMI, last time experienced).
 - One item was removed (“do what the intrusions tells me”).
 - Two additional items were included (avoidance, and positive distraction strategies).

Study 1

Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable?

As far as we know, this is the first study to examine the hypothetical transdiagnostic nature of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorder related unwanted mental intrusions in a non-clinical population. The study is divided into two different parts entitled “*Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable?*” and “*Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions*”, respectively, which partially correspond to two articles previously published (Pascual-Vera, Roncero, & Belloch, 2017, and Pascual-Vera & Belloch, 2018, respectively).

The common method and procedures of the two parts will be presented first, and then the specific objectives, results, and discussion of each part will be separately explained.

1.1. Method

1.1.1. Participants

The total sample consisted of 438 Spanish individuals; 290 were undergraduate university students ($M_{age} = 24.37$, $SD = 6.90$; range = 18-26 years; 72.90% women), and 148 were community participants ($M_{age} = 40.86$, $SD = 10.75$; range = 19-70 years; 65.8% women). University students and community participants did not differ on gender distribution, years of studies, or socio-economic level, but differences were observed in marital status ($\chi^2 = 119.03$, $p < .0001$) because most of the students were single (81.7%), and most of the community individuals were married (51.35%). University students were younger than community participants ($t = 16.59$, $p < .0001$), and women were younger than men in both groups (Women: $M_{age} = 28.73$, $SD = 11.04$ years; Men: $M_{age} = 32.50$; $SD = 11.90$ years; $t = 3.14$, $p = .002$). This sample was used in the first and second parts of Study 1.

1.1.2. Instruments

- *Socio-demographic data sheet.* The data required were as follows: age, gender, years of education, marital status, and current socio-economic level. Two additional questions about their current mental-health status were also included.
- *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)-Initial Version* (Pascual-Vera et al., 2017): The QUIT is a self-report questionnaire, based on the Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII; Purdon & Clark, 1993), to assess the frequency of mental intrusions and their associated discomfort. Similar to the ROII, the QUIT includes a detailed definition of UMI and the different ways they

can be experienced (i.e., as images, thoughts/doubts, impulses, or physical sensations). After the initial description, four separate sets of UMIs are presented: Obsessional-related (12 items), appearance defect-related (9 items), illness and death-related (10 items), and eating disorders-related (8 items). Respondents must evaluate each UMI on its frequency (from 0=never, to 6=always, frequently throughout the day) and on the discomfort (from 0=not at all, to 4=extremely disturbing) the UMI produces when it occurs.

In the current study, the Cronbach's alphas of the four UMI contents were between satisfactory and excellent: OCD intrusions: frequency $\alpha = .846$; disturbance $\alpha = .825$; BDD intrusions: frequency $\alpha = .900$; disturbance $\alpha = .878$; IA/H intrusions: frequency $\alpha = .936$; disturbance $\alpha = .958$; EDs intrusions: frequency $\alpha = .917$; disturbance $\alpha = .936$.

The number and frequency of UMIs reported by the participant in each set were computed as the average frequency of the intrusions actually experienced by the respondent at least once in his/her lifetime; that is, the total scores for each set were divided by the number of items with a frequency ≥ 1 .

After completing each set of UMIs, the QUIT 2nd part is presented. The respondent is asked to choose from the previous list the most upsetting UMI experienced in the past three months with a frequency ≥ 1 . Then, the participant reports the modality/modalities in which s/he experienced the intrusion. Next, the functional consequences associated with the four most upsetting UMIs are evaluated through 12 items (from 0=*never/not at all*, to 4=*always/frequently*) assessing their emotional distress (anxiety, sadness), interference, and egodystonicity, the dysfunctional appraisals the individual attaches to the UMI (thought importance, importance of thought control, and thought-action fusion), and the control and/or neutralizing strategies the subject uses to manage the UMI: do nothing, stop thinking/thought suppression, overt/covert behaviors, self-punishment, and reassurance.

In the current first part of the Study, only the frequency and discomfort of the four sets of UMIs will be examined because the second part focuses on the functional consequences associated with the most upsetting OCD, BDD, IA/H, and EDs-related intrusions, which corresponds to the QUIT-2nd part.

1.1.3. Procedure

Participants were recruited by the authors from the students who attended their lectures at the University of Valencia (Spain), as well as through advertisements on the university campus and on the web page of the research group (www.itoc.org.es) requesting voluntary participation in a study on values and beliefs about unpleasant thoughts. Potential participants were invited to contact one of the authors for an interview. In this interview, they were informed about the study's general purpose and assessment procedure, and asked for their explicit consent to participate. Once the informed consent was signed, participants were scheduled to attend an assessment session where they were provided with a booklet containing the socio-demographic data sheet and the QUIT. These sessions were conducted in groups of 25-35 individuals in the presence of the author. Participants who reported having mental health problems in the past 6 months, who were undergoing psychological or pharmacological treatment, or who were not in the 18-to-60-age range, were not included in data analyses. Participants did not receive

any compensation for their participation. The study received the approval of the University Ethics committee.

1.1.4. Data analyses

An alpha level of .05 (two-tailed) was used for all statistical tests. Gender differences were calculated (unpaired *t* test, and Cohen's *d*). Pearson correlations between target variables were calculated. Differences in correlations were tested using Fisher's *r* to *z* transformation. Separate analyses were performed in women and men, given previous results indicating gender differences in the frequency and disturbance caused by UMIs (Arnáez et al., 2017; García-Soriano et al., 2011; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017b). The frequency and disturbance with which each participant experienced the four UMI contents and the consequences that each participant experienced due to his/her four most disturbing UMIs were examined using a repeated-measures within-subject design (MANOVA). Bonferroni adjustments for multiple-comparison *post hoc* analyses were also computed. Effect sizes (η_p^2) were calculated. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics (version 22). In the second part of this study, G*Power (version 3) was used to calculate the sample size required ($N=60$) and the corresponding statistical power ($\eta^2_p = .06$; effect size $f = .2526456$) for the repeated-measures within-subject design (MANOVA).

1.2. Study 1. Part 1: Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable?

1.2.1. Objectives

The first part of this study aimed to examine the frequency and discomfort due to UMIs (i.e., obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating disorders-related). The specific objectives were:

1. To analyze the frequency and disturbance of the four sets of UMIs in non-clinical individuals, taking into account gender and age variables.
2. To clarify similarities and differences among the four UMI contents based on their respective frequencies and disturbances within the same individuals.
3. To examine the relationships among the four UMI contents in terms of their frequency and the disturbance they provoke.

1.2.2. Results

1.2.2.1. Objective 1: Frequency and discomfort of OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions

Up to 76.48% of the participants (241 women and 94 men) reported having experienced the four sets of UMIs once or more than once in their lives. The rates of university students and community participants who had experienced the four UMIs were comparable ($z = -.579$, $p = .563$). Consequently, only data from the participants who had experienced all four sets of UMI will be considered for analyses, and the data from the students and community participants will be merged. However, women experienced

OCD, BDD, and EDs-related intrusions more frequently than men, and the EDs-related intrusions caused women greater discomfort (see Table 1). These between-gender differences indicate that data from women and men must be examined separately. Additionally, because university students and community participants differed in age, this variable will be a covariate in the corresponding analyses.

As Table 1.1. shows, the mean frequency of the four sets of UMIs was between moderate (“occasionally: a few times a year”) and low (“rarely: once or twice in my life”) for both women and men. The most frequent intrusions experienced by women were about doubts, concealing the defect, physical symptoms, and the need to do physical exercise, for OCD, BDD, IA/H and EDs intrusions, respectively. For men, the most frequent intrusions were about doubts, defective bodily functions, physical symptoms, and the need to diet, for OCD, BDD, IA/H and EDs intrusions, respectively. The most disturbing intrusions experienced by women were related to doubts, social-appearance, death, and figure, for OCD, BDD, IA/H and EDs-related intrusions, respectively. In the men’s group, the most disturbing intrusions were about doubts, defective bodily functions, illness, and dieting, for OCD, BDD, IA/H and EDs intrusions, respectively.

Table 1.1. Gender Differences in the frequency and disturbance of four sets of mental intrusions

<i>Intrusive contents</i>	Women (<i>n</i> = 309)		Men (<i>n</i> = 129)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
	<i>Frequency</i>					
Obsessive-compulsive Disorder	299	2.24 (.69)	124	2.04 (.75)	-2.693**	.277
Body Dysmorphic Disorder	279	2.21 (.96)	108	1.87 (.91)	-3.076**	.363
IllnessAnxiety/Hypochondriasis	284	1.97 (.92)	112	1.82 (.75)	-1.682	--
Eating Disorders	280	2.58 (1.10)	104	2.18 (.95)	-3.443***	.389
	<i>Disturbance</i>					
Obsessive-compulsive Disorder	252	2.04 (.66)	105	1.97 (.73)	-0.884	--
Body Dysmorphic Disorder	237	2.01 (.83)	91	1.97 (.92)	-0.365	--
IllnessAnxiety/Hypochondriasis	235	2.36 (.91)	94	2.19 (.98)	-1.533	--
Eating Disorders	223	2.05 (.85)	74	1.71 (.71)	-3.387***	.434

Note. Data are Mean (SD); *d*: Cohen’s; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In the women’s group, age was negatively associated with the frequency of the four sets of UMIs ($r = -.152$, $r = -.265$, $r = -.168$, and $r = -.194$, for OCD, BDD, IA/H, and EDs related intrusions, respectively; all p ’s $\leq .01$). Nonetheless, the correlation coefficients were low, with R^2 ranging from .02 to .07. Similar results were obtained in the men’s group for OCD, BDD, and EDs-related intrusions ($r = -.331$, $p \leq .01$; $r = -.311$, $p \leq .01$; and $r = -.196$, $p \leq .05$), but no correlations were observed between age and IA/H intrusions ($r = -.153$). Regarding discomfort, age was negatively associated with BDD and EDs intrusions in women ($r = -.297$, $p \leq .01$; and $r = -.189$, $p \leq .01$) and with EDs intrusions in men ($r = -.325$, $p \leq .01$).

1.2.2.2. Objective 2: Within-subject differences in the frequency and disturbance of the OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions

The frequency results for the women's group and the men's group appear in Table 1.2. The F values were significant, indicating that the four sets of UMIs were experienced with different frequencies. The post-hoc analyses in the women's group indicate that the EDs intrusions were the most frequently experienced, and the IA/H intrusions were the least frequent, but no differences were observed between the frequency of the OCD and BDD intrusions. In the men's group, the OCD and EDs intrusions were the most frequent and similarly experienced, whereas the BDD and IA/H intrusions were the least frequent, with no differences between them.

Table 1.2. Within-subject differences in the frequency and disturbance of four sets of mental intrusions

<i>Women (n = 241)</i>				<i>Men (n = 94)</i>							
OCD	BDD	IA/H	EDs	F (3,720)	η^2_p	OCD	BDD	IA/H	EDs	F (3,279)	η^2_p
<i>Frequency</i>											
2.29 (.68) ^a	2.25 (.96) ^a	1.96 (.88) ^b	2.65 (1.09) ^c	35.25 ***	.128	2.14 (.75) ^a	1.88 (.89) ^b	1.85 (.75) ^b	2.11 (.84) ^a	5.31 **	.054
<i>Disturbance</i>											
2.15 (.64) ^a	2.04 (.84) ^a	2.39 (.90) ^b	2.09 (.86) ^a	10.099 ***	.054	2.01 (.69) ^a	1.93 (.79) ^a	2.23 (.97) ^b	1.70 (.75) ^c	9.338 ***	.135

Note. ** $p < .01$; *** $p < .001$. Data are Mean (SD). Superscripts ^{a,b,c} indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni); OCD: Obsessive-compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders.

Table 1.2. also shows the results obtained for the discomfort caused by the four UMI contents. The F values were significant for both the women (medium effect size) and men (large effect size), indicating that the different UMI contents provoked different disturbance levels. The IA/H intrusions caused the greatest discomfort in both women and men, but they were the least frequent. The OCD, BDD, and EDs intrusions caused similar disturbances in women, but the EDs intrusions were the least disturbing to men, who experienced the OCD and BDD intrusions with similar disturbance levels.

1.2.2.3. Objective 3: Relationships between the frequency and distress provoked by OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions

In these analyses, age was introduced as covariate, given the correlations previously observed with the frequency and disturbance of most of the UMIs, as well as the age differences found between university students and community participants.

In the women's group, the four sets of UMIs were correlated, both on frequency (r range from .430 to .241; all p 's $\leq .01$) and on disturbance (r range from .471 to .214; all p 's $\leq .01$). Regarding frequency, the largest coefficients were found between the OCD and IA/H intrusions ($r = .430$) and between the EDs and BDD intrusions ($r = .426$). As for the disturbance, the largest coefficient was obtained for the association between BDD and EDs intrusions ($r = .471$) and the smallest was for the relationship between IA/H and EDs intrusions ($r = .214$), with a significant difference between these two correlation coefficients ($z = 2.7, p = .006$).

Significant relationships among the frequencies of the four UMI contents were also found in the men's group, with coefficients ranging from $r = .548, p \leq .01$, for the frequency of OCD and BDD intrusions, to $r = .294, p \leq .05$ for the frequency of OCD and IA/H intrusions. However, the frequency of BDD and IA/H intrusions were not correlated ($r = .240$). Regarding disturbance scores, the four UMI contents were significantly related, ranging from $r = .732, p \leq .01$ for the association between the disturbance of OCD and BDD intrusions, to $r = .343, p \leq .01$ for the relationship between the disturbance scores of EDs and IA/H intrusions. The correlation between OCD and BDD intrusions was significantly higher than the one observed between the BDD and EDs intrusions ($z = 2.59, p = .009$), between the IA/H and EDs intrusions ($z = 2.91, p = .003$), and between the OCD and IA/H intrusions ($z = 2.45, p = .01$).

1.2.2. Discussion

The main aim of this study was to ascertain whether unwanted mental intrusions are a transdiagnostic variable across clinically different mental disorders. We focused the analysis on four specific disorders, OCD, BDD, IA/H, and EDs, because these disorders share some characteristics, such as age at onset, treatment response, and comorbidity. To date, the research has examined the putative role of UMIs separately in each disorder. Findings generally show that UMIs are common in patients with OCD, BDD, IA/H, and EDs. However, a more stringent perspective to analyze the transdiagnostic nature of UMIs across the four disorders would be to examine the presence and distress of the four UMI contents in the same individual. To the best of our knowledge, this is the first study to use this perspective.

The results indicate that more than three quarters of the participants reported experiencing the four UMI contents. This is a high rate and supports the Clark and Rhyno (2005) suggestion that UMIs are a nearly universal phenomenon, and that they can deal with any topic or theme that can be relevant to individuals. Regarding gender comparisons, women reported higher frequency of OCD, BDD, and EDs related intrusions than men, which agrees with epidemiological studies indicating a higher rate in women of the disorders to which those intrusions refer (e.g., APA, 2013). However, both women and men have IA/H intrusions with similar frequency, which coincides with a similar rate of hypochondriasis in both genders (Clarke et al., 2008). The discomfort associated with the four intrusive contents was similar in both genders, with the exception of EDs-related intrusions because women reported more discomfort than men when experiencing these intrusive thoughts and impulses. This result supports the fact that women, at least in our cultural context, have lower tolerance to the distress caused by unwanted intrusions about eating, weight, or shape control than men, and it probably reflects social pressures about one's figure and appearance in our socio-cultural context (Striegel-Moore & Bulik, 2007). These pressures are greater for women than for men, and the fact that nearly two-thirds of the participants in the study were women might help to explain our results.

The aforementioned results should be nuanced in light of the within-group comparisons. We found that some UMI contents are frequent but slightly disturbing, whereas other UMIs are less frequent but more disturbing. In both men and women, the IA/H intrusions were the least frequent but the most disturbing. By contrast, the EDs

intrusions were the most frequent in both genders, but they were hardly disturbing in the men's group and as disturbing as the OCD and BDD intrusions in the women's group. The higher frequency of EDs intrusions indicates their universality, as observed in other studies (Belloch et al., 2016; García-Soriano et al., 2014; Roncero et al., 2010). Additionally, data about the low disturbance attributed to the EDs intrusions by men, compared to the other three UMI contents, are coherent with findings indicating that these UMIs are usually experienced as coherent with one's self-view (Belloch et al., 2012), especially in women, providing them with a sense of identity (García-Soriano et al., 2014), which probably contributes to the maintenance of EDs (Schmidt & Treasure, 2006).

The high scores on the disturbance caused by the IA/H intrusions, in spite of their low frequency, are coherent with the negative emotions associated with illnesses and death, which are the main themes of these intrusions. It seems that the mere presence of an intrusive thought or image about death or a severe illness produces negative emotions and appraisals, as found in the Muse et al. (2010) study, where these intrusive images were associated with thought-action fusion beliefs in hypochondriac patients. It is also possible that the high comorbidity between hypochondriasis and depression (e.g., Weck, Bleichhardt, Witthoft, & Hiller, 2011) could lie behind this result. Additionally, the fact that most participants were young could also explain, at least in part, the greater disturbance caused by the intrusion in the conscious awareness of thoughts about severe illnesses and about one's own and/or a loved one's death.

The third objective was to examine the relationships among the four IM contents in terms of their frequency and the disturbance they provoked. The results support the notion that having UMIs about a specific theme or content is associated with having UMIs about other different contents. Similarly, feeling disturbed by a specific UMI content is associated with feeling disturbed when experiencing other different UMI contents. In the women's group, the high association found between the OCD and IA/H intrusions supports the assumption that a close relationship exists between OCD and Hypochondriasis (e.g., Abramowitz & Braddock, 2006; Deacon & Abramowitz, 2008; Stein et al., 2016). Moreover, the high association found between the disturbance scores of EDs and BDD intrusions agrees with the high comorbidity rates between EDs and BDD (Dingemans, Rood, Groot, & Furth, 2012; Grant, Kim, & Eckert, 2002; Kollai, Schieber, Zwaan, Svitak, & Martin, 2013). In the men's group, the high association between OCD and BDD intrusions on both the frequency and disturbance scores supports the phenomenological similarity between the two disorders (Osman et al., 2004; Phillips et al., 2010), as well as the high comorbidity rates between them (Bienvenu et al., 2012), supporting the inclusion of BDD in the OCD spectrum (APA, 2013).

Several limitations of our study should be mentioned. First, the participants were mainly young women with university studies. Consequently, the frequency with which they experience UMIs was generally low, and this means that our data were not free of floor effects, which could presumably have confounding effects on the results. Although the use of non-clinical samples is common in exploratory studies dealing with a scarcely investigated topic, it is necessary to confirm the data obtained with clinical participants. Second, the study results rely exclusively on a self-report questionnaire. We have tried to overcome this limitation by designing the QUIT on the basis of previously validated self-

report questionnaires, but future studies should include other collection methods, such as structured interviews to record intrusive thoughts and narratives associated with the four UMI contents studied.

Taken together, our results support the notion that UMIs might be a transdiagnostic variable across different disorders, such as OCD, BDD, EDs, and Hypochondriasis/Illness anxiety, thus helping to explain the phenomenological similarities and comorbidities found among these disorders. Moreover, the tendency to experience UMIs could be a vulnerability factor in the development of mental disorders in which these cognitive products play a key role. Future studies with clinical samples must support this suggestion.

1.3. Study 1. Part 2: Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating disorders-related mental intrusions

1.3.1. Objectives

The main aim of this part was to examine the similarities and differences in the functional links of the four UMI contents that individuals selected as being the most upsetting they experienced recently. Consequently, only those participants who reported the four UMIs were included in the analyses. The specific objectives were twofold:

1. To compare the emotional impact caused by the four UMIs, their interference in daily activities, the egodystonicity they cause, the dysfunctional appraisals individuals attach to the UMIs, and the thought control and/or neutralizing strategies to manage them.
2. To examine the relationships between the frequency and disturbance caused by the most upsetting OCD-related, BDD-related, IA/H-related, and EDs-related intrusions experienced.

1.3.2. Results

1.3.2.1. Preliminary data

Up to 49.1% of the participants (185 women, 49 men) reported having experienced the four most upsetting intrusive contents with a frequency and discomfort ≥ 1 in the past three months. Consequently, only data from this sample will be considered for analyses.

In both women and men, the most disturbing intrusions were related to doubts about leaving something on (women: 25.4%; men: 18.4%), defects and defective bodily functions (women: 16.2 %; men: 22.4%), and physical symptoms (women: 18.4%; men: 24.5%) for OCD, BDD, and IA/H-related intrusions, respectively. The most disturbing EDs-related intrusions were related to physical appearance in women (42.2%) and to dieting in men (28.6%).

Regarding the modality, 62.35% of participants had experienced the most upsetting UMI in one modality, whereas 37.65% had experienced it in more than one form/modality. The four UMIs appeared mainly as a thought-doubt, followed by an image, but they were scarcely experienced as an impulse or physical sensation.

As Table 1.3. shows, the mean frequency and discomfort caused by the four most upsetting UMIs were moderate. Women and men experienced the OCD, BDD, and IA/H-related intrusions with similar frequency and discomfort. The EDs-related UMIs were experienced more frequently and caused greater discomfort in women than in men. Age was related to the consequences of the UMI (e.g., emotions, appraisals, and control strategies) in women (range: $r = -.23$ to $-.15$) and in men (range: $r = .35$ to $.36$).

Table 1.3. Gender differences in the frequency and disturbance of the four most upsetting unwanted mental intrusions (UMIs).

UMI	Women ($n = 185$)	Men ($n = 49$)	t	d
	$M (SD)$	$M (SD)$		
<i>Frequency of the most upsetting UMI</i>				
OCD-related	3.28 (1.23)	3.10 (1.24)	-0.90	-.11
BDD-related	3.06 (1.34)	2.82 (1.26)	-1.16	-.15
IA/H-related	2.66 (1.41)	2.51 (1.10)	-0.82	-.16
EDs-related	3.57 (1.47)	2.80 (1.17)	-3.89**	-.81
<i>Disturbance of the most upsetting UMI</i>				
OCD-related	2.87 (.96)	2.86 (1.00)	-0.08	-.01
BDD-related	2.54 (1.06)	2.49 (1.02)	-0.29	-.03
IA/H-related	2.95 (1.09)	2.87 (1.05)	-0.45	-.05
EDs-related	2.71 (1.13)	2.24 (1.09)	-2.59*	-.34

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders.

1.3.2.2. Objective 1: Within-subject differences in the functional consequences of the most disturbing OCD, BDD, IA/H, and EDs-related unwanted mental intrusions

As Table 1.4. reveals, the F values were significant, indicating that the four sets of UMIs differed in the emotional impact they caused. The post-hoc analyses, in both women and men, indicated that the IA/H-related intrusions were assessed as having a significantly higher emotional impact than the other three intrusive contents. The OCD and BDD-related intrusions caused similar emotional distress, whereas only in women the EDs-related intrusions instigated negative emotions comparable to those caused by the OCD and BDD-related intrusions. In the men's group, the EDs-related UMIs caused less emotional distress than the BDD intrusions.

Table 1.4. Within-subject differences in emotional impact, interference, ego-dystonicity and dysfunctional appraisals associated with the four most upsetting unwanted mental intrusions (UMIs).

UMIs	Women			Men		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> (<i>df</i>)	η^2_p	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> (<i>df</i>)	η^2_p
<i>Emotional impact</i> (Women: <i>n</i> =179; Men: <i>n</i> =48)						
OCD-related	1.90 (1.09) ^a	16.63 (3, 534)**	.08	1.63 (0.98) ^a	14.50 (3, 141)**	.23
BDD-related	2.05 (1.08) ^a			1.68 (1.02) ^{ab}		
IA/H-related	2.50 (1.06) ^b			2.33 (1.03) ^c		
EDs-related	1.97(1.14) ^a			1.33 (0.93) ^{ad}		
<i>Interference</i> (Women: <i>n</i> =175; Men: <i>n</i> =47)						
OCD-related	2.32 (1.15) ^a	20.68 (3, 522)**	.10	1.85 (1.12) ^a	8.69 (3, 138)**	.159
BDD-related	1.61 (1.17) ^b			1.51 (1.15) ^a		
IA/H-related	1.93 (1.29) ^c			1.8 (1.29) ^a		
EDs-related	1.61 (1.27) ^b			1.1 (1.1) ^b		
<i>Ego-dystonicity</i> (Women: <i>n</i> =178; Men: <i>n</i> =48)						
OCD-related	1.18 (1.34)	2.29 (3, 531)	.01	1.56 (1.48)	0.76 (3, 141)	.016
BDD-related	1.17 (1.24)			1.35 (1.32)		
IA/H-related	1.34 (1.31)			1.39 (1.3)		
EDs-related	1.40 (1.27)			1.25 (1.13)		
<i>Dysfunctional Appraisals</i> (Women: <i>n</i> =176; Men: <i>n</i> =46)						
OCD-related	2.05 (.83) ^a	7.68 (3, 525)**	.04	1.86 (0.82)	1.86 (3, 135)	.04
BDD-related	1.77 (.97) ^b			1.69 (0.90)		
IA/H-related	1.79 (.87) ^b			1.81 (0.98)		
EDs-related	1.78 (.96) ^b			1.59 (0.88)		

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. Superscripts ^{a,b,c,d} indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni). Same superscript indicates no differences; different superscripts differ significantly at $p \leq .05$. OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders.

Regarding the interference caused by the four UMI contents, the *F* values were also significant, indicating that the different UMIs provoked different interference, in both women and men. The post-hoc analyses in the women's group indicated that OCD-related intrusions were the most interfering, whereas the BDD and EDs-related intrusions were the least interfering. In the men's group, OCD, BDD, and IA/H-related intrusions were the most interfering, whereas the EDs-related intrusions interfered significantly less. In both women and men, OCD, BDD, IA/H, and EDs-related intrusions were assessed as equally ego-dystonic, regardless of their content.

As for dysfunctional appraisals, the *F* values were significant in the women's group, indicating that the OCD-related intrusions were assessed as more dysfunctional than the other three sets of intrusions. By contrast, BDD, IA/H, and EDs-related intrusions were similarly appraised. In the men's group, the four sets of intrusions were assessed equally in terms of dysfunctional appraisals.

The results for the five thought-control strategies used to manage the four most upsetting UMIs appear in Table 1.5. The *F* values were not significant for the strategy *do nothing with the UMI*. In the women's group, the four modalities of intrusions differed in the use of stop-thinking. The post-hoc analyses indicate no differences in the use of this strategy to manage OCD, BDD, and IA/H-related intrusions, but it was used significantly less to manage EDs-related intrusions. The main source of differences was

between the low use of stop thinking to manage EDs intrusions compared to its high use to keep OCD and IA/H intrusions under control. By contrast, in men, stop thinking was used similarly to manage the four UMIs.

Furthermore, the F values were significant for the use of overt/covert behaviors in women. The main source of differences was between the highest use of these strategies to keep IA/H intrusions under control, compared to their low use to control BDD and EDs-related intrusions. However, data showed that, in the men's group, overt/covert behaviors were used similarly to control all the UMIs, regardless of their specific contents. In the women's group, the four modalities of intrusions differed in the use of self-punishment, whereas no differences were found in men. Women punished themselves more when experiencing IA/H intrusions than when they had the other modalities of intrusions.

Finally, F values were significant for the use of reassurance in men, whereas no differences were found in women. In men, post-hoc analyses indicate that reassurance was used more to manage IA/H intrusions than EDs-related intrusions. No differences were found in the use of reassurance to manage IA/H, OCD, and BDD-related intrusions.

Table 1.5. Within-subject differences in the thought control strategies used to manage the four most upsetting unwanted mental intrusions (UMIs).

UMIs	Women			Men		
	M (SD)	F (df)	η^2_p	M (SD)	F (df)	η^2_p
	<i>Do nothing</i> (Women: $n=179$; Men: $n=48$)					
OCD-related	2.55 (1.17)	0.35 (3, 534)	.002	2.39 (1.18)	0.72 (3, 141)	.015
BDD-related	2.46 (1.24)			2.14 (1.25)		
IA/H-related	2.48 (1.19)			2.45 (1.11)		
EDs-related	2.54 (1.17)			2.37 (1.21)		
	<i>Stop thinking</i> (Women: $n=178$; Men: $n=40$)					
OCD-related	2.11 (1.32) ^a	7.38 (3, 531)**	.40	1.89 (1.25)	0.69 (3, 141)	.015
BDD-related	1.91 (1.22) ^{ab}			2.04 (1.07)		
IA/H-related	2.14 (1.29) ^a			1.83 (1.31)		
EDs-related	1.71 (1.26) ^b			1.77 (1.18)		
	<i>Overt/covert behaviors</i> (Women: $n=181$; Men: $n=48$)					
OCD-related	1.53 (1.42) ^a	4.64 (3, 540)*	.02	1.41 (1.33)	0.69 (3, 14)	.015
BDD-related	1.29 (1.34) ^{ab}			1.29 (1.2)		
IA/H-related	1.59 (1.4) ^a			1.25 (1.22)		
EDs-related	1.28 (1.26) ^b			1.14 (1.28)		
	<i>Self-punishment</i> (Women: $n=181$; Men: $n=47$)					
OCD-related	1.55 (1.37) ^a	3.46 (3, 540)*	.01	1.36 (1.29)	0.38 (3, 138)	.008
BDD-related	1.56 (1.33) ^a			1.38 (1.15)		
IA/H-related	1.82 (1.39) ^b			1.44 (1.33)		
EDs-related	1.54 (1.33) ^a			1.23 (1.06)		
	<i>Reassurance</i> (Women: $n=179$; Men: $n=46$)					
OCD-related	1.36 (1.31)	1.45 (3, 534)	.008	1.30 (1.11)	3.79 (3, 135)*	.078
BDD-related	1.39 (1.37)			1.10 (1.13)		
IA/H-related	1.49 (1.34)			1.65 (1.46)		
EDs-related	1.28 (1.29)			1.02 (1.22)		

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. Superscripts ^{a,b,c,d} indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni). Same superscript indicates no differences; different superscripts differ significantly at $p \leq .05$. OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders.

1.3.2.3. Objective 2. Relationships between the frequency and distress provoked by the most upsetting OCD, BDD, IA/H, and EDs-related unwanted mental intrusions

In the women's group, the four sets of UMIs were associated in terms of frequency (r range from .43 to .16; all p 's \leq .05) and disturbance (r range from .45 to .19; all p 's \leq .05), except for the association between the disturbance caused by EDs and IA/H-related intrusions ($r = .13$). For both frequency and disturbance, the largest coefficients were found between the most upsetting EDs and BDD intrusions (frequency $r = .43$; discomfort $r = .45$).

In the men's group, the frequency of BDD intrusions was related to the frequency of the EDs ($r = .38, p \leq .01$), OCD ($r = .31, p \leq .05$), and IA/H intrusions ($r = .29, p \leq .05$), but no other relationships were found. Regarding discomfort, the four most disturbing UMIs were significantly related, ranging from $r = .49, p \leq .01$ (OCD and BDD) to $r = .37, p \leq .01$ (BDD and EDs). However, there were no correlations between the disturbance caused by the most upsetting IA/H and OCD UMIs ($r = .28, p \geq .05$), or between the disturbance caused by the IA/H and EDs-related UMIs ($r = .26, p \geq .05$).

1.3.3. Discussion

This study examined, for the first time, the hypothetical transdiagnostic nature of the functional links of UMIs with obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders contents, using a within-subject approach. We focused on four specific disorders, OCD, BDD, HYP, and EDs, because of their phenomenological similarities, such as the experience of UMIs with contents related to the specific fear of each disorder.

Our findings showed that up to fifty percent of the total sample reported having experienced the four UMIs in the past three months. This is an important rate that supports the putative transdiagnostic nature of UMIs (Belloch, 2012; Pascual-Vera et al., 2017). The fact that more than two-thirds of the participants who experienced the four UMI contents were women poses the need to explore in depth the reasons and/or mechanisms that explain gender differences in the experience of UMIs and their consequences (Dakanalis et al., 2016).

The first objective was to compare the consequences of the four UMI contents. The results suggest that, for both women and men, the IA/H-related intrusions caused the highest emotional distress, and the OCD-related intrusions were the most interfering, whereas EDs-related intrusions interfered less, which is consistent with previous research (Belloch et al., 2016). Furthermore, the four UMIs were equally ego-dystonic, which does not coincide with other studies where ED intrusions were assessed as less egodystonic than OCD intrusions (Belloch et al., 2012). The low scores and the fact that egodystonicity was assessed with a single item in this study might explain this discrepancy.

The OCD-related intrusions were appraised as the most dysfunctional by women, but men appraised the four intrusive contents similarly. These results support the role of faulty appraisals in OCD (Kyrios, Hordern, & Fassnacht, 2015; OCCGW, 2003, 2005), but they might indicate that dysfunctional appraisals also play an important role in the etiology and/or maintenance of other disorders, such as EDs, IA/H, and BDD. This notion has been extensively supported in the case of EDs (e.g., Fairburn et al., 2003; García-

Soriano et al., 2014), and it has also been proposed in current cognitive models of hypochondriasis (Muse et al., 2010; Rachman, 2012) and BDD (Fang & Willhelm, 2015).

The four UMIs led to the urge to “do something”, supporting the functional link between an unwanted mental intrusion and behavior to alleviate the discomfort it causes, which has been largely supported by OCD research (e.g., Belloch et al., 2015; Salkovskis, 1985). Nonetheless, some differences emerged in the use of specific strategies, taking into account the intrusive content and the gender. Women used less thought-suppression and overt/covert behaviors when they experienced EDs-related intrusions, they punished themselves more when having IA/H-related intrusions, and they sought reassurance equally to manage OCD, BDD, IA/H, and EDs-related intrusions. Men used thought-suppression, overt/covert behaviors, and self-punishment in the same way to keep the four UMIs under control, but they sought reassurance less when experiencing EDs-related intrusions. Stop thinking or thought suppression has been largely investigated in OCD (e.g., Belloch et al., 2004; Purdon & Clark, 2001). Our results showed that men used this strategy similarly to manage the four intrusive contents, but it was not used by women to manage the EDs-related intrusions. This result is consistent with studies reporting that patients with EDs often used strategies that were hardly used by OCD patients, such as doing what the intrusions says (e.g., burn calories, fast, or vomit) or just doing nothing (e.g., “my thought reminds me that I’m doing the right thing”) (Belloch et al., 2016; Dakanalis et al., 2015).

The second objective was to examine the relationships between the frequency and disturbance caused by the four most upsetting intrusions experienced by participants. Data showed a stronger pattern of associations among the four most upsetting contents in women than in the men. In women, the highest association was between the frequency and disturbance of EDs and BDD intrusions, which agrees with the high comorbidity rates between EDs and BDD (Kollei et al., 2013). In the men’s group, only the frequency of BDD-related intrusions correlated with the frequency of the other three intrusive contents. The associations between BDD and OCD-related intrusions support the phenomenological similarities between the two disorders (Osman et al., 2004; Phillips et al., 2010) and their high comorbidity rates (Bienvenu et al., 2012). The large correlation between BDD and IA/H-related intrusions might support the inclusion of Hypochondriasis in the obsessive-compulsive spectrum disorders (Kogan et al., 2016; Stein et al., 2016).

Taken together, the results generally support our hypothesis about the similarities among the functional links of the intrusions related to four different clinical disorders, which might help to understand the common factors in these disorders, reflected by their comorbidity rates as well as by their similar response to treatments.

Several limitations of the study should be mentioned. First, the participants were mainly young healthy women. Consequently, the frequency with which they experience UMIs was generally low, which means that our data may have floor effects. Although the use of non-clinical samples is adequate to explore dimensional variables such as UMIs, it is necessary to support the results with clinical participants. Second, the study results rely exclusively on a self-report questionnaire. We have tried to overcome this limitation by designing the QUIT on the basis of previously validated self-reports, but future studies should include other data collection methods, such as structured interviews.

Further studies should specifically test the concurrent validity of the QUIT with symptom measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs, with both non-clinical and clinical participants.

Study 2

The transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions in patients with OCD

The notion that unwanted mental intrusions related to OCD, BDD, IA/H and EDs could be transdiagnostic dimensions has found support in general non-clinical populations, as revealed in Study 1, but this assumption remains unexplored in individuals with OCD. The current study aims to build on the findings from non-clinical participants to examine the transdiagnostic nature of UMIs in patients with OCD. The reason for selecting patients with this disorder was that OCD is currently considered the key or organizing disorder in the O-C-spectrum disorders (i.e., DSM-5 and ICD-11).

2.1. Objectives

The objectives and hypotheses of this study were:

1. To determine the prevalence and nature of the four mentioned UMIs in participants with OCD by examining the characteristics of each set of intrusions (i.e., contents, modalities of occurrence).
2. To compare, in the same individual, the similarities and differences with which s/he experienced the four UMIs, and to analyze the relationships between the frequency and discomfort due to the UMIs.
3. To examine the functional links, in terms of emotions, interference, appraisals and neutralizing behaviors (including overt/cover behaviors, reassurance, avoidance and other control strategies) associated with the four most upsetting UMIs, adopting a within-subject perspective.

Given that the sample was composed of OCD patients, we expected that obsessional intrusions would be the most frequent and disturbing and instigate more negative consequences. Nonetheless, we also hypothesized that similarities could emerge between the four UMIs (in terms of their frequency and discomfort) and in the way OCD patients try to keep them under control (i.e., emotions, appraisals, control strategies).

2.2. Method

2.2.1. Participants

A sample of thirty-nine OCD patients volunteered to participate in the current study. Up to 63.2% were men, and their mean (*SD*) age was 32.45 years (11.57), ranging from 18 to 62 years. Participants did not differ on gender distribution, and women and men were comparable in age, but differences were observed in years of education ($\chi^2 = 21.556$, $p < .01$), socio-economic level ($\chi^2 = 10.115$, $p < .05$), and marital status ($\chi^2 = 39.229$, $p < .01$):

up to 72.3% had or were attending higher studies, 45.5% reported a low-medium socio-economical level, and up to 51.4% were single.

The OCD primary diagnosis was confirmed by the diagnostic interview for DSM-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: lifetime version (ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown and Barlow, 1994). Regarding OCD symptom severity, up to 50.8% were severe, 25.8% were moderate, 9.7% were mild, and up to 9.7% of the participants had extreme OCD based on Y-BOCS criteria. The mean (*SD*) duration of the disorder was 9.88 (7.69) years, ranging from half a year to twenty-six years. At the intake assessment, the main domains of OCD symptoms were as follows: aggressive (24.2% of participants), contamination and cleaning (21.2%), doubts and checking (18.2%), magical thinking and superstitious (15.2%), sexual, moral and religious (9.1%), others (6.1%), and illness and symmetry-order (3% each).

Regarding comorbidity, at the intake, up to 23% participants ($n=9$) also met the criteria for another comorbid disorder: mood disorders ($n= 4$; 44.4%), personality disorder ($n= 3$; 33.3%), OCD spectrum ($n=1$, 11.1%), and anxiety disorders ($n=1$;11.1%). Participants did not differ on the main OCD symptoms domain, but differences were observed in comorbidity ($\chi^2= 69.00$, $p<.01$) because most of them did not have a comorbid disorder at the intake assessment.

2.2.2. Instruments

The measures included in this study were:

- *Socio-demographic data sheet* (described in the Study 1)
- The *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Severity Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) is a one-to-one interview assessing the severity of the most distressing obsessions and compulsions through these items: time occupied or spent, interference, distress, resistance, and degree of control. It is considered the gold-standard for assessing OCD severity. The scale does not assess the contents or symptom dimensions. The Spanish translation was applied (Nicolini et al., 1996), and the reliability in the current sample was $\alpha= 0.89$.
- *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT; Pascual-Vera, Roncero & Belloch, 2017)*-Initial version. In the current study, the Cronbach's alphas of the four UMI contents were satisfactory: OCD-UMIs: frequency $\alpha= .70$; disturbance $\alpha= .72$; BDD-UMIs: frequency $\alpha= .86$; disturbance $\alpha= .88$; IA/H-UMIs: frequency $\alpha= .89$; disturbance $\alpha= .89$; EDs-UMIs: frequency $\alpha= .82$; disturbance $\alpha= .87$.

2.2.3. Procedure

The patients were recruited in an outpatient mental health clinic included in the network of the public National Health System and in the University Research Unit for OCD and related Disorders (University of Valencia, Spain). Patients were individually screened with a full history and examination by one of the members of the research team (PhD-level clinical psychologists with extensive experience in OCD conditions). The intake assessment consisted of a diagnostic interview using the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: lifetime version (ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994),

in a session lasting 120–150 minutes. Information about basic demographic data (age, gender, occupation, educational level, socio-economic status), medical conditions, and current/past psychological or pharmacological treatments was also recorded. The evaluator also completed the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) to assess OCD symptoms severity. All patients were informed about the purpose and assessment procedure of the study, and they gave their explicit consent to participate. After giving his or her consent, each patient was then given the QUIT, which was administered individually face-to-face with the evaluator (who, in the case of the patients admitted to the University clinic, was the author of the current work) in a single session lasting from 45-60 minutes. All the patients completed the QUIT before starting psychological treatment. The Ethics Committees of the University and the Hospitals with which the Outpatient Mental Health Clinics are affiliated approved the study design.

2.2.4. Data analyses

An alpha level of .05 (two-tailed) was used for all statistical tests. Non-parametric (Spearman) correlations were performed to examine the relationships between the frequency and disturbance caused by obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and EDs-related unwanted intrusions, with the Y-BOCS total score as covariate. The frequency and disturbance with which each participant experienced the four UMI contents and the functional links of the four most upsetting UMIs were examined using a repeated-measures within-subject design (MANOVA). Huynh-Feldt correction was used when Mauchly's tests of sphericity were violated. Bonferroni adjustments for multiple-comparison *post hoc* analyses were also computed. Effect sizes (η_p^2) were calculated.

2.3. Results

2.3.1. Objective 1. Prevalence and nature of obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating-disorders unwanted mental intrusions in OCD patients.

Figure 2.1. shows the rates with which OCD patients experienced the 4 UMI contents. Overall, up to 56.4% ($n=22$) of participants reported having experienced the four sets of UMIs once or more in their lives. Furthermore, 25.6% ($n=10$) of patients experienced three of the four mentioned UMIs, 7.7% ($n=3$) experienced two of them, and only up to 10.3% ($n=4$) experienced one UMI content, which, in all cases, was OCD-related. As Figure 1 shows, of the 25.6% of the participants who have experienced three types of UMIs, up to 15.4% ($n=6$) of them experienced OCD, BDD and IA/H-related intrusions, 7.7% ($n=3$) experienced OCD, IA/H and EDs intrusions, and only one individual experienced intrusions related to OCD, BDD and EDs. With the exception of one subject, all the participants who experienced more than one UMI also experienced IA/H-related mental intrusions.

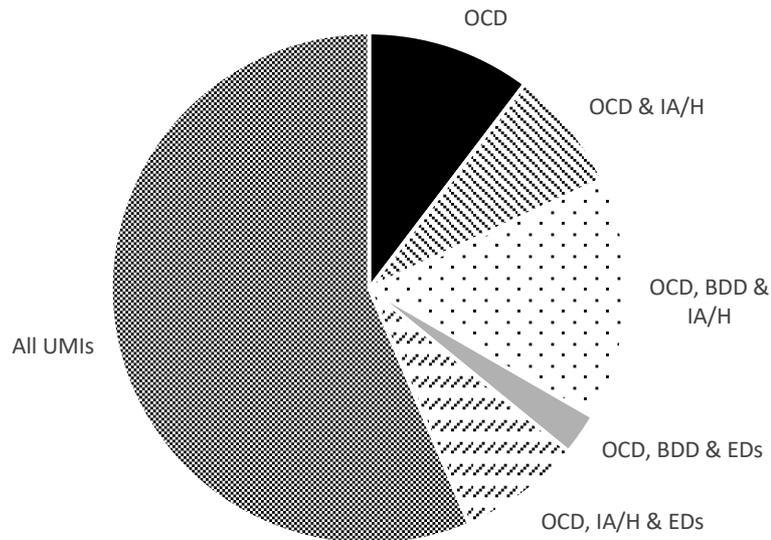


Figure 2.1. Distribution of unwanted mental intrusion contents experienced by patients with OCD.

As for the contents of each set of intrusions, data showed that the most upsetting OCD intrusions were related to dirtiness and contamination (19.4%), superstitious and magical thinking (13.9%), injury and harm others (11.1%), and idiosyncratic contents (11.1%). As for BDD, the contents were related to defective bodily functions (25%), intrusions that others could notice the defect or the defective bodily functions (16.7%), and camouflaging (12.5%) and altering (e.g., surgically or other interventions) the appearance defects (12.5%). Regarding IA/H intrusions, the most upsetting contents were related to physical symptoms (27.6%), death from a severe illness (17.2%), and intrusions about dying with suffering and pain (13.8%). The most disturbing EDs-related intrusions were related to idiosyncratic concerns (30.4%), physical appearance (17.4%), doing exercise (13%), and intrusions related to the impulse to eat (13%).

The four most upsetting UMI appeared mainly as a thought-doubt: OCD-related: 35.9%; BDD-related: 58.3%, IA/H-related: 48.3%, EDs-related: 52.2%. Additionally, participants had experienced the UMIs in more than one modality (e.g., as a thought and as an impulse). After the experience of UMIs as a thought/doubt (one modality), the four UMIs appeared as follows: OCD intrusions were experienced in all modalities (20.5% of cases), the BDD and EDs intrusions were experienced as thoughts and physical sensations (20.8% and 17.4%, respectively), and the IA/H intrusions were experienced as thoughts and images (20.7%).

2.3.2. Objective 2. How did OCD patients experience the four UMI contents?

As mentioned above, 22 patients with OCD (13 men and 9 women; $M_{age}=30.95$, $SD=11.36$) from the total sample experienced obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and EDs-related intrusions once or more in their lives. Given our hypothesis about the

transdiagnostic nature of UMIs, only this sample was considered in the following analyses.

The results for the frequency and disturbance caused by the four UMIs appear on Table 2.1. As can be observed, *F* values were significant, indicating that the four sets of UMI were experienced with different frequencies and discomfort rates. Post-hoc analyses showed that the OCD intrusions were more frequently experienced than both BDD and IA/H-related intrusions, but similarly experienced as the EDs-related intrusions. No differences were observed between the frequency of BDD, IA/H, and EDs-related intrusions. Regarding the discomfort, within-subjects analyses showed that OCD-related intrusions provoked a similar degree of disturbance as BDD and IA/H intrusions, whereas the EDs intrusions disturbed them significantly less. No differences were observed between the disturbance caused by BDD, IA/H and EDs-related intrusions.

Table 2.1. Within-subject differences in the general frequency and disturbance due to unwanted mental intrusions (UMIs).

	<i>Unwanted mental intrusions</i>				<i>F (df)</i>	η^2_p
	OCD	BDD	IA/H	EDs		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
<i>Frequency</i> (n=22)	2.97 (.16) ^a	2.15 (.18) ^b	2.27 (.15) ^b	2.50 (.19) ^{ab}	7.163 (3,63)**	.25
<i>Discomfort</i> (n=17)	2.19 (.14) ^a	1.66 (.15) ^{ab}	2.12 (.14) ^{ab}	1.51 (.14) ^b	7.109 (3,48)**	.30

Note. ***p* < .01. Superscripts ^{a,b,c}, indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni). Same superscript indicates no differences; different superscripts differ significantly at *p* ≤ .05. OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders

Correlations were performed to examine the relationships between the frequency and disturbance caused by obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and EDs-related unwanted intrusions, controlling for the OCD severity (i.e., YBOCS total score). Table 2.2. shows the results.

Table 2.2. Correlations among four intrusive cognitions in patients with OCD (n=22).

UMI contents	Obsessive-Compulsive	Body Dysmorphic	Illness Anxiety/Hypochondriasis	Eating Disorders
<i>Frequency</i>				
Obsessive-Compulsive	--			
Body Dysmorphic	.349	--		
Illness Anxiety	.441*	.669***	--	
Eating Disorders	.311	.500**	.286	--
<i>Disturbance</i>				
Obsessive-Compulsive	--			
Body Dysmorphic	.267	--		
Illness Anxiety	.007	.368	--	
Eating Disorders	.435*	.488*	-.147	--

Note. UMI: Unwanted mental intrusions; **p* ≤ .05; ***p* ≤ .01; ****p* ≤ .001

As the Table shows, the size of the coefficients for the frequency of UMIs was between medium and large in most cases, with shared variances (r^2) ranging from 12% to 48%, with the exception of the associations between the EDs-related and the IA/H and OCD-related intrusions, which were not correlated. However, in the case of the disturbance caused by the intrusions, the only significant correlations were between the EDs-related and obsessive-compulsive ($r^2 = 19\%$) and dysmorphic ($r^2 = 24\%$) intrusions. Comparable results were obtained without controlling for the OCD severity, except for the disturbances caused by BDD and IA/H hypochondriasis, which were significantly associated ($r = .418, p \leq .05$).

2.3.3. Objective 3: Functional consequences of the four UMI contents.

The results for the emotional impact, interference, ego-dystonicity, and dysfunctional appraisals associated with the four most upsetting UMIs appear in Table 2.3. The F values were significant, indicating that the four sets of UMIs differed in the emotional impact they caused. The post-hoc analyses showed that the OCD-related intrusions were assessed as having a significantly higher emotional impact than both the BDD and EDs-related intrusions, but they were equally disturbing as the IA/H ones. By contrast, the BDD-related intrusions and the EDs-related intrusions caused similar emotional distress.

Regarding the interference caused by the four UMI contents, the F values were also significant, suggesting that the different UMIs provoked different degrees of interference. Post-hoc analyses indicated that the OCD-related intrusions were the most interfering. The IA/H and the BDD interfered to a similar degree, and the EDs-related intrusions interfered significantly less than the IA/H ones.

As for the egodystonicity, results showed that the OCD intrusions were more egodystonic than the BDD and EDs-related intrusions, but they were assessed as equally egodystonic as the IA/H intrusions. No differences were found between the egodystonicity caused by BDD, IA/H and EDs-related intrusions.

Finally, F values were also significant for the appraisals attached to the UMIs, indicating that the OCD-related intrusions were assessed as the most dysfunctional. By contrast, BDD, HYP, and EDs-related intrusions were similarly appraised.

Table 2.3. Within-subject differences in emotional impact, interference, ego-dystonicity and dysfunctional appraisals associated with the four most upsetting unwanted mental intrusions (UMIs).

	<i>Unwanted mental intrusions</i>				<i>F (df)</i>	η^2_p
	OCD	BDD	IA/H	EDs		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
<i>Emotional impact (n=21)</i>	2.85(.20) ^a	1.52 (.24) ^c	2.59 (.21) ^{ab}	1.69 (.27) ^{bc}	10.269** (3,60)	.33
<i>Interference (n=21)</i>	3.28(.19) ^a	1.52 (.30) ^{bc}	2.19(.17) ^b	1.09 (.24) ^c	20.634** (3,30)	.50
<i>Egodystonicity (n=19)</i>	2.36 (.35) ^a	.47(.19) ^b	1.15 (.29) ^{ab}	1.00 (.31) ^b	8.365** (3,54)	.31
<i>Dysfunctional Appraisals (n=20)</i>	2.53 (.23) ^a	1.40 (.19) ^b	1.75 (.19) ^b	1.41 (.22) ^b	10.375** (2,023, 38.444)	.35

Note. ** $p < .01$. Superscripts ^{a,b,c} indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni). Same superscript indicates no differences; different superscripts differ significantly at $p \leq .05$. OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders

Table 2.4. shows the results for the thought-control strategies used to neutralize and/or manage the four most upsetting UMIs. The F values were not significant for the strategy “do nothing with the UMI”, which indicates that patients “always do something” when they have a disturbing intrusion, regardless of its specific content.

The use of stop-thinking was different depending on the intrusion content. The post-hoc analyses indicated no differences in the use of this strategy to manage OCD, BDD, and IA/H-related intrusions, but it was used significantly less to manage EDs-related intrusions. The main source of differences was between the low use of stop thinking to manage EDs intrusions compared to its high use to keep OCD intrusions under control.

Regarding overt and covert behaviors and self-punishment strategies, the F values were also significant, and post-hoc comparisons showed that patients used these two strategies more to keep their OCD-related intrusions under control than to manage the other three UMI contents. Notably, the highest effect size of the comparisons was for the overt/covert behaviors. Finally, the F value was also significant for the use of reassurance. Post-hoc analyses indicate that this strategy was used more to manage OCD and IA/H intrusions than to keep the BDD-related intrusions under control. No differences were found in the use of reassurance to control BDD and EDs-related intrusions.

Table 2.4. Within-subject differences in the thought control strategies used to manage the four most upsetting unwanted mental intrusions (UMIs).

Strategies	<i>Unwanted mental intrusions</i>				<i>F (df)</i>	η^2_p
	OCD	BDD	IA/H	EDs		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
Do nothing ¹	1.38 (.25)	1.61 (.27)	1.38 (.22)	1.95 (.24)	1.519 (3,60)	--
Stop-thinking ¹	2.47 (.27) ^a	1.85 (.21) ^{ab}	1.90 (.22) ^{ab}	1.47 (.21) ^b	3.525 (3,60)*	.15
Overt/covert behaviors ¹	3.09 (.23) ^a	1.28 (.30) ^b	1.71 (.29) ^b	.90 (.28) ^b	11.845 (3,60)**	.37
Self-punishment ²	1.95 (.26) ^a	1.10 (.28) ^b	.90 (.25) ^b	.95 (.26) ^b	3.784 (3,57)*	.16
Reassurance ²	2.15 (.28) ^a	.85 (.20) ^b	1.75(.28) ^a	1.20 (.24) ^{ab}	7.106 (3,57)**	.27

¹ $n = 21$; ² $n = 20$. * $p < .05$ ** $p \leq .01$. Superscripts ^{a,b} indicate post-hoc within-group differences (Bonferroni). Same superscript indicates no differences; different superscripts differ significantly at $p \leq .05$. OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders

2.4. Discussion

The transdiagnostic nature of obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating disorders intrusions has been supported in the general population. This is the first study to address this issue in a clinical sample with a primary diagnosis of OCD.

A preliminary objective was to examine the prevalence of four different UMI contents in patients with OCD. The results show that more than half of the patients experienced the four types of UMIs, and only up to 10% had exclusively OCD-related intrusions, which suggest that it is common for patients with OCD to experience more than one intrusive content, as also found in non-clinical participants in Study 1. Nonetheless, the rate of patients who experienced the four UMIs was lower than what was found in non-clinical individuals of Study 1, where nearly two-thirds of participants reported having had the four intrusive contents, as also informed in other studies (Pascual-Vera et al., 2017; Pascual-Vera et al., 2019). This is a disconcerting result. It might be due to the fact that patients are stricter, or perhaps more demanding, than non-clinical individuals when considering, or not, an intrusive thought or impulse to be disturbing, unwanted, and even dangerous. That is, the fact that patients are used to having really disturbing and unwanted intrusions, as the case of obsessions, could introduce a bias in their estimation of when and how a thought must be considered intrusive and unwanted. As for the modality of the most disturbing UMI of each content, it is interesting to note that it was experienced as a doubt, which supports the classical consideration of OCD as the “folie du doute” (Falret, 1864). By contrast, the BDD and EDs-related intrusions were not experienced as doubts, but as thoughts and physical sensations. With regard to thoughts, it suggests that a certain degree of “conviction” (as opposed to doubt) could be characterizing these intrusive contents. In addition, as for the physical sensations, they could be related to the core role played by the distorted physical self-image that lies behind those intrusions. Finally, the fact that IA/H were experienced as thoughts and images might be due, as in the case of BDD and EDs-related intrusions, to a certain degree of conviction, which is not as clear in the case of obsessive-related intrusions.

The second objective was to examine the within-subject differences in the experience of the four different intrusive contents. Consequently, only the answers of those patients who reported having the four contents with a certain frequency were analyzed. As expected, given that all the individuals were patients with OCD, they experienced OCD-related intrusions more frequently than the BDD and IA/H related. However, all these patients also experienced EDs-related intrusions with a similar frequency as the OCD ones. This result coincides with those found in other studies (Belloch et al., 2016; García-Soriano et al., 2014; Roncero et al., 2010), and could be explained by the fact that EDs-related intrusions are highly common in both non-clinical and clinical samples. Regarding the discomfort caused by the intrusions, the OCD-related intrusions caused a similar degree of disturbance as both the dysmorphic and illness-anxiety related intrusions, a result that would support the current consideration of BDD and IA/H as OCD-related disorders. Nonetheless, this should be nuanced due to the fact that the disturbance caused by BDD, IA/H and EDs intrusions was comparable, which can be explained by taking into account the sample characteristics: patients with OCD.

In order to better clarify these results, we examined the frequency and disturbance with which each intrusive content was experienced, taking into account the OCD severity. The pattern of correlations revealed that, whereas the frequency of OCD-intrusions was associated with the frequency of the IA/H-related intrusions, the disturbance caused by the OCD-intrusions was only correlated to the disturbance caused by the EDs-related intrusions. Again, the associations between the frequency of the OCD and IA/H intrusions supports grouping together the two disorders to which they are referred, as posited in the coming ICD-11 (Stein, et al., 2016). Moreover, the association between the disturbance caused by the BDD and the EDs intrusions might be indicating that their contents are similar because both of them refer to unwanted thoughts about physical appearance.

The last objective was to compare the similarities and differences between the functional links associated with each UMI, in terms of emotions, interference, appraisals, and neutralizing behaviors (including overt/cover behaviors, reassurance, avoidance, and other control strategies), adopting a within-subject perspective. As expected, the OCD intrusions were the most interfering, the most dysfunctionally appraised, and the ones that instigated the most overt/covert behaviors. These results are consistent with the sample characteristics, but also with the cognitive models of OCD, suggesting that although having unwanted intrusions is a normal and universal phenomenon, the way people appraise and react to these cognitive products differentiates between normalcy and psychopathology (Kyrios et al, 2015; OCCWG, 2003, 2005).

Results also showed similarities among the functional links associated with the four UMIs. OCD and IA/H intrusions were comparable in terms of their emotional impact (i.e., sadness, anxiety) and egodystonicity, whereas BDD and EDs related intrusions were the least egodystonic. The higher egodystonicity associated with obsessional contents in patients with OCD, compared to the lower egodystonicity in EDs patients who experienced their respective intrusion contents, has been supported by research (Belloch et al., 2012). Experts in the area propose that the degree of conviction (insight) about the symptoms and their associated beliefs is a differential feature between symptoms of OCD (obsessions) and BDD (preoccupations) (Eisen et al., 2004). Our results also suggest similarities between eating disorders and dysmorphic themes that differ from OCD

intrusions. The four contents instigate the need to do something with the intrusions, and participants punished themselves similarly, supporting that an obsessive phenomenon and the strategies and behaviors could be functionally related, regardless of the specific contents of the UMIs (e.g., Abramowitz & Jacoby, 2015; Belloch et al., 2015; Rachman, de Silva, & Roper, 1976; Salkovskis, 1985).

Finally, results showed similarities between intrusions in the use of thought-suppression and seeking reassurance. OCD patients similarly used thought-suppression to control OCD, BDD, and IA/H-related intrusions, whereas this strategy was used less to control EDs-related intrusions. This is consistent with studies reporting different strategies used by OCD and EDs patients to manage their respective intrusion contents. Patients with EDs often used strategies-doing what the intrusions says or doing nothing-, which were rarely used by patients with OCD (Belloch et al., 2016). Lastly, patients sought reassurance equally to manage OCD, IA/H and EDs-related intrusions, but not to control BDD-related intrusions. Seeking reassurance is a common strategy in OCD and IA/H (Rachman, 2012), but it has scarcely been studied in EDs and BDD. Transdiagnostic studies in non-clinical populations showed that women used reassurance equally to manage all intrusive contents, but men sought reassurance less when experiencing EDs-related intrusions, perhaps because, as found before, men feel less disturbance when they have EDs intrusions than women.

To sum up, our findings reveal both similarities and differences in the general frequency and disturbance of UMIs in patients with OCD, as well as in the functional links associated with the four UMIs. The greatest similarities in the way OCD patients react to their specific core fears (i.e., obsessional intrusions) were found with illness-anxiety-hypochondriacal intrusions. This is consistent with the notion that the preoccupation with fears of illness in Hypochondriasis is comparable in form and function to obsessional thoughts in OCD: intrusive, repetitive, anxiety-provoking, and subjectively resisted (APA, 2013). Similarly, checking and reassurance seeking behaviors in IA/H are similar to compulsive checking rituals in OCD (Abramowitz & Braddock, 2008; Deacon & Abramowitz, 2008). Additionally, Illness anxiety symptoms are commonly observed in individuals with OCD (e.g., Abramowitz et al., 2007; Solem et al., 2015), and several predictors of illness anxiety symptoms have been shown in patients with OCD (Reuman, et al., 2017). Research also suggests a significant rate of comorbidity between these disorders (e.g., Bienvenu et al., 2000), and similarities in age/onset, gender distribution, and response to treatment. By contrast, our results also reflect psychopathological differences between OCD intrusions and intrusions related to BDD and EDs (especially for EDs). This could be relevant in understanding common factors, such as UMIs, as well as differential elements (i.e., egodystonicity, stop-thinking) that could be involved in the maintenance and treatment of these disorders.

Several limitations of the study should be mentioned. First, the sample consisted exclusively of patients with a primary diagnosis of OCD. Thus, the current study does not afford conclusions about whether these UMIs are similarly experienced in patients with BDD, IA/H and EDs. The generalization of the results, given the small group of patients who experienced the four UMIs, is another limitation. Second, the study results rely on a questionnaire. We tried to control the possible biases associated with self-report questionnaires by administering the QUIT face to face with the patients.

In conclusion, the high prevalence of obsessional, dysmorphic, illness-anxiety, and EDs-related unwanted mental intrusions in patients with OCD supports their transdiagnostic nature. Findings reveal phenomenological and functional similarities in the way patients with OCD react to the aforementioned mental intrusive contents, as was also observed in non-clinical individuals. Unwanted mental intrusions and their respective functional links could help to understand communalities among the disorders in which intrusions are involved, specifically in the core symptom domains. Future research should test this assumption in clinical samples representative of the four disorders to which they are related.

Study 3

Unwanted mental intrusions: an indicator of propensity to OCD and related disorders.

On the whole, the preceding studies provide support for the transdiagnostic nature of UMIs and their respective functional consequences; nonetheless, the etiopathogenic role of intrusions in the OC-spectrum disorders, including EDs, remains unclear. The main purpose of this study was to analyze whether individuals with OCD and those who are vulnerable to the disorder experience more UMIs, both disorder-related (i.e., OCD-related UMIs) and non disorder-related (i.e., BDD, IA/H, and EDs-related), than people who are not vulnerable to OCD. An additional objective was to ascertain the hypothetical dimensionality of UMIs from normal cognitive experiences to clinically significant symptoms.

3.1. Objectives

1. To explore whether the tendency to experience UMIs with four different contents (i.e., obsessional, dysmorphic, hypochondriacal and eating disorders- related contents) is associated with clinical measures of the disorders in which these UMIs occur (i.e., OCD, BDD, IA/H, and EDs, respectively). According to the transdiagnostic nature of intrusions, we hypothesize that:
 - a. Significant associations between the frequency and disturbance of the four specific UMIs and the scores on symptom measures of the four disorders will be observed.
 - b. Nonetheless, the strength of the associations between the frequency of specific contents of intrusions and their respective clinical measures (e.g., obsessional intrusions and OCD measure) will be stronger than the associations observed between intrusions and non-specific clinical measures (e.g., obsessional intrusions and Hypochondriasis measure).
 - c. In line with the notion that UMIs are the normal variant of symptoms of their corresponding disorders, we expect that the different UMIs will predict the scores on the self-reports assessing OCD, BDD, IA/H, and EDs.
2. To compare patients with a primary diagnosis of OCD with non-clinical individuals at risk and without risk of OCD on the general frequency of the four UMIs and their associated discomfort.

As mentioned in Study 2, the reason for selecting patients with an OCD diagnosis and, in the case of current study, establish groups based on the propensity of participants to OCD, is based on the notion that the OCD features are the cardinal or organizing symptoms in the O-C-spectrum disorders (i.e., DSM-5 and ICD-11). Given the sample

characteristics, we expect that the highest between-group differences would be observed on obsessional indexes (i.e., intrusions and self-report questionnaires).

3.2. Method

3.2.1. Participants

Non-clinical individuals and patients with OCD participated in the study.

The first objective was carried out in a non-clinical sample composed of 149 university students. In this initial sample, 69% were women, and 31% were men ($\chi^2(2, N=149) = 21.805, p < .001$), and their mean age was 27.95 years ($SD = 11.74$; range = 18-65). Participants did not differ on age, taking into account the gender distribution of the sample. The majority were single (78.4%) and had a medium socio-economic level (72.4%).

In order to test our second objective, two groups of subjects from the non-clinical sample were established: participants at risk of OCD (R-OCD; $n = 71$) and subjects without risk of OCD (NO-R; $n = 68$). The groups were established based on the cutoff points on the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) total score: the NO-R group included individuals who obtained low scores (≤ 14), and the R-OCD group included participants who scored >14 . These cutoff points have been shown to be adequate to establish analog samples from the general population without/with risk of OCD in several studies (Abramowitz et al., 2014; Belloch et al., 2013). The clinical sample consisted of 39 patients with a primary diagnosis of OCD ($M_{age} = 32.45, SD = 11.57$; 63.2% men) (see participants and procedure section-Study 2 for a detailed description of this sample).

Table 3.1 shows the main sociodemographic characteristics of the three groups and the differences among them. Compared to the two non-clinical groups, in the group of patients with OCD there were more men than women, their socioeconomic status was lower, and there were more single subjects than in the non-clinical groups. Moreover, the patients were slightly older than the R-OCD subjects (small effect size).

Table 3.1. Socio-demographic characteristics and differences among groups.

	NO-R ($n = 68$)	R-OCD ($n=71$)	OCD ($n = 39$)	$F/\chi^2 (df)$
Age ($M(SD)$)	28.12 (11.64) ^a	26.88 (11.05) ^b	32.45 (11.57) ^a	$F(2,176) = 3.057^*$; $\eta^2 = .03$
Gender (% women)	64.7 ^a	70.4 ^a	36.8 ^b	$\chi^2(2, N=177) = 12.366^{**}$
Education (% university studies)	89.7 ^a	58 ^{ab}	24 ^b	$\chi^2(4, N=174) = 10.965^*$
Socio-economic level (% medium)	73.1 ^a	72.5 ^a	27.3 ^b	$\chi^2(6, N=173) = 12.826^*$
Marital status (% single)	80.9 ^a	78.6 ^a	51.4 ^b	$\chi^2(6, N=169) = 25.030^{***}$

Note. $*p < .05$; $**p < .005$; $***p < .001$ Superscripts ^{a,b} indicate post-hoc between-group differences. Same superscript indicates no differences; NO-R: subjects without risk of OCD; R-OCD: subjects at risk of OCD; OCD: Obsessive-Compulsive disorder patients.

3.2.1. Instruments

The measures used in this study were:

- *Socio-demographic data sheet* (described in the Study 1).
- *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)*; Foa, et al., 2002; Spanish version: Belloch et al., 2013). This is an 18-item self-report questionnaire that assesses distress associated with obsessive-compulsive symptoms. The OCI-R provides a total score (ranging from 0 to 72) and scores on six subscales: washing, checking, ordering, obsessing, hoarding and neutralizing. In this study, only the total score was used and the Cronbach's α values were satisfactory: non-clinical sample ($N=149$): $\alpha = .86$; OCD sample: $\alpha = .87$.
- *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)*; Phillips et al, 1995; Spanish version: Giraldo-O'Meara, 2017). This is a screening instrument for BDD, based on DSM-IV diagnostic criteria, and it can be completed either as a self-report or by an interviewer. In this study, it was applied as a self-report questionnaire. The BDDQ includes 12 questions with various response formats (yes/no, open-ended, and multiple choice). A BDD diagnosis requires positive answers to the first two questions and to at least one of the questions from 5 to 10, and at least 1 h/day thinking about the perceived defect (question 12). The internal consistency in this study was: non-clinical sample ($N=149$): $\alpha = .60$; OCD sample: $\alpha = .61$.
- *Whiteley Index (WI)*; Pilowsky, Spence, Cobb, & Katsikitis, 1984; Spanish version: Avia, 1993). This self-report was one of the first dimensional measures developed to assess health anxiety, and its items are based on clinicians' experiences of illness characteristics of severe health anxiety or hypochondriasis. It contains 14 True/False items yielding a total score range of 0–14. In this study, the reliability value was moderate: non-clinical sample ($N=149$): $\alpha = .75$; OCD sample: $\alpha = .78$.
- *Eating Attitudes Test (EAT-26)*; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Spanish version: Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991). This is a 26-item self-report questionnaire that assesses attitudes and behaviors related to EDs. The total score measures symptom severity. Internal consistency in the current study was excellent: non-clinical sample ($N=149$): $\alpha = .92$; OCD sample: $\alpha = .90$.
- *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)*-Final version. In this study, the internal consistency of the four UMI contents was excellent: non-clinical sample ($N=149$): OCD-related intrusions: frequency $\alpha = .83$; discomfort $\alpha = .83$; BDD-related intrusions: frequency $\alpha = .90$; discomfort $\alpha = .89$; IA/H-related intrusions: frequency $\alpha = .88$; discomfort $\alpha = .89$; EDs-related intrusions: frequency $\alpha = .87$; discomfort $\alpha = .89$. The reliability in the OCD sample was also satisfactory (see instruments section-Study 2).

3.2.3. Procedure

The procedures were the same as the ones described in Study 1 (non-clinical sample) and Study 2 (clinical sample). The only difference was that, in this study, the self-report questionnaires were presented in a booklet containing the questionnaires. The order in which the questionnaires were provided was randomized to avoid or minimize order effects. The patients completed the QUIT individually face-to-face with the author,

whereas the non-clinical participants completed the QUIT like the other questionnaires because it was included in the booklet.

3.2.4. Data analyses

An alpha level of .05 (two-tailed) was used for all statistical tests. Bi-variate Pearson's correlations between the frequency and disturbance caused by the four UMI contents and the total scores on the self-reports of OCD (OCI-R), BDD (BDDQ), Hypochondriasis (WI), and EDs (EAT-26) were calculated. Cohen's (1988) criteria were used: large correlations are defined as those $\geq .50$, medium correlations are from .30 to .49, and small correlations are .10 to .29. Additionally, differences in correlations were tested using Fisher's r to z transformation (one-tailed). To examine the contribution of the intrusions in predicting the scores on the symptom measures, four hierarchical stepwise regression analyses were performed. The total score on OCD, BDDQ, WI, and EAT-26 were the dependent variables in their corresponding regression analyses, and the frequency and disturbance rates of each intrusion content were the independent variables. One-factor ANOVA was computed to examine the differences between NO-R participants, the R-OCD group, and patients with OCD on the following variables: frequency and discomfort of the four UMIs and scores on symptom self-reports. Post-hoc tests were also computed using a Bonferroni correction (T3 Dunnett correction was used when Levene's test of variance was violated). Effect sizes (η_p^2) were calculated.

3.3. Results

3.3.1. Objective 1, Hypothesis a). Associations between the frequency and disturbance of the four UMIs and clinical measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs.

For this objective, the whole non-clinical sample ($N = 149$) was used. Results appear in Table 3.2. The scores on each UMI modality (i.e., frequency and discomfort rates) were related to their specific symptom measures. In both the frequency and the discomfort, the largest coefficients were found between the EDs-related intrusions and their corresponding clinical measure, EAT-26, with large coefficients. By contrast, the lowest correlations were between the frequency of OCD-related intrusions and the OCI-R (medium coefficients), and the association between the disturbance caused by the BDD-related intrusions and the BDDQ (medium coefficients).

The total scores on the OCD, BDD, and EDs symptoms measures (i.e., OCI-R, BDDQ y EAT-26, respectively) correlated with the frequency of all UMIs. The largest correlations were observed between the frequency of EDs-related intrusions and the BDDQ, and the frequency of BDD intrusions and the EAT-26 (large coefficients). Nonetheless, the clinical measure for Hypochondriasis (Whiteley Index) was only associated with the frequency of OCD-related intrusions (small coefficients). The OCD intrusions were related, with small to medium coefficients, to all the clinical measures.

Table 3.2. Correlations between the frequency and disturbance due to the four mental intrusion and symptom measures ($N = 149$).

<i>Self-reports</i>		OCD intrusions		BDD intrusions		IA/H intrusions		EDs intrusions	
		Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.
OCI-R	<i>r</i>	.405**	.424**	.226*	.135	.188*	.296**	.287**	.290**
	<i>n</i>	127	121	119	113	129	121	130	116
BDDQ	<i>r</i>	.392**	.135	.506**	.372**	.366**	.176	.571**	.393**
	<i>n</i>	59	56	61	60	59	56	63	60
WI	<i>r</i>	.230**	.114	.150	.128	.541**	.448**	0.11	.203*
	<i>n</i>	128	122	120	114	131	123	131	117
EAT-26	<i>r</i>	.402**	.318**	.624**	.428**	.455**	.210*	.751**	.660**
	<i>n</i>	93	89	87	82	96	92	97	85

Note. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Freq: frequency of UMIs. Disturb: disturbance of UMIs; OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; WI: Whiteley Index; EAT-26: Eating Attitudes Test-26.

3.3.2. Objective 1, Hypothesis b) Strength of the associations between the frequency of specific contents of intrusions and their respective clinical measures.

To test this hypothesis, we compared the size of the correlation coefficients between the frequency of the UMIs and their specific symptoms measures (i.e., frequency of OCD-intrusions and the OCI-R) with the correlations between the UMIs and non-specific symptoms measures (i.e., frequency of OCD-intrusions and the BDDQ). Results showed that the correlations between the OCD intrusions and the OCI-R were comparable to those found between these intrusions and the other than OCI-R symptom measures (i.e., BDDQ, WI, EAT-26; all z 's no significant). As for the BDD-related intrusions, the correlation coefficients between them and the BDDQ score was significantly higher than those observed with the OCI-R ($z = 2.04$, $p = .02$) and with the WI ($z = 2.53$, $p = .005$). By contrast, the association between the BDD-related intrusions and the BDDQ was comparable to the association between the BDD intrusions and the EAT-26, which was the measure of EDs ($z = 1.02$, $p = .15$). Regarding IA/H intrusions, the correlation with the WI was higher than the one observed between these intrusions and the OCI-R ($z = 3.31$, $p = .0005$), but no differences were observed in the size of the correlations with the other symptom questionnaires. Lastly, the association between EDs intrusions and the EAT-26 was significantly higher than the correlations observed between these intrusions and the other self-reports (all z 's, $p \leq .05$).

3.3.3. Objective 1, Hypothesis c) Predictive power of UMIs on symptom questionnaire measures.

Table 3.3. displays the results of the predictive power of UMIs on the OCD, BDD, IA/H, and EDs questionnaires. The frequency of the obsessional intrusions was the only variable predicting the OCI-R scores, explaining up to the 13.9% of the variance in the total score. The scores on the BDDQ were predicted, first, by the frequency of EDs intrusions (35% of total variance), and second, by the frequency of OCD-related intrusions (8.8% of

variance). Nonetheless, neither the frequency nor the disturbance of BDD intrusions entered as predictors in the equation. As for hypochondriasis, the scores on the WI were explained by both the frequency and disturbance of the IA/H-related intrusions (32% and 3.5%, respectively), and also by the disturbance caused by the BDD intrusions, which explained 4.5% of the scores on the WI. Finally, only the disturbance of EDs intrusions entered as a significant predictor of the EAT-26 scores, explaining 65.5% of the variance.

Table 3.3. Equation regression models of the scores on symptoms measures of OCD, BDD, IA/H and EDs ($N = 114$)

Dependent variable	Independent variable	ΔR^2	t	p
OCI-R	Frequency of OCD intrusions	.139	3.566	.001
BDDQ	Frequency of EDs intrusions	.351	4.466	.001
	Frequency of OCD intrusions	.088	2.497	.017
Whiteley Index	Frequency of IA/H intrusions	.320	3.514	.001
	Disturbance due to IA/H intrusions	.035	2.732	.008
	Disturbance due to BDD intrusions	.045	-2.414	.018
EAT-26	Disturbance due to EDs intrusions	.655	10.401	.001

Note. OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; WI: Whiteley Index; EAT-26: Eating Attitudes Test-26.

3.3.4. Objective 2. Differences between OCD patients ($n = 39$), individuals at risk of OCD ($n = 71$), and participants without risk of OCD ($n = 68$).

Table 3.4. shows the differences in the frequency and discomfort rates of the four UMIs in individuals without risk of OCD, participants at risk, and patients with a primary diagnosis of OCD. As expected, the frequency of the OCD intrusions was increasingly high for the three groups: the NO-R group reported the lowest scores, whereas the OCD patients reported the highest, with the R-OCD group in the middle. Large effect sizes were obtained. Regarding the frequency of the other intrusions (i.e., dysmorphic, hypochondriacal, and eating-disorders contents), both the OCD sample and the R-OCD group experienced more UMIs than the NO-R participants. Between-group comparisons revealed that the patients with OCD experienced more IA/H intrusions than the NO-R group, and the R-OCD group was in the middle (medium effect size). By contrast, a different pattern emerged for BDD and EDs intrusions because the participants in the R-OCD group experienced these intrusions more frequently than the NO-R group, whereas the patients with OCD were in the middle between the other two groups because they did not differ from the R-OCD or NO-R participants (small to medium effect sizes).

As the Table shows, between-group differences were observed in the discomfort rates experienced with the UMIs. For both OCD patients and R-OCD participants, the OCD intrusions were more disturbing, whereas the NO-R group scored significantly lower (large effect size). By contrast, all the participants experienced similar rates of discomfort due to the BDD intrusions. Regarding the discomfort caused by IA/H intrusions, the R-OCD group scored higher than the NO-R group, with a medium effect size. The group of patients with OCD were in the middle because they did not differ from the R-OCD or NO-R. Finally, the R-OCD group scored higher on the discomfort

associated with EDs intrusions than the OCD patients, and the NO-Risk group was in the middle, with no differences from the other two groups (small effect size).

Table 3.4. Differences between individuals without risk of OCD, at risk of OCD, and patients with OCD in the frequency and disturbance due to UMIs.

	NO-R	R-OCD	OCD	<i>F</i> (<i>df</i>)	η^2
<i>Frequency of UMIs</i>					
OCD intrusions	1.82 (.58) ^c	2.46 (.90) ^b	3.03 (.83) ^a	29.921 (2,165) ^{***}	.26
BDD intrusions	1.86 (.89) ^b	2.30 (1.03) ^a	2.01 (.91) ^{ab}	3.189 (2,147) [*]	.04
IA/H intrusions	1.48 (.58) ^b	1.93 (.91) ^a	2.23 (.78) ^a	10.945 (2,162) ^{***}	.12
EDs intrusions	2.03 (.99) ^b	2.55 (.98) ^a	2.45 (.91) ^{ab}	4.961 (2, 155) ^{**}	.06
<i>Disturbance of UMIs</i>					
OCD intrusions	1.56 (.56) ^b	2.07 (.62) ^a	2.30 (.72) ^a	18.390(2,159) ^{***}	.18
BDD intrusions	1.72 (.75)	1.94 (.74)	1.76 (.74)	--	--
IA/H intrusions	1.72 (.76) ^b	2.18 (.86) ^a	2.03 (.72) ^{ab}	4.889 (2,152) ^{**}	.06
EDs intrusions	1.70 (.77) ^{ab}	1.94 (.76) ^a	1.47 (.56) ^b	3.785 (2,138) [*]	.05

Note: Data are M (SD); * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Superscripts ^{a,b,c} indicate post-hoc between-group differences. Same superscript indicates no differences; NO-R: subjects without risk of OCD; R-OCD: subjects at risk of OCD; OCD: Obsessive-Compulsive disorder patients.

Finally, the between-group differences in the symptom measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs were examined. The results appear on Table 3.5. Large effect sizes were obtained for all the observed differences. Both patients and subjects at risk of OCD reported the highest scores on the OCI-R and the WI, whereas the NO-R group scored the lowest. By contrast, no differences were observed among the groups in the scores on the clinical measures of BDD (i.e., BDDQ) and EDs (EAT-26).

Table 3.5. Differences between individuals without risk of OCD, at risk of OCD, and patients with OCD on the scores on self-reports for OCD, BDD, AI/H, and EDs.

<i>Symptom self-reports</i>	NO-R	R-OCD	OCD	<i>F</i> (<i>df</i>)	η^2
OCI-R	8.07 (4.16) ^b	23.43 (8.16) ^a	26.64 (13.05) ^a	84.192 (2, 172) ^{***}	.49
BDDQ ¹	1.65 (1.16)	2.40 (1.64)	2.10 (1.44)	2.022 (2, 75)	
WI	2.26 (2.06) ^b	4.19 (2.86) ^a	5.86 (3.61) ^a	21.154 (2, 174) ^{***}	.19
EAT-26 ¹	5.91 (9.40)	11 (13.52)	9.40 (10.36)	2.602 (2, 112)	

Note: Data are M (SD); *** $p < .001$. Superscripts ^{a,b,c} indicate post-hoc between-group differences. Same superscript indicates no differences; NO-R: subjects without risk of OCD; R-OCD: subjects at risk of OCD; OCD: Obsessive-Compulsive disorder patients.¹OCD patients: $n=10$.

3.4. Discussion

Although OCD, BDD, IA/H, and EDs are clinically different, unwanted mental intrusions (i.e., related to obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and EDs-related themes) could be an underlying etiopathogenic dimension across these disorders. The studies previously presented support the transdiagnostic value of UMIs and their functional consequences

for the four mentioned disorders. Nonetheless, as far we know, it remains to be examined whether patients with OCD and individuals vulnerable to the disorder experience more UMIs with different contents than people without a propensity for OCD.

The first step was to examine if the tendency to experience UMIs with four different contents (i.e., obsessional, dysmorphic, hypochondriacal, and eating-disorders contents) was related to symptoms of OCD, but also to other disorders, such as BDD, IA/H, and EDs, with which OCD has been shown to share communalities (i.e., high rates of comorbidity, age at onset, treatment response, personality characteristics), including the experience of UMIs.

As expected, the intrusions with contents about specific or relevant core fears of each disorder (e.g., OCD intrusions) were related to each corresponding clinical measure (e.g., OCD-intrusions - OCI-R), both in the UMIs' frequency of occurrence and their disturbance. Additionally, the frequency of all the intrusions, regardless of their content, was related to non-specific clinical measures of each disorder (e.g., OCD intrusions and WI). These results agree with the transdiagnostic value of UMIs. Nonetheless, the fact that the correlation between the OCD intrusions and the OCI-R was comparable to the relationships observed between these intrusions and non-specific OCD measures (i.e., BDDQ, WI, y EAT-26) supports our assumption that intrusive thoughts with obsessional contents might be a vulnerability indicator of other disorders different from OCD, at least in patients with OCD and individuals vulnerable to the disorder.

This assumption was partially reinforced by the regression analysis findings. These analyses showed, first, that all the intrusions had predictive power on the scores of their corresponding clinical measures (questionnaires), except for the BDDQ. The findings support the notion that the occurrence of a recurrent, unwanted, and unpleasant cognitive conscious product, such as mental intrusions, explain, at least in part, symptoms of these disorders, thus supporting the role of UMIs in their genesis and maintenance. Second, the results also revealed differences in the predictive power of intrusions on symptoms, taking into account the specific contents of the intrusions. For example, in the case of OCD and EDs, their specific concerns (i.e., obsessional and eating disorders contents, respectively) were the only predictors on the clinical measures of each disorder (i.e., OCI-R and EAT-26, respectively). By contrast, for both BDD and IA/H, results showed that the scores on the instruments were explained by several sets of intrusions.

Regarding BDD, both the obsessional and eating disorders UMIs predicted the BDD symptoms, which indicates that this disorder shares communalities with OCD, thus supporting BDD as an OC-related disorder in the current psychiatric diagnostic systems, but also with EDs. The relationship between EDs and BDD has been largely acknowledged by the research (i.e., Phillips, 2005; Ruffolo, Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2006), and BDD has also been described as a body image disorder due to its parallels with EDs (Grant & Phillips, 2004; Phillips, Kim, & Hudson 1995). The fact that BDD intrusions were not predictors of the scores on the BDDQ might be due to the instrument's characteristics because, although it is useful for early detection and diagnosis of BDD, it is not properly considered as a specific symptom measure. Nonetheless, it is also possible that the concealing of symptoms, a problem that characterizes BDD, could explain the results (Fang and Wilhelm, 2015).

As for hypochondriasis, both the corresponding UMI contents (frequency and discomfort) and the disturbance caused by BDD intrusions explained the scores on the Whiteley Index. In accordance with the proposal of the upcoming edition of the ICD, these findings could reflect the overlap between these disorders (Kogan et al., 2016; Stein et al., 2016), which have been grouped together in the same diagnosis category in the official taxonomic systems throughout history (i.e., DSM-III/IV; ICD-10). These results could also be interpreted, at least in part, based on the fact that the QUIT items describing both intrusive contents make reference to physical sensations.

Taken together, our results support the role of mental intrusions as vulnerability indicators of the disorders in which they are prevalent. This notion is posited by Harvey et al. (2004) to explain how different groups of patients (e.g., OCD and EDs) "...show the same cognitive and behavioural processes (selective attention, selective memory, and avoidance behaviours) but the different concerns of the disorders mean that patients with an eating disorder and patients with OCD typically present very differently" (p.272).

To further explore the aim of this study, we also compared a group of patients with OCD, non-clinical individuals at risk of OCD, and subjects without risk on the frequency of the four UMIs and their discomfort, as well as on the scores on symptom measures of OCD, BDD, IA/H and EDs. Our findings show an increasing tendency of experience obsessional intrusions among high OCD-scoring participants (i.e., risk group and patients with OCD). Furthermore, the group of patients and subjects at risk experienced more dysmorphic, hypochondriacal, and eating disorders intrusions than the subjects without risk. These results support the dimensionality from intrusions on obsessional themes to OCD symptoms, but they also show that patients with OCD and individuals at risk of the disorder experience more UMIs with different contents than people without a propensity to OCD, as we proposed. The results agree with studies showing that hypochondriasis/illness anxiety and BDD have high comorbidity and similarity with OCD (i.e., Bienvenu et al., 2000, 2012; Bjornsson et al., 2013; Greeven et al., 2006; Monzani et al., 2012; Phillips et al., 2005; Phillips, Pinto, Menard, Eisen, Mancebo, & Rasmussen, 2007; Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009). The similar scores of patients with OCD and subjects at risk of OCD agree with epidemiological studies suggesting that obsessional symptoms are prevalent in the general population without a formal OCD diagnosis (e.g., Abramowitz et al., 2014; Calamari et al., 2012).

Regarding the frequency of BDD and EDs intrusions, the findings did not reveal between-group differences. These data coincide with Belloch et al. (2016), who reported that obsessional intrusions were not experienced more frequently by participants at risk of OCD than by those at risk of EDs. Additionally, they support the universality of the eating disorders-related intrusions, more than the obsessional ones, as observed in other studies (Cooper et al., 2006; García-Soriano et al., 2014; Pascual-Vera et al., 2017; Roncero et al., 2010), which probably reflects socio-cultural values, beliefs, and pressures, especially for women, about physical appearance and body, thinness, and beauty (Cheney, 2011; Striegel-Moore & Bulik, 2007). In our study, the fact that the risk group was composed more of young women, whereas the patients were older men, might help to explain our results.

As for the disturbance due to intrusions, OCD patients and participants at risk scored higher on the discomfort rates of obsessional intrusions than no risk participants.

By contrast, the dysmorphic intrusions were assessed similarly, regardless of the susceptibility to, or the diagnosis of, OCD. The pattern of between-group differences on the IA/H and EDs intrusions was similar to the pattern observed for the frequency of EDs and BDD intrusions: the OCD risk group was at the “pathological” end point of the continuum. With regard to IA/H intrusions, the OCD patients were at the midpoint, with no differences between groups, but in the case of EDs-related intrusions, the patients scored significantly lower than the non-risk group. These results might be due to the fact that OCD patients are more focused on the disturbance caused by their core fears (i.e., obsessional intrusions), or as observed in Study 2, it could be that patients are used to having obsessions; thus, they estimate better when and how an intrusive thought might be distressing. Another possible explanation could reside in the sample’s characteristics: in non-clinical participants there were more young women than in the patient group.

The propensity of OCD is supported by the fact that both patients and subjects at risk of OCD scored higher on the OCI-R than participants without risk. Similarly, as reported by Solem et al. (2015), the patients with OCD in our sample had higher scores on the clinical measure for hypochondriasis (Whiteley Index) than participants without risk. These data show that the experience of the two UMI contents (i.e., obsessional and hypochondriacal) underlies both OCD and IA/H, which could help to explain the commonalities between these disorders mentioned above. By contrast, no differences were observed among groups in the scores on the clinical measures of BDD and EDs. These results might be due to the limitations of the study sample.

Summing up, between-group comparisons show that the frequency of UMIs could be a vulnerability factor to these disorders, but our findings also show that the discomfort of intrusions, that is, the distress the different contents produce when they are experienced, might be more related to the self-concerns about estimating the danger and distress of intrusions, rather than being a common vulnerability factor. Perhaps for these reasons, patients with OCD did not differ consistently from the other groups in the disturbance caused by BDD, IA/H, and EDs intrusions, suggesting the role of the core concerns in explaining the specific propensity to one disorder or another.

These results should be nuanced based on the limitations of this study. First, the non-clinical sample was composed of mainly young women, in contrast with OCD patients, who were men in three quarters of the sample. Second, the three groups established were based exclusively on the lower/higher tendency toward OCD symptoms. This affects the generalizability of the results to clinical patients with BDD, Hypochondriasis, and EDs, and so we cannot draw disorder-specific conclusions. Nonetheless, this criterion is in accordance with the notion that OCD is the organizing disorder of the OC-spectrum proposals. Another limitation of this study was that not all OCD patients completed the BDDQ and EAT-26 self-reports. This affected the interpretation of the findings, given the different sample sizes. The BDDQ is composed of a screening score for the BDD diagnosis (two first items) and a severity scale. In this study, we used the severity scale, which requires positive answers on the screening scale (first two questions) to be completed. Additionally, only a small portion of patients in this study were asked to complete the EAT-26 ($n=10$), given that EDs were not included in the OC-spectrum in the taxonomic systems.

Limitations notwithstanding, the current findings support the etiopathogenic role of the frequency of unwanted mental intrusions in the OC-spectrum disorders, which indicates that the propensity to experience UMIs should be considered a vulnerability factor to different disorders. Nonetheless, our general hypothesis that individuals with risk of OCD and patients with the disorder experienced more frequent UMIs, both OCD-related and non-OCD related, than individuals without risk of OCD, was only partially supported in the case of illness anxiety/hypochondriacal intrusions. In other words, our data did not confirm the hypothesis about EDs and BDD intrusions. As above mentioned, the sample characteristics, the universality and “normality” of EDs intrusions (above and beyond the OCD-related intrusions), and the limitations of the BDDQ as a symptom measure of BDD, could explain the negative findings.

Study 4

The cross-cultural expression and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions

An assumption of current cognitive models is that UMIs should be experienced by the vast majority of people. Therefore, they would be a normative, common cognitive conscious experience that occurs independently of the cultural and/or social context. The research has supported this in the case of the intrusions related to obsessional contents. Nonetheless, the studies about UMIs related to BDD, IA/H, and EDs have been conducted in single cities in Europe and Australia. To date, the published research has supported the transdiagnostic nature of these four mental intrusions in Spanish participants, but without examining their nature and prevalence in a large international sample. This study aims to present data about these two key inter-related issues related to the transdiagnostic nature of UMIs: first, their universality across different cultural and social contexts, and second, their putative transdiagnostic value. The results of this study were recently published in the *International Journal of Clinical and Health Psychology* (Pascual-Vera et al., 2019). Therefore, we will summarize here the main issues and contents of the study.

4.1. Objectives

The main objectives were:

1. To explore the putative cultural differences that might influence the universality of UMIs (in terms of both their frequency and the disturbance they provoke) and their form across cultures.
2. To test whether UMIs might be a transdiagnostic factor operating across different clinical disorders such as OCD, BDD, IA/H, and EDs, in a large international sample.

4.2. Method

4.2.1. Participants

A sample of 1,473 participants in 10 cities in seven countries and three continents volunteered to participate in the current study. The sites were located in the Middle East (Herzliya, Tel Aviv in Israel; Ankara in Turkey; and Tehran in Iran), Europe (Firenze and Padova in Italy; Algarve in Portugal; Valencia and Madrid in Spain), and South America (Buenos Aires in Argentina). Of the total sample, 74% participants ($N= 1,086$) were women, and 26% ($n= 387$) were men ($\chi^2= 331.705, p<.0001$). Their ages ranged from 18 to 64 years ($M= 28.09, SD= 11.24$ years), with the Israeli and Argentinian participants being the oldest, whereas the Italian, Iranian, and Turkish participants were the youngest

($F_{6, 1458} = 142.95, p < .0001$). The majority of the participants in all the countries had university studies. See Table 4.1. for additional participant characteristics.

Table 4.1. Demographic information by site.

Continent	Country	Age	Gender	Education	<i>n</i>
		<i>M (SD)</i>	(% Female)	(% university studies)	
Mediterranean Europe	Spain	28.10 (10.25) ^a	70.9 ^a	77.8	326
	Portugal	30.58 (12.14) ^a	68.6 ^a	64.7	255
	Italy	22.06 (2.37) ^b	70.3 ^a	61.6	209
Middle-East Asia	Iran	22.63 (4.38) ^b	70.9 ^a	100	55
	Israel	40.79 (12.52) ^c	48.6 ^b	72.4	105
	Turkey	21.54 (4.50) ^b	86.1 ^c	92.6	366
South America	Argentina	40.70 (11.22) ^c	81.5 ^{ac}	79.6	157
Overall		28.09 (11.12)	73.7	78.3	1473

Note. Values that share the same superscript letter were not significantly different from each other. Differing superscript letters indicate post-hoc between-group differences (Bonferroni).

4.4.2. Instruments

– *Socio-demographic data sheet.*

For the self-report questionnaire measures that follow, published translations with established norms were used.

- *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002).* In this study, the Cronbach's α was .91.
- *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ; Phillips et al., 1995).* The internal consistency in this study was $\alpha = .76$.
- *Whiteley Index (WI; Pilowsky et al., 1984).* In this study, the reliability value was $\alpha = .94$ (total score).
- *Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner et al., 1982).* Internal consistency in the current study was $\alpha = .91$.
- *Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT)-Final version.* Internal consistency of the four UMI contents was between good and excellent in terms of their frequency and disturbance across the different countries (Table 4.2.).

Table 4.2. Internal consistency (Cronbach's alpha) of the QUIT scores across countries.

Country	OCD intrusions		BDD intrusions		IA/H intrusions		EDs intrusions	
	<i>Freq.</i>	<i>Disturb.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Disturb.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Disturb.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Disturb.</i>
Spain	.84	.83	.90	.89	.90	.92	.88	.90
Portugal	.80	.85	.89	.90	.87	.90	.88	.90
Italy	.83	.87	.89	.91	.89	.91	.88	.89
Iran	.85	.81	.87	.91	.87	.84	.84	.89
Israel	.92	.91	.93	.93	.94	.92	.92	.93
Turkey	.79	.81	.91	.90	.88	.90	.92	.90
Argentina	.89	.91	.92	.95	.91	.94	.92	.92

Note. OCD: Obsessive-compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders. Freq: Frequency; Disturb: Disturbance.

4.2.3. Procedure

Participants were recruited in each site from several sources: undergraduate students who attended their lectures at the University, advertisements on the University Campus, and the web page of each research group, requesting voluntary participation in a study on values and beliefs about thoughts. Those who explicitly agreed to participate and provided informed written consent were scheduled to attend an assessment session. In this session, the booklet containing the self-report instruments was administered to groups of 25-35 individuals in the presence of one of the authors. A common data template was created to enter the same labels and categories across sites. The research protocol was approved by the research ethics boards of each research site.

4.2.3.1. Data cleaning and missing data

Having diagnosed mental health problems in the past six months, undergoing psychological or pharmacological treatment (criterion a), or not being in the 18-to-65 age range (criterion b) were non-inclusion criteria. A total of 123 individuals (criterion a: $n = 108$; criterion b: $n = 15$) were not included in the data analyses.

4.2.4. Data analyses

One-factor ANOVAs were used to examine the mean number of intrusions experienced by site. Post-hoc tests were also computed using a T3 Dunnett correction for post-hoc analyses. The frequency and disturbance with which the four UMI were experienced across the seven countries were examined using two different two-way mixed MANOVAs. The within-subjects factor was the content of the UMI (4 levels), and the between-groups factor was the site of the participants (7 levels), with the dependent variable being the frequency or the disturbance. These analyses were performed with the Huynh-Feldt correction because Mauchly's tests of sphericity were violated. To explore the transdiagnostic nature of UMIs, Spearman correlations were calculated of the frequency and disturbance caused by the four UMI contents, as well as the UMIs and symptom measures of the different disorders. To overcome the difficulties in interpreting the results, given the different sample sizes across sites, Cohen's (1988) criteria were used to evaluate the significance of the correlations: large correlations are defined as those $\geq .50$, medium correlations are from $.30$ to $.49$, and small correlations are $.10$ to $.29$. Additionally, differences in correlations were tested using Fisher's r to z transformation.

4.3. Results

4.3.1. Prevalence of the four UMI content areas

Overall, 64.2% ($n = 945$, $M_{age} = 27.74$, $SD = 10.95$; 73% women) of the sample reported having experienced the four sets of UMI once or more in their lives (see Figure 4.1. for a breakdown by site). Furthermore, 2% ($n = 31$) of the participants did not experience any UMIs, and 5% ($n = 75$) reported having only one UMI modality or content. The percentage rates of participants who experienced the four UMI modalities differed across countries ($\chi^2 = 78.349$, $p < .0001$). Between-group comparisons showed that the highest

rates of participants who experienced the four UMI were from Portugal and Spain, whereas the lowest rate was from Argentinian participants.

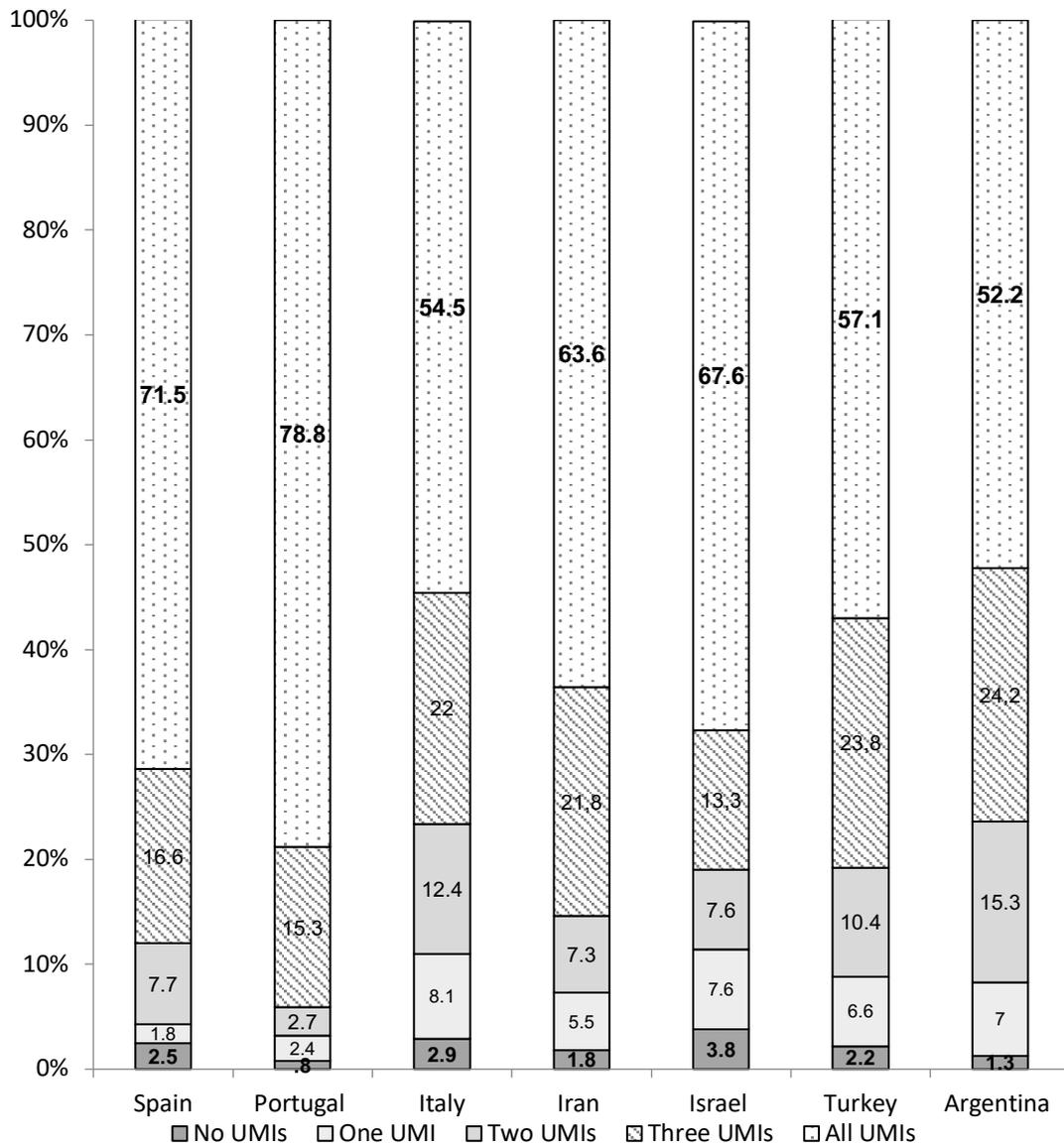


Figure 4.1. Percentage rates of the experienced unwanted mental intrusions content-numbers by site.

The number of UMIs from the four sets experienced differed across countries (see Table 4.3.). Participants from Italy and Israel experienced fewer OCD-related intrusions than individuals from the other countries, whereas the number of BDD-intrusions was higher among Portuguese and Turkish participants. The IA/H intrusions were the least endorsed by Italian and Argentinian participants, but Spanish, Portuguese, Iranian, and Israeli individuals endorsed a similar number of these intrusions. Finally, Spanish, Portuguese, and Israeli participants endorsed EDs-related intrusions more, but Italian participants reported the smallest number of these UMIs. In the full data set, participants endorsed up to 57% of OCD-related, 50% of BDD-related, 46% of IA/H-related, and 51% of EDs-related intrusions.

Table 4.3. Number of unwanted mental intrusions endorsed by country.

Country	OCD intrusions (range 0-12)	BDD intrusions (range 0-9)	IA/H intrusions (range 0-10)	EDs intrusions (range 0-8)
Spain	7.24 (3.09) ^a	4.84 (3.08) ^a	5.19 (3.29) ^a	4.56 (2.62) ^a
Portugal	6.98 (2.70) ^a	4.93 (2.90) ^b	5.90 (3.11) ^a	4.92 (2.49) ^a
Italy	5.41 (2.93) ^b	4.08 (2.84) ^{a,c}	3.03 (2.88) ^c	2.95 (2.60) ^c
Iran	7.29 (3.29) ^a	4.81 (2.79) ^a	5.63 (2.90) ^a	3.80 (2.44) ^{a,b}
Israel	5.23 (6.64) ^b	3.80 (3.18) ^{a,c}	5.43 (3.52) ^a	4.22 (2.92) ^a
Turkey	7.24 (3.09) ^a	4.99 (3.17) ^b	4.28 (3.30) ^b	3.75 (3.03) ^b
Argentina	6.95 (3.04) ^a	3.19 (3.19) ^c	3.57 (3.18) ^{b,c}	3.65 (2.64) ^b
$F_{6,1472}$	16.157*	9.528*	22.646*	13.409*
η^2	.062	.037	.084	.052

Note. * $p \leq .001$. Data are Means (SD). Values that share the same superscript letter were not significantly different from each other. Differing superscript letters indicate post-hoc differences (T3 Dunnett correction for 7 post-hoc analyses – 1 per site). OCD: Obsessive-compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondriasis; EDs: Eating Disorders.

4.3.2. Differences in the frequency and disturbance caused by the OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions in the participants from the different countries

The MANOVA results showed main effects for country ($F_{6,938}=14.84, p \leq .001; \eta^2=.087$) and for the frequency of the four UMI categories ($F_{2,77,2602}=62.26, p \leq .001; \eta^2=.062$). Moreover, an interaction effect between the category of the UMI contents and the sample location on frequency was also observed, indicating that the pattern of UMI frequencies differed between sites ($F_{16,64,2602}=5.801, p \leq .001; \eta^2=.036$). Table 3 shows which countries were significantly different from each other in the frequency of the four sets of UMI. Between-group comparisons (i.e., country of the sample) indicated that Iranian and Turkish participants endorsed the highest mean frequency of OCD-related intrusions, whereas Israeli participants endorsed the lowest frequency. Post-hoc analyses indicate that both Italian and Argentinian participants experienced OCD-related intrusions with a frequency similar to that of the Israeli participants. By contrast, in every site, the BDD-related intrusions were experienced with the same frequency, with the exception of Turkish individuals, who reported higher rates of dysmorphic-related intrusions. In the case of hypochondriacal intrusions, Iranian participants reported the highest frequency, and Italian participants reported the lowest. Finally, Turkish participants experienced EDs-related intrusions more frequently than the Israeli and Italian participants, who did not differ in their respective rates of EDs-UMI frequency.

At the within-group comparison level (i.e., UMI content), the results indicate that the four UMIs were experienced with different rates of frequency across countries. Overall, the EDs intrusions were the most frequently experienced, whereas the IA/H-related intrusions were the least frequent. No differences were observed between the frequency of the OCD and BDD intrusions. Regarding the specific location of the sample, some similarities and differences emerged: Spanish, Israeli, Argentinian, and Italian participants experienced OCD intrusions and EDs-related intrusions with similar frequency, and Iranian participants experienced all the UMIs with similar frequency, regardless of their respective contents.

Regarding the discomfort caused by the UMI, the MANOVA produced main effects for both the sample site ($F_{6, 681}=9.77, p\leq.001, \eta^2=.079$) and the disturbance caused by the four UMIs ($F_{2.73, 1865} = 9.08, p\leq.001; \eta^2=.013$), with an interaction effect between disturbance and site ($F_{16.43, 1865} =5.63, p\leq.001; \eta^2=.047$). Between-group comparisons (see Table 4.4.) showed both similarities and differences in the discomfort caused by the four types of UMIs across countries. On the whole, the OCD-related intrusions were endorsed as the most disturbing for Portuguese participants, whereas the BDD-related intrusions were similarly disturbing across sites, with the exception of Israeli participants, who experienced the lowest rates of discomfort. Spanish, Portuguese, and Iranian participants reported the greatest discomfort when having IA/H-related intrusions, whereas Israeli and Argentinian participants reported the least. Similarly, Spanish, Portuguese, and Iranian participants reported the greatest discomfort with the EDs-related intrusions, whereas Turkish participants reported the least. No differences were observed in the discomfort caused by EDs-related intrusions across the other sites.

At the within-group comparison level (i.e., UMI content), the four UMI types provoked different disturbance levels in the participants from the different sites. The four UMIs provoked a similar degree of disturbance, regardless of their content, in Iranian, Israeli, Argentinian, and Italian participants, whereas the IA/H-related intrusions caused more distress than the BDD-related and EDs-related intrusions in Spanish participants. The IA/H-related intrusions were also the most disturbing to the Portuguese participants, but Turkish participants experienced similar disturbance when experiencing OCD, BDD and IA/H-related intrusions, whereas EDs-related intrusions disturbed them less.

Table 4.4. Differences in the frequency and disturbance of four sets of mental intrusions across countries.

<i>Location of sample</i>	<i>Frequency of mental intrusions</i>				<i>Disturbance due to mental intrusions</i>			
	OCD	BDD	IA/H	EDs	OCD	BDD	IA/H	EDs
<i>Spain</i> (frequency: $n=233$; disturbance: $n=157$)	2.26 (0.77) ^{a c/1}	2.14 (0.99) ^{a/1}	1.83 (0.87) ^{b/1}	2.36 (1.04) ^{c/1}	1.99 (0.59) ^{a,b/1}	1.97 (0.78) ^{a/1}	2.15 (0.91) ^{b/1}	1.93 (0.80) ^{a/1}
<i>Portugal</i> (frequency: $n=201$; disturbance: $n=161$)	2.24 (0.71) ^{a/1}	2.13 (0.94) ^{ab/1}	1.97 (0.82) ^{b/1}	2.59 (1.06) ^{c/1,3}	2.16 (0.69) ^{a/2}	1.99 (0.84) ^{b/1}	2.39 (0.90) ^{c/1}	2.00 (0.87) ^{ab/1}
<i>Italy</i> (frequency: $n=114$; disturbance: $n=90$)	2.06 (0.78) ^{a/1,3}	1.99 (0.88) ^{a/1}	1.54 (0.59) ^{b/3}	2.13 (0.96) ^{a/2}	1.90 (0.70) ^{a/3}	1.91 (0.76) ^{a/1}	1.94 (0.87) ^{a/2}	1.75 (0.79) ^{a/2}
<i>Iran</i> (frequency: $n=35$; disturbance: $n=26$)	2.76 (0.97) ^{a/2}	2.37 (1.17) ^{a/1,2}	2.79 (1.27) ^{a/2}	2.66 (1.56) ^{a/1,2,3}	2.01 (0.63) ^{a/1,2,3}	1.90 (0.85) ^{a/1,2}	2.28 (0.97) ^{a/1}	1.95 (0.90) ^{a/2}
<i>Israel</i> (frequency: $n=71$; disturbance: $n=54$)	1.85 (0.77) ^{a b/3}	1.77 (0.82) ^{a/1}	1.76 (0.75) ^{a/1}	2.12 (0.98) ^{b/2}	1.49 (0.46) ^{a/3}	1.47 (0.63) ^{a/2}	1.55 (0.55) ^{a/3}	1.66 (0.68) ^{a/2}
<i>Turkey</i> (frequency: $n=209$; disturbance: $n=133$)	2.57 (0.74) ^{a/2}	2.57 (1.04) ^{a/2}	1.82 (0.73) ^{b/1}	2.82 (1.20) ^{c/3}	2.01 (0.55) ^{a/1}	1.99 (0.72) ^{a/1}	2.03 (0.78) ^{a/2}	1.52 (0.58) ^{b/2,3}
<i>Argentina</i> (frequency: $n=82$; disturbance: $n=67$)	1.97 (0.82) ^{a c/1,3}	1.78 (0.87) ^{ab/1}	1.57 (0.88) ^{b/1,3}	2.22 (1.12) ^{c/1}	1.65 (0.63) ^{a/3}	1.73 (0.86) ^{a/1,2}	1.57 (0.68) ^{a/3}	1.81 (0.87) ^{a/2}

Note. Data are Mean (*SD*). Values that share the same superscript were not significantly different from each other. Superscripts ^{a,b,c} indicate post-hoc within-group (UMIs content) differences (Bonferroni). Superscripts ^{1,2,3} indicate post-hoc differences among locations (same UMI content) (Bonferroni). Same superscript means no differences. OCD: Obsessive-compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondria; EDs: Eating Disorders.

4.3.3. Relationships between the frequency and disturbance caused by obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and EDs-related unwanted intrusions

In each site, the four sets of UMI were associated in terms of both their frequency (r range from .32 to .70; all p 's $\leq .01$) and disturbance (r range from .26 to .71; all p 's $\leq .01$). For the UMIs' frequency, the largest coefficients were found between BDD and EDs intrusions in Spain ($r = .58$), Portugal ($r = .47$), Iran ($r = .63$), and Italy ($r = .57$), and between OCD and BDD intrusions in Israel ($r = .70$) and Turkey ($r = .53$), whereas in Argentina the largest coefficient was between OCD and IA/H intrusions ($r = .60$). By contrast, the smallest coefficients were observed between IA/H and EDs intrusions in all countries (r range from .32 to .48). Regarding the discomfort caused by the UMIs, the largest coefficients were observed between BDD and EDs intrusions in Spain ($r = .63$), Iran ($r = .63$), Israel ($r = .71$), Turkey ($r = .51$), and Italy ($r = .70$), and between BDD and IA/H intrusions in Argentina ($r = .56$) and Portugal ($r = .50$). Although remaining statistically significant ($p \leq .05$), the smallest correlations were between IA/H and EDs intrusions in Spain ($r = .26$), Portugal ($r = .33$), Israel ($r = .39$), Argentina ($r = .30$), and Turkey ($r = .19$), and between OCD and EDs intrusions in Iran ($r = .42$) and Italy ($r = .52$).

4.3.4. Relationships among the frequency and discomfort provoked by UMIs and symptom measures of the different disorders

Table 4.5. shows the associations between the frequency and discomfort due to the UMIs and symptom measures of OCD, BDD, Hypochondriasis, and EDs. Each set of UMIs correlated with its corresponding clinical measure on both the frequency and discomfort scores. Moreover, cross-associations were also found between the frequency and disturbance caused by the four UMIs and their non-specific clinical measures (i.e., OCI-R and frequency of BDD-related intrusions). The largest coefficients were found between the OCI-R score and the frequency of OCD-related intrusions, and between the clinical measure of BDD and the frequency of EDs intrusions. The smallest coefficients were observed for the relationship between the WI and both the disturbance caused by IA/H-related intrusions and the frequency of BDD-related intrusions.

The correlation coefficients between the frequency of OCD intrusions and the OCI-R scores were significantly higher than the correlations observed between the OCI-R and the frequency of BDD intrusions ($z = 2.83$, $p = .002$) and EDs intrusions ($z = 3.58$, $p = .001$). By contrast, the association between the frequency of BDD intrusions and the BDDQ was smaller than the association observed between the BDDQ and the frequency of EDs intrusions ($z = 1.68$, $p = .04$). Regarding IA/H intrusions, the correlation between the WI and the frequency of these intrusions was higher than the association between the WI and the frequency of BDD intrusions ($z = 3.06$, $p = .001$). Finally, the correlation coefficient between the EAT-26 and the frequency of EDs intrusions was significantly higher than the associations found between the EAT-26 and the frequency of OCD intrusions ($z = 3.38$, $p = .001$), BDD intrusions ($z = 2.09$, $p = .01$), and IA/H intrusions ($z = 2.79$, $p = .001$).

To test for specificity, partial correlations were also calculated, examining whether each of the four UMI sets was related to the symptom measures, by partialling-out its corresponding symptom measure (e.g., correlations between OCD intrusions and symptom measures when controlling for OCD symptoms; correlations between BDD

intrusions and symptoms measures controlling for BDD symptoms, etc.). As Table 4.5. shows, the pattern of relationships was comparable to the one observed without partialling out the symptom measures, with some minor exceptions for the WI, which was related to the disturbance caused by the OCD and BDD intrusions. The four self-report questionnaires assessing the symptoms were correlated, with small to medium coefficients.

Table 4.5. Correlations between the UMIs' frequency and discomfort and symptom measures.

		OCD intrusions		BDD intrusions		IA/H intrusions		EDs intrusions		Symptom measures			
		Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.	Freq.	Disturb.	OCI-R	BDDQ	WI	EAT-26
OCI-R	<i>r</i>	<i>.55**</i>	<i>.43**</i>	<i>.43**</i>	<i>.33**</i>	<i>.31**</i>	<i>.27**</i>	<i>.40**</i>	<i>.226**</i>	1			
	--	--	--	<i>.30**</i>	<i>.24**</i>	<i>.24**</i>	<i>.07</i>	<i>.35**</i>	<i>.04</i>				
BDDQ	<i>n</i>	761	713	633	591	662	614	638	492	808			
	<i>r</i>	<i>.39**</i>	<i>.24**</i>	<i>.41**</i>	<i>.25**</i>	<i>.28**</i>	<i>.10</i>	<i>.57**</i>	<i>.41**</i>	<i>.32**</i>	1		
WI		<i>.31**</i>	<i>.49**</i>	--	--	<i>.37**</i>	<i>.07</i>	<i>.49**</i>	<i>.31**</i>	132	132		
	<i>n</i>	125	117	116	112	117	106	126	121	132	132		
EAT-26	<i>r</i>	<i>.19**</i>	<i>.01</i>	<i>.10**</i>	<i>.03</i>	<i>.27**</i>	<i>.10*</i>	<i>.07</i>	<i>.00</i>	<i>.22**</i>	<i>.20*</i>	1	
		<i>.14**</i>	<i>.14*</i>	<i>.18**</i>	<i>.11*</i>	--	--	<i>.05</i>	<i>.05</i>	776	132	783	
EAT-26	<i>n</i>	734	689	609	571	636	591	615	472	776	132	783	
	<i>r</i>	<i>.26**</i>	<i>.19**</i>	<i>.35**</i>	<i>.26**</i>	<i>.31**</i>	<i>.17**</i>	<i>.45**</i>	<i>.46**</i>	<i>.27**</i>	<i>.37**</i>	<i>.30**</i>	1
		<i>.34**</i>	<i>.26**</i>	<i>.43**</i>	<i>.35**</i>	<i>.34**</i>	<i>.22**</i>	--	--	749	754	732	119
	<i>n</i>	710	666	588	550	612	571	593	451	749	754	732	119

Note. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$. The coefficients in italics correspond to partial correlations. Freq.: Frequency of UMIs; Disturb.: Disturbance due to UMIs. OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire; WI: Whiteley Index; EAT-26: Eating Attitudes Test. OCD: Obsessive-compulsive Disorder; BDD: Body Dysmorphic Disorder; IA/H: Illness Anxiety/Hypochondria; EDs: Eating Disorders.

4.4. Discussion

This study aimed to examine two key inter-related issues about four different contents of unwanted mental intrusions: first, their universality across different cultural and social contexts, and second, their putative transdiagnostic value.

To date, the universality of UMIs and the differences in their expression depending on the cultural and social context have only been examined in the case of OCD-related intrusions (Clark et al., 2014; Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014). Our findings showed that more than half of the participants in the seven countries involved in the study reported having had the four types of UMI contents. Furthermore, it was more common for participants to experience more than one UMI than to experience only one, which suggests that the propensity to have UMIs, regardless of their content, is a source of individual differences. This propensity might help to explain, at least in part, the comorbidities among disorders where UMIs play a key role; that is, the tendency to have unwanted intrusions may be a common vulnerability factor that comes into play in a number of disorders.

There were both similarities and differences across the sites in terms of the frequency and disturbance caused by the OCD, BDD, IA/H, and EDs-related mental intrusions. Overall, Iranian and Turkish participants showed the highest frequency on all the UMIs, whereas Spanish and Portuguese participants reported the most discomfort associated with the four UMIs. By contrast, Argentinian, Israeli, and Italian participants experienced the lowest frequencies and least discomfort. As such, whereas the UMIs were experienced similarly across sites, we can suggest that there were three patterns of responses across countries: the first includes Iranian and Turkish individuals, the second involves Portuguese and Spanish subjects, and the third affects participants from Argentina, Israel, and Italy. We cannot know whether these patterns reflect deeper socio-cultural factors because we did not include specific culturally-relevant constructs that would allow us to make culturally-specific predictions. Nonetheless, some reasons for the three observed patterns in the participants' responses can be tentatively suggested. For example, the individuals in the first group (Iran and Turkey) share Muslim values that are not prevalent in the other countries that participated in the study. Islamic rules are a determinant of self-identity and everyday life, and mental intrusions about following certain rules while praying in a near-ritualistic manner, or about the need to maintain a high degree of mental and physical purity, could explain the similarities observed between the participants from these two countries (Shams, 2018).

The association between obsessional symptoms and religiosity has been noted in studies performed in Middle-Eastern countries. Religious obsessions are predominant in these samples, compared to their low prevalence in the rest of the continents, in addition to checking and cleaning compulsions (e.g., Fontenelle et al., 2004; Okasha, 2004). Karadag et al. (2006) observed that Egyptians, who live in a predominantly Muslim society, reported a high degree of egosyntonicity related to checking and cleaning compulsions, which might result from culturally bounded religious practices that emphasize cleanliness and purity. Similarly, Yorulmaz et al. (2004) showed that Turkish individuals experienced more morality thought-action fusion beliefs than what was reported in other nations, which might be a reflection of Turkish culture as well as a concept of morality linked to religious values. Nonetheless, given that the Iranian and

Turkish participants in our study were among the youngest participants in the entire sample, the role of age in our findings cannot be ruled out. In the case of Spanish and Portuguese participants, the similarities could be explained by the fact that they shared not only the same geographical space in past centuries, but also that they have a common history that includes Christian Catholic religion and values. Again, age could be a factor because participants from these two countries were in a similar age range. Regarding the third group (Argentina, Israel, and Italy), the similarities between Argentinian and Israeli participants could have to do with age because participants from these countries were the oldest members of the entire sample. However, contradicting this suggestion, the Italian participants were among the youngest. Thus, other reasons related to the immigration of Italian individuals to Argentina, especially in the 19th century, and Israel could lie behind the similarities among the participants from these three countries.

On the whole, the study findings showed more similarities than differences across sites with regard to the occurrence and related disturbance of the four UMI types examined. The findings suggest that experiencing UMIs is quite common, regardless of their specific contents and the nationality or cultural context. Additionally, age differences among the samples, rather than cultural variables, could explain some of the observed differences. In any case, our results about the universality of UMIs agree with studies indicating that the disorders with which they are related, OCD, BDD, Hypochondriasis, and EDs, are present in almost every culture and social context, with only slight differences in their respective prevalence rates (i.e., Eli & Warin, 2018; Nedeljkovic et al., 2012). From this perspective, the data on EDs-related intrusions as the most frequently experienced across the different countries agree with perspectives of Anorexia Nervosa as a Western ‘culture-bound syndrome’ transportable to other cultures through a “westernization” process. For example, Cheney (2011) argued that, among young US women from immigrant backgrounds, thinness becomes an emblem of “whiteness”, such that a disordered eating pattern is viewed as a means to improve social relationships, mobility, and power.

The second aim of the study was to examine the putative transdiagnostic nature of UMIs. We focused on four specific contents, OCD, BDD, IA/H, and EDs-related, because of the phenomenological similarities of the disorders with which they are associated. These similarities include higher comorbidity rates than what would be expected by chance, analogous cognitive explanatory models for each disorder, comparable response to similar treatments, and similar ages of onset. The four disorders also share the experience of UMIs, which might be instigators of their respective clinical symptoms and/or of rumination on their presence and the associated negative causes and consequences (Wahl et al., 2018). Our findings showed close relationships among the four UMI types, both in the frequency of appearance and in the discomfort they caused. These results support the notion that having a disturbing UMI about a specific theme or content is associated with having disturbing UMIs about other different contents, suggesting that the tendency or propensity to experience UMIs related to OCD, BDD, IA/H, and EDs could be a vulnerability factor for these disorders (Pascual-Vera, et al., 2017). The associations between BDD and OCD-related intrusions and between BDD and EDs-related intrusions suggest that a complex network of relationships exists between the disorders in which the UMIs play a key role. The current psychiatric

diagnostic systems based on categorical rather than dimensional and network (i.e., Borsboom, 2017) perspectives, which exclude or minimize the search for shared psychopathological aspects underlying different clinical manifestations, are unable to adequately explain these relationships commonly observed in clinical practice. For example, as Halmi et al. (2003) suggested in their study about OCD symptoms in patients with Anorexia Nervosa (AN), some common phenotype characteristics shared by most AN and OCD patients suggest that these disorders may share common brain behavioral pathways.

The relationship between the frequency and discomfort provoked by the four UMI types and the respective symptom measures of OCD, BDD, Hypochondriasis, and EDs was an expected result. Nonetheless, we found that these clinical measures were also correlated with the frequency of all the UMI types, regardless of their specific content, with the only exception of the Whiteley Index, which was associated with the frequency of OCD and BDD intrusions, but not with the EDs-related ones. The association found between the Whiteley Index and the frequency of both OCD and BDD-related intrusions supports the inclusion of Hypochondriasis in the obsessive-compulsive spectrum disorders (Kogan et al., 2016; Stein et al., 2016). The lack of relationships between the WI and EDs-intrusions would suggest that thoughts about the “dangers” of eating or not doing exercise in trying to reach and/or maintain a desired state of thinness are different from preoccupations about one’s health status. In fact, some studies found that, unlike OCD-related intrusions, EDs-related intrusions are egosyntonic, even being viewed as positive reminders of the “right behaviors” in terms of eating habits, both for non-clinical participants and for patients with Anorexia Nervosa (Belloch et al., 2012; Belloch et al., 2016; García-Soriano et al., 2014).

Several limitations of the study should be mentioned. First, the study was designed to assess the prevalence and disturbance caused by four UMI contents in different countries. Thus, it did not include culturally-relevant constructs that would make it possible to draw culturally-specific conclusions. Second, the study results rely on a questionnaire. We tried to control the possible biases associated with the uses of self-report questionnaires by designing the QUIT on the basis of previously validated self-report measures, employing highly rigorous translation and back translation, administration, coding, and data entry protocols across all sites. The difference in sample sizes across countries is another limitation. Nonetheless, it is important to note that this study includes a diverse range of non-western countries that have hardly been represented in the research. Other representative cross-cultural studies are needed to generalize results from Western-driven studies and advance our knowledge about how psychological phenomena vary across different cultural and social contexts.

Limitations notwithstanding, the present results support the universality and prevalence of unwanted mental intrusions in different content areas (obsessive, dysmorphic, hypochondriacal, and EDs-related) across a variety of countries and cultural contexts. Moreover, the data obtained refer not only to the frequency or occurrence of these intrusions, but also to the disturbance they cause, an aspect that was not previously studied and that has more importance for the possible clinical implications of UMIs than the mere determination of the presence of UMIs. The adoption of a within-subject design is an additional strength because it further supports the notion that these UMIs could

operate transdiagnostically across clinically different disorders, specifically OCD, BDD, IA/H, and the EDs. Additionally, this could help us to better understand the comorbidities usually found between these disorders through the detection of individuals with an increased propensity to experience disturbing mental intrusions.

Discusión general y conclusiones

El punto de partida de este trabajo ha sido analizar las similitudes fenomenológicas y funcionales del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en relación con el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o ansiedad por la enfermedad, y los trastornos alimentarios. Partiendo de la premisa de que el TOC sería el trastorno organizador principal, tal como apuntan los defensores de un espectro obsesivo-compulsivo en el DSM-5 y la próxima edición de la CIE, 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, son variables dimensionales implicadas en la génesis y/o mantenimiento de otros trastornos. El objetivo de esta tesis doctoral ha sido pues analizar el valor transdiagnóstico de intrusiones mentales con contenidos obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios, así como sus respectivas consecuencias funcionales. Para examinarlo en profundidad se desarrolló un instrumento que permitiese evaluar de forma conjunta en un mismo individuo los cuatro contenidos de intrusiones mentales, así como las consecuencias funcionales que instiga cada intrusión (QUIT/INPIDES; Pascual-Vera y Belloch, 2018a,b, Pascual-Vera et al., 2019; Pascual-Vera, Roncero, y Belloch, 2017). Tomado como referencia este instrumento, se desarrollaron cuatro estudios cuya presentación ha sido el objetivo del presente trabajo. Los estudios 1 y 2 examinan específicamente la naturaleza transdiagnóstica de los cuatro contenidos de intrusiones mencionados, en términos de su frecuencia de aparición y molestia, y las consecuencias funcionales que promueven. El estudio 3 está dedicado a analizar el posible rol etipopatogénico de las intrusiones mentales en el TOC, el TDC, la hipocondría y los TA. El principal objetivo de este trabajo fue examinar si personas con diagnóstico de TOC, y aquellas vulnerables a padecerlo, experimentaban más intrusiones mentales, tanto específicas del trastorno (es decir, obsesivas) como no-específicas (es decir, dismórficas, hipocondríacas y alimentarias), que personas sin riesgo a padecer un TOC. Finalmente, el estudio 4 es una extensión de los estudios previos y tiene el valor añadido de examinar la naturaleza y expresión de las intrusiones mentales a través de diferentes países y contextos socio-culturales.

En este capítulo sintetizamos los resultados y conclusiones principales de estos trabajos y reflexionamos en torno a sus posibles implicaciones en la conceptualización de los trastornos mentales. Por último, presentamos los retos y líneas de investigación futuras.

1. Síntesis de los principales resultados y conclusiones.

La conclusión más evidente de los estudios que hemos venido comentando es el respaldo que proporcionan a nuestra hipótesis de partida: las intrusiones mentales 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. 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 el caso de este trabajo, por su relevancia clínica en el TOC, el TDC, la AE/H y los TA. Adoptar un enfoque transdiagnóstico en psicopatología puede ayudar a 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 (Belloch, 2012; Sandín, 2012). A continuación, resumimos los principales resultados y conclusiones que se derivan de los estudios realizados.

1.1. Universalidad y prevalencia de las intrusiones obsesivas, dismórficas, hipocondríacas y alimentarias.

La alta tasa de prevalencia con la que fueron experimentados conjuntamente los cuatro contenidos de intrusiones mentales respalda su valor transdiagnóstico. En población general estas tasas oscilaron entre el 52% y el 79% (en participantes de nacionalidad argentina y portuguesa, respectivamente) y fueron del 50% en la muestra de pacientes con TOC. Otro dato que confirma lo expresado es el bajo porcentaje con el que se experimentó un único tipo de intrusión mental, ya sea en población general (5% del total de participantes de todas las nacionalidades evaluadas), como en pacientes (10% de los casos). Esta universalidad es coherente con los estudios previos que habían examinado los cuatro contenidos por separado, pero nuestros hallazgos resultan de utilidad clínica para la evaluación de estos productos cognitivos de forma transversal. Dicho de otro modo, si atendemos exclusivamente a las intrusiones características de trastornos concretos, por ejemplo, las intrusiones obsesivas en un paciente con TOC, podemos pasar por alto la presencia de otras intrusiones mentales (p.ej., intrusiones sobre la enfermedad y la muerte), que suelen aparecer de forma conjunta y frecuente, y ser por lo tanto muy relevantes para el diagnóstico y el tratamiento.

Esto tiene, además, implicaciones en la evaluación de trastornos que, pese a que se manifiestan de forma diferente, comparten similitudes en cuanto a sus características más fenotípicas (los síntomas), pero también en otras menos aparentes, tales como la edad de inicio, la respuesta al tratamiento, y el hecho de que en una tasa mayor de la esperada al tratarse de trastornos diferentes, cursen de forma comórbida e, incluso, transiten de unos a otros a lo largo del curso vital. Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar y utilizar instrumentos de evaluación transdiagnóstica para la evaluación de dimensiones comunes de síntomas. Los resultados de estos estudios sugieren el valor del auto-informe que hemos desarrollado, el QUIT (INPIDES en castellano), como instrumento transdiagnóstico para valorar la presencia y molestia de intrusiones mentales en el TOC, el TDC, la hipocondría y los TA.

1.2. Relaciones entre las intrusiones mentales: ¿similitudes entre trastornos?

Las relaciones que mantuvieron entre sí los diferentes contenidos de intrusiones avalan asimismo su transdiagnosticidad, pero también pueden estar reflejando la compleja red de relaciones entre estos trastornos. Todos los estudios en población general muestran que cuando una intrusión se experimenta frecuentemente y/o de forma perturbadora, lo mismo sucede con los otros contenidos. Pese a que, a través de los diferentes estudios, los patrones de asociaciones entre las intrusiones varían ligeramente, tomados en conjunto, las relaciones más sistemáticas son las siguientes: (a) asociación entre la frecuencia de intrusiones obsesivas, y las intrusiones sobre la enfermedad/muerte, del TOC y la hipocondría; y, (b) relaciones entre las intrusiones relacionadas con defectos

en la apariencia física y las intrusiones sobre la dieta, el peso y el ejercicio físico del TDC y los TA, respectivamente.

Otro conjunto de asociaciones estables en los diferentes estudios son las que vinculan el TOC, el TDC y la hipocondría. Finalmente, lo que parece estar más claro es la ausencia de relación (o baja asociación) entre las intrusiones de la hipocondría y los TA. Una representación gráfica de estas relaciones aparece en la Figura 1.2.

Aunque en pacientes con TOC no todas las intrusiones se asociaron entre sí, las relaciones observadas confirman en buena medida lo expresado. En este caso, se observaron asociaciones entre la frecuencia de las intrusiones obsesivas e hipocondríacas, las intrusiones hipocondríacas y dismórficas y por último, entre las intrusiones dismórficas y alimentarias. También se observó una relación entre el malestar de las intrusiones obsesivas y alimentarias, pero, teniendo en cuenta los resultados de todos los trabajos, esta relación es menos consistente que la relación entre las intrusiones alimentarias y dismórficas. La ausencia de asociación entre todos los contenidos de intrusiones podría deberse a la *centralidad* de los síntomas obsesivos al tratarse de pacientes con un diagnóstico primario de TOC, pero aún así estos resultados arrojan información valiosa sobre el tipo de relaciones que mantienen las intrusiones mentales prototípicas del trastorno (es decir, las obsesivas) con intrusiones características de otros trastornos relacionados.

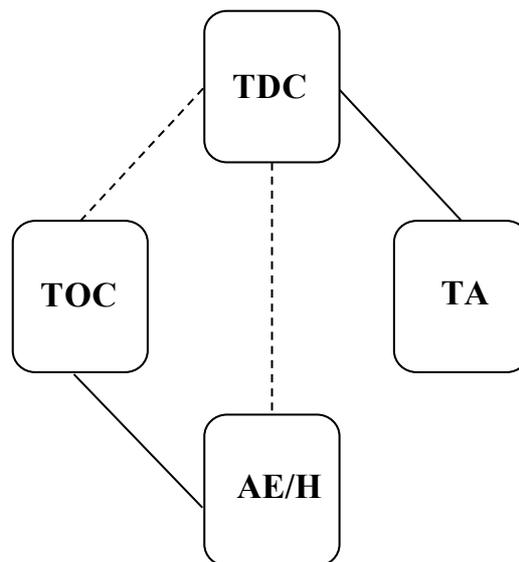


Figura 1.2. Relaciones entre la frecuencia de las intrusiones del TOC, el TDC, el AE/H y los TA.

Nota. Las líneas (continuas y discontinuas) representan los mayores coeficientes observados entre las IM (frecuencia) en los diferentes estudios. *Líneas continuas:* TDC-TA: estudio 1(mujeres españolas), estudio 2 (pacientes con TOC), estudio 4 (España, Portugal, Irán e Italia); TOC-AE/H: estudio 1(mujeres españolas), estudio 2 (pacientes con TOC), estudio 4 (Argentina). *Líneas discontinuas:* TOC-TDC: estudio 1 (hombres españoles), estudio 4: Israel y Turquía; TDC-AE/H: estudio 2 (pacientes con TOC).

En definitiva, los hallazgos obtenidos hasta la fecha podrían estar reflejando las similitudes entre trastornos, que sugieren su agrupación conjunta en los sistemas taxonómicos. Nuestros resultados ofrecen apoyo a la inclusión del TDC y la Hipocondría en los trastornos del espectro O-C, tanto por las similitudes que mantienen entre sí las

intrusiones características de estos trastornos, como por su relación con el TOC y las intrusiones obsesivas. No obstante, en lo que se refiere a las intrusiones mentales, los datos también subrayan la estrecha relación entre pares de trastornos: por un lado, las similitudes entre el TOC y la hipocondría y, por otro lado, entre el TDC y los TA. La relación entre el TDC y los TA puede explicarse por la temática de ambos tipos de intrusiones (p.ej., preocupación por aspectos corporales y de la apariencia física), pero también por la clínica compartida entre ambos trastornos, como la preocupación por la apariencia y la distorsión de la imagen corporal. Además, el diagnóstico del TDC puede verse comprometido por la ocultación, la comorbilidad con los TA, y la baja solicitud de asistencia en los servicios de salud mental.

En conclusión, las intrusiones mentales pueden ser un nexo entre los trastornos examinados, pero es necesario examinar en profundidad factores y procesos compartidos entre el TOC y la hipocondría (y estos con el TDC), y entre el TDC y los TA, que ayuden a esclarecer las semejanzas y relaciones entre ellos.

1.3. Las intrusiones mentales desde una perspectiva intra-sujeto.

El estudio transdiagnóstico de las intrusiones mentales desde una perspectiva intra-sujeto es una de las potencialidades de este trabajo, dado que este diseño permite examinar el modo en que la misma persona experimenta las diferentes intrusiones mentales (en términos de si son frecuentes y/o molestas) y además el tipo de reacción que desencadena cada conjunto de intrusión. Las comparaciones intra-sujeto revelan tanto similitudes como diferencias en función del contenido específico de las intrusiones. A continuación, mencionaremos los resultados generales más relevantes.

En cuanto a la frecuencia y molestia de las intrusiones, los resultados mostraron que las intrusiones alimentarias fueron las más frecuentes, pero a la vez las menos molestas, lo que corrobora en parte un cierto carácter egosintónico de estas intrusiones. En el extremo opuesto se encontraban las intrusiones hipocondríacas, pues, aunque fueran las menos frecuentes, eran las que más molestia ocasionaban. Estos hallazgos se evidenciaron en población general española y fueron replicados en participantes de varias nacionalidades, aunque en este caso, emergieron diferencias en función del contexto sociocultural (p.ej., para los iraníes, israelíes, argentinos e italianos todas las intrusiones fueron igual de molestas). Para los pacientes, las intrusiones alimentarias fueron tan frecuentes como las intrusiones específicas del TOC (i.e., obsesivas), y las intrusiones dismórficas e hipocondríacas fueron tan molestas como las obsesivas.

Las consecuencias funcionales que promovieron las cuatro intrusiones más molestas se examinaron en población general española y pacientes con TOC (estudios 1 y 2, respectivamente). Un resumen general de las similitudes y diferencias en las consecuencias funcionales aparece en el Cuadro 1.3.

Cuadro 1.3. Similitudes y diferencias en función del contenido de las intrusiones mentales en las consecuencias funcionales.

Consecuencias funcionales	Estudio 1: Población general		Estudio 2: Pacientes TOC
	Mujeres	Hombres	60% hombres
Impacto emocional	↑ AE/H =TOC, TDC, TA	↑ AE/H = TOC, TDC, TA ¹	↑ TOC (=AE/H) AE/H = TA ↓ TDC (=TA)
Interferencia	↑ TOC AE/H ↓ TCA, TDC	=TOC, TDC, AE/H ↓ TA	↑ TOC AE/H = TDC ↓ TA (=TDC)
Egodistonia	= todas IM	=todas IM	↑ TOC AE/H = todas ↓ TDC, TA
Valoraciones disfuncionales	↑ TOC = TDC, AE/H, TA	= todas IM	↑ TOC =TDC, AE/H, TA
“No hacer nada”	= todas IM	= todas IM	= todas IM
Parada de pensamiento	↑ AE/H, TOC TDC = todas ↓ TA	= todas IM	↑ TOC TDC, AE/H = todas ↓ TA
Neutralizaciones	↑ AE/H, TOC TDC = todas ↓ TA	= todas IM	↑ TOC =TDC, AE/H, TA
Autocastigo	↑ AE/H =TOC, TDC, TA	= todas IM	↑ TOC =TDC, AE/H, TA
Búsqueda de reaseguro	= todas IM	↑ AE/H (= TOC, TDC) ↓ TA	↑ TOC, AE/H ↓ TDC (=TA)

Nota. Las siglas de TOC, TDC, AE/H, y TA hacen referencia a las intrusiones mentales del trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y los trastornos alimentarios. Símbolos ↑↓ indican más/menos consecuencias funcionales, respectivamente, y símbolo = indica ausencia de diferencias entre las intrusiones (comparaciones post-hoc estudios 1 y 2); ¹ = TA < TDC.

En línea con lo anterior, las intrusiones hipocondríacas, junto con las obsesivas en pacientes con TOC, fueron las que causaron mayor impacto emocional, mientras que las obsesivas fueron las que más interfirieron en las actividades de la vida diaria. Por otro lado, las que menor interferencia causaron fueron las intrusiones dismórficas y alimentarias. En población general, las cuatro intrusiones se evaluaron de manera análoga en cuanto a la egodistonia que generaban, mientras que para los pacientes las intrusiones obsesivas se valoraron de forma más egodistónica que las intrusiones dismórficas y alimentarias. Del mismo modo, los pacientes y las mujeres (población general) adscribieron valoraciones más disfuncionales a las intrusiones obsesivas que a las otras intrusiones, mientras que para los hombres (población general) todas las intrusiones se valoraron de forma similar.

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. Este dato subraya la relación funcional entre un fenómeno obsesivo y los comportamientos que se llevan a cabo en respuesta a este (Abramowitz y Jacoby, 2015). Como señalamos antes, esa “necesidad de hacer algo”, ya sea de forma manifiesta o encubierta, ritualizada o no, para mantener bajo control una intrusión mental, 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). En cuanto a las diferencias en las estrategias de control específicas resaltamos las siguientes: por un lado, el menor uso de las estrategias de supresión del pensamiento y neutralización para hacer frente a las intrusiones alimentarias, y el menor reaseguro ante las intrusiones alimentarias (hombres en población general) y dismórficas (pacientes con TOC). Por otro lado, los pacientes emplean más estrategias de neutralización y autocastigo ante las intrusiones obsesivas, mientras que las mujeres de la población general lo hicieron ante las intrusiones obsesivas y las hipocondríacas.

En conjunto, estos hallazgos también apoyan las relaciones entre el TOC y la hipocondría y entre el TDC y los TA, que hemos mencionado previamente. En lo que se refiere a la respuesta ante los diferentes contenidos de intrusiones, es decir, a las consecuencias funcionales, podemos situar a los trastornos mencionados en dos dimensiones principales: evitación del daño y egodistonía. Como se muestra en la Figura 1.3., el TOC y la AE/H se ubican en un extremo más cercano a la evitación del daño y la egodistonía (mayor malestar emocional y egodistonía ante las intrusiones mentales, y más utilización de estrategias de supresión del pensamiento, neutralización, autocastigo y reaseguro), mientras que el TDC y los TA se sitúan en el extremo opuesto de ambas dimensiones (menor malestar, interferencia y egodistonía hacia las intrusiones, y menor utilización de estrategias de supresión del pensamiento, neutralización, y búsqueda de reaseguro). No obstante, y por lo que respecta a las intrusiones dismórficas y alimentarias, es importante recordar que los datos provienen sobre todo de población general, mayoritariamente joven, en donde las preocupaciones por la imagen corporal y el aspecto físico son extremadamente frecuentes y normativas. Muy probablemente estos resultados no serían iguales en el caso de contar con personas con TDC, en donde la egodistonía por los síntomas y su interferencia en la vida de los pacientes es muy elevada, aspecto que ha sido corroborado tanto en pacientes como en personas con riesgo de padecer el trastorno (Giraldo-O’Meara y Belloch, 2018).

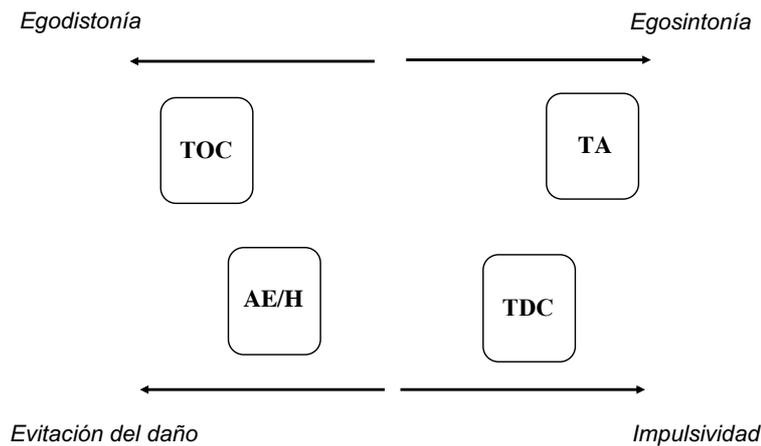


Figura 1.3. Posición del TOC, el TDC, la AE/H y los TA en las dimensiones de egodistonia y evitación del daño, en función de las consecuencias funcionales asociadas con las intrusiones mentales características de estos trastornos.

En conclusión, 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 intrusiones mentales. Adicionalmente los datos de pacientes con TOC sugieren la existencia de ciertos paralelismos entre las intrusiones mentales obsesivas y las hipocondríacas, principalmente en el malestar y en algunas de las estrategias utilizadas para manejarlas, como la búsqueda de reaseguro y la supresión del pensamiento. Datos como estos ofrecen apoyo, por una parte, a los modelos cognitivos de las intrusiones mentales, que plantean que la diferenciación entre la normalidad y la patología 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, 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.

1.4. Las intrusiones mentales como factores de propensión.

Las intrusiones mentales parecen ser candidatas firmes para considerarse indicadores de propensión en el TOC, y en otros trastornos relacionados con este. En los estudios que hemos venido desarrollando, los diferentes contenidos de intrusiones mentales se asociaron con las puntuaciones en las medidas de síntomas de TOC, TDC, AE/H y TA (estudios 3 y 4). Además, se observaron correlaciones cruzadas entre la frecuencia de todas las intrusiones mentales y las medidas de síntomas que no eran específicas de estos trastornos. La única excepción, que confirma en buena medida lo expresado con anterioridad, es que el cuestionario de síntomas de hipocondría no mantuvo relaciones con la frecuencia de las intrusiones alimentarias en ninguno de los estudios.

Un apoyo adicional a esta hipótesis proviene de los resultados de los análisis de regresión (estudio 3), en los que las intrusiones mentales explicaron parte de las puntuaciones en los autoinformes de síntomas de TOC (intrusiones obsesivas), de TDC (intrusiones obsesivas y alimentarias), de AE/H (intrusiones hipocondríacas y dismórficas) y de los TA (intrusiones alimentarias). Estos hallazgos sugieren que las intrusiones mentales, como fenómenos cognitivos de carácter intruso, recurrente e indeseado, pueden ser un indicador de vulnerabilidad para la génesis y/o mantenimiento de estos trastornos, aunque los contenidos específicos sobre los que versan las intrusiones parecen tener un rol importante en la propensión específica a un determinado trastorno.

Lo anterior respalda los resultados que obtuvimos cuando comparamos a participantes sin riesgo para el TOC, personas con riesgo y pacientes diagnosticados, en la frecuencia y molestia de las intrusiones y las puntuaciones en las medidas de síntomas. Los participantes con riesgo tuvieron una mayor frecuencia de intrusiones mentales de todos los contenidos que los participantes sin riesgo, y los pacientes, a su vez, tuvieron una mayor frecuencia de las intrusiones obsesivas que el grupo de riesgo. En cuanto a la molestia de las intrusiones, los participantes con riesgo presentaron una mayor molestia ante las intrusiones obsesivas y las hipocondríacas que aquellos sin riesgo, pero en este caso los pacientes con TOC solo se situaron en el polo extremo del continuo (es decir, en el de la patología) en relación con sus intrusiones específicas. Por otro lado, se evidenció una tendencia creciente a experimentar síntomas O-C e hipocondríacos (puntuaciones en el OCI-R, e índice de Whiteley, respectivamente) en función de la susceptibilidad a los síntomas O-C y el diagnóstico de TOC, aunque esto no se observó en los indicadores de TDC y TA.

En conclusión, estos hallazgos apuntan que la propensión a experimentar intrusiones mentales puede ser un indicador de vulnerabilidad común entre estos trastornos, principalmente en el TOC y la hipocondría, y por lo menos, en aquellas personas con una mayor tendencia a presentar síntomas O-C. No obstante, es necesario generalizar estos resultados a muestras clínicas de TDC, hipocondría y TA.

1.5. La expresión transcultural de las intrusiones mentales.

Tal como hemos venido mencionando en los apartados anteriores, los resultados obtenidos en el estudio 4 respaldan la universalidad y naturaleza transdiagnóstica de las intrusiones mentales en los diferentes países examinados. Un objetivo adicional de este trabajo fue examinar la posible contribución de las diferencias sociales y culturales en la expresión de las intrusiones mentales. En las comparaciones entre-países se identificaron tres patrones de respuesta en función de la frecuencia y molestia con la que fueron experimentadas las intrusiones mentales: el primero incluye a los participantes iraníes y turcos, quienes tuvieron la mayor frecuencia de todas las intrusiones mentales, el segundo a los españoles y portugueses, que experimentaron la mayor molestia de todas las intrusiones, y el tercero incluye a los participantes argentinos, israelíes e italianos, que informaron de las menores tasas, tanto de frecuencia como de molestia, de todas las intrusiones mentales.

Aunque en este trabajo no evaluamos constructos culturales y/o sociales propiamente dichos, los resultados apuntan a que algunas de las diferencias y similitudes

en el modo en que se experimentan las intrusiones, pueden deberse a los efectos de la sociedad y la cultura en la expresión de la psicopatología. Esto ha sido apoyado por la literatura transcultural previa, que mantiene que, aunque puedan existir variaciones en el modo en que estos trastornos se manifiestan, estos están presentes en diferentes contextos socioculturales. Un ejemplo de ello son los trabajos que examinan la influencia de las creencias religiosas en la manifestación sintomática del TOC, y/o la prevalencia de los TA en sociedades occidentalizadas y no occidentalizadas. Los resultados que nosotros mismos hemos obtenido son coherentes con estos supuestos.

1.6. A modo de conclusión

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. 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 et al., 1999, p.127). Esto es acorde con la idea expresada por Harvey et al. (2014) sobre el papel que desempeñan las preocupaciones principales y/o idiosincrásicas de la persona en la forma en que se expresan y manifiestan trastornos mentales, que comparten mecanismos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos. En nuestra opinión, las diferencias observadas entre los cuatro contenidos de intrusiones mentales 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. Como comentábamos en los capítulos de introducción de este trabajo, 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.

Hasta ahora podemos concluir que las intrusiones mentales son dimensiones con carácter transdiagnóstico en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o ansiedad por la enfermedad y los trastornos alimentarios, aunque son necesarios futuros trabajos que examinen el papel diferencial que pueden desempeñar los contenidos de las intrusiones en cada uno de estos trastornos.

2. Implicaciones para la conceptualización de los trastornos mentales: el enfoque transdiagnóstico y los modelos de redes.

Los trastornos mentales son entidades complejas. Dicha complejidad proviene de su multi-causalidad, la influencia y coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, y de la interacción de los distintos síntomas que definen una entidad mental. Los sistemas de clasificación contemporáneos asumen que los comportamientos psicopatológicos o anormales son expresiones de enfermedades latentes. Según este planteamiento los síntomas son entendidos como indicadores específicos o manifestaciones fenotípicas de una causa latente denominada “trastorno mental” o “enfermedad mental”. Por ejemplo, las obsesiones y compulsiones serían debidas a un

trastorno subyacente que los causa, el trastorno obsesivo-compulsivo. Las relaciones de causalidad síntomas-trastornos se entienden de forma unívoca y excluyente, es decir, que determinados síntomas ocurren solamente y de forma específica en trastornos concretos.

Sin embargo, en psicopatología los síntomas no parecen ser tan prototípicos de trastornos mentales como cabría esperar, y estos tienden a solaparse tanto intra-categorías como inter-categorías diagnósticas. Los intentos por asemejar las entidades mentales a las enfermedades médicas (o físicas) han conllevado una serie de limitaciones que se han ido plasmando a lo largo de este trabajo. Fruto de estas, en los últimos años se ha hecho un esfuerzo por incorporar abordajes más comprehensivos para entender la realidad de los trastornos mentales (por ejemplo, modelos mixtos, dimensiones de síntomas, espectros de trastornos). Pese a ello, diferentes autores plantean que, la mera sustitución de categorías de síntomas por dimensiones no solventa la limitación principal: la afirmación de que los síntomas (entendidos categóricamente o dimensionalmente) sean las expresiones de entidades mentales latentes (Hofmann, Curtiss, y McNally, 2016).

El marco de referencia principal que hemos adoptado en este trabajo es el enfoque transdiagnóstico en psicopatología y psicología clínica. Como hemos venido mencionando, este pretende explicar la génesis, mantenimiento y agrupación diagnóstica de los trastornos mentales sobre la base de dimensiones y procesos compartidos entre trastornos relacionados, en lugar de centrarse en la búsqueda de factores o dimensiones específicas subyacentes a trastornos concretos. Con ello, intenta solventar algunas de las limitaciones derivadas de los sistemas categoriales de clasificación y fomentar mejoras en la comprensión, evaluación y tratamiento de las entidades mentales y/o los fenómenos psico(pato)lógicos.

Una ventaja adicional del enfoque transdiagnóstico es que *“permitirá integrar la psicopatología en los nuevos modelos de redes”* (Belloch, 2012, p. 306). Los modelos de redes se han propuesto como una alternativa al modelo médico tradicional y recientemente se han empezado a aplicar en el estudio de la psicopatología. Según Denny Borsboom (2017), los modelos de redes se fundamentan en que *“los trastornos mentales surgen de la interacción causal entre síntomas conectados en una red”* (p. 6). Según este punto de vista, los síntomas no reflejan una enfermedad latente subyacente que causa su aparición y coexistencia, sino que los síntomas son constitutivos del trastorno (Hofmann et al., 2016). De acuerdo con estos planteamientos, las conexiones entre los síntomas pueden ser multi-causales, y pueden permanecer más o menos activas (o latentes) a lo largo del tiempo. Dependiendo de la fuerza (*conectividad*) de las conexiones entre los síntomas se deriva que cambios en el estado de un síntoma puedan venir acompañados de cambios en el estado de otros síntomas, y además que determinados elementos, denominados síntomas puente, puedan ser el nexo entre *conjuntos de redes* (o en este caso de trastornos) y que, por tanto, su abordaje e intervención puedan influir en las otras subredes (Fonseca-Pedrero, 2018).

En general, los modelos de redes parten de la premisa de que los trastornos psicopatológicos son un sistema complejo dinámico, y muchos de sus principios generales tienen sus raíces en los modelos sistémicos que la psicología ha venido desarrollando desde hace años (Belloch, 2012). Pese a que su aplicación en el campo de la psicopatología es reciente, *«la combinación del modelo transdiagnóstico y los modelos de redes abre la ventana a considerar una variada y rica gama de diferencias*

individuales cualitativas y cuantitativas que (...) permite progresar en la comprensión y mejorar las intervenciones» (Borsboom, Epskamp, Kievit, Cramer, y Schmittmann, 2011, p. 614).

En nuestra opinión, el modelo de redes ofrece nuevas formas de pensar sobre la psique y las psicopatologías y sobre todo permite conceptualizar e integrar los síntomas y problemas psicológicos en un sistema de relaciones que constituye la experiencia humana. El enfoque transdiagnóstico en psicopatología es una vía de investigación firme para ayudarnos a avanzar en este camino. Esperamos que el trabajo que hemos desarrollado pueda contribuir a la comprensión de las complejas redes que existen entre aquellos trastornos donde las intrusiones mentales tienen un papel fundamental.

3. Retos y futuras líneas de investigación.

Partiendo de la premisa de que no podemos adoptar soluciones simples a cuestiones complejas, el objetivo de este trabajo es aportar un grano de conocimiento más a la comprensión de la experiencia humana de aquellos/as que experimentan intrusiones mentales. Muchos pacientes obsesivos (y seguramente muchas otras personas con un problema psicológico diferente) se preguntan: *¿porque me ha tocado tener estos pensamientos repugnantes? Hubiese preferido mil veces ser de los que se preocupan por limpiar*; y los que limpian se hacen la pregunta inversa. Hoy en día, no somos capaces de responder completamente a muchas de estas cuestiones, y únicamente podemos ofrecer explicaciones parciales sobre el porqué surgen y se expresan de un determinado modo los problemas psicológicos.

El presente trabajo es un ejemplo de ello: sabemos que las intrusiones mentales, de contenidos muy diversos, son prevalentes y, además, pueden ser dimensiones de síntomas importantes en trastornos que coexisten más de lo que cabría esperar. Nuestros hallazgos apoyan el carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales como fenómenos cognitivos de relevancia clínica en el trastorno obsesivo-compulsivo, y en trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y los trastornos alimentarios. Pero 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. Es muy posible que factores diferentes a los aquí comentados, tales como experiencias tempranas, estilos de apego, patrones de aprendizaje, factores familiares y 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. Todo 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.

La investigación que hemos desarrollado plantea varios retos. El primero, es examinar el valor transdiagnóstico de las intrusiones mentales y sus consecuencias funcionales en personas con un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, hipocondría y trastornos alimentarios, ya que los datos obtenidos hasta ahora solo pueden generalizarse a personas que sufren de un trastorno obsesivo-compulsivo.

El segundo tiene que ver con uno de los retos con los que se enfrentan los modelos transdiagnósticos en la actualidad, que es poder explicar las trayectorias divergentes de los factores transdiagnósticos en trastornos concretos. De lo expresado anteriormente, deducimos que las intrusiones mentales no actúan solas, sino que se producen en un contexto de interacción con otros síntomas, procesos cognitivos, emocionales y conductuales, así como factores sociales y biológicos, que no se han examinado en este trabajo.

Futuras líneas de investigación podrían enriquecerse al incorporar otros elementos y/o mecanismos, junto con las intrusiones mentales, que puedan determinar por qué unas personas presentan un trastorno psicológico y no otro. Por ejemplo, plantear modelos que integren dominios de síntomas nucleares de estos trastornos (por ejemplo, las preocupaciones, la ansiedad, o la alteración de la imagen corporal), procesos intermedios que medien entre las intrusiones y las consecuencias funcionales (por ejemplo, las interpretaciones catastróficas del pensamiento, las valoraciones disfuncionales, y/o la intolerancia a la incertidumbre), estímulos desencadenantes de las intrusiones (por ejemplo, síntomas físicos en la hipocondría, o la visión del sí mismo en el espejo en el TDC), y también, factores tempranos relevantes en estos trastornos que puedan estar relacionadas con los contenidos específicos de las intrusiones (p.ej., experiencia de muerte y enfermedad, valores sobre la delgadez en el núcleo familiar y entorno social, y las experiencias de abusos en la infancia y adolescencia).

Todo ello permitiría adoptar una comprensión más sistémica de las intrusiones mentales en el conjunto de trastornos con los que se las relaciona y facilitar herramientas de evaluación y tratamiento dirigidas tanto a los elementos comunes, como a los factores específicos que pueden influir en que *“una persona lave, tenga miedo a morir o sienta que su apariencia física es una barrera para enfrentarse al mundo”*, que ante todo es lo que determina su malestar y sufrimiento cuando buscan ayuda.

4. Summary and conclusions

The current doctoral thesis aims to investigate the phenomenological features and psychopathology variables involved in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and other related obsessive-compulsive spectrum disorders, specifically Body Dysmorphic Disorder (BDD), Illness Anxiety or Hypochondriasis (IA/H) and Eating Disorders (EDs). Specifically, we focused on ascertaining whether unwanted mental intrusions (UMIs) with contents related to OCD (obsessional-related), BDD (appearance defect-related), IA/H (illness and death-related), and EDs (eating disorder-related) and their functional consequences (i.e., emotions, interference, appraisals, and neutralizing strategies) are a transdiagnostic variable across clinically different mental disorders. To that end, four studies were conducted. The general objectives of these studies were as follows:

- a) Studies 1 and 2 aimed to examine the transdiagnostic nature of UMIs, based on their respective frequencies and disturbances, and the similarities and differences in the functional links among the four most upsetting UMI contents. Additionally, Study 1 has two parts and was conducted in a non-clinical Spanish population, whereas the participants in Study 2 were patients with a primary diagnosis of OCD.
- b) Study 3 searched for the putative etiopathogenic role of intrusions. The main purpose was to analyze whether individuals with OCD and those who are vulnerable to the disorder experience more UMIs, both disorder-related (i.e., OCD-related UMIs) and non disorder-related (i.e., BDD, IA/H, and ED-related), than people who are not vulnerable to OCD.
- c) Study 4 was designed to examine the transdiagnostic nature of UMI across different countries and socio-cultural contexts. The main objectives were to analyze the putative cultural differences that might influence the universality of UMIs and their form across cultures, as well as their putative transdiagnostic value. Participants from seven countries in three continents participated in the study.

In this section the main empirical and theoretical conclusions from each study are described.

4.1. Conclusions from Studies 1 and 2.

Unwanted mental intrusions (i.e., obsessional, dysmorphic, illness anxiety/hypochondriasis, and eating-disorders contents) are a transdiagnostic variable. This is supported by:

- The high percentage rates of participants (general population and patients with OCD) that reported having had the four types of UMI contents.
- The relationships among the unwanted mental intrusions in terms of their frequency and the disturbance they provoked.
- The similarities in the frequency and disturbance due to the UMIs and in the functional consequences of the most disturbing UMIs. Table 4.1. summarizes the functional links among the most upsetting mental intrusions.

Table 4.1. Similarities and differences found in the functional consequences of the four most upsetting unwanted mental intrusions.

Functional consequences	Study 1: General population		Study 2: OCD patients
	Women	Men	60% men
Emotional impact	↑ IA/H =OCD, BDD,EDs	↑ IA/H = OCD, BDD, EDs ¹	↑ OCD (=IA/H) IA/H = EDs ↓ BDD (=EDs)
Interference	↑ OCD IA/H ↓ EDs, BDD	=OCD,BDD,IA/H ↓ EDs	↑ OCD IA/H = BDD ↓ EDs (=BDD)
Ego-dystonicity	= all UMIs	= all UMIs	↑ OCD IA/H = all UMIs ↓ BDD, EDs
Dysfunctional Appraisals	↑ OCD = BDD,IA/H, EDs	= all UMIs	↑OCD =BDD, IA/H, EDs
Do nothing	= all UMIs	= all UMIs	= all UMIs
Stop thinking	↑ IA/H, OCD BDD = all UMIs ↓ EDs	= all UMIs	↑ OCD BDD, IA/H = all UMIs ↓ EDs
Overt/covert behaviors	↑ IA/H, OCD BDD = all UMIs ↓ EDs	= all UMIs	↑ OCD =BDD, IA/H, EDs
Self-punishment	↑ IA/H =OCD, BDD, EDs	= all UMIs	↑ OCD =BDD, IA/H, EDs
Reassurance	= all UMIs	↑ IA/H (= OCD, BDD) ↓ EDs	↑ OCD, IA/H ↓ BDD (=EDs)

Nota. Acronyms OCD, BDD, IA/H and EDs refer to mental intrusions related to Obsessive-Compulsive Disorder, Body Dysmorphic Disorder, Illness Anxiety/Hypochondriasis, and Eating Disorders. Symbols ↑↓ indicate more/less functional consequences, respectively, and symbol = indicated no differences between intrusions (post-hoc comparisons-Studies 1 and 2); ¹ = EDs< BDD.

Moreover, findings support the inclusion of IA/H and BDD in the OC-spectrum disorders, but also they suggest that a complex network of relationships between pairs of disorders exists that is not explained by current psychiatric diagnostic systems: specifically, between OCD and Illness Anxiety/Hypochondriasis, and between BDD and EDs. Figure 4.1. tries to summarize these relationships, presenting the most systematic associations found between the frequency of OCD, BDD, IA/H, and EDs mental intrusions across the four studies.

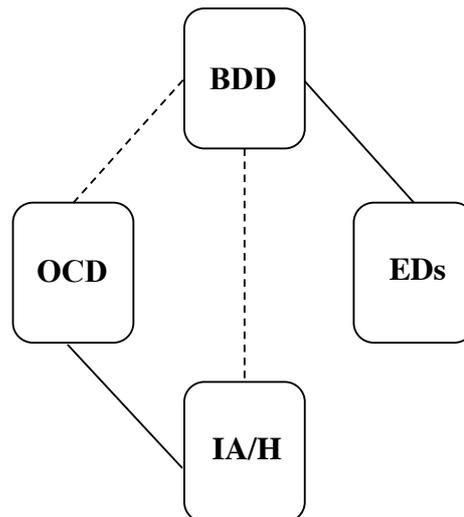


Figure 4.1. Relationships between the frequency of OCD, BDD, IA/H and EDs mental intrusions. *Note.* Lines (continuous and discontinue) represent the large coefficients between the UMI (frequency rates) observed in the different studies. Continuous lines: BDD-EDs: study 1(Spanish women), study 2 (OCD patients), study 4 (Spain, Portugal, Iran and Italy); OCD-IA/H: study 1(Spanish women), study 2 (OCD patients), study 4 (Argentina). Discontinue lines: OCD-BDD: study 1 (Spanish men), study 4: Israel and Turkey; BDD-IA/H: study 2 (OCD patients).

4.2. Conclusions Study 3.

Unwanted mental intrusions could be an indicator of propensity to OCD, BDD, IA/H, and EDs. This is supported by:

- The associations between the frequency and disturbance due to the four UMIs and their respective clinical measures of OCD, BDD, IA/H, and EDs.
- The predictive power of intrusions to explain scores on symptoms (self-reports) of these disorders.
- The increasing tendency to experience obsessional, dysmorphic, hypochondriacal and eating-disorder intrusions (in terms of their frequency) among individuals at risk of OCD, compared to individuals at no risk of OCD.

Findings suggest that intrusive, recurrent, and unwanted phenomena, such as UMIs, could underlie these disorders, but future research is needed to examine the putative role of the core contents of intrusions (e.g., physical appearance concerns) in explaining the propensity for specific disorders (e.g., eating-disorders). The propensity of dysmorphic, hypochondriac, and EDs intrusions as symptoms of these disorders in representative clinical samples of BDD, IA/H, and EDs needs to be further explored.

4.3. Conclusions Study 4.

The universality and prevalence of unwanted mental intrusions in different content areas (obsessive, dysmorphic, hypochondriacal, and ED-related) across a variety of countries and cultural contexts are supported by:

- The universality and prevalence of the experience of the four UMIs in participants from seven countries located in the Middle East (Israel, Turkey and Iran), Europe (Italy, Portugal, and Spain), and South America (Argentina).

- The similarities and differences across the sites in terms of: number of intrusions experienced and their modality of occurrence, and the frequency and disturbance caused by the four UMIs.

Accordingly, the transdiagnostic value of UMIs is also supported by:

- The relationships observed in each site between the frequency and disturbance caused by obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and ED-related unwanted intrusions.
- The associations between clinical measures of OCD, BDD, IW, and EDs and the frequency of all the UMI types, with the only exception of the clinical measure for hypochondriasis, which was not associated with the EDs intrusions.

Future studies should include culturally-relevant constructs to assess whether the differential expression of unwanted mental intrusions across countries could be influenced by socio-cultural factors.

Referencias

- Abramowitz, J.S., & Braddock, A.E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 503-519. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.008>
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20(2), 70-76. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20021>.
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E.A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34, 206-217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.004>
- Abramowitz, J.S., & Jacoby, R.J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 165-186. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2017). *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (Vol I). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(4), 453-459. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199904000-00019>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica/Spanish Journal of Clinical Psychology*, 17, 261-277. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., test rev). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

- Amerio, A., Odone, A., Liapis, C. C., & Ghaemi, S. N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *129*(5), 343-358. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12250>
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S.J. Rachman, & M.A. Richter (Eds), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2017). Hypochondriasis and illness intrusions: Development and validation of an assessment instrument. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *25*, 165-186.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, *12*(4), 306-312. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>
- Avia, M.D. (1993). *Hipocondría (Hypochondriasis)*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bach, M., Nutzinger, D. O. & Hartl, L. (1996). Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(1), 62-67. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90053-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90053-X)
- Barsky, A.J., Barnett, M. C. & Cleary, P. D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder: Boundary and overlap. *Archives of General Psychiatry*, *51*(11), 918-925. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950110078010>
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, *49*(2), 101-108. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020021003>
- Bartz, J.A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *30*, 338-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.003>
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, *39*, 966-969. [http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00306-1](http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(95)00306-1)
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, Ch.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York: Oxford University Press
- Bellino, S., Zizza, M., Oaradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, S., & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, *144*, 73-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010>
- 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*, 295-311. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2017). *TOC: obsesiones y compulsiones: tratamiento cognitivo* (Rev.ed). Madrid: Alianza Editorial.

- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: Resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *3*, 235-250.
- Belloch, A., Carrió, C., Cabedo, E., & 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., Fernández-Álvarez, H., & Pascual-Vera, B. (2019). *Guía de intervención en trastornos de la personalidad: Evaluación, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *236*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Belloch, A., Morillo, C., & Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 841-857. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.007>
- 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. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.05.001>
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*, 94-106. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-011-9255-4>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2458>
- Benedetti, A., Perugi, G., Toni, C., Simonetti, B., Mata, B. & Cassano, G. B. (1997). Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. *Comprehensive Psychiatry*, *38*(2), 124-131 [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90092-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90092-4)
- Berry, L.-M., Andrade, J., & May, J. (2007). Hunger-related intrusive thoughts reflect increased accessibility of food items. *Cognition & Emotion*, *21*, 865-878. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930600826408>
- Besiroglu, L., Uguz, F., Ozbebit, O., Guler, O., Cilli, A. S., & Askin, R. (2007). Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, *24*(7), 461-466. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20240>
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Grados MA, & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive

- disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00831-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00831-3)
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Wuyek, L.A., Liang, K.Y., Wang, Y., Grados, M.A., Cullen, B.A., Riddle, M.A., Greenberg, B.D., Rasmussen, S.A., Fyer, A.J., Pinto, A., Rauch, S.L., Pauls, D.L., McCracken, J.T., Piacentini, J., Murphy, D.L., Knowles, J.A., & Nestadt, G. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711000742>
- 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(7), 893-903. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body Dysmorphic Disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 221-232.
- Blackburn, J.F., Thompson, A.R., & 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>
- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511-523. <http://dx.doi.org/10.1348/135910706X146034>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532-1542. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Borboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R. A., Cramer, A. O., & Schmittmann, V. D. (2011). Transdiagnostic networks: Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 610-614. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611425012>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Bottesi, G., Ghisi, M., Sica, C., & Freeston, M. H. (2017). Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 111-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.014>
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Brouwer, A. C., Mirabel-Sarron, C., & Guelfi, J. D. (2009). Les troubles des conduites alimentaires: évaluation des troubles obsessionnels compulsifs et leur influence sur l'expression clinique des troubles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (pp. 693-698). Elsevier Masson.

- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Bulik, C.M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S.E., Aggen, S., Sullivan, P.F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry, 160* (2), 366-368. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.366>
- Calamari, J. E., Chik, H. M., Pontarelli, N. K., & DeJong, B. L. (2012). Phenomenology and epidemiology of obsessive compulsive disorder. In G. Steketee (Ed), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp.11-47). New York: Oxford University Press.
- Calamari, J. E. & Janeck, A. S. (1998). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal differences. *Depression and Anxiety, 7*, 139-140. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1998\)7:3<139::AID-DA8>3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:3<139::AID-DA8>3.0.CO;2-6)
- Cannon, T. D., & 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>
- Carter, J.C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine, 34*, 671-679. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001168>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica, 7*, 175-189.
- Cheney, A.M. (2011). ‘Most girls want to be skinny’: Body (dis) satisfaction among ethnically diverse women. *Qualitative Health Research, 21*(10), 1347–1359.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D.A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(S1), 29-34. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070902980745>
- Clark, D.A. (2017). *The Anxious Thoughts Workbook*. Oakland, CA, New Harbinger.
- Clark, D.A., Abramowitz, J., Alcolado, G.S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M.E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A.S., Shams, G., Sica, C., Simos, G., & 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., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist, 28*(3), 161-167.

- <http://dx.doi.org/10.1080/00050069308258896>
- Clark, D.A., & Radomsky, A.S. (2014). Introduction: A global perspective on unwanted intrusive thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 265-268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.001>
- Clark, D.A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp.1-29). New York: Guilford Press.
- Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J. & Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatization in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 189(10), 560. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02180.x>
- Cooper, M. J., Todd, G., Woolrich, R., Somerville, K., & Wells, A. (2006). Assessing eating disorder thoughts and behaviors: The development and preliminary evaluation of two questionnaires. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 551-570. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9003-3>
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD?. *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289-296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.12.009>
- 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(1), 67-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.09.004>
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 391-408. [https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6)
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 876-882. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.876>
- Culber, K. M., & Klump, K. L. (2007). Should eating disorders be included in the OCD spectrum? In S. Abramowitz, S. Taylor & D. McKay (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. New York:Elsevier Ltd.
- Dakanalis, A., Carrá, G., Timko, A., Volpato, Ch., Pla-Sanjuanuelo, J., Zanetti, A., Clerici, M., & Riva, G. (2015). Mechanisms of influence of body checking on binge eating. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 93-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.03.003>
- Dakanalis, A., Pla-Sanjuanuelo, J., Caslini, M., Volpato, Ch., Riva, G., Clerici, M., & Carrá, G. (2016). Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 247-255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.05.002>
- Davies, H., Liao, T., Campbell, I., y Tchanturia, K. (2009) Multidimensional self reports as a measure of characteristics in people with eating disorders. *Weight and Eating Disorders*, 14, 84-91.
- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Fossaluza, V., Ferrão, Y., ... & Miguel, E. C. (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder

- comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 594-601. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.006>
- De Silva, P., & Rachman, S. (1992). *Obsessive compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Deacon, B. & 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>
- Delorme, R., Golmard, J. L., Chabane, N., Millet, B., Krebs, M. O., Mouren-Simeoni, M. C., & Leboyer, M. (2005). Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 35(2), 237-243. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291704003253>
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 155-162.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version ADIS-IV-L*. New York: Graywind Publications Inc.
- Dingemans, A.E., van Rood, Y.R., de Groot, I., & van Furth, E.F. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 562-569. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20972>
- Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A., & Miguel, E. C. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (1), 22-27. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0104>
- Doron, G., Derby, D. S., & Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 169-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.005>
- Doron, G., Derby, D. S., Szepsenwol, O., & Talmor, D. (2012a). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 16-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.11.002>
- Doron, G., Derby, D. S., Szepsenwol, O., & Talmor, D. (2012b). Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 234-243. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.004>
- Dozier, M. E., & Ayers, C. R. (2017). Description and prevalence of OCD in the Elderly. In J.S. Abramowitz, D. McKay, & E.A. Storch (Eds.), *The wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (vol 1, pp. 44-55). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical

- interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 291-300.
<http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.24586>
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2007). Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 67-71.
<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20422>
- Eddy, K. T., Dorer, D. L., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 995-1002.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00077-8)
- 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(1), 10-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.010>
- Eli, K., & Warin, M. (2018). Anthropological perspectives on eating disorders: Deciphering cultural logics. *Transcultural Psychiatry*, 55, 443-453.
 doi:10.1177/1363461518784385
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A., & 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.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00018-9)
- Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A. & Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(3), 155-159. [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00018-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00018-8)
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry*, 57(7), 659-665. <http://dx.doi.org/10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry->
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Falret, J. *De la folie raisonnante ou folie moral*; programme de questions à étudier, discours prononcé à la Société Médico-Psychologique dans séance du 8 janvier 1866. Paris: E. Martinet.
- Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187-212.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849>

- 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(1), 24-29.
- Farrell, L., Barrett, P., & Piacentini, J. (2006). Obsessive-compulsive disorder across the developmental trajectory: Clinical correlates in children, adolescents and adults. *Behaviour Change*, 23(2), 103-120.
- Fergus, T.A. (2013). Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 366-374. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-013-9340-y>
- Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Goudriaan, A. E., Stein, D. J., Vanderschuren, L. J., Gillan, C. M., ... & Denys, D. (2014). New developments in human neurocognition: clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums*, 19(1), 69-89. <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852913000801>
- Flessner, C. A., Lochner, C., Stein, D. J., Woods, D. W., Franklin, M. E., & Keuthen, N. J. (2010). Age of onset of trichotillomania symptoms: Investigating clinical correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 896-900.
- 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 <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-12.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 403-411. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.12.004>
- Forrester, A., Owens, D. G. C., & Johnstone, E. C. (2001). Diagnostic stability in subjects with multiple admissions for psychotic illness. *Psychological Medicine*, 31(1), 151-158.
- Freeston, M.H., Gagnon, F., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Letarte, H. & Rh.aume, J. (1994). Health-related intrusive thoughts. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 203-215. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90116-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90116-3)
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinsen, E. W., Schmierer, P., & Rosenvinge, J. H. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: A meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(2), 119-125.
- Friedman, S., Smith, L. C., Halpern, B., Levine, C., Paradis, C., Viswanathan, R., ... & Ackerman, R. (2003). Obsessive-compulsive disorder in a multi-ethnic urban outpatient clinic: Initial presentation and treatment outcome with exposure and ritual prevention. *Behavior Therapy*, 34(3), 397-410. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80008-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80008-4)
- Frydman, I., do Brasil, P. E., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrao, Y. A., Rosario, M. C., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2014). Late-onset obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Journal of Psychiatric Research*, 49, 68-74.

- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J. y Stein, M. B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 6(2), 78-85. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)6:2<78::AID-DA4>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:2<78::AID-DA4>3.0.CO;2-1)
- García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal*. (Doctoral dissertation). Retrived from <http://hdl.handle.net/10550/15436>
- García-Soriano, G., & 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. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: Una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 65-84. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4051>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Carrió, C., & Belloch, A. (2016). Psicopatología de las compulsiones de lavado en el trastorno obsesivo compulsivo: no todos los pacientes lavan por los mismos motivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 219-230. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.15901>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2285>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatry Research*, 177(1), 156-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.01.006>
- Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: "Not just right experiences" and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 879-886. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>
- Giraldo O'Meara, M. (2017). *Universalidad y dimensionalidad de los pensamientos intrusos relacionados con el aspecto físico y su relación con la habilidad metacognitiva* (Doctoral dissertation). Retrived from <http://hdl.handle.net/10550/58521>
- Giraldo-O'Meara, M., & 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., & 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., & 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>
- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 102-109. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.441>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Ramussen, S. A., Mazure, C., Delgado, F., Heninger, G. R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (II): Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishman, R. J., Hill, C. L., Heninger, G.R., Dennis, M.D., & Charney, S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (I): Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>.
- Grant, J.E., & Phillips, K.A. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on.... *Harvard Review of Psychiatry* 12, 123-126.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 517-522.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10091>
- Greeven, A., van Balkom, A. J., van der Leeden, R., Merkelbach, J. W., van den Heuvel, O. A., & Spinhoven, P. (2009). Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(3), 487-496. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.06.005>
- Greeven, J.F., van Balkom, A.J., van Rood, Y.R., Oppen, P.V., & Spinhoven, P. (2006). The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional study from the Netherlands. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1682-1689.
- Grenier, S., Pr.ville, M., Boyer, R., & O'Conner, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 858-865. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.005>
- Gunstad, J. & Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270-276. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9)

- Gureje, O., Ustün, T.B. & Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27(5), 1001-1010. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291797005345>
- Guzick, A. G., Reid, A. M., Balki, A. M., Flores, C., Hancock-Smith, A. D., Olsen, B., ... & McNamara, J. P. (2017). Diagnostic description and prevalence. In J.S Abramowitz, D. McKay, & E.A. Storch (Eds.), *The wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (vol. I, pp. 24-43) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Klumpp, K.L., Strober, M., Leckman, J.F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W.H., Shabboat, M., Bulik, C.M., & Kaye, W.H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 308-319. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10138>
- Hartmann, A.S., & Lyons, N. Body Dysmorphic Disorder (2017) In E.A. Storch, S. Abramowitz, & D. McKay (Eds), *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (Vol. II, pp. 774-789). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hartung, C. M. & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin*, 123(3), 260-278.
- Harvey, A. G., & 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00012-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00012-2)
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. UK: Oxford University Press.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15, 178-184. <http://dx.doi.org/10.1080/0954026021000046146>.
- Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A.J. Stunkard (Ed.) *Obesity*. Filadelfia: Saunders
- Himle, J. A., Muroff, J. R., Taylor, R. J., Baser, R. E., Abelson, J. M., Hanna, G. L., ... & Jackson, J. S. (2008). Obsessive-compulsive disorder among African Americans and Blacks of Caribbean descent: Results from the national survey of American life. *Depression and Anxiety*, 25(12), 993-1005. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20434>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597-605. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691616639283>
- Hodgson, R.J., y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395

- Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry*, *173* (S35), 7–12. <http://dx.doi.org/10.1192/s0007125000297845>
- Hollander, E., Braun, A. y Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, *25*, 317-329.
- Hollander, E., & Evers, M. (2004). Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: What do we know? Where are we going. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, *1*(1), 32-51.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C.-C. y Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. In J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 95-118). Nueva York: Springer.
- Hollander, E., Kim, S., Khanna, S., & Pallanti, S. (2007). Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectrums*, *12*(S3), 5-13. <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900002467>
- Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *56*(Suppl 4), 3-6.
- Hollander, E., Zohar, J., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (2011). *Obsessive-compulsive spectrum disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(3), 493-507. [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70176-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70176-3)
- Humphreys, J. D., Clopton, J. R., & Reich, D. A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: Cognitive and affective similarities. *Eating Disorders*, *15*, 247-259. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260701323508>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & 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>
- Jaisooriya, T. S., Reddy, Y. J., & Srinath, S. (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: Results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(4), 317-323. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00084-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00084-1)
- Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *23*(5), 497-509.
- Janet, R. (1903). *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris, 1903.
- Jones, C., Harris, G., & 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>

- Jyväsjärvi, S., Joukamaa, M., Väisänen, E., Larivaara, P., Kivelä, S. L., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry*, *40*(4), 292-298. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90130-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90130-X)
- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, *23*, 145-152. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20148>.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*(12), 1094-1099. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>
- Kaye, W.H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* *161*, 2215-2221. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kelly, M.M., & Phillips, K.A. (2012). Phenomenology and epidemiology of body dysmorphic disorder. In G. Steketee (Ed), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp.48-69). New York: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *21*(3), 169-184. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kogan, C.S., Stein, D.J., Maj, M., First, M.B., Emmelkamp, P.M., & Reed, G.M. (2016). The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depression and Anxiety*, *33*, 1141-1154. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22530>
- Kollei, I., Schieber, K., de Zwaan, M., Svitak, M., & Martin, A. (2013). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 52-59. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22067>
- Kozak, M.J., Foa, E.B., & McCarthy, P. (1987). Assessment of Obsessive compulsive disorder. In C. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 111-133. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Kyrios, M., Hordern, C., & Fassnacht, D.B. (2015). Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *15*, 181-190. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.003>
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity

- in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19(3), 163-173. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20009>
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 331-342. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X53579>
- Lechuga, J. L., Caro, F. J., & Guerra, M. T. (2000). Etiología, patogenia y epidemiología. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. 6º Curso de Formación de Postgrado. Málaga*.
- Lee, H.J., & Kwon, S.M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00101-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00101-2)
- Lipton, M. G., Brewin, C. R., Linke, S., & Halperin, J. (2010). Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 816-822. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.003>
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A.C., ... & Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 2513–1519. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.020>.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J., Nel, D. G., Corfield, V. A., ... & Stein, D. J. (2005). Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 14-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.020>
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2001). Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 4(1), 19-26. <http://dx.doi.org/10.1007/s007370170004>
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2006). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 353-361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.003>
- Lovato, L., Ferrão, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., ... & Cordoli, A. V. (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 562-568. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.06.008>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S. A., da Silva Oliveira, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 151-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.001>
- Maina, G., Albert, U., Pessina, E., & Bogetto, F. (2007). Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disorders*, 9(7), 722-729. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00508.x>
- Mansell, W. (2011). Core processes of psychopathology and recovery: “Does the Dodo bird effect have wings?”. *Clinical Psychology Review*, 31, 189-192

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.009>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders* (vols. I y II). Nueva York: Oxford University Press.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., ... & Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27(6), 556-572. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20693>
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified?. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1313-1314. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040568>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., ... & Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263-268. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.263>
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29(2), 407-414.
- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 425-445. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90002-7)
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., & Keck, J. P. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 33-51.
- McKay, D., Abramowitz, J.A., Calamari, J.E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., y Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symtoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.003>
- Milad, M. R., & Rauch, S. L. (2012). Obsessive-compulsive disorder: Beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 43-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.003>
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and durantion of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 284-289. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10013>
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.6.573>
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Harris, J., & Mataix-Cols, D. (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5

- obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(2), 182-189. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3524>
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Iervolino, A. C., Anson, M., Cherkas, L., & Mataix-Cols, D. (2012). Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159(4), 376-382. <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.b.32040>
- Moretz, M. W., & McKay, D. (2008). Disgust sensitivity as a predictor of obsessive-compulsive contamination symptoms and associated cognitions. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 707-715. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.004>
- Morgan, J., Wolf, B., Metzger, E.D., & Jimerson, D.C. (2007). Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381-385. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20363>
- Morillo, C., Belloch, A., & 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, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Radomsky, A., Shams, G., Sica, C., Simos, G., & 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.006>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & 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>
- Nedeljkovic, M., Moulding, R., Foroughi, E., Kyrios, M., & Doron, G. (2012). Cultural issues in understanding and treating obsessive compulsive and spectrum disorders. In G. Steketee (Ed.), *Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp.1-66). Oxford: Oxford University Press.
- Neighbors, H. W. (1988). The help-seeking behavior of Black Americans: A summary of findings from the National Survey of Black Americans. *Journal of the National Medical Association*, 80(9), 1009-1012.
- Nestadt, G., Di, C. Z., Riddle, M. A., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., ... & Cullen, B. (2009). Obsessive-compulsive disorder: Subclassification based on comorbidity. *Psychological Medicine*, 39(9), 1491-1501. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708004753>
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., ... & Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, 31(3), 481-487. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701003579>

- Neziroglu, F., McKay, D. & Yaryura-Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 603-614. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00053-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00053-0)
- Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., de Carmona, M. S., Orozco, B., Lodeiro, G., & de la Fuente, J. R. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Salud Mental*, 19(Supl 3), 13-16.
- Nikolaus, S., Antke, C., Beu, M., & Müller, H. W. (2010). Cortical GABA, striatal dopamine and midbrain serotonin as the key players in compulsive and anxiety disorders-results from in vivo imaging studies. *Reviews in the Neurosciences*, 21(2), 119-140. <http://dx.doi.org/10.1515/REVNEURO.2010.21.2.119>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science* 6, 589-609. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Noyes Jr, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T., & Woodman, C. L. (1994). One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 35(6), 533-545. [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71722-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71722-9)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 7, 667-681. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00099-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00099-2)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Okasha, A. (2004). OCD in Egyptian adolescents: The effect of culture and religion. *Psychiatric Times*, 21, 1-5. <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/48421>
- Onden-Lim, M., & 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>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento, 10a edición. (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*, *12*, 428-436. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000043>
- Palmer, H. D., & Jones, M. S. (1939). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, *41*, 856-860.
- Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clark, D. A., Doron, G., Fernández-Alvarez, H., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Jiménez-Ros, A., Moulding, R., Ruiz, M.A., Shams, G., & Sica, C. (2019). The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *19* (2), 85-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.005>
- Pascual-Vera, B. & Belloch, A. (2018a). El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *23*, 135-148. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.18494>
- Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2018b). 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>
- Pascual-Vera, B., Roncero, M., & Belloch (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*, *29*, 166-171. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2016.199>
- Peláez, M.F., Labrador, F.J.E., & Raich, R.M.E. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *5*(2), 135-148.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & 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., & 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. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* (Rev.ed) New York: Oxford University Press.
- 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* (pp. 157). Miami: American Psychiatric Association.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*(9), 570-577.
- 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*(3), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014>

- 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(11), 568-575.
- Phillips, K. A., & Kaye, W. H. (2007). The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, *12*(5), 347-358. <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900021155>
- Phillips, K.A., Kim, J.M., & Hudson, J.L. (1995). Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders: obsessions or delusions? *The Psychiatric Clinics of North America* *18* (2), 317-334. [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30057-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30057-1)
- 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. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317>
- 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*(4), 360-369. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.10.001>
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J., & Stein, D.J. (2010). Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, *27*, 573-591. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20709>
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J., & Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, *6*, 123-130. [https://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(84\)90070-7](https://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(84)90070-7)
- 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. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90001-B](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90001-B)
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *6*(2), 102-110. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<102::AID-CPP191>3.0.CO;2-5](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<102::AID-CPP191>3.0.CO;2-5)
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1163-1181. [https://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00092-9](https://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00092-9)
- Purdon, C., Gifford, S., McCabe, R., & Antony, M. M. (2011). Thought dismissability in obsessive-compulsive disorder versus panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 646-653. <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.001>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, *25*(4), 212-223. <http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*, 89-99. [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(81\)90007-8](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(81)90007-8)

- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Oxford medical publications. Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(4), 385-401. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 502-512. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-248. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Rachman, S., De Silva, P., & Röper, G. (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy*, *14*(6), 445-453. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(76\)90091-7](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(76)90091-7)
- 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, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G., & 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.002>
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.143.3.317>
- Reales, S. (2010). *Los trastornos de la conducta alimentarios en el espectro obsesivo compulsivo: análisis de variables cognitivas y de personalidad* (Doctoral dissertation). Retrived from <http://hdl.handle.net/10550/38695>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & 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>
- Reuman, L., Jacoby, R.J., Blakey, S.M., Riemann, B.C., Leonard, R.C. y Abramowitz, J.S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *256*, 417-422. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.012>
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2003). Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *18*(3), 118-127. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10126>
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 587-595.
- Roncero, M. (2011). *Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo-compulsivo: intrusiones mentales, egodistonia y creencias* (Doctoral dissertation). Retrived from <http://hdl.handle.net/10550/22943>
- Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C., & Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders.

- Psychiatry Research*, 208, 67-73.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.006>
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2010). Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios y en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 101-113. <https://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4089>
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 5(2), 52-61.
- Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., & Siev, J. (2010). Recognition of scrupulosity and non-religious OCD by Orthodox and non-Orthodox Jews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(8), 930-944.
<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2010.29.8.930>.
- 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. *The International Journal of Eating Disorders* 39(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20219>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pg. 33-50). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 281-299. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465800015885>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica/ Transdiagnostic: A new frontier in clinical psychology. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Schmidt, U., & Treasure J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-

- interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-66. <https://dx.doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Schubert, J. R., & 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>
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 647-669. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00112-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00112-X)
- Shams, G (2018). *Cognitive behavior therapy: The role of culture and religion in OCD. Monthly brain, cognitive, and behaviour seminar*. Tehran: Roozbeh Hospital.
- Sica, C., Caudek, C., Chiri, L. R., Ghisi, M., & Marchetti, I. (2012). “Not just right experiences” predict obsessive-compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.006>
- Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 813-823. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00120-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00120-6).
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 121-127. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.2.121>
- Solem, S., Borgejordet, S., Haseeth, S., Hansen, B., Håland Å, & Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 76-81. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.002>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.003>
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., & Flament, S. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193-207. [http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00035-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00035-6)
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E. H. y Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders*,24(2), 73-85. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(92\)90021-W](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(92)90021-W)
- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., Fineberg, N.A., Fontenelle, L.F., Grant, J.E., Matsunaga, H., Reddy, Y.C.J, Simpson, H.B., Thomsen, P.H., van den Heuvel, O.A., Veale, D., Woods, D.W., & Reed, G.M. (2016).The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663-674. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.061>
- Stein, D. J., & Lochner, C. (2006). Obsessive-compulsive spectrum disorders: A multidimensional approach. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 343-351. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.015>

- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, *159*(8), 1284-1293. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Steketee, G (Ed.). (2012). *The oxford handbook of obsessive-compulsive and spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *89*(3), 229-238. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00104-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00104-3)
- Stewart, S. E., Egan Stack, D., & Wilhelm, S. (2008). Severe obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder: Clinical correlates and implications. *Annals of Clinical Psychiatry*, *20*(1), 33-38. <http://dx.doi.org/10.3109/10401230701844463>
- Storch, E. A., Abramowitz, J., & Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V?. *Depression and Anxiety*, *25*(4), 336-347. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20488>
- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, *62*, 181-198.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(11), 1155-1168. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(2), 83-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>
- Swinbourne, J.M., y Touyz, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, *15*, 253-274 <http://dx.doi.org/10.1002/erv.784>
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., & Cuttler, C. (2011). Cognitive approaches to understanding obsessive compulsive and related. In G. Steketee (Ed), *The oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 233-247). New York: Oxford University Press.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*(2), 193-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.009>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1978-1985.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *209*(2), 186-195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., ... & Özyıldırım,

- Í. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, *21*(3), 112-117. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20065>
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 782–791. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199407000-00002>.
- van den Heuvel, O. A., Veale, D., & Stein, D. J. (2014). Hypochondriasis: considerations for ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *36*, 21-27. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1218>
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(6), 341-353. <http://dx.doi.org/10.1159/000360740>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.169.2.196>
- Veale, D., & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*, S14–S20. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1238>
- 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*(12), 1381-1393. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00102-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00102-9)
- Wahl, K., van den Hout, M., & Lieb, R. (2018). Rumination on unwanted intrusive thoughts affects the urge to neutralize in nonclinical individuals. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.02.002>
- Walker J.R., & Furer, P. Phenomenology of health anxiety (2017). In E.A. Storch, S. Abramowitz, & D. McKay, *The wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (vol. II, pp. 790-805). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *18*(2), 85-92. <http://dx.doi.org/10.1080/16506078909455848>
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(2), 105-117. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. In V. Starcevic, & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp.314-328). New York: Oxford University Press.
- Weck, F., Bleichhardt, G., Witthoft, M., & Hiller, W. (2011). Explicit and implicit anxiety: Differences between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and healthy controls. *Cognitive Therapy and Research*, *35*, 317-325.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*,

- 34–52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5–13.
- Weiss, A. P., & Jenike, M. A. (2000). Late-onset obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *12*, 265–268.
- Wells, A., & 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>
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., ... & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(7), 454-459.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., & Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Williams, M. T., Chapman, L. K., Simms, J. V., & Tellawi, G. (2017). Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In J.S. Abramowitz, D. McKay, & E.A. Storch (Eds.), *The wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (vol I, pp. 56-74). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., ... & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(3), 290-299. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10032>
- Woody, S. R., & Tolin, D. F. (2002). The relationship between disgust sensitivity and avoidant behavior:: Studies of clinical and nonclinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(5), 543-559. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00173-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00173-1)
- World Health Organization / Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). International Classification of Diseases, 11th revision. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Yorulmaz, O., Yilmaz, A.E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the thought-action fusion scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1203-1214. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.005>
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(5), 265-270. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90034-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90034-7)

Abreviaturas y siglas

ADIS-IV-L	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-lifetime version
AN	Anorexia Nervosa/ <i>Anorexia Nerviosa</i>
AN-p	Anorexia Nervosa subtipo purgativo
AN-r	Anorexia Nervosa subtipo restrictivo
APA	American Psychiatric Association/ <i>Asociación Estadounidense de Psiquiatría</i>
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BDD intrusions	Dysmorphic or appearance defect-related intrusions
BDDQ	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
BN	Bulimia Nervosa/ <i>Bulimia Nerviosa</i>
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i>
AE/H	Ansiedad por la Enfermedad/Hipocondría
e.g.	For example (<i>exempli gratia</i>)
EAT	Eating Attitudes Test
EDs	Eating Disorders
EDs intrusions	Eating disorders-related intrusions
i.e.	In other words (<i>item est</i>)
IA/H	Illness Anxiety or Hypochondriasis
IA/H intrusions	Illness and death or hypochondriacal-related intrusions
ICD	International Classification of Diseases
ICO-R	Inventario de Creencias Obsesivas-Reducido
III	Interpretation of Intrusions Inventory
IITIS	International Intrusive Thoughts Interview Schedule
IM	Intrusiones mentales
IM-AE/H	Intrusiones mentales hipocondríacas
IM-TA	Intrusiones mentales alimentarias
IM-TDC	Intrusiones mentales dismórficas
IM-TOC	Intrusiones mentales obsesivas
IMC	Índice de masa corporal
INPIAF	Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Apariencia Física
INPIAS	Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios
INPIDES	Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables
INPIE	Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad
NJRE	Experiencias Not Just Right
NO-R	Participants without risk of OCD
O-C	Obsessive-Compulsive/ <i>Obsesivo-compulsivo</i>
OBQ	Obsessive Beliefs Questionnaire

OCCWG	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
OCD intrusions	Obsessional-related intrusions
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
OMS	Organización Mundial de la Salud
QUIT	Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts
R-OCD	Participants at risk of OCD
RCIF	Research Consortium on Intrusive Fear
ROII	Revised Obsessional Intrusions Inventory
TA	Trastornos Alimentarios
TCANE	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados
TDC	Trastorno Dismórfico Corporal
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TP	Trastorno de la Personalidad
TOCP	Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad
TTM	Tricotilomanía
UMIs	Unwanted mental intrusions
vs.	versus
WI	Whiteley Index
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Severity Scale/ Escala de Obsesiones y Compulsiones Yale-Brown</i>

Símbolos estadísticos

ANOVA	Analysis of Variance
d	Cohen's d
df	Degrees of freedom
F	Fisher's F
M	Mean
MANOVA	Multivariate Analysis of Variance
n	Subsample
N	Total sample size
p	Probability
r^2	r squared /coefficient of determination
r_{xy}	Pearson's correlation coefficient
SD	Standard Deviation
t	Student's t
z	r to z Fisher's transformation
α	Cronbach's alpha
ΔR^2	Change in R^2
η_p^2	Partial eta squared
χ^2	Chi-square

Anexos



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.



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA



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

Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES)[©]

APELLIDOS..... NOMBRE.....

EDAD..... Mujer Hombre Otros ESTUDIOS: Primarios Medios Superiores

RELIGIÓN NACIONALIDAD.....RAZA O GRUPO ÉTNICO.....

Fecha

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos o desagradables que **la mayoría de las personas tenemos alguna vez.**

Estos pensamientos **APARECEN DE PRONTO EN NUESTRA MENTE** en contra de nuestra voluntad, e **INTERRUMPEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir, quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, resultan **MOLESTOS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta **INACEPTABLES**.

Este tipo de pensamientos se denominan **“INTRUSIONES MENTALES”** o **“PENSAMIENTOS INTRUSOS DESAGRADABLES”** y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

1. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
2. Como un **IMPULSO o NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
3. Como una **SENSACIÓN** física desagradable
4. O, simplemente como **PENSAMIENTOS O DUDAS** sobre algo.

En las páginas siguientes encontrarás **CUATRO** conjuntos de intrusiones mentales relacionadas con diferentes contenidos, y te pediremos que indiques:

- 1) **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de las intrusiones mentales desagradables
- 2) **CUÁNTO MALESTAR** te produce cada una de las intrusiones mentales cuando las tienes.

Después te pediremos que respondas algunas preguntas relacionadas con la intrusión que te resulte más molesta de cada grupo. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Por favor, **responde con la máxima sinceridad.**

INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON CONTENIDOS DESAGRADABLES

Indica la **frecuencia** (columna izquierda) y el **malestar** (columna derecha) para cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza estas escalas de respuesta.

Escala de respuesta para la FRECUENCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

Escala de respuesta para el MALESTAR

0	1	2	3	4
No es nada molesta	Es algo molesta	Es molesta	Es muy molesta	Es extremadamente molesta

Nº	Contenido del pensamiento, imagen, impulso, sensación, o duda, repentinos, no deseados, no buscados...	FRECUENCIA						MALESTAR					
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	Utilizando un objeto cortante (un cuchillo, unas tijeras, etc.) o una herramienta, he tenido intrusiones mentales de herir o hacer daño a una persona cercana (un familiar, un amigo/a).												
2	Estando en un lugar alto (un acantilado, un puente o un edificio alto, etc.), he tenido intrusiones mentales de saltar al vacío.												
3	Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales (por ej. hombre/mujer, animales, muertos, etc.).												
4	Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales sobre dudas existenciales sin sentido (por ej., sobre mí mismo/a, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.).												
5	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de haberme ensuciado o contaminado por haber tenido un contacto, aunque sea muy leve, con secreciones corporales (sudor, saliva, orina, deposiciones, etc.).												
6	Estando en un lugar público, he tenido intrusiones mentales de si me he contaminado o he podido contraer una enfermedad por tocar algo que han tocado desconocidos (por ej. los pomos de las puertas, la tapa de un retrete, dinero, un teléfono público, etc.).												
7	Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo ¿me habré dejado encendido algo en casa? (por ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, la plancha (de la ropa o del pelo) un cigarrillo encendido etc.)												
8	Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo: "¿habré olvidado algo importante?"												
9	Aunque un lugar (por ej., el despacho, mi casa, etc.) parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de que determinados objetos (muebles, ropa, CDs, etc.) no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden (por ej., simetría, color, etc.).												
10	Aunque un lugar (por ej., el despacho, mi casa, etc.) parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de que determinadas cosas deben estar en "su" sitio.												
11	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de que ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.).												

12	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de que determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
13	He tenido esta/s otra/s intrusiones relacionadas con contenidos desagradables (por favor, escríbelas tal y como las hayas experimentado):												

Ahora fijate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**. Decide cuál de esas intrusiones es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1**. Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, por favor deja esta página en blanco y pasa a la siguiente para continuar con el cuestionario.

La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es el número _____ de la lista anterior. Tengo esta intrusión con una frecuencia de: _____

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

¿En qué forma o formas sueles tenerla? (Puedes marcar varias respuestas):

Pensamiento o duda imagen impulso sensación física

Por favor describe la intrusión, que has escogido de la lista anterior, con tus propias palabras:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esta intrusión?

Hace 3 meses	El mes pasado	En los últimos 7 días	En los últimos 3 días	Ayer	Hoy
--------------	---------------	-----------------------	-----------------------	------	-----

Recuerdas: ¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión? o si, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieses? Si es que SI, por favor, escríbelo:

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ EXPERIMENTAS O HACES** cuando tienes **TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA**. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados. Utiliza esta escala para responder.

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces/ Algo	A menudo/ Bastante	Siempre /Mucho

1	Me asusta, me pone nervioso/ a	0	1	2	3	4
2	Me pone triste	0	1	2	3	4
3	Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
4	Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
5	Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
6	Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
7	Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
8	No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4

9	Intento no pensar en la intrusión; intento suprimirla mentalmente	0	1	2	3	4
10	Me riño a mí mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
11	Hago algo que contrarresta el malestar provocado por la intrusión. Por ejemplo, ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, repetir una acción, decir una palabra o frase concreta, repetir una oración, pensar en algo contrario a la intrusión, etc.	0	1	2	3	4
12	Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas para tranquilizarme o asegurarme de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
13	Me distraigo haciendo algo placentero o relajante (escuchar la radio o TV, jugar al ordenador, leer, etc.).	0	1	2	3	4
14	Intento evitar cualquier cosa que pueda provocarme la intrusión.	0	1	2	3	4

INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON EL ASPECTO FÍSICO

Indica la **frecuencia** (columna izquierda) y el **malestar** (columna derecha) para cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza estas escalas de respuesta.

Escala de respuesta para la FRECUENCIA:

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

Escala de respuesta para el MALESTAR:

0	1	2	3	4
No es nada molesta	Es algo molesta	Es molesta	Es muy molesta	Es extremadamente molesta

Nº	Contenido del pensamiento, imagen, impulso, sensación, o duda, repentinos, no deseados, no buscados...	FRECUENCIA								MALESTAR				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
1	Así porque sí, sin ningún motivo especial, se me mete en la cabeza el pensamiento de que tengo un defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas, etc.) horrible, asqueroso.													
2	Así porque sí, sin ningún motivo especial, se me mete en la cabeza el pensamiento de que mi cuerpo funciona mal (mal olor, sudor, mal aliento, flatulencias, grasa en la cara, las manos, el pelo, etc.).													
3	Así porque sí, me viene la intrusión mental: "Me daría un golpe o lo que fuera para quitarme este defecto".													
4	Cuando me miro en el espejo o me veo reflejado/a en algún sitio, se me mete en la cabeza: "Se me nota mucho el defecto que tengo (nariz, orejas, manos, sudor, aspecto grasiento, granos, etc.)".													
5	Cuando me miro en el espejo o me veo reflejado/a en algún sitio, se me mete en la cabeza: "Tengo que tapar o disimular mis defectos como sea (maquillarme, usar otra ropa, ir a la peluquería...)".													
6	Cuando me miro en el espejo o me veo reflejado/a en algún sitio, se me mete en la cabeza: "Tengo que buscar cualquier solución (cirujano, dermatólogo, etc.) para que me arregle este defecto que me preocupa".													
7	Cuando estoy con otras personas se me mete en la cabeza el pensamiento: "Cualquiera tiene mejor aspecto que yo".													
8	Cuando estoy con otras personas, se me mete en la cabeza: "Se están dando cuenta de que hay algo en mi cuerpo que funciona mal (huelo mal, sudo mucho, me huele el aliento, me brilla la cara, etc.)".													
9	Cuando tengo contacto físico con alguien cercano (familia, amigos, pareja, etc.) se me mete en la cabeza la intrusión mental: "Quisiera preguntarle cómo me ve".													
10	He tenido esta/s otra/s intrusiones relacionadas con mi aspecto físico (por favor, escríbelas tal y como las hayas experimentado):													

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la lista anterior **QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**. Decide cuál de esas intrusiones es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1**.

Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, por favor deja esta página en blanco y pasa a la siguiente para continuar con el cuestionario.

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. Tengo esta intrusión con una frecuencia de: _____

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

¿En qué forma o formas sueles tenerla? (Puedes marcar varias respuestas):

Pensamiento o duda imagen impulso sensación física

Por favor describe la intrusión, que has escogido de la lista anterior, con tus propias palabras:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esta intrusión?

Hace 3 meses	El mes pasado	En los últimos 7 días	En los últimos 3 días	Ayer	Hoy
--------------	---------------	-----------------------	-----------------------	------	-----

Recuerdas: ¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión? o si, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieses? Si es que SI, por favor, escríbelo:

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ EXPERIMENTAS O HACES** cuando tienes **TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA**. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados. Utiliza esta escala para responder.

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces/ Algo	A menudo/ Bastante	Siempre /Mucho

1	Me asusta, me pone nervioso/ a	0	1	2	3	4
2	Me pone triste	0	1	2	3	4
3	Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
4	Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
5	Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
6	Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
7	Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
8	No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
9	Intento no pensar en la intrusión; intento suprimirla mentalmente	0	1	2	3	4
10	Me río a mí mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
11	Hago algo que contrarresta el malestar provocado por la intrusión. Por ejemplo, ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, repetir una acción, decir una palabra o frase concreta, repetir una oración, pensar en algo contrario a la intrusión, etc.	0	1	2	3	4
12	Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas para tranquilizarme o asegurarme de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
13	Me distraigo haciendo algo placentero o relajante (escuchar la radio o TV, jugar al ordenador, leer, etc.).	0	1	2	3	4
14	Intento evitar cualquier cosa que pueda provocarme la intrusión.	0	1	2	3	4

INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON LA DIETA Y EL EJERCICIO FÍSICO

Indica la **frecuencia** (columna izquierda) y el **malestar** (columna derecha) para cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza estas escalas de respuesta.

Escala de respuesta para la FRECUENCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

Escala de respuesta para el MALESTAR:

0	1	2	3	4
No es nada molesta	Es algo molesta	Es molesta	Es muy molesta	Es extremadamente molesta

Nº	Contenido del pensamiento, imagen, impulso, sensación, o duda, repentinos, no deseados, no buscados...	FRECUENCIA						MALESTAR					
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza el pensamiento, o la imagen, de qué como, qué debo y qué no debo comer.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
2	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza: "Tengo que hacer ejercicio".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto tengo el impulso de ponerme a comer sin parar, hasta que me lo acabe todo.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento: ¿Debería vomitar?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
5	En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento, o la imagen de: "No debería haber comido nada de esto".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	En cuanto he acabado de comer, me asalta el impulso de quemar calorías, hacer ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	Si alguien me mira, aunque no me diga nada, me viene a la cabeza el pensamiento: "He engordado".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	Cuando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de: "Estoy gordo/a".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	He tenido esta/s otra/s intrusión/es relacionadas con la dieta y/o el ejercicio físico (por favor, escríbelas tal y como las hayas experimentado):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la lista anterior **QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**. Decide cuál de esas intrusiones es la **más MOLESTA**, la **más DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1**.

Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, por favor deja esta página en blanco y pasa a la siguiente para continuar con el cuestionario.

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. Tengo esta intrusión con una frecuencia de: _____

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

¿En qué forma o formas sueles tenerla? (Puedes marcar varias respuestas):

Pensamiento o duda imagen impulso sensación física

Por favor describe la intrusión, que has escogido de la lista anterior, con tus propias palabras:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esta intrusión?

Hace 3 meses	El mes pasado	En los últimos 7 días	En los últimos 3 días	Ayer	Hoy
--------------	---------------	-----------------------	-----------------------	------	-----

Recuerdas: ¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión? o si, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieses? Si es que SI, por favor, escríbelo:

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ EXPERIMENTAS O HACES** cuando tienes **TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA**. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados. Utiliza esta escala para responder.

0	1	2	3	4				
Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces/ Algo	A menudo/ Bastante	Siempre /Mucho				
1	Me asusta, me pone nervioso/ a			0	1	2	3	4
2	Me pone triste			0	1	2	3	4
3	Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra			0	1	2	3	4
4	Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias			0	1	2	3	4
5	Creo que si la tengo, significa que es algo importante			0	1	2	3	4
6	Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso			0	1	2	3	4
7	Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad			0	1	2	3	4
8	No hago nada, la dejo estar ahí			0	1	2	3	4
9	Intento no pensar en la intrusión; intento suprimirla mentalmente			0	1	2	3	4
10	Me riño a mí mismo/a por tener esa intrusión			0	1	2	3	4
11	Hago algo que contrarresta el malestar provocado por la intrusión. Por ejemplo, ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, repetir una acción, decir una palabra o frase concreta, repetir una oración, pensar en algo contrario a la intrusión, etc.			0	1	2	3	4
12	Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas para tranquilizarme o asegurarme de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla			0	1	2	3	4
13	Me distraigo haciendo algo placentero o relajante (escuchar la radio o TV, jugar al ordenador, leer, etc.).			0	1	2	3	4
14	Intento evitar cualquier cosa que pueda provocarme la intrusión.			0	1	2	3	4

INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON LA SALUD

Indica la **frecuencia** (columna izquierda) y el **malestar** (columna derecha) para cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza estas escalas de respuesta.

Escala de respuesta para la FRECUENCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

Escala de respuesta para el MALESTAR:

0	1	2	3	4
No es nada molesta	Es algo molesta	Es molesta	Es muy molesta	Es extremadamente molesta

Nº	Contenido del pensamiento, imagen, impulso, sensación, o duda, repentinos, no deseados, no buscados...	FRECUENCIA						MALESTAR					
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	Cuando leo, oigo o veo algo acerca de la muerte (p.ej., funerales, cementerios, crematorios, tanatorios, etc.), tengo intrusiones mentales sobre morir sufriendo y con dolor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
2	Cuando leo, oigo o veo algo acerca de la muerte (p.ej., funerales, cementerios, crematorios, tanatorios, etc.), tengo intrusiones mentales sobre mi propio funeral.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	Cuando leo, oigo o veo algo acerca de la muerte (p.ej., funerales, cementerios, crematorios, tanatorios, etc.), tengo intrusiones mentales sobre la posibilidad de ser enterrado/a vivo/a.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	Cuando leo, oigo o veo alguna información acerca de una enfermedad (p.ej., en internet, en una revista, en las noticias, escuchando a alguien hablando de la enfermedad, etc.) me asalta el pensamiento: "tengo síntomas parecidos".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
5	Cuando siento alguna molestia en mi cuerpo, por pequeña que sea, (ej., un pinchazo, un picor, cansancio ligero, sequedad en la piel, tics en el ojo, etc.) se me mete en la cabeza la idea: "¿estaré desarrollando algo grave sin saberlo (ej., cáncer, SIDA, etc.)?"	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	Sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales tales como "tengo una enfermedad grave" (ej., cáncer, SIDA, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	Sin ningún motivo especial, se me meten en la cabeza pensamientos como "puedo morir de una enfermedad grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	Cuando algún ser querido siente alguna molestia en su cuerpo, por pequeña que sea, me asalta la idea de si estará desarrollando una enfermedad grave	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	Ante cualquier síntoma físico (p.ej., un dolor de cabeza prolongado, opresión en el pecho, una pequeña mancha en la piel, etc.) me asalta el pensamiento: "tengo que ir al médico".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	Cuando estoy esperando el resultado de una prueba médica o cuando el médico me dice que todo está bien, tengo intrusiones mentales del tipo "se habrán equivocado con los resultados".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
11	He tenido estas otras intrusiones relacionadas con la salud (por favor, escríbelas tal y como las has experimentado):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**. Decide cuál de esas intrusiones es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1**. Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, por favor deja esta página en blanco y pasa a la siguiente para continuar con el cuestionario.

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. Tengo esta intrusión con una frecuencia de: _____

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

¿En qué forma o formas sueles tenerla? (Puedes marcar varias respuestas):

Pensamiento o duda imagen impulso sensación física

Por favor describe la intrusión, que has escogido de la lista anterior, con tus propias palabras:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esta intrusión?

Hace 3 meses	El mes pasado	En los últimos 7 días	En los últimos 3 días	Ayer	Hoy
--------------	---------------	-----------------------	-----------------------	------	-----

Recuerdas: ¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión? o si, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieses? Si es que SI, por favor, escríbelo:

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ EXPERIMENTAS O HACES** cuando tienes **TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA**. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados. Utiliza esta escala para responder.

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces/ Algo	A menudo/ Bastante	Siempre /Mucho

1	Me asusta, me pone nervioso/ a	0	1	2	3	4
2	Me pone triste	0	1	2	3	4
3	Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
4	Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
5	Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
6	Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
7	Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
8	No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
9	Intento no pensar en la intrusión; intento suprimirla mentalmente	0	1	2	3	4
10	Me río a mí mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
11	Hago algo que contrarresta el malestar provocado por la intrusión. Por ejemplo, ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, repetir una acción, decir una palabra o frase concreta, repetir una oración, pensar en algo contrario a la intrusión, etc.	0	1	2	3	4
12	Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas para tranquilizarme o asegurarme de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
13	Me distraigo haciendo algo placentero o relajante (escuchar la radio o TV, jugar al ordenador, leer, etc.).	0	1	2	3	4
14	Intento evitar cualquier cosa que pueda provocarme la intrusión.	0	1	2	3	4

INTRUSIONES MENTALES SOBRE LAS RELACIONES PERSONALES

Antes de completar esta sección, por favor, responda las siguientes preguntas:

¿Tienes una relación de pareja? Si No **Si es que NO, deja en blanco las primeras 6 preguntas.**

Si es que SI, ¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja? _____

¿Tienes niños/as? Si No **Si es que No, deja en blanco las preguntas de la 7 a la 10.**

Ahora por favor, indica la **frecuencia** (columna izquierda) y el **malestar** (columna derecha) para cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza estas escalas de respuesta.

Escala de respuesta para la FRECUENCIA

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

Escala de respuesta para el MALESTAR:

0	1	2	3	4
No es nada molesta	Es algo molesta	Es molesta	Es muy molesta	Es extremadamente molesta

Nº	Contenido del pensamiento, imagen, impulso, sensación, o duda, repentinos, no deseados, no buscados...	FRECUENCIA								MALESTAR				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
1	Cuando leo, escucho o busco información sobre el amor y las relaciones románticas en revistas, películas, etc., he tenido intrusiones mentales sobre no estar realmente enamorado/a de mi pareja.													
2	Cuando salgo con mi pareja, he tenido intrusiones sobre defectos en su aspecto físico, incluyendo alguna parte concreta de su cuerpo o sobre si esta proporcionado, etc.													
3	Estando con mi pareja, he tenido intrusiones mentales sobre la posibilidad de que no me quiera de verdad													
4	Cuando pienso en mi pareja, he tenido intrusiones mentales sobre defectos en su personalidad o comportamiento, incluyendo sus problemas en las relaciones sociales, falta de valores morales, o inestabilidad emocional													
5	Estando con mi pareja y mis amigos, he tenido intrusiones mentales sobre si no tengo la relación de pareja adecuada.													
6	Estando con mi pareja, he tenido intrusiones mentales sobre si es poco inteligente, le falta motivación u otras capacidades.													
Solo para padres o madres	Por favor, responda las preguntas que siguen pensando en su primer hijo o hija. Indique aquí la edad que tiene su primer hijo/a: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 1- 4 años <input type="checkbox"/> 5-11 años <input type="checkbox"/> 12-18 años <input type="checkbox"/> Más de 18 años <input type="checkbox"/> </div>													
7	Estando con mi hijo/a, he tenido intrusiones mentales en las que le encuentro fallos o defectos en comparación con otros niños, por ej., en habilidades sociales, moralidad, estabilidad emocional, o en cualquier otro tipo de comportamientos o rasgos de personalidad.													
8	Estando con compañeros de mi hijo/a, he tenido intrusiones mentales sobre algunos defectos físicos o del aspecto general de mi hijo/a													

9	Cuando pienso en el futuro de mi hijo/a, he tenido intrusiones mentales sobre si será lo bastante inteligente, motivado, o si tendrá suficientes habilidades para tener éxito	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	Cuando hablo con otros padres o madres, he tenido la intrusión mental de que no soy un padre /madre lo bastante bueno.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
<p>Por favor, responde la siguiente pregunta si has contestado alguna de las anteriores, entre la 1-5 o la 6-10.</p>													
11	He tenido estas otras intrusiones sobre mi pareja o mi hijo/a (por favor, escríbelas tal y como las hayas experimentado):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES**. Decide cuál de esas intrusiones es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1**. Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, por favor deja esta página en blanco y pasa a la siguiente para continuar con el cuestionario.

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. Tengo esta intrusión con una frecuencia de: _____

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA: "Nunca he tenido esta intrusión mental"	RARA VEZ: "He tenido esta intrusión una o dos veces en toda mi vida"	OCCASIONALMENTE: "He tenido esta intrusión algunas veces al año"	A VECES: "Tengo esta intrusión una o dos veces al mes"	A MENUDO: "Tengo esta intrusión una o dos veces por semana"	MUY A MENUDO: "Tengo esta intrusión a diario"	SIEMPRE: "Tengo esta intrusión frecuentemente, durante todo el día"

¿En qué forma o formas sueles tenerla? (Puedes marcar varias respuestas):

Pensamiento o duda imagen impulso sensación física

Por favor describe la intrusión, que has escogido de la lista anterior, con tus propias palabras:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esta intrusión?

Hace 3 meses	El mes pasado	En los últimos 7 días	En los últimos 3 días	Ayer	Hoy
--------------	---------------	-----------------------	-----------------------	------	-----

Recuerdas: ¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión? o si, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieses? Si es que SI, por favor, escríbelo:

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ EXPERIMENTAS O HACES** cuando tienes **TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA**. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados. Utiliza esta escala para responder.

	0	1	2	3	4
	Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces/ Algo	A menudo/ Bastante	Siempre /Mucho
1	Me asusta, me pone nervioso/ a				0 1 2 3 4
2	Me pone triste				0 1 2 3 4
3	Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra				0 1 2 3 4
4	Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias				0 1 2 3 4
5	Creo que si la tengo, significa que es algo importante				0 1 2 3 4
6	Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso				0 1 2 3 4
7	Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad				0 1 2 3 4
8	No hago nada, la dejo estar ahí				0 1 2 3 4
9	Intento no pensar en la intrusión; intento suprimirla mentalmente				0 1 2 3 4
10	Me riño a mí mismo/a por tener esa intrusión				0 1 2 3 4
11	Hago algo que contrarresta el malestar provocado por la intrusión. Por ejemplo, ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, repetir una acción, decir una palabra o frase concreta, repetir una oración, pensar en algo contrario a la intrusión, etc.				0 1 2 3 4
12	Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas para tranquilizarme o asegurarme de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla				0 1 2 3 4
13	Me distraigo haciendo algo placentero o relajante (escuchar la radio o TV, jugar al ordenador, leer, etc.).				0 1 2 3 4
14	Intento evitar cualquier cosa que pueda provocarme la intrusión.				0 1 2 3 4

POR FAVOR, COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER. MUCHAS GRACIAS

Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts - QUIT

SURNAMENAME.....

AGE Female Male Other EDUCATIONAL LEVEL: Primary Secondary

Higher RELIGION NATIONALITY RACE OR ETHNIC

GROUP.....

Date

This questionnaire includes a list of somewhat upsetting, unpleasant, or even disturbing thoughts that most people have had at some time.

These thoughts **SUDDENLY APPEAR IN OUR MINDS** against our will, and **INTERRUPT** what we were doing or thinking at that moment. They can often be **DIFFICULT TO CONTROL**; that is, it can be difficult to get them out of our minds, stop them, or keep them from appearing, no matter how hard we try.

Furthermore, they are **UPSETTING, UNPLEASANT,** and sometimes even **DISTURBING or UNACCEPTABLE.**

These types of thoughts are called “**MENTAL INTRUSIONS**” or “**SUDDEN, UNINVITED THOUGHTS**”, and they can appear in our minds in one or more of these ways:

1. As **IMAGES**, that is, like photographs that suddenly appear in our minds
2. As an **IMPULSE or STRONG AND URGENT NEED** to do or say something
3. As an unpleasant physical **SENSATION**
4. Or, simply as **THOUGHTS or DOUBTS** about something.

On the following pages, you will find **FIVE** sets of mental intrusions related to different contents, and we will ask you to indicate:

- 1) **HOW OFTEN** you have each of the unpleasant mental intrusions
- 2) **HOW MUCH DISCOMFORT** each of the mental intrusions causes when you have it

Then we will ask you to answer some questions about the intrusion that you find most bothersome from each group. Don't think too much about the answers. There are no good or bad, or correct or incorrect, answers. Please, **respond as sincerely as you can.**

MENTAL INTRUSIONS WITH UNPLEASANT CONTENT

Indicate the **frequency** and **discomfort** for each of the intrusions on the list. Use these response scales.

Response scale for FREQUENCY

0	1	2	3	4	5	6
NEVER: "I have never had this mental intrusion"	RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

Response scale for DISCOMFORT

0	1	2	3	4
Does not bother me at all	Is somewhat bothersome	Disturbs me	Disturbs me a lot	Is extremely disturbing

Nº.	CONTENT OF THE SUDDEN, UNINVITED THOUGHT, IMAGE, DOUBT, SENSATION, OR IMPULSE....	FREQUENCY							DISCOMFORT					
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
1	While using a sharp object, like a knife, scissors, or a tool, I have had mental intrusions about injuring or harming a person close to me with it, including family members or friends.													
2	When in a high place, like a cliff, a bridge or a tall building, I have had mental intrusions of jumping off.													
3	For no special reason, I have had mental intrusions about participating in sexual activity that goes against my sexual preferences. For example, man/woman, animals, dead people, etc.													
4	For no special reason, I have had mental intrusions about existential doubts that don't make sense... about myself, my feelings, life, the world...													
5	Even though I know it's unlikely, I have had mental intrusions about having dirtied or contaminated myself through contact, although very slight, with body fluids such as sweat, saliva, urine, excrement or feces.													
6	When in a public place, I have had mental intrusions about being contaminated by, or contracting a disease from, touching something that strangers have touched, such as door knobs, the toilet seat, money, or public phones.													
7	Even though I know it is probably not true, I have had mental intrusions that I may have left something on at home. For example, having an intrusion about leaving the kitchen stove, gas, heater, lights, iron, hair straightener on, or a cigarette burning...													
8	Even though I know it is probably not true, I have had mental intrusions that I may have forgotten something important.													
9	I have had a mental intrusions that certain objects such as furniture or clothes are not correctly organized, or do not follow a certain order. For example, being asymmetrical, not matching in colour, etc....													
10	Even though in an office, house or another location that seems organized, I have had mental intrusions that certain things have to be in "their right" place.													
11	Even though I know it's unlikely, I have had mental intrusions that certain actions or situations can cause future misfortune or bad luck in general. For example: walking under a ladder, seeing a black cat, someone looking askance at me, etc.													
12	Even though I know it's unlikely, I have had mental intrusions that certain thoughts or images can cause future misfortune or bad luck in general. For example: thinking about something bad, remembering a song, counting													

numbers, etc.										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Now please focus on the mental intrusions from the **list above THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE PAST 3 MONTHS**. Decide which of these intrusions is the **most DISTURBING**, the **most UNPLEASANT**, or the one that bothers you most when you have it **with a FREQUENCY OF AT LEAST 1**.

In the case you have not have had any intrusion with a frequency of at least 1 in the past 3 months, please leave this page blank and go to the next page to continue the questionnaire.

The intrusion that is the **most DISTURBING** to me, from those that **I have experienced in the past three months**, is number _____ from the list above with a frequency of:

1	2	3	4	5	6
RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

In what form or forms do you usually have it? (You can mark various responses):

Thought or doubt image impulse physical sensation

Please, write this most disturbing intrusion using your own words:

When was the last time you had this intrusion?:

3 months ago	Past month	Past 7 days	Past 3 days	Yesterday	Today
--------------	------------	-------------	-------------	-----------	-------

Do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you have it? If **YES**, please write it:

The following questions are related to what **YOU EXPERIENCE OR DO** when you have **YOUR MOST DISTURBING INTRUSION**. Indicate the degree to which you agree, or whether each of these statements applies to you. Use this scale to respond.

0	1	2	3	4
Never/ Not at all	Occasionally/ Very little	Sometimes/ Somewhat	Often/ A lot	Always/ Frequently

1	It scares me; I get nervous.	0	1	2	3	4
2	It makes me sad.	0	1	2	3	4
3	It interrupts what I'm doing; it distracts me.	0	1	2	3	4
4	I find it unacceptable; it goes against what I want, or against my values and beliefs.	0	1	2	3	4
5	I believe that if I have it, it must be important.	0	1	2	3	4
6	I believe it is important to control it and stop thinking about it.	0	1	2	3	4
7	I believe that if I think it, it's more likely to happen, or to be true.	0	1	2	3	4
8	I don't do anything; I just let it be there.	0	1	2	3	4
9	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
10	I get mad at myself for having that intrusion.	0	1	2	3	4
11	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example, organize, check, touch things or touch myself, wash, clean, pray, count, repeat an action, say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thought, etc.	0	1	2	3	4

12	I look for information about the intrusion, or ask other people about the intrusion to calm myself down or make sure that the intrusion is not important, or that nothing bad is going to happen because I have it.	0	1	2	3	4
13	I distract myself by doing something pleasant or relaxing (i.e. turning up the radio, the TV, playing computer, reading, etc.)	0	1	2	3	4
14	I try to avoid anything that will trigger the intrusion	0	1	2	3	4

MENTAL INTRUSIONS RELATED TO PHYSICAL APPEARANCE

Indicate the **frequency** and **discomfort** for each of the intrusions on the list. Use these response scales.

Response scale for FREQUENCY

0	1	2	3	4	5	6
NEVER: "I have never had this mental intrusion"	RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	VERY OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

Response scale for DISCOMFORT

0	1	2	3	4
Does not bother me at all	Is somewhat bothersome	Disturbs me	Disturbs me a lot	Is extremely disturbing

Nº	CONTENT OF THE SUDDEN, UNINVITED THOUGHT, IMAGE, DOUBT, SENSATION, OR IMPULSE....	FREQUENCY								DISCOMFORT				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
1	For no special reason, I have had the thought that I have a horrible, disgusting physical defect such as the size or shape of my nose, mouth, muscles, ears, genitals, or the way my skin or hair looks or feels.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
2	For no special reason, the thought comes into my head that my body isn't working right. For example, bad smells, sweat, bad breath, gases, greasy face, hands, hair, etc.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
3	For no special reason I have had the mental intrusion that I would hit myself or do anything to get rid of a defect in my appearance	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
4	When I look at myself in the mirror or see my reflection somewhere, the thought pops into my head: "You can really see the defect I have -- nose, ears, hands, sweat, greasy appearance, pimples, etc."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
5	When I look in the mirror or see myself reflected somewhere, the thought pops into my head: "I have to cover up or hide my defects somehow - by wearing make-up, using other clothes, going to the hairdresser..."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
6	When I look in the mirror or see my reflection somewhere, the thought pops into my head: "I have to look for a solution - surgeon, dermatologist, etc.- to fix this defect I'm worried about".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
7	When I'm with other people, the thought comes into my head: "All of them look better than I do".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
8	When I'm with other people, the thought comes into my head: "They realize that there is something in my body that doesn't work right -- I smell bad, I sweat a lot, my breath smells, my face is shiny, etc."	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
9	When I have had physical contact with someone close to me -- family, friends, my partner, etc.--, the mental intrusion pops into my head: "I would like to ask them how they think I look".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	
10	I have had these other/s intrusions related to my physical appearance (<i>please write what you have experienced below</i>):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	

Now please focus on the mental intrusions from the **list above THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE PAST 3 MONTHS**. Decide which of these intrusions is the **most DISTURBING**, the **most UNPLEASANT**, or the one that bothers you most when you have it **with a FREQUENCY OF AT LEAST 1**.

In the case you have not have had any intrusion with a frequency of at least 1 in the past 3 months, please leave this page blank and go to the next page to continue the questionnaire.

The intrusion that is the **most DISTURBING** to me, from those that **I have experienced in the past three months**, is number _____ from the list above with a frequency of:

1	2	3	4	5	6
RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

In what form or forms do you usually have it? (You can mark various responses):

Thought or doubt image impulse physical sensation

Please, write this most disturbing intrusion using your own words:

When was the last time you had this intrusion?:

3 months ago	Past month	Past 7 days	Past 3 days	Yesterday	Today
--------------	------------	-------------	-------------	-----------	-------

Do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you have it? If YES, please write it:

The following questions are related to what **YOU EXPERIENCE OR DO** when you have **YOUR MOST DISTURBING INTRUSION**. Indicate the degree to which you agree, or whether each of these statements applies to you. Use this scale to respond.

0 Never/ Not at all	1 Occasionally/ Very little	2 Sometimes/ Somewhat	3 Often/ A lot	4 Always/ Frequently
------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------

1	It scares me; I get nervous.	0	1	2	3	4
2	It makes me sad.	0	1	2	3	4
3	It interrupts what I'm doing; it distracts me.	0	1	2	3	4
4	I find it unacceptable; it goes against what I want, or against my values and beliefs.	0	1	2	3	4
5	I believe that if I have it, it must be important.	0	1	2	3	4
6	I believe it is important to control it and stop thinking about it.	0	1	2	3	4
7	I believe that if I think it, it's more likely to happen, or to be true.	0	1	2	3	4
8	I don't do anything; I just let it be there.	0	1	2	3	4
9	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
10	I get mad at myself for having that intrusion.	0	1	2	3	4
11	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example, organize, check, touch things or touch myself, wash, clean, pray, count, repeat an action, say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thought, etc.	0	1	2	3	4
12	I look for information about the intrusion, or ask other people about the intrusion to calm myself down or make sure that the intrusion is not important, or that nothing bad is going to happen because I have it.	0	1	2	3	4
13	I distract myself by doing something pleasant or relaxing (i.e. turning up the radio, the TV, playing computer, reading, etc.)	0	1	2	3	4
14	I try to avoid anything that will trigger the intrusion	0	1	2	3	4

MENTAL INTRUSIONS RELATED TO DIET AND PHYSICAL EXERCISE

Indicate the **frequency** and **discomfort** for each of the intrusions on the list. Use these response scales.

Response scale for FREQUENCY

0	1	2	3	4	5	6
NEVER: "I have never had this mental intrusion"	RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

Response scale for DISCOMFORT

0	1	2	3	4
Does not bother me at all	Is somewhat bothersome	Disturbs me	Disturbs me a lot	Is extremely disturbing

Nº	CONTENT OF THE SUDDEN, UNINVITED THOUGHT, IMAGE, DOUBT, SENSATION, OR IMPULSE....	FREQUENCY							DISCOMFORT				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	Whenever I see food or I'm eating, the thought or image suddenly pops into my head about what I eat, what I should eat, and what I should not eat.												
2	Whenever I see food or I'm eating, suddenly it pops into my head: "I have to do exercise".												
3	Whenever I see food or I'm eating, I suddenly feel the impulse to start eating without stopping, until I finish everything.												
4	After I finish eating, I get the thought: "Should I vomit?"												
5	After I finish eating, I get the thought or image of: "I shouldn't have eaten any of that".												
6	After I finish eating, I get the urge to burn calories, do exercise.												
7	If someone looks at me, even if they don't say anything, the thought comes into my mind: "I've gained weight".												
8	When I'm getting ready to go out, or simply walk by a mirror or a glass, or when I weigh myself, I suddenly get the thought or image of: "I'm fat".												
9	I have had other intrusions related to diet and physical exercise (<i>please write what you have experienced below</i>):												

Now please focus on the mental intrusions from the **list above THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE PAST 3 MONTHS**. Decide which of these intrusions is the **most DISTURBING**, the **most UNPLEASANT**, or the one that bothers you most when you have it **with a FREQUENCY OF AT LEAST 1**.

In the case you have not have had any intrusion with a frequency of at least 1 in the past 3 months, please leave this page blank and go to the next page to continue the questionnaire.

The intrusion that is the **most DISTURBING** to me, from those that I have experienced in the past three months, is number _____ from the list above with a frequency of:

1	2	3	4	5	6
RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

In what form or forms do you usually have it? (You can mark various responses):

Thought or doubt image impulse physical sensation

Please, write this most disturbing intrusion using your own words:

When was the last time you had this intrusion?:

3 months ago	Past month	Past 7 days	Past 3 days	Yesterday	Today
--------------	------------	-------------	-------------	-----------	-------

Do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you have it? If YES, please write it:

The following questions are related to what **YOU EXPERIENCE OR DO** when you have **YOUR MOST DISTURBING INTRUSION**. Indicate the degree to which you agree, or whether each of these statements applies to you. Use this scale to respond.

0	1	2	3	4
Never/ Not at all	Occasionally/ Very little	Sometimes/ Somewhat	Often/ A lot	Always/ Frequently

1	It scares me; I get nervous.	0	1	2	3	4
2	It makes me sad.	0	1	2	3	4
3	It interrupts what I'm doing; it distracts me.	0	1	2	3	4
4	I find it unacceptable; it goes against what I want, or against my values and beliefs.	0	1	2	3	4
5	I believe that if I have it, it must be important.	0	1	2	3	4
6	I believe it is important to control it and stop thinking about it.	0	1	2	3	4
7	I believe that if I think it, it's more likely to happen, or to be true.	0	1	2	3	4
8	I don't do anything; I just let it be there.	0	1	2	3	4
9	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
10	I get mad at myself for having that intrusion.	0	1	2	3	4
11	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example, organize, check, touch things or touch myself, wash, clean, pray, count, repeat an action, say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thought, etc.	0	1	2	3	4
12	I look for information about the intrusion, or ask other people about the intrusion to calm myself down or make sure that the intrusion is not important, or that nothing bad is going to happen because I have it.	0	1	2	3	4
13	I distract myself by doing something pleasant or relaxing (i.e. turning up the radio, the TV, playing computer, reading, etc.)	0	1	2	3	4
14	I try to avoid anything that will trigger the intrusion	0	1	2	3	4

MENTAL INTRUSIONS RELATED TO HEALTH

Indicate the **frequency** and **discomfort** for each of the intrusions on the list. Use these response scales.

Response scale for FREQUENCY

0	1	2	3	4	5	6
NEVER: "I have never had this mental intrusion"	RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

Response scale for DISCOMFORT

0	1	2	3	4
Does not bother me at all	Is somewhat bothersome	Disturbs me	Disturbs me a lot	Is extremely disturbing

Nº	CONTENT OF THE SUDDEN, UNINVITED THOUGHT, IMAGE, DOUBT, SENSATION, OR IMPULSE....	FREQUENCY							DISCOMFORT				
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	When I read, hear or see something about death, such as funerals, cemeteries, crematoriums, morgues, etc., I have had mental intrusions about dying with suffering and pain.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
2	When I read, hear or see something about death, such as funerals, cemeteries, crematoriums, morgues, etc., I have had mental intrusions about my own funeral.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	When I read, hear or see something about death, such as funerals, cemeteries, crematoriums, morgues, etc., I have had mental intrusions about the possibility of being buried alive.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	When I read, hear or see some information about a disease in a magazine, in the news, or listening to someone talking about the disease, I had had the thought: "I have similar symptoms".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
5	When I feel some discomfort in my body, no matter how small, such as a sharp pain, itching, slight tiredness, dry skin, tics in my eye, etc., I have had the thought: "Am I developing something serious without realizing it, such as cancer, AIDS, etc.?"	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	For no special reason, I have had mental intrusions like "I have a serious illness" for example, cancer, AIDS, etc.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	For no special reason, I have had thoughts in my head like "I could die from a serious illness" For example, cancer, AIDS, etc.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	When a loved one feels some type of discomfort in his/her body, no matter how small, I have had mental intrusions that he/she is developing a serious disease.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	When I have any physical symptom such as a prolonged headache, pressure in my chest, a small spot on my skin, etc., I get the thought: "I have to go to the doctor".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	When I'm waiting for the results of a medical test or when the doctor tells me everything is fine, I have had mental intrusions like "they must have made a mistake on the results".	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
11	I have had these other/s intrusions related to health (<i>please write what you have experienced below</i>):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

Now please focus on the mental intrusions from the **list above THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE PAST 3 MONTHS**. Decide which of these intrusions is the **most DISTURBING**, the **most UNPLEASANT**, or the one that bothers you most when you have it **with a FREQUENCY OF AT LEAST 1**.

In the case you have not have had any intrusion with a frequency of at least 1 in the past 3 months, please leave this page blank and go to the next page to continue the questionnaire.

The intrusion that is the **most DISTURBING** to me, from those that **I have experienced in the past three months**, is number _____ from the list above with a frequency of:

1	2	3	4	5	6
RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

In what form or forms do you usually have it? (You can mark various responses):

Thought or doubt image impulse physical sensation

Please, write this most disturbing intrusion using your own words:

When was the last time you had this intrusion?:

3 months ago	Past month	Past 7 days	Past 3 days	Yesterday	Today
--------------	------------	-------------	-------------	-----------	-------

Do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you have it? If YES, please write it:

The following questions are related to what **YOU EXPERIENCE OR DO** when you have **YOUR MOST DISTURBING INTRUSION**. Indicate the degree to which you agree, or whether each of these statements applies to you. Use this scale to respond.

0 Never/ Not at all	1 Occasionally/ Very little	2 Sometimes/ Somewhat	3 Often/ A lot	4 Always/ Frequently
------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------

1	It scares me; I get nervous.	0	1	2	3	4
2	It makes me sad.	0	1	2	3	4
3	It interrupts what I'm doing; it distracts me.	0	1	2	3	4
4	I find it unacceptable; it goes against what I want, or against my values and beliefs.	0	1	2	3	4
5	I believe that if I have it, it must be important.	0	1	2	3	4
6	I believe it is important to control it and stop thinking about it.	0	1	2	3	4
7	I believe that if I think it, it's more likely to happen, or to be true.	0	1	2	3	4
8	I don't do anything; I just let it be there.	0	1	2	3	4
9	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
10	I get mad at myself for having that intrusion.	0	1	2	3	4
11	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example, organize, check, touch things or touch myself, wash, clean, pray, count, repeat an action, say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thought, etc.	0	1	2	3	4
12	I look for information about the intrusion, or ask other people about the intrusion to calm myself down or make sure that the intrusion is not important, or that nothing bad is going to happen because I have it.	0	1	2	3	4
13	I distract myself by doing something pleasant or relaxing (i.e. turning up the radio, the TV, playing computer, reading, etc.)	0	1	2	3	4
14	I try to avoid anything that will trigger the intrusion	0	1	2	3	4

MENTAL INTRUSIONS RELATED TO RELATIONSHIPS

Before complete this section, please answer the following questions:

Do you have a romantic partner? Yes No **If No, leave in blank the first 6 questions.**

If Yes, How long have you had this partner? _____

Do you have children? Yes No **If No, leave in blank the questions 7 to 10.**

Now, please indicate the **frequency** and **discomfort** for each of the intrusions on the list. Use these response scales.

Response scale for FREQUENCY

0	1	2	3	4	5	6
NEVER: "I have never had this mental intrusion"	RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"

Response scale for DISCOMFORT

0	1	2	3	4
Does not bother me at all	Is somewhat bothersome	Disturbs me	Disturbs me a lot	Is extremely disturbing

Nº	CONTENT OF THE SUDDEN, UNINVITED THOUGHT, IMAGE, DOUBT, SENSATION, OR IMPULSE....	FREQUENCY						DISCOMFORT					
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
1	When reading, hearing or seeing information about love and romance in magazines, movies etc., I have had mental intrusions that I do not really love my romantic partner.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
2	When going out with my partner, I have had mental intrusions about defects in his/her appearance including flaws in specific body parts, body proportion etc.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
3	When with my romantic partner, I have had mental intrusions about the possibility of him/her not "truly" loving me.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
4	When thinking about my romantic partner, I have had mental intrusions of his/her flawed behaviors and personality traits including his/her awkward social behaviors, lack of morals or emotional instability.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
5	When in the company of my partner and colleagues, I have had mental intrusions about not being in the right romantic relationship.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
6	When with my romantic partner, I have had mental intrusions that he/she is lacking in intelligence, motivation or other general qualities.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
For parents only	Please answer the following when thinking of your <u>first</u> child. Please indicate the age of your first child: 1-4 <input type="checkbox"/> 5-11 <input type="checkbox"/> 12-18 <input type="checkbox"/> Above 18 <input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
7	When with my child, I have had mental intrusions of him/her comparing unfavorably with his peers in terms of social skills, morality, emotional stability or other behavior and personality traits.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
8	In the company of my child's peers, I have had mental intrusions of some aspects in my child's appearance being flawed including particular body parts or general appearance.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
9	When thinking about my child's future, I have had mental intrusions about him/her not being intelligent, motivated or competent enough to succeed.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4
10	When talking with other parents, I have had the mental	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4

	intrusion that I am not a good enough parent.													
Please answer the following question if you answered any of questions 1-5 or 6-10.														
11	I have had other intrusions about flaws in my partner or my first child (<i>please write what you have experienced below</i>):	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	

Now please focus on the mental intrusions from the **list above THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE PAST 3 MONTHS**. Decide which of these intrusions is the **most DISTURBING, the most UNPLEASANT**, or the one that bothers you most when you have it **with a FREQUENCY OF AT LEAST 1**.

In the case you have not have had any intrusion with a frequency of at least 1 in the past 3 months, please leave this page blank and go to the next page to continue the questionnaire.

The intrusion that is the **most DISTURBING** to me, from those that **I have experienced in the past three months**, is number _____ from the list above with a frequency of:

1 RARELY: "I have had this mental intrusion once or twice in my life"	2 OCCASIONALLY: "I have had this intrusion a few times a year"	3 SOMETIMES: "I have this intrusion once or twice a month"	4 OFTEN: "I have this intrusion once or twice a week"	5 QUITE OFTEN: "I have this intrusion every day"	6 ALWAYS: "I have this intrusion frequently throughout the day"
---	--	--	---	--	---

In what form or forms do you usually have it? (You can mark various responses):

Thought or doubt image impulse physical sensation

Please, write this most disturbing intrusion using your own words:

When was the last time you had this intrusion?:

3 months ago	Past month	Past 7 days	Past 3 days	Yesterday	Today
--------------	------------	-------------	-------------	-----------	-------

Do you remember what you were doing when you had the intrusion, or if something had happened before you have it? If YES, please write it:

The following questions are related to what **YOU EXPERIENCE OR DO** when you have **YOUR MOST DISTURBING INTRUSION**. Indicate the degree to which you agree, or whether each of these statements applies to you. Use this scale to respond.

0 Never/ Not at all	1 Occasionally/ Very little	2 Sometimes/ Somewhat	3 Often/ A lot	4 Always/ Frequently
-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------------

1	It scares me; I get nervous.	0	1	2	3	4
2	It makes me sad.	0	1	2	3	4
3	It interrupts what I'm doing; it distracts me.	0	1	2	3	4
4	I find it unacceptable; it goes against what I want, or against my values and beliefs.	0	1	2	3	4
5	I believe that if I have it, it must be important.	0	1	2	3	4
6	I believe it is important to control it and stop thinking about it.	0	1	2	3	4

7	I believe that if I think it, it's more likely to happen, or to be true.	0	1	2	3	4
8	I don't do anything; I just let it be there.	0	1	2	3	4
9	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
10	I get mad at myself for having that intrusion.	0	1	2	3	4
11	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example, organize, check, touch things or touch myself, wash, clean, pray, count, repeat an action, say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thought, etc.	0	1	2	3	4
12	I look for information about the intrusion, or ask other people about the intrusion to calm myself down or make sure that the intrusion is not important, or that nothing bad is going to happen because I have it.	0	1	2	3	4
13	I distract myself by doing something pleasant or relaxing (i.e. turning up the radio, the TV, playing computer, reading, etc.)	0	1	2	3	4
14	I try to avoid anything that will trigger the intrusion	0	1	2	3	4

**PLEASE MAKE SURE YOU HAVEN'T LEFT ANY QUESTION BLANK.
THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR COLLABORATION.**

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. Traducción española de Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2004). *Anxiety Disorders*.

CUESTIONARIO DEL TDC*

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, brillos,...); 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.

Si respondiste "NO" a cualquiera de las preguntas anteriores, has finalizado el cuestionario. Si no es así, continúa por favor.

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 tu respuesta es SÍ: Describe cómo te ha afectado:		

8. ¿Te ha generado algún problema en la escuela, universidad, trabajo, o en otras actividades?	SI	NO
9. Si la respuesta es SÍ: ¿Qué problemas?		

10. ¿Hay cosas que evitas hacer debido a tu aspecto físico?	SI	NO
11. Si la respuesta es SI, ¿qué cosas evitas?		

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

* Phillips, K. Body Dysmorphic Disorder Questionnaire. New York: Oxford University Press, 2005. Traducido y adaptado para su uso en Español por A. Belloch y M. Giraldo-O'Meara, Universidad de Valencia, España (www.itoc.info).

INDICE WHITELEY - IW
(Pilowsky y Spence, 1983)©

¿Padece alguna enfermedad actualmente? SI NO (señalar)

Si respondió afirmativamente, ¿qué enfermedad?.....

A continuación le presentamos una serie de preguntas sobre su **modo de ser habitual** con respecto a la salud y a la enfermedad. Rodee con un círculo el **SI** o el **NO** para indicar su respuesta a cada pregunta. No hay preguntas acertadas ni equivocadas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Se preocupa mucho por su salud?	SI	NO
2. ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?	SI	NO
3. ¿Le resulta fácil olvidarse de usted mismo/a y pensar en otras cosas?	SI	NO
4. Cuando está enfermo/a, ¿se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto?	SI	NO
5. ¿Cree que está demasiado pendiente de lo que pasa en su cuerpo, que se da demasiada cuenta de las cosas que le pasan?	SI	NO
6. ¿Está usted preocupado/a por diversos dolores y achaques?	SI	NO
7. ¿Tiene miedo a la enfermedad?	SI	NO
8. ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?	SI	NO
9. ¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse por su salud?	SI	NO
10. ¿Se preocupa a menudo por la posibilidad de tener una enfermedad grave?	SI	NO
11. Si tiene noticias sobre una enfermedad (a través de la radio, la televisión, los periódicos, o de alguien que conozca), ¿se preocupa por la posibilidad de llegar a padecerla?	SI	NO
12. ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma en serio su enfermedad?.	SI	NO
13. ¿Se encuentra preocupado/a por muchos síntomas diferentes?	SI	NO
14. ¿Tiene con frecuencia síntomas de enfermedades graves?	SI	NO

E.A.T.-26:

versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991)

Pon una marca en la casilla que mejor refleje tu caso. Por favor, responde cuidadosamente a cada cuestión.

	Siempre	Casi Siempre	Bastantes veces	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre.....						
3. Me preocupo mucho por la comida.....						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de pararde comer.....						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como..						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).....						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....						
9. Vomito después de haber comido.....						
10. Me siento muy culpable después de comer.....						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.....						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
15. Tardo en comer más que las otras personas.....						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.....						
17. Como alimentos de régimen.....						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
19. Me controlo en las comidas.....						
20. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida....						
22. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....						
23. Me comprometo a hacer régimen.....						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						